



FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES
Mestrado em Saúde Pública



Ana Lucia Martins de Azevedo

ACESSO À ATENÇÃO À SAÚDE NO SUS: o PSF como (estreita) Porta de Entrada

RECIFE
2007

Ana Lucia Martins de Azevedo

**ACESSO À ATENÇÃO À SAÚDE NO SUS:
o PSF como (estreita) Porta de Entrada**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, da Fundação Osvaldo Cruz, para obtenção do grau de Mestre em Ciências.

Área de concentração: Saúde Pública

Orientador: André Monteiro Costa

Recife
2007

Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

A994a Azevedo, Ana Lucia Martins

Acesso à atenção à saúde no SUS: o PSF como (estreita) porta de entrada / Ana Lucia Martins de Azevedo — Recife: A. L. M. de Azevedo, 2007.

177 f. : il.

Dissertação (mestrado em saúde pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 21 de março de 2007.

Orientador: André Monteiro Costa

1. Atenção primária à saúde - avaliação 2. Acesso aos serviços de saúde. I. Costa, André Monteiro. II. Título

CDU 614.39

Ana Lucia Martins de Azevedo

**ACESSO À ATENÇÃO À SAÚDE NO SUS:
o PSF como (estreita) Porta de Entrada**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Osvaldo Cruz, para obtenção do grau de Mestre em Ciências.

Área de concentração: Saúde Pública

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Dr. André Monteiro Costa
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/Fiocruz

Dr^a Marion Teodósio Quadros
Universidade Federal de Pernambuco/UFPE

Dr^a Maria Rejane Ferreira da Silva
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/Fiocruz

“Pobres são os que têm a porta fechada”.

Catalina Álvarez-Insúa

AGRADECIMENTOS

A Deus, que nunca hesitou em me acompanhar e “soprar” em minha alma.

A meu pai e à minha mãe (*in memoriam*), que apesar de não serem pessoas “tão letradas”, sempre torceram e se esforçaram para “letrar” seus (muitos) filhos e filhas.

Aos demais familiares, pelo amor, proteção, dedicação, e paciência com minhas ausências em alguns momentos tão caros. Especialmente, à minha irmã e “quase-mãe”, Bernadete, quem me inspirou, e com quem aprendi a me aventurar pelos caminhos intermináveis da busca do conhecimento... e do crescimento (em todos os seus sentidos).

Ao meu orientador, Dr. André Monteiro, pela paciência, dedicação e competência com que me acompanhou durante esses dois anos de estudo, especialmente nos momentos cruciais de realização deste trabalho.

A todos os usuários entrevistados nesta pesquisa; sem a contribuição de vocês, a mesma não teria o menor sentido, assim como também não o teria o Sistema Único de Saúde.

A todos os profissionais das unidades de saúde da família de Vietnã e Brasilit, em especial aos profissionais das equipes de Vietnã 1 e Brasilit 1, entrevistados neste trabalho, pela disponibilidade e boa vontade durante a realização das entrevistas.

À Dra. Adelaide Caldas, diretora do Distrito Sanitário IV da Prefeitura do Recife, entrevistada neste trabalho, pela contribuição e disponibilidade, e pelo apoio incondicional durante a realização de todas as minhas atividades acadêmicas.

Aos colegas do Distrito Sanitário IV, especialmente à Maria Goretti M. M. Barbosa, Gerente Operacional de Atenção à Saúde, pelas inúmeras vezes em que me acudiu tão solícita, e pelas contribuições valiosas que fizeram diferença significativa neste trabalho.

A todos os meus amigos, que, de algum modo, padeceram comigo as dores deste “parto”, que, como todo parto, gerou amadurecimento e produziu uma nova criatura. Em especial, a Débora, pelo carinho em momentos nos quais uma presença amiga fora tão valiosa, e pelas indispensáveis contribuições na redação final deste trabalho.

À Juliana, “menina prodígio”, a quem devo eterna gratidão pelo esforço de despender uma noite de seus estudos, traduzindo, para o inglês, o resumo deste trabalho.

A todos os meus colegas do Mestrado, pelos momentos compartilhados, tão ricos de aprofundamento intelectual e pessoal, em especial a Viviane, pelas “dicas” oportunas, que, no dia a dia do curso, muito facilitaram minha caminhada.

Aos professores José Luiz e Parry Scott, pelas preciosas contribuições na banca de qualificação do projeto que gerou este trabalho.

A todos os meus mestres, desde aqueles de tempos idos, quando aprendi o “beabá”, até os de hoje, cujas contribuições foram essenciais à obtenção deste título de mestre.

RESUMO

O Programa de Saúde da Família (PSF) constitui para o Recife a principal porta de entrada para a atenção à saúde, que deve ser acessível e resolutive no seu nível de complexidade, a atenção básica. Uma das principais características da qualidade dos serviços de saúde, portanto, é serem eles acessíveis. Neste sentido, o presente estudo visa a analisar a percepção dos usuários sobre o acesso, baseando-se no conceito proposto por Fekete (1996), que atribui ao acesso 4 dimensões (geográfica, organizacional, sócio-cultural e econômica). Trata-se de uma pesquisa qualitativa que teve como instrumentos de coleta de dados a entrevista aberta, a observação direta e a análise documental; e como método de análise dos dados a análise de conteúdo proposta por Bardin (2004). Os resultados indicam que no aspecto geográfico os constrangimentos ao acesso são mínimos, apresentando-se mais críticos quando da necessidade de encaminhamentos para unidades de referência, momento em que a despesa com transporte limita a busca do usuário pelo serviço de que necessita. Os aspectos relacionados à dimensão organizacional mostraram-se determinantes, uma vez que elementos como o deficiente sistema de referência e contra-referência, o modo de agendamento das consultas, a demora no retorno dos resultados dos exames laboratoriais, o excessivo número de famílias por equipe, entre outros, implicaram limitações no acesso que repercutiram em outras dimensões, tais como a geográfica e a econômica. No que se refere à esta última dimensão, o suprimento irregular de medicamentos na unidade acarretou despesas para os usuários. Facilidades foram observadas no que concerne ao vínculo, à relação profissional-usuário e, sobretudo, à proximidade geográfica da unidade. Esses resultados mostram que o PSF, como uma estratégia de viabilização do acesso de pessoas com complexas necessidades sociais, revelou-se uma estreita porta de entrada, merecendo ser avaliado com olhar mais crítico, que adote como ponto de partida as necessidades que particularizam os indivíduos demandatários de suas ações, bem como as diferentes lógicas que norteiam as ações dos sujeitos envolvidos na produção do cuidado em saúde.

Palavras-Chave: Atenção Básica; Acesso aos Serviços de Saúde; Avaliação de políticas públicas.

ABSTRACT

The Family Health Program (PSF) constitutes for Recife the main door of entrance for the attention to the health, that must be accessible and resolver in its level of complexity, the basic attention. One of the main characteristics of the quality of the health services, therefore, is to be accessible they. In this direction, the present study it aims at to analyze the perception of the users on the access, being based on the concept considered for Fekete (1996), that it attributes to the access 4 dimensions (geographic, organizational, social and cultural, and economic). One is about a qualitative research that had as instruments of collection of data the opened interview, the direct comment and the documentary analysis; e as method of analysis of the data the content analysis proposal for Bardin (2004). The results indicate that in the geographic aspect the constraints to the access are minimum, presenting itself more critical when of the necessity of to guide for units of reference, moment where the expenditure with transport limits the search of the user for the service that it needs. The aspects related to the organizational dimension had revealed determinative, a time that elements as the deficient system of reference and against-reference, the way of to make an appointment, the delay in the return of the results of the laboratorial examinations, the extreme number of families for team, among others, had implied limitations in the access that they had reflected in other dimensions, such as geographic and the economic one. In that if it relates to this last dimension, the irregular medicine supplies in the unit caused expenditures for the users. Ease had been observed in that it concerns to the bond, the relation professional-user and, over all to the geographic proximity of the unit. This results show that the PSF, as a strategy of to make possible of the access of people with complex social necessities, showed a narrow door of entrance, deserving to be evaluated with to look at more critical, that it adopts as starting point the necessities that distinguish the individuals that they demand of its action, as well as the different logics that guide the actions of the involved individuals in the production of the care in health.

Key Words: basic attention; health services access; public policies evaluation.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIações

ACD – Auxiliar de Consultório Dentário
ACS – Agente Comunitário de Saúde
AMQ – Avaliação para a Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família
CAA/DAB - Coordenação de Acompanhamento e Avaliação do Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde
CAPS – Centro de Apoio Psicossocial
CAPSad – Centro de Apoio Psicossocial/Álcool e outras Drogas
DST – Doença sexualmente Transmissível
ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente
ESF – Equipe de Saúde da Família
GOAS – Gerência Operacional de Atenção à Saúde
IASC – Instituto de Assistência Social e Cidadania
IMIP – Instituto Materno Infantil de Pernambuco
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LUOS – Lei Municipal de Uso e Ocupação do Solo
MR – Microrregião
NOAS – Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB – Norma Operacional Básica
PAB – Piso da Atenção Básica
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PDR – Plano Diretor de Regionalização
PNASS – Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde
PROESF - Projeto de Expansão e Consolidação do Programa Saúde da Família
PSA – Programa de Saúde Ambiental
PSF – Programa de Saúde da Família
RPA – Região Político-administrativa
SAMU – Serviço de Atendimento Médico de Urgência
SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS – Sistema Único de Saúde
THD – Técnico de Higiene Dental
UBS – Unidade Básica de Saúde
UFPE – Universidade Federal de Pernambuco

USF – Unidade de Saúde da Família

ZEIS – Zona Especial de Interesse social

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Cobertura do PSF por Distrito Sanitário. Recife – 2006

Tabela 2 – Número de Unidades Ambulatoriais sob Gestão Municipal Segundo Tipo de Prestador. Recife. Junho/2005

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Mapas

Mapa 1 – Recife - Divisão em Regiões Político-Administrativas(RPA) e Bairros

Mapa 2 – Regiões Político-Administrativas (RPA) e Microrregiões (MR)

Mapa 3 – Rede Municipal de Unidades Básicas de Saúde – Recife

Mapa 4 – Distribuição Geográfica dos Equipamentos Municipais de Saúde do Distrito Sanitário IV

Quadros

Quadro 1 – Distribuição dos Usuários em Cada Equipe do Estudo

Quadro 2 – Documentos Analisados

Quadro 3 – Equipamentos de Saúde Municipais Integrantes da Rede do Distrito Sanitário IV, por Microrregião

Quadro 4 – Atividades dos Profissionais por turno – Equipe Vietnã 1

Quadro 5 – Atividades dos Profissionais por turno – Equipe Brasilit 1

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	15
2. O ACESSO AO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO: a atenção básica como porta de entrada.....	24
2.1 O PSF no Contexto do Sistema de Saúde Brasileiro.....	25
2.1.1 O PSF no Recife	37
2.2 Acesso e Integralidade no SUS a partir da Atenção Básica: algumas aproximações conceituais.....	40
2.3 Avaliação da Qualidade na Atenção Básica e o Olhar dos Usuários.....	54
3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	60
3.1 Desenho do Estudo.....	61
3.2 Área de Abrangência.....	62
3.2.1 Características Gerais da Área de Abrangência.....	62
3.3 Unidade de Análise.....	66
3.4 Sujeitos da Pesquisa.....	67
3.5 Fontes de dados, instrumentos e técnicas.....	69
3.6 Categorias de Análise.....	71
3.7 Análise e tratamento dos dados.....	73
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	76
4.1 Características gerais da atenção à saúde no recife.....	77
4.1.1 O Modelo de Atenção à Saúde no Recife.....	77
4.1.2 O Modelo de Saúde no Distrito Sanitário IV.....	82
4.1.3 O Processo de Trabalho nas Unidades de Saúde da Família do Distrito Sanitário IV.....	87
4.1.3.1 O PSF de Vietnã e Brasilit.....	90
4.1.3.1.1 A Comunidade de Vietnã.....	90
4.1.3.1.2 A Unidade de Saúde da Família de Vietnã.....	91
4.1.3.1.3 A Equipe de Saúde da Família de Vietnã 1.....	94
4.1.3.1.4 A Comunidade de Brasilit.....	96
4.1.3.1.5 A Unidade de Saúde da Família de Brasilit.....	97
4.1.3.1.6 A Equipe de Saúde da Família de Brasilit 1.....	100

4.2 O acesso à saúde na atenção básica: o PSF como (estreita) porta de entrada.....	102
4.2.1 Dimensão Geográfica.....	102
4.2.2 Dimensão Organizacional.....	106
Obstáculos Internos.....	106
Obstáculos Externos.....	118
Continuidade do Cuidado.....	121
4.2.3 Dimensão Sócio-cultural.....	126
4.2.4 Dimensão Econômica.....	139
5. CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES.....	146
REFERÊNCIAS.....	154
APÊNDICES.....	165

1. INTRODUÇÃO

A década de 80 foi o cenário no qual se iniciaram as mais importantes mudanças no sistema público de saúde brasileiro, que se apresentava profundamente excludente, baseado num modelo médico-assistencial privatista e eminentemente hospitalocêntrico. Buscava-se um modelo de saúde que, além de outras garantias, formatasse um sistema universal, integral e descentralizado. Neste sentido, a Carta Magna de 1988 constituiu-se no ponto culminante para o qual convergiram tais mudanças. O direito à saúde, agora reconhecido como direito de cidadania para todos, foi consagrado nas leis 8080 e 8142, ambas aprovadas no ano de 1990. Assim é que, do ponto de vista legal, ficam garantidos princípios fundamentalmente novos na política de saúde brasileira, como, por exemplo, o da universalidade de acesso, o da integralidade da assistência, o da descentralização político-administrativa e o da participação da comunidade.

Os anos 90, entretanto, amargaram a crise econômica e fiscal do país, sendo os modelos de saúde vigentes profundamente acometidos por esta realidade, cuja complexidade levou o governo a implementar um conjunto de programas, ações regulatórias e novas modalidades de alocação de recursos, objetivando melhorar a equidade e a eficácia no SUS (REIS; HORTALE, 2004). É num contexto de constrangimentos da agenda social, marcadamente influenciada pelos ajustes macroeconômicos de corte neoliberal introduzidos no país, que é implantado o Programa de Saúde da Família (PSF), em 1994.

O PSF, a despeito de ter se iniciado como um programa, encontra-se hoje na condição de estratégia prioritária para a organização da atenção básica, “de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde” (BRASIL, 2006a, p. 11). O Ministério da Saúde entende que o fortalecimento da atenção básica se dá com a ampliação do acesso e a qualificação e reorientação das práticas de saúde embasadas na promoção da Saúde.

Concernente a esta particularidade, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2000) estabeleceu que a Unidade de Saúde da Família (USF) não deve ser apenas um local de triagem e encaminhamento. Antes, constituir-se-ia de profissionais capazes de resolver os problemas de saúde mais comuns e de manejar novos saberes, que promovam a saúde e previnam doenças em geral. Estabeleceu igualmente que

apenas 15% dos casos devem ser encaminhados para serviços mais especializados, sendo que, mesmo nestes casos, a USF, responsável por todo o plano terapêutico, tem a obrigação de “referenciar” o usuário quando necessário, contatando outros serviços, discutindo os casos e recebendo-os de volta (“contra-referência”) para continuar os cuidados básicos.

O ponto de primeiro contato, a atenção básica, deve ser de fácil acesso, segundo Starfield (2002), pois para esta autora este entendimento constitui aspecto essencial em modelos organizados por nível de atenção (hierarquizados), como é o caso do Brasil. Esclarece, ainda, a referida autora, que se a porta de entrada não estiver reconhecida ou habilitada para manejar e diagnosticar adequadamente os problemas, a atenção necessária é adiada. Compromete-se, portanto, o acesso ao serviço.

A atenção básica como porta de entrada também encontra referência na Carta dos Direitos dos Usuários do SUS (BRASIL, 2006b), publicação recente do Ministério da Saúde, na qual o primeiro princípio assegurado a todos os cidadãos refere que o acesso aos sistemas de saúde “deve ser ordenado e organizado”, sendo que o primeiro item deste princípio estabelece que este acesso deve se dar “prioritariamente pelos Serviços de Saúde da Atenção Básica próximos ao local de moradia”.

Entretanto, vale salientar que o modo de organização do sistema não está dado aprioristicamente - a despeito do disposto nos textos legais e nas diversas normatizações oficiais -, antes modela-se com características distintas, face às múltiplas estratégias que os usuários utilizam para acessar os serviços de que necessitam, pois, como compreendem Velozzo e Souza (1993), a oferta e o consumo dos serviços de saúde são expressões das relações sociais.

Questões relativas ao papel adequado das unidades básicas no sistema de saúde têm sido enfaticamente discutido por autores como Merhy e Queiroz (1993) e Cecílio (1997). Para estes autores, a idéia de “porta de entrada” presente no sistema de saúde brasileiro apresenta-se inconsistente com um modelo que pretende realizar a integralidade das ações individuais e coletivas em toda sua plenitude.

Particularmente no que se refere ao PSF, apesar deste se constituir numa estratégia com potencial para equalizar a relação oferta-demanda, na prática ainda não conseguiu desburocratizar o acesso aos serviços (MERHY; FRANCO,1996).

A compreensão de acesso, aqui, parte do entendimento de que a simples disponibilidade de um serviço ou programa em um determinado local não garante sua efetiva utilização, como também o entende Fekete (1996).

Recentes estudos desenvolvidos no Recife acerca da percepção dos usuários sobre a qualidade dos serviços de saúde (GALINDO, 2001; GATTÁS, 2003; SANTOS, 2003; SOUZA *et al.*, 2003) apontam para falhas relacionadas basicamente ao acesso, ao tratamento dispensado pelos profissionais, ao acolhimento e à baixa resolubilidade.

Conill (2002), discutindo a avaliação a partir da análise do Programa de Saúde da Família de Florianópolis, SC, de 1994 a 2000, assume o acesso e a integralidade como categorias operativas. Esta autora, a partir do olhar dos gestores e da população usuária, identificou que em ambas as percepções o acesso foi considerado um aspecto problemático na utilização dos serviços. Em estudo semelhante sobre a qualidade em saúde desenvolvido na rede básica de Natal, RN, Dimenstein *et al.* (2003) também identificaram, entre outros fatores negativos associados à qualidade, a dificuldade no acesso. O estrangulamento na porta de entrada também foi um dos resultados encontrados em um estudo realizado por Cazelli (2003), cujo objetivo foi avaliar o processo de implementação do PSF na cidade do Rio de Janeiro.

Mais recentemente, Elias *et al.* (2006), comparando o PSF e as UBS (Unidades Básicas de Saúde), a partir da avaliação de usuários, gestores e profissionais, identificaram que a acessibilidade foi considerada pelos três sujeitos como a pior dimensão da atenção básica nos dois modelos.

Neste sentido, Fekete (1996, p. 116) esclarece que a acessibilidade, como uma dimensão da qualidade, pode ser um eixo de análise interessante para se operacionalizar processos avaliativos porque favorece a “apreensão da relação

existente entre as necessidades e aspirações da população em termos de 'ações de saúde', e a oferta de recursos para satisfazê-las". Considerando esta perspectiva é que a atenção básica, reconhecida como importante via de acesso ao sistema de saúde, tem sido hoje o foco de diversos estudos - como os de Gattás (2003); Santos (2003); Trad *et al.* (2002); Travessos-Yépez (2004) -, sendo a avaliação da qualidade de seus serviços um aspecto para o qual muitos deles têm se voltado.

A avaliação de serviços é uma prática fundamental, pois possibilita reordenar a execução de ações e serviços, redimensionando-os, e contribui para o desenvolvimento de práticas mais condizentes com as necessidades dos usuários e com as capacidades técnicas do sistema de saúde (BRASIL, 2004), bem como deve servir de instrumento para os próprios usuários.

Foi nesta perspectiva que o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004, p. 8) implantou, em 2004, o PNASS (Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde), com o objetivo de "avaliar os serviços do Sistema Único de Saúde, buscando a apreensão mais completa e abrangente da realidade dos mesmos em suas diferentes dimensões e avaliar a eficiência, a eficácia e efetividade das estruturas, processos e resultados relacionados ao risco, acesso e satisfação dos cidadãos frente aos serviços públicos de saúde na busca da resolubilidade e qualidade".

A concepção do PNASS indica uma preocupação do Ministério com a qualidade nos serviços, incluindo na concepção do Programa outro elemento fundamental na avaliação, que é o usuário/cidadão.

Outras iniciativas do Ministério da Saúde somam-se a esta, como a indução à institucionalização da avaliação, através da construção de uma política de avaliação para a avaliação de políticas e programas de saúde no âmbito da atenção básica, capitaneada pela Coordenação de Acompanhamento e Avaliação do Departamento de Atenção Básica (CAA/DAB) da Secretaria de Atenção à Saúde.

Cabe também destacar a recém iniciada Avaliação para a Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ), que vem sendo desenvolvida pelo Ministério da Saúde, em conjunto com os estados e municípios. Trata-se do III Componente do

Proesf (Projeto de Expansão e Consolidação do Programa Saúde da Família), programa financiado pelo Banco Mundial. Com a execução deste III Componente, o Ministério espera “fomentar o Monitoramento e a Avaliação dos estágios de qualidade da Estratégia Saúde da Família” (BRASIL, 2006c, p. 12).

Como uma prática institucionalizada nos serviços de saúde, entretanto, a avaliação ainda tem um longo caminho a percorrer. Segundo Tanaka e Bosi (2004), isto se deve a alguns fatores. Por um lado, o rigor dos pressupostos metodológicos, imprimindo um caráter científico nos processos avaliativos, favoreceu o entendimento de que esta tarefa caberia apenas a especialistas. Este mesmo rigor também favoreceu a predominância de abordagens quantitativas e a freqüente exclusão de fatores descritivos e explicativos dos contextos locais, e sua influência nos resultados finais da avaliação. Associe-se a estes elementos a “incipiência do processo avaliativo em serviços de Saúde” e ter-se-á o quadro de imobilismo no campo das práticas avaliativas no cotidiano dos serviços de saúde, apresentado pelos referidos autores.

Segundo Deslandes (1997, p. 3), a avaliação de serviços, antes hegemonicamente imbuída do paradigma positivista, encontra-se na atualidade amplamente afeita aos aspectos subjetivos, considerados inerentes a qualquer avaliação. A mesma autora afirma que esta prática científica deixou de ser compreendida apenas como um conjunto de procedimentos e indicadores capazes de “medir com presteza a efetividade de determinado serviço ou programa”. Isto porque, como espaço de práticas técnicas, sociais e políticas, os serviços compreendem um espaço no qual diversos interesses e racionalidades encontram-se em movimento, e muitas das vezes em conflito. Daí decorre, obviamente, que o entendimento das particularidades desses meandros exige muito mais do que um conjunto de métodos e técnicas precisos. Trata-se de a estes somar elementos metodológicos capazes de apreender aspectos relacionados aos diversos valores culturais, sociais, políticos e econômicos característicos da sociedade atual.

Assim, apreender a subjetividade dos usuários, o modo pelo qual as pessoas percebem a qualidade dos programas e serviços de saúde, como vivem a

experiência cotidiana de acesso aos mesmos, constitui, portanto, importante elemento na avaliação desses programas e serviços.

Neste sentido, Donabedian (1984) esclarece que à medida que a satisfação do paciente é um juízo sobre a qualidade da atenção, ela se constitui na melhor representação de certos componentes da definição de qualidade, particularmente daqueles referentes às expectativas e valores do paciente.

Deslandes (1997, p. 4) esclarece que o sucesso ou insucesso de determinado serviço ou programa está relacionado a determinados valores, ideologias, *status*, etnia, crenças de seus usuários, comunidade e agentes. Para ela, “avaliar é também decodificar conflitos, visando ao entendimento da cultura institucional e da prática dos agentes que o serviço ou programa envolve”. A relevância do “universo vivido” consiste no fato de que, como muito bem afirmou MINAYO (1994), um problema só se constitui como tal intelectualmente quando apresenta-se em primeiro lugar como um problema da vida prática.

As reflexões acima e o conseqüente interesse da autora pelo tema da avaliação da qualidade na atenção básica surgiram da inserção da mesma na gestão do território 4.1 do Distrito Sanitário IV, na cidade do Recife, desenvolvendo atividades de planejamento, acompanhamento e avaliação dos serviços de saúde do território, no período de janeiro de 2005 a março de 2006.

Ainda que em um período relativamente curto de tempo, tal experiência permitiu refletir - em virtude da expansão do número de unidades de atenção básica à saúde no município, e do *status* de estratégia de reorganização do modelo de atenção atribuído ao PSF – que a distância entre o acesso da população e os recursos em saúde, em tese garantidos para todos, a partir deste nível de atenção, merecia um olhar mais atento. Trata-se, portanto, de uma análise de aspectos importantes relativos ao poder dos usuários de acessar os serviços de que necessitam e à capacidade desses serviços de responderem a tais necessidades.

Acredita-se que o planejamento e o redirecionamento das políticas públicas, particularmente daquelas relacionadas à saúde, tenderão mais ao acerto quanto mais

estiverem justificadas pelo respeito às perspectivas e necessidades dos usuários, as quais parecem passíveis de detecção e análise.

Neste sentido, recorrendo aos princípios e diretrizes que formatam a política de saúde no Brasil e, particularmente, no município de Recife, enfocando a problemática do acesso à atenção à saúde, a seguinte questão se apresenta: qual a percepção dos usuários sobre a qualidade da atenção à saúde no PSF, no que se refere ao acesso à atenção de que necessitam?

Parte-se da hipótese de que algumas questões centrais que se colocam hoje no PSF estão relacionadas, fundamentalmente, ao aspecto organizacional do acesso, tais como a dificuldade para o agendamento de consultas (médicas e odontológicas), a falta de integralidade nas ações e a fragilidade na rede hierárquica da assistência, configurando um quadro crítico que compromete em muito o acesso dos usuários à atenção por eles necessitada.

Deste modo, busca-se avaliar a qualidade da atenção à saúde, no que se refere ao acesso a partir do Programa de Saúde da Família, focalizando o ponto de vista da população usuária. Especificamente, objetiva-se caracterizar o PSF e o modelo de atenção à saúde do município de Recife e do Distrito Sanitário IV; traçar o perfil sócio-sanitário e demográfico das comunidades estudadas; identificar e analisar aspectos de organização interna das equipes estudadas; analisar a percepção dos usuários sobre a qualidade da atenção à saúde no PSF, no que se refere ao acesso;

Perseguindo tais objetivos, e visando a estabelecer um encadeamento lógico que facilite a compreensão do texto, este trabalho está estruturado em 4 capítulos. No primeiro capítulo encontra-se o referencial teórico, no qual se faz uma abordagem que envolve desde aspectos relativos ao sistema de saúde brasileiro, algumas de suas características e particularidades e o papel do PSF como porta de entrada no modelo de saúde brasileiro e do Recife, passando por ponderações sobre o acesso como importante dimensão da qualidade da atenção à saúde, até reflexões sobre a avaliação na atenção básica (incluindo o olhar dos usuários) e sua repercussão na qualidade da atenção prestada dentro e fora dos serviços de saúde.

No segundo capítulo, apresentam-se os caminhos percorridos para se chegar aos resultados, isto é, os procedimentos metodológicos adotados no estudo.

No terceiro capítulo são apresentados e discutidos os resultados da pesquisa, momento no qual se fazem diálogos reflexivos entre as diferentes fontes referenciais teóricas mencionadas no primeiro capítulo e os resultados encontrados.

Por fim, no último capítulo, apresentam-se as conclusões do trabalho e as recomendações, consistindo estas últimas basicamente no acolhimento das sugestões apresentadas pelos sujeitos entrevistados na pesquisa, associados aos achados da mesma.

2. O ACESSO NO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO: A Atenção Básica como porta de entrada

2.1 O PSF no Contexto do Sistema de Saúde Brasileiro

O atual sistema de saúde brasileiro tem um histórico bastante peculiar, dado o complexo contexto no qual foi instituído. Trata-se de períodos de recuos e avanços consoante as conjunturas política, econômica e social atravessadas pelo país.

Ao examinar essas diversas conjunturas, Paim (2003) identifica, e localiza temporalmente, características distintas da política de saúde do Brasil. Assim, ele entende que o sistema de saúde brasileiro partiu de um sanitarismo campanhista e da implantação da previdência social no início do século passado, que estabeleceram a separação da saúde pública, medicina previdenciária e medicina liberal (décadas de 20 a 50), depois instalou-se o modelo assistencial privatista (décadas de 60 e 70). Nas décadas seguintes, inicia-se o processo social de construção do Sistema Único de Saúde (SUS), que alcança seu ápice com a Constituição de 1988, ao mesmo tempo em que se configura um mercado paralelo de assistência médica supletiva (décadas de 80 e 90).

Discutindo a relação entre os ajustes macroeconômicos e as políticas sociais no Brasil na década de 1990, Costa (2002) refere que houve nesta década uma opção deliberada do Estado por políticas sociais focalizadas e seletivas, em detrimento de políticas mais abrangentes. A saúde, porém, segundo ele, foi uma exceção, devido à capacidade de mobilização e intermediação de interesses de seus atores.

Esse entendimento, entretanto, não é compartilhado por Mendes (1999, p. 80), segundo o qual, a despeito dos avanços legais conquistados no setor saúde durante e após a década de 1980, o que ocorreu, na prática, foi a substituição do modelo médico-assistencial privatista por um projeto de saúde neoliberal, porque, para ele, nos anos 1980 consolidaram-se “diferentes subsistemas e, dentro deles, diferentes modalidades assistenciais – uma delas o próprio sistema público – que são ofertadas a distintos grupos sociais conforme sua inserção econômico-social”.

Neste sentido, o mesmo autor justifica a vitória do projeto conservador da saúde através do exame das opções de políticas sociais do neoliberalismo, segundo ele, fortemente enraizadas na proposta consolidada para a saúde na década de 80.

Uma reflexão melhor acerca da relação dialética entre a universalidade e a equidade como princípios filosóficos norteadores das políticas públicas, particularmente da política de saúde, merece ser mais aprofundada. Isto porque, se por um lado, o sistema público de saúde brasileiro acredita-se universalizante – e o aparato legal e normativo em que a política de saúde se baseia não deixa dúvidas quanto a isto -, por outro, a introdução da equidade na legislação, cuja imprecisão conceitual e variedade de possibilidades interpretativas tornam sua efetivação dependente de valores sociais estabelecidos em diferentes contextos (VARGAS *et al.*, 2002), pode levar a que, na prática, a seletividade e a focalização preponderem como diretrizes.

Mas, para Viana e Dal Poz (1998, p. 27), a focalização no caso do PSF não se constitui necessariamente num problema, pois a implantação deste programa em alguns municípios chega a quase 80% de cobertura. Para eles, “essas experiências de focalização dentro do universalismo evidenciam que se pode ter práticas focalizadas dentro de uma política universal e que não há necessariamente conflito entre focalização e universalização, isto é, os dois conceitos não precisam ser excludentes”. Afirmam, ainda, que o PSF evidencia a necessidade de ações especiais para populações mais carentes.

Corroborando o pensamento destes autores, Serra (2003) não vê possibilidades de efetivação da universalização com igualdade de direitos no acesso aos serviços em países com graves desigualdades econômicas e sociais. Assim, no Brasil, apenas associada à diretriz da equidade, para ele, essa possibilidade pode ser concretizada, uma vez que o direito ao acesso às ações e serviços efetivar-se-ia consoante as necessidades de cada um, significando, na prática, aporte maior de recursos para os que mais necessitam.

Por outro lado, concebe-se, assim como Mendes (1999), a focalização apenas como uma das estratégias de estabilização e ajustes neoliberais - entre as quais se encontram também a descentralização e a privatização - utilizadas em tempos de crise fiscal e política.

Neste sentido, são significativas, nos anos seguintes à década de 1980, as recomendações do Banco Mundial (BANCO MUNDIAL, 1993) - cujos clientes são

países pobres, médios e ex-socialistas - para as reformas no setor saúde destes países, nas quais observa-se uma conotação focalista/seletiva intensamente refletida nas reformas do sistema de saúde brasileiro na década de 1990.

O Banco Mundial, além de estratégias de crescimento econômico, propõe, então, “*un programa de acción*” voltado ao alcance dos objetivos fixados para o setor saúde, do qual extraíram-se, como exemplos, as recomendações de reformas abaixo:

- a. investimento em educação “*en particular para las niñas*”;
- b. proteger os direitos das mulheres “*dotándolas de protección legal frente a abusos*”;
- c. Reduzir gastos com serviços especializados “*en función de los costos*”;
- d. Financiar e assegurar a prestação de um conjunto de serviços clínicos essenciais para os pobres;
- e. Melhorar a gestão dos serviços de saúde pública;
- f. Facilitar o envolvimento do setor privado “*que cubran los servicios clínicos no incluidos em el mínimo esencial*”.
- g. Garantir um sistema de informação em saúde.

Dentre as variadas concepções de equidade, há uma que, no campo da política de saúde, a compreende sob dois enfoques (VARGAS *et al.*, 2002): o *enfoque igualitarista*, que se apóia no conceito de justiça social da filosofia comunitária e tem pretensões universalistas; e o *enfoque neoliberal*, que, partindo dos princípios de individualismo, igualitarismo e liberdade, apregoa uma política de saúde que garanta aos pobres um nível básico mínimo de assistência à saúde.

Objetivamente, na política de saúde brasileira, parece haver uma situação híbrida que agrega os dois enfoques referidos acima: indiscutivelmente há a presença do enfoque igualitarista no aparato legislativo que norteia a política de saúde de um modo geral. Mas, apesar de fundamental, isso não é tudo. A conhecida (e infinita) escassez de recursos públicos no campo da saúde – sem querer discutir aqui os motivos que justificam ou não essa escassez – torna a execução dessa política universalista fatalmente complexa. É neste sentido que programas com características de focalização e seletividade (enfoque neoliberal), como o PSF, são

criados – ainda que no plano do discurso oficial essas características não sejam admitidas.

Porém, corroborando o entendimento de Travassos (1997, p. 329), alerta-se para o fato de que “a definição de prioridades na distribuição de serviços efetivos só é eticamente aceitável enquanto estratégia de transição para uma situação de universalidade de acesso com base em necessidades”. Trata-se, portanto, de uma situação circunstancial que, como tal, deve apontar para sua futura superação, qual seja, o efetivo e pleno gozo por todos do direito à saúde garantido na lei.

No atual estágio de desenvolvimento do sistema de saúde brasileiro, já num avançado processo de descentralização, observa-se uma crescente expansão de modelos de saúde centrados na atenção básica, compreendida esta como a principal “porta de entrada” do sistema de saúde e o PSF como o espaço privilegiado de sua operacionalização.

A grande guinada do sistema de saúde brasileiro neste sentido iniciou-se após a publicação da NOB/96 (que só entrou em vigor em 1998), a qual criou importantes mecanismos de indução da expansão da atenção básica, como o Piso da Atenção Básica (PAB) e o incentivo ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e ao Programa de Saúde da Família (PSF). Assim, se em dezembro de 1998, em todo o Brasil, havia 116.393 famílias cadastradas no PSF e 213.107 no PACS, em agosto de 2005 estes números passaram, respectivamente, para 2.542.516 e 1.304.779 (BRASIL, 2006e). Mais um elemento a se destacar desses números é que os mesmos mostram a superposição do PSF sobre o PACS, indicando uma clara opção do Ministério da Saúde pelo modelo PSF como principal estratégia de intervenção em saúde no âmbito da atenção básica.

Estratégia, cuja tendência, ao se contrapor àquela baseada na segmentação e na especialização da prática médica (que cresceu substancialmente nos últimos anos com o incremento do progresso científico e tecnológico), apresenta efetivo potencial para resgatar o “elo ontológico” que caracteriza a relação médico-paciente, a qual não se baseia apenas na técnica, mas em todo o processo comunicativo que se

estabelece no – e vai muito além do – ato de intervir e prescrever (CAMPOS; BELISÁRIO, 2001).

Conforme o entendimento de Sá (2003, p. 50),

a estratégia Saúde da Família [...] [promove] a reorganização dos demais níveis do sistema, segundo suas complexidades e economias de escala, de acordo com o princípio da abordagem integral. A integralidade então deveria acontecer tanto no sistema como em cada nível, a fim de se promover a resolução dos problemas de saúde da população.

Assim, a garantia da integralidade nas ações – tanto em cada nível do sistema como no que se refere ao acesso a todos os níveis de atenção - constitui condição *sine qua non* para a resolubilidade na atenção básica.

Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2001a, p. 5) a atenção Básica compreende “um conjunto de ações, de caráter individual e coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação”. Inserida nesse primeiro nível de ações e serviços do sistema local de saúde, a Unidade de Saúde da Família, segundo o Ministério, está vinculada a uma rede de serviços que, hierarquizada, deve garantir assistência integral aos indivíduos e familiares, referenciando aos níveis superiores de complexidade tecnológica quando as situações ou problemas identificados requerem resolução acima do âmbito da atenção básica (BRASIL, 2001a).

Em que pese a nobreza dos propósitos deste modelo, e o fato dele compor o universo ideológico no qual se baseou a construção do SUS, sua defesa não constitui unanimidade.

Segundo Cecílio (1997), as vantagens deste modelo são atribuídas a algumas razões, tais como:

- (1) a idéia de expansão da cobertura e democratização do acesso;
- (2) a criação de uma “porta de entrada” composta por uma ampla rede de serviços de atenção básica;

- (3) a hierarquização como forma de racionalização no uso dos recursos, garantindo o acesso para o usuário que entrou pela “porta de entrada” a todas as tecnologias que o sistema dispuser;
- (4) a proximidade do serviço de saúde da residência do usuário, como elemento facilitador do acesso e do vínculo; e
- (5) a pirâmide seria um orientador seguro para priorização de investimentos, pois facilita a percepção de onde se localizam as reais necessidades dos usuários.

Entretanto, este mesmo autor, baseado em alguns estudos e em constatações da prática social, enumera uma série de razões por que este não constitui o modelo mais adequado. Segundo ele, esta imagem ideal representada pela pirâmide ainda não pôde ser verificada na prática, pelas seguintes razões:

- (1) a rede básica de serviços ainda não conseguiu se concretizar como “porta de entrada”, cujo papel ainda está por conta dos hospitais, públicos ou privados, por meio de serviços de urgência e emergência e dos seus ambulatorios, o que, para ele, pode ser constatado pela maioria dos levantamentos realizados a respeito do perfil de morbidade da clientela dos prontos socorros, que deveria ser atendida no nível das unidades básicas por demandarem procedimentos de caráter considerados mais “simples”. Distorção que também pode ser encontrada nos ambulatorios dos serviços especializados;
- (2) Mesmo quando são implantadas medidas mais rigorosas de referência (marcação de consultas) por meio das unidades básicas, o acesso a serviços especializados continua sendo uma dificuldade, pois, segundo Cecílio (1997, p. 472), “o número de consultas em especialidades é insuficiente perante as necessidades da população usuária do sistema”. Além disso, os ambulatorios especializados mantêm certas “clientelas cativas” que deveriam estar nos ambulatorios de atenção básica;
- (3) Outro motivo consiste na dificuldade de acesso a cirurgias eletivas, mesmo que a “porta de entrada” seja o centro de saúde ou o pronto socorro.

Para esses fracassos, o referido autor constrói dois blocos de explicações, sendo um relacionado a aspectos mais gerais, referentes ao financiamento do SUS, à relação público-privado, à gestão do sistema e ao controle social. O segundo, relaciona-se ao modelo tecno-assistencial do SUS, cuja organização referencia-se numa pirâmide hierarquizada de serviços.

Para o tema de interesse deste estudo, será privilegiada a reflexão que o autor faz sobre o segundo bloco de explicações.

Aqui, se elenca como um grande problema a falta de clareza sobre o papel das unidades básicas de saúde – que ora são vistas como espaços quase exclusivos de promoção da saúde e prevenção de doenças, com práticas orientadas pelo modelo ideal de “vigilância da saúde”; ora são tidas como espaços de pronto-atendimento de todas e quaisquer necessidades de saúde que se lhes apresentam, de modo “a não deixar ninguém sem atendimento”.

Por outro lado, os hospitais também apresentam distorções a respeito de sua missão no modelo da pirâmide, pois grande parte de suas demandas encontram-se no âmbito da atenção básica. Para o autor em questão, o problema não é que os usuários estejam “entrando pela porta errada”, antes trata-se do fato de que as pessoas, diante de suas necessidades, contrariam a racionalidade estabelecida pelo modelo de saúde, acessando o sistema pela porta que lhes parece mais possível.

Pelas razões aqui apresentadas sinteticamente, Cecílio (1997) propõe o que ele chama de “arredondamento” da pirâmide, criando uma forma alternativa de se operacionalizar o sistema de saúde, o qual passa a ser pensado sob a forma de um círculo. Assim, para romper com a racionalidade do modelo da pirâmide, o autor começa relativizando a idéia de hierarquização dos serviços, trocando os fluxos verticais embutidos nessa idéia pela idéia de movimento, embutida na concepção do círculo. Neste sentido, o sistema de saúde deve trabalhar com múltiplas entradas, que podem ser o centro de saúde, os pronto-socorros hospitalares, as unidades especializadas, entre outros serviços, inclusive quaisquer outros equipamentos sociais, como escolas, creches, farmácias, quartéis, etc. Importa, como primeira estratégia, para o autor, qualificar todas essas “portas de entrada”, de modo que se

tornem espaços privilegiados de acolhimento e reconhecimento dos grupos populacionais mais vulneráveis, organizando-as (as portas de entrada) de modo que, por meio delas, possa-se garantir o acesso de cada pessoa ao serviço ou tipo de atendimento mais adequado para cada caso.

Neste sentido, Cecílio (1997) atribui ao centro de saúde, como parte integrante da rede básica de saúde, a missão de reconhecer os grupos vulneráveis de sua área de atuação e a responsabilidade de garantir atendimento adequado a todas as pessoas, principalmente àquelas com maior risco de adoecimento e morte. Para tanto, suas principais atividades devem ser: delimitar e conhecer profundamente seu território; prestar atendimento direto às pessoas componentes dos grupos mais vulneráveis; e funcionar como articulador competente do acesso destas pessoas a recursos de tecnologia mais complexa, em outros pontos do sistema.

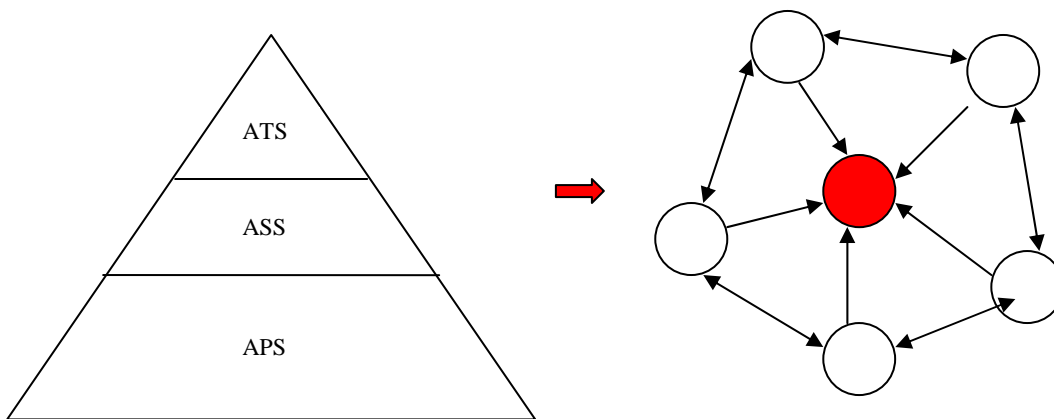
Por fim, o sistema de saúde como círculo, colocando os serviços de saúde numa condição de horizontalidade, induz à percepção de que todo e qualquer serviço de saúde é espaço de alta densidade tecnológica, que deve ser acessível a todo cidadão. Por isso, explica o autor, “o que importa mais é a garantia do acesso ao serviço adequado, à tecnologia adequada, no momento apropriado e como responsabilidade intransferível do serviço de saúde” (p. 477).

Já Mendes e Pestana (2004) criticam o modelo de saúde vigente no Brasil por considerá-lo composto por uma organização fragmentada, estruturada por um conjunto de pontos de atenção à saúde isolados, sem comunicação uns com os outros, e com débil atenção primária, cuja consequência são incapacidade para dar atenção contínua às pessoas e para responsabilizar-se por um território determinado.

Como alternativa, estes autores trabalham com a idéia de “regionalização cooperativa”, que implica uma opção por redes de atenção à saúde denominadas “sistemas integrados de serviços de saúde”. Nesta idéia, o modelo piramidal é substituído por uma rede horizontal integrada, composta por pontos de atenção à saúde com densidades tecnológicas distintas, sem hierarquia entre eles. Estes pontos constituem os nós da rede, mas o seu centro de comunicação está localizado

na atenção primária, que, para cumprir este papel de centro de comunicação, deve desempenhar três funções básicas: (1) o *papel resolutivo*, que implica resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população; (2) o *papel organizador*, o de organizar os fluxos e contrafluxos das pessoas pelos diversos pontos da atenção; e (3) o *papel de responsabilização*, que implica co-responsabilidade pela saúde dos cidadãos, seja qual for o ponto de atenção em que ele esteja.

Para ilustrar a mudança de um sistema piramidal hierarquizado para um sistema em rede horizontal integrada, no qual a atenção primária é o centro de comunicação, representado pelo círculo central, os referidos autores construíram a figura abaixo:



APS: atenção primária à saúde

ASS: atenção secundária à saúde

ATS: atenção terciária à saúde

Figura 1. Do sistema piramidal hierárquico para a rede horizontal integrada de serviços de saúde.

Fonte: Mendes e Pestana (2004)

Assim, não se trata de uma simples inversão da forma piramidal, mas de uma mudança radical na forma e na qualidade da organização do modelo.

Na tentativa de conferir um olhar multidimensional para os problemas individuais e coletivos da população usuária, as equipes de saúde da família no PSF – antes resumidas a 1 médico, 1 enfermeira, 1 auxiliar de enfermagem e de 6 a 8 agentes comunitários de saúde – foram ampliadas em muitos municípios, incorporando profissionais como dentistas, auxiliares de consultório dentário, técnicos de higiene

dental, assistentes sociais, entre outros. Além disso, alguns municípios, como Recife, vêm “ampliando” a atenção no PSF, constituindo equipes de retaguarda ou de “ação avançada” nas áreas de saúde mental, serviço social e fisioterapia. Esta necessidade já havia sido expressa na VI Conferência Municipal de Saúde, mas na VII Conferência ela se formata numa proposição mais abrangente: “Garantir e ampliar apoio multiprofissional ao desenvolvimento das ações na atenção básica implementando a ‘ação avançada’ em cada distrito” (RECIFE, 2005, p. 51).

O extenso elenco de atribuições de uma Equipe de Saúde da Família (ESF), definidas pelo Ministério da Saúde, por si só já indica um certo interesse pela ampliação das categorias profissionais na implementação do Programa, o que deve ocorrer em consonância com as necessidades locais.

Assim, as atribuições básicas de uma equipe de saúde da família são as seguintes, segundo a Portaria 648/GM de 28 de março de 2006, que estabelece a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2006a):

- Participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos, inclusive aqueles relativos ao trabalho, e da atualização contínua dessas informações, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;
- Realizar o cuidado em saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da unidade de saúde, no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros), quando necessário;
- Realizar ações de atenção integral conforme a necessidade de saúde da população local, bem como as previstas nas prioridades e protocolos da gestão local;
- Garantir a integralidade da atenção por meio de realização de ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e curativas; e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização de ações programáticas e de vigilância à saúde;
- Realizar busca ativa e notificação de doenças e agravos de notificação compulsória e de outros agravos e situações de importância local;

- Realizar a escuta qualificada das necessidades dos usuários em todas as ações, proporcionando atendimento humanizado e viabilizando o estabelecimento de vínculo;
- Responsabilizar-se pela população adscrita, mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando esta necessita de atenção em outros serviços do sistema de saúde;
- Participar das atividades de planejamento e avaliação das ações da equipe, a partir da utilização de dados disponíveis;
- Promover a mobilização e a participação da comunidade, buscando efetivar o controle social;
- Identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais com a equipe, sob a coordenação da SMS;
- Garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas nacionais de informação na Atenção Básica;
- Participar das atividades de educação permanente; e
- Realizar outras ações e atividades a serem definidas de acordo com as prioridades locais.

Esta mesma Portaria também determina que uma equipe multiprofissional de saúde da família deve ser responsável por no máximo 4.000 habitantes, sendo que a média recomendada é de 3000, com jornada de trabalho de 40 horas semanais para todos os integrantes da equipe. Para cada Agente Comunitário de Saúde, recomenda-se a responsabilidade por, no máximo, 750 pessoas.

Para a incorporação da Equipe de Saúde Bucal (ESB) - em qualquer uma de suas duas modalidades¹ - à Equipe de Saúde da Família, a determinação da referida Portaria é que cada ESB esteja integrada a uma ou duas equipes de saúde da família, responsabilizando-se pela mesma população e território da(s) equipe(s) à(s) qual(is) estiver vinculada.

¹ Segundo a referida Portaria, existem duas modalidades de ESB, a modalidade 1, composta por um cirurgião dentista e um auxiliar de consultório dentário e a modalidade 2, composta por um dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico de higiene dental.

Um modelo de saúde que tem na atenção básica “um meio de construção de uma nova institucionalidade e produção de serviços” (MERHY, 2002); focalizado na família e na comunidade, não mais no indivíduo; centrado numa equipe de saúde, não mais na pessoa do médico; que privilegia a promoção e a prevenção, não mais a assistência médica curativa e hospitalocêntrica, exige a desconstrução de todo um aparato - institucional, político, cultural e teórico-metodológico - cristalizado ao longo da formação da política de saúde brasileira, o que não se consegue apenas por meio de leis, normas, programas e projetos.

O ambiente político, ideológico e cognitivo-tecnológico extremamente tensionado sobre o qual o próprio sistema de saúde se conformou testemunha esta assertiva, conforme constatou Mendes (1999), em uma interessante retrospectiva histórica deste fato.

Necessário se faz observar, por outro lado, que os diferentes (e divergentes) atores envolvidos, as distintas realidades locais e as desigualdades estruturais tornam complexos os processos que as leis, normas e programas vivenciam no contexto de sua implantação. Por isso, Bodstein (2002) considera importante a adequação da política aos contextos e realidades locais, visando à adoção de perfis ou modelos assistenciais diversos e mais adequados.

Segundo Contandriopoulos *et al.* (1997, p. 32), esta perspectiva não é apenas importante, é, sobretudo, necessária, pois não se pode falar de uma intervenção sem se considerar o conjunto de atores que ela envolve. Estes “dão sua forma particular em um dado momento em um dado contexto”.

Ante tais considerações, vale anotar a observação de Paim (2003), para quem, apesar da acentuada expansão do Programa Saúde da Família e do reconhecimento de experiências exitosas em diversos municípios do país, ainda não há evidências suficientes para reconhecê-lo como estratégia suficientemente potente para superar os modelos assistenciais dominantes.

2.1.1 O PSF no Recife

O processo de descentralização no Recife iniciou-se em 1995, mas não contemplou as unidades de alta complexidade, que, para sua municipalização, um processo de discussão foi iniciado no ano de 2005, mas ainda não foi concluído. Este aspecto limita a adequação da rede hospitalar localizada no município à lógica do modelo municipal e dificulta sobremaneira a operacionalização da hierarquia da rede, posto que fragiliza os mecanismos de referência e contra-referência estabelecidos no modelo, que visa a garantir uma assistência integral à população através da integração entre as ações de vigilância com a programação de ações nas unidades de saúde (RECIFE, 2002).

Este modelo propõe uma rede hierarquizada de serviços que tem no PSF seu eixo organizativo, funcionando como principal estratégia utilizada pela Secretaria de Saúde para a atenção à saúde da população no nível básico.

No município, desde o início de 2001, vem ocorrendo um rápido crescimento de investimentos financeiros nos programas de atenção básica (PACS e PSF), o que proporcionou um notável aumento do número de equipes de saúde da família em todos os Distritos Sanitários.

Conforme dados da Gerência de Atenção Básica (GAB), da Secretaria de Saúde, o Recife em 2000 possuía 16 Unidades de Saúde da Família, 27 Equipes de Saúde da Família (ESF) e 990 Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Em dezembro de 2006 esses números passaram, respectivamente, para 104, 217 e 1803. As Equipes de Saúde Bucal (ESB), que até o ano de 2002 o município não havia implantado nenhuma, hoje dispõe de 83.

A tabela abaixo apresenta a cobertura populacional do PSF no município, no ano de 2006.

Tabela 1. Cobertura do PSF por Distrito Sanitário. Recife - 2006

Distrito	População existente	PSF		
		Nº ESF	Pop. Coberta	% Cobertura
I	83.140	15	51.750	62,0
II	219.320	38	131.100	59,7
III	301.880	39	134.550	44,5
IV	269.400	34	117.300	43,5
V	264.560	27	93.150	35,2
VI	376.700	64	220.800	58,6
Total	1.515.000	217	748.625	49,5

Fonte: GAB/Secretaria de Saúde do Recife

A expansão desses serviços vem se consolidando, tendo sido, inclusive, objeto de ampla discussão nas plenárias distritais e na reunião da VII Conferência Municipal de Saúde (RECIFE, 2005, p. 51), em cujas proposições, no campo da atenção básica, incluiu-se como meta a “ampliação da cobertura do PSF para 70% da população do Recife, até 2009”.

Vale destacar, entretanto, que esta ampliação por si só não é suficiente, podendo se constituir num grande problema para os níveis superiores da hierarquia assistencial, caso o foco restrinja-se ao nível da atenção básica.

Além de aspectos relativos ao princípio da integralidade da assistência, tal como as leis e normatizações relacionadas à saúde preconizam, esta questão remete também a outras de ordem mais operacional, como, por exemplo, a organização normativa de um sistema de referência e contra-referência, que estruturado de modo sistêmico, e atrelado a políticas de integração regional, estreite a distância já bem conhecida (principalmente pelos usuários) entre a atenção realizada no PSF e aquela disponível nos serviços de maior complexidade assistencial.

Visando à redução desta problemática, uma proposta foi publicada em 2005 por um grupo de profissionais e gestores do Distrito Sanitário IV, no Recife. Composta por um conjunto de proposições que vão desde a criação de planilhas e fluxos, passando pela elaboração de mapas e guias de orientação de referências, até a

capacitação de profissionais, essa proposta foi justificada, entre outros fatores, “pelo estrangulamento no fluxo de referência, em função do crescimento da rede do Distrito Sanitário IV não acompanhada na média complexidade da Policlínica Lessa de Andrade [...]”, onde as solicitações de agendamento podiam demorar até quatro meses para serem atendidas (CABRAL *et al.*, 2005).

Empreendimentos neste sentido podem ser bastante interessantes no caminho da garantia do acesso efetivo aos serviços de saúde, embora ainda não haja avaliações que indiquem o sucesso dessa iniciativa.

A preocupação com o acesso e a qualidade desses serviços constitui um dos objetivos específicos do texto base do Plano Municipal de Saúde do Recife para 2006-2009, discutido e aprovado na já referida Conferência.

2.2 Acesso e Integralidade no SUS a partir da atenção básica: algumas aproximações conceituais

Freqüentemente o Ministério da Saúde e uma boa parte dos estudos que tratam da universalização do acesso aos serviços de saúde o fazem compreendendo o acesso como ampliação da cobertura desses serviços, tais como os de Sá (2002); Serra (2003) e Levcovitz *et al.*(2001).

O acesso neste estudo, conforme se tem buscado deixar claro, não é concebido simplesmente como sinônimo de cobertura populacional. Embora esta relacione-se ao acesso, ambos não são equivalentes (VIEIRA DA SILVA, 2004). De fato, a ampliação da cobertura populacional consiste num dos elementos constitutivos do acesso, mas há de se entender que a ampliação do número de unidades de saúde, ainda que sejam unidades de saúde da família, apesar de necessária, não é suficiente para indicar que efetivamente o acesso tenha se ampliado.

Para isto faz-se necessário, além de outros fatores que se verão mais adiante, levar em conta a concretização de um princípio fundamental, qual seja, o da integralidade, que se encontra muito bem conceituado nas contribuições de Cecílio (2001) e Mattos (2001).

Para Cecílio (2001), que apresenta uma definição que chama de ampliada da integralidade, esta – mediada pelas necessidades de saúde dos usuários – envolve o espaço “micro” de uma unidade de saúde (“integralidade focalizada”) e o espaço “macro” de uma rede composta por serviços de saúde e serviços de outros setores.

O espaço micro é o espaço singular de cada serviço, no qual a integralidade consiste num esforço conjunto (de toda a equipe) de compreender, captar, da melhor forma possível, as necessidades de saúde da população que procura o serviço.

No espaço macro, a integralidade consiste na articulação de cada serviço de saúde a outros serviços, constituindo uma rede de serviços muito mais complexa (intra ou intersetorial), pois a integralidade nunca se realiza em apenas um lugar - seja qual for a complexidade do serviço. Esta idéia de rede, com múltiplas entradas e fluxos,

seria mais adequada à concretização da integralidade do que o modelo piramidal, com serviços racionalmente hierarquizados, pois segundo Cecílio (1997), daquele modo há possibilidade de captação de clientes nas várias portas de entrada.

Para Mattos (2001), a integralidade não é apenas uma diretriz, é uma “bandeira de luta”, expressão de um conjunto de valores pelos quais vale a pena lutar. Assim, a integralidade é apreendida por este autor em três dimensões: (1) como princípio orientador das práticas; (2) como princípio orientador da organização do trabalho; (3) como princípio orientador das políticas.

No primeiro caso, o indivíduo é visto de forma integral (não fragmentária). Aqui, a integralidade pressupõe uma prática médica em que a intervenção não se reduz à “queixa” do usuário, mas, ao contrário, amplia-se no sentido do profissional identificar na “queixa” as diversas ações e serviços que o indivíduo necessita. Trata-se de uma abordagem na qual o profissional tanto aproveita a oportunidade do “encontro” com os usuários para aplicar técnicas preventivas, quanto para identificar necessidades que vão além da prevenção e do controle de doenças.

No segundo caso, a integralidade se expressa num modo de organização voltado para a articulação entre as práticas de saúde pública e as práticas assistenciais. Neste sentido, os serviços devem ser organizados de maneira tal que permita uma apreensão ampliada das necessidades dos usuários.

No terceiro caso, a integralidade relaciona-se (a) à recusa por parte dos governantes de reduzir a objetos (descontextualizados) das políticas públicas os sujeitos para os quais a política foi formulada, ampliando o horizonte de problemas sobre o qual a política incide; e (b) à respostas governamentais que incorporam ações voltadas para a prevenção e para a assistência.

Sintetizando, em ambos os autores, a integralidade consiste em abolir os reducionismos na atenção, e exprime-se na concretização do “direito universal ao atendimento das necessidades de saúde”, conforme afirma Mattos (2001, p. 63). Isto é, o direito do indivíduo ao acesso (sem impedimentos de qualquer natureza) a todas as tecnologias que o sistema oferece para o atendimento de suas

necessidades, as quais, apesar de serem determinadas (ou construídas) histórica e socialmente, apresentam-se de modo diferente para cada pessoa que as vivencia, e é a partir desses diferentes modos que devem ser apreendidas (STOTZ, 1991).

Esta forma de compreender as necessidades de saúde, ou seja, como parte de um conjunto de necessidades sociais mais amplas, problematiza a lógica racionalizadora que sempre permeou os modelos de saúde propostos e executados até hoje no Brasil, para os quais predominam políticas e programas voltados (apenas) para a satisfação dessas necessidades, e não para o plano no qual elas são produzidas. Essa racionalidade se expressa no cotidiano dos serviços de forma desastrosa, através de uma forte tendência, por parte dos profissionais responsáveis pela produção dos serviços de saúde, à “medicalização de problemas *sociais* dos indivíduos”, nos termos de Stotz (1991, p. 155), ou à “medicalização dos problemas de vida da população”, nos termos de Pinheiro (2001, p. 73).

Esta crítica é compartilhada por outros autores, tais como Schraiber & Mendes-Gonçalves (2000) e Cecílio (2001), que vêem na racionalidade gestora e produtora dos serviços uma atitude unilateral e estratificadora que não leva em conta a “necessidade de cada pessoa, em cada singular momento que vive” (CECÍLIO, 2001, p. 115).

Com o objetivo de ampliar esse diálogo, cabe destacar, aqui, outro elemento relevante. Trata-se da questão dos processos de trabalho em saúde, elemento fundamental que tem se constituído num desafio importante (porém não intransponível) ao desenvolvimento das práticas no interior dos serviços de saúde.

Os processos de trabalho em saúde, como espaços onde se realiza a “micropolítica do trabalho vivo em saúde” constitui um campo de pesquisa e reflexões bastante explorado por Merhy (2002) e Merhy *et al.* (2002).

Suas contribuições são bem interessantes para o presente estudo, apesar do conceito de acesso tal como pensado neste trabalho, não ser o foco de seus estudos, embora muitos dos temas por ele abordados estejam intrinsecamente

atrelados ao objeto aqui em foco, tais como acolhimento, relação profissional-usuário, integralidade da atenção, etc.

Na obra deste autor intitulada “Em Busca do Tempo Perdido – a micropolítica do trabalho vivo em saúde”, ele faz uma lúcida reflexão sobre o modo como se dão os processos de trabalho em qualquer serviço de saúde, a partir do “fluxograma analisador do modelo de atenção de um serviço de saúde”, com o qual analisa a trajetória que, em geral, os usuários fazem quando procuram por um serviço de saúde qualquer.

Assim, ele descreve uma situação hipotética em um centro de saúde qualquer, para explicar e analisar o modo como o processo de trabalho se realiza desde a chegada dos usuários ao Centro de Saúde, até sua saída.

Eis a situação:

1. Em um determinado serviço há um movimento que em um dia se faz na “porta” de entrada, sendo que algumas pessoas conseguirão entrar, outras, não (chegam e não esperam para entrar ou nem vão, pela “experiência”, ao serviço de saúde, pois supõem que não vão ser atendidas);
2. Os que conseguiram entrar, por outro lado, serão recebidos de algum modo e por grupos distintos de trabalhadores. Alguns chegam de madrugada, esperam a abertura da unidade por um vigia, e pela entrega de senhas que definirão se tais pessoas vão ou não ser atendidas, se vão ou não ter acesso ao que “desejam”;
3. Outra parte pode ter sido agendada para vir em um dado horário e provavelmente será recebida diferentemente. Outros chegarão no meio de um atendimento e serão recebidos de um modo ainda diverso. O autor refere que o trabalhador da saúde, mesmo o vigia, torna-se um trabalhador da saúde no ato mesmo em que entra em contato com o usuário, produzindo um processo de trabalho com conteúdo de intervenção terapêutica;
4. A etapa seguinte é a da decisão, que vai expressar os distintos critérios utilizados pelos serviços para dizer se o que os usuários estão trazendo como

“um problema de saúde” será ou não objeto de ação do serviço (intervenção tecno-assistencial).

Neste ponto, o autor reflete que o espaço de “autogoverno” do trabalhador (refere-se à dimensão ético-política do processo de trabalho) - que “decide” sobre para onde encaminhar os usuários, ou se simplesmente negará o atendimento, baseado no fato de não ter vagas, inexistência do serviço que supõe ser o necessitado pelo usuário, ou em critérios muito particulares – lhe permite até “privatizar” o uso deste espaço, sem ter de prestar contas *do que* e *do como* está atuando.

Segundo o mesmo autor, o modo como foi estabelecido o processo interseção² trabalhador/usuário irá indicar se a saída do usuário ocorreu através de uma relação acolhedora, e que resultados foram obtidos nessa particular cadeia do processo produtivo.

Assim é que as dificuldades sentidas pela população na busca pelo serviço de que necessita fazem-na desenvolver modos próprios de utilização dos serviços, como atestaram autores como Mendes *et al.* (1999) e Cohn *et al.* (2002).

Esta reflexão reveste-se de importância cabal na questão do acesso, tal como vem se discutindo neste estudo, vez que na dimensão organizacional desse conceito parece residir uma de suas principais dificuldades de concretização no cotidiano dos serviços.

A dificuldade consiste, pois, em que os serviços de saúde, ou o aparato institucional sob o qual estes serviços são produzidos, estão longe de atingirem o que Stotz (1991), baseado em San Martin (1989), chamou de objetivo “ótimo”, que seria um encontro perfeito entre cobertura, eficácia e satisfação. Para esclarecer este encontro e dimensionar o tamanho da dificuldade referida anteriormente, Stotz

² Merhy faz uso do termo *interseções*, propositalmente grafado desse modo, para distingui-lo do termo do qual se origina, intercessão, utilizado por Gilles Deleuze no livro *conversações*, em que esta palavra confunde-se com intervenção. Para Merhy, a mudança na grafia do termo possibilita compreendê-lo como algo que “se produz nas relações entre ‘sujeito’, no espaço de suas interseções, que é um produto que existe para os ‘dois’ em ato”. Trata-se de um encontro, uma negociação dos encontros de necessidades.

(1991, p. 155) utiliza um esquema criado por San Martin (1989), no qual este autor distingue necessidades, demandas e serviços, conforme segue na figura 2.

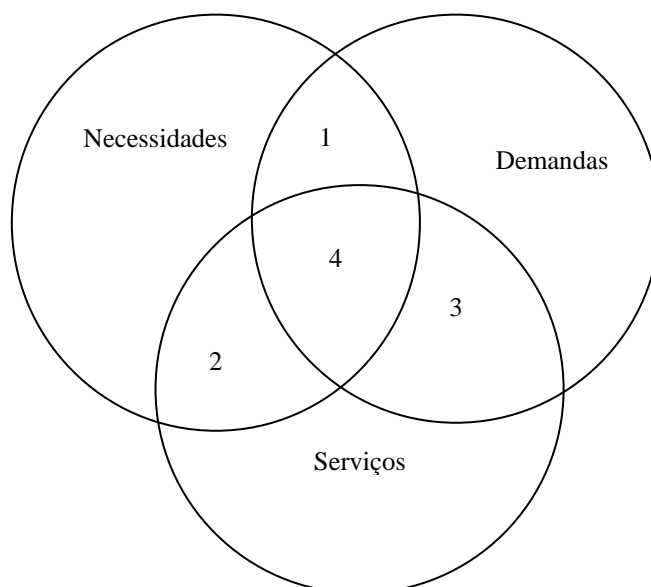


Figura 2. Dialética da satisfação de necessidades

Nesta figura, a situação encontrada é a seguinte, segundo o autor:

Interseção 1: corresponde às necessidades expressas e definidas pela população, mas não atendidas;

Interseção 2: corresponde às necessidades definidas tecnicamente, para as quais se organizam serviços, sem ter havido manifestação de demanda;

Interseção 3: corresponde a demandas expressas, atendidas pelo serviço, sem que tenha se constituído em necessidades de saúde;

Interseção 4: consiste na superposição dos três fatores, ou seja, a situação ideal, em que há coincidência entre serviços procurados, demandas expressas e necessidades existentes.

Para o autor, a não existência dessa situação ideal, expressa uma situação marcada pelo conflito e pela exclusão, caracterizando-se pela “sobrevalorização de demandas e minimização de necessidades”.

Necessidade, para Stotz (1991, p. 454), é um *conceito de junção*, que deve ser compreendido no interior das práticas sociais, no contexto de suas mediações fundamentais, pertinentes às “relações entre sujeitos de necessidades e sistema institucional-administrativo responsável por sua satisfação”.

Neste sentido, pensar as necessidades (sempre complexas) de saúde implica um exercício de grande monta, pois seu (re)conhecimento sugere que se deva entrar em campos pedregosos, refratados por um conjunto de significados (social, político, ético, subjetivo, etc.) pouco explorados no cotidiano da gestão e da produção do cuidado em saúde. Trata-se de um modo de ver a questão a partir de um prisma que coloca à atenção à saúde uma responsabilidade para além do desenvolvimento de tecnologias de intervenção que, por ventura, respondam às necessidades tecnicamente delimitadas pelo sistema, o que conduz, novamente, a questionamentos acerca da lógica que permeia o modelo de saúde vigente no país e do papel atribuído neste modelo à atenção básica.

Concordando com Stotz (1999), afirma-se que a complexidade que as necessidades de saúde encerram consiste no fato de que tais necessidades são antes de tudo necessidades sociais; e, tirando proveito das reflexões de Schraiber e Mendes Gonçalves (2000), busca-se reforçar que a racionalidade que preside a produção (e a gestão) do cuidado em saúde - que parte de uma lógica estratificadora das necessidades de saúde e da delimitação da quantidade e qualidade das carências dos usuários - pode até contribuir para um certo equilíbrio entre a oferta e os custos dos serviços, direcionando as intervenções para soluções conhecidas e mais apropriadas, do ponto de vista da economia da saúde. No entanto, tal justiça distributiva pode não corresponder a uma justa socialidade, conforme esclarecem Schraiber e Mendes Gonçalves (2000), visto que esta lógica reitera valores sociais atinentes a um modelo de sociedade que tem no mercado a base de suas relações.

No que se refere à atenção básica, tem-se que é neste espaço que primeiro ocorre o que os autores acima referidos chamam de “especial estratificação da clientela”, pois aqui se agrupam pessoas que procuram os serviços de saúde pela primeira vez, constituindo uma porta de entrada para o sistema. Esta “porta”, entretanto, não deve

ser concebida simplesmente como um espaço de triagem, com uma função limitada à realização de diagnósticos e encaminhamentos.

Ao contrário do que se costuma pensar, a complexidade que envolve as ações desenvolvidas na atenção básica (advinda da natureza complexa de suas demandas) requer uma gama de conhecimentos e habilidades cuja abrangência exige intervenções de altíssima densidade tecnológica (CUNHA, 2005; MENDES; PESTANA, 2004; MERHY, 2002; SCHRAIBER; MENDES GONÇALVES, 2000).

Diversos autores (CAMPOS, 2003; CUNHA, 2005; SCHRAIBER; MENDES GONÇALVES, 2000) vêm trilhando caminhos sugestivos na direção de uma prática clínica “ampliada” que capture as complexas dimensões das necessidades de saúde no cotidiano da atenção básica, integrando em suas abordagens teórico-metodológicas aspectos relativos aos campos orgânico, social e subjetivo.

Este modo de ver a questão traz implicações importantes para a compreensão do conceito de acesso que se pretende operacionalizar neste estudo, conforme se verá mais adiante.

Antes, porém, cabe observar que, quanto à terminologia, alguns autores divergem, uns utilizam o termo acessibilidade (DONABEDIAN, 1984; FEKETE, 1996), outros utilizam o termo acesso (TRAVASSOS; MARTINS, 2004; VELLOZO; SOUZA, 1993) e outros utilizam ambos os termos, como Unglert (1990) e Starfield (2002), que diferenciam acessibilidade – quando relativo a aspectos da oferta de serviços – de acesso – quando relaciona-se ao modo como os indivíduos vivenciam a experiência de acessibilidade.

Segundo Vellozo e Souza (1993), o acesso pensado do ponto de vista técnico envolve dois pontos: o atendimento planejado segundo níveis hierarquizados de serviços, dos mais simples aos mais complexos, e a disponibilidade de serviços, segundo a proximidade. Esta lógica racionalizadora que permeia o modelo proposto pela reforma sanitária pretende garantir melhor eficiência, resolubilidade ao atendimento médico e transparência no acesso. Mas isso não é suficientemente garantia de acesso, segundo estas autoras, que entendem, por um lado, que a

hierarquização não ocorre em função de uma formalidade organizacional das instituições e, sim, a partir de uma estratificação da clientela – quando o profissional médico estabelece clientelas particulares dentro do próprio serviço público.

Por outro lado, a proximidade pode não ser elemento facilitador do acesso, pois, segundo Starfield (2002), outros fatores estão ali incluídos, tais como informação, qualidade do atendimento, identificação da clientela com o serviço, como também algumas resistências colocadas pelo próprio serviço. Esta autora entende que a acessibilidade está relacionado à estrutura do serviço (oferta), enquanto que o acesso refere-se ao modo como o usuário experimenta esta característica do serviço.

Corroborando o conceito de Starfield (2002) acima apresentado, Unglert (1990), define o acesso sob 4 enfoques:

- Geográfico - distância a ser percorrida e obstáculos a serem transpostos;
- Funcional - tipos de serviços oferecidos, horário de funcionamento e qualidade;
- Cultural - inserção do serviço de saúde nos hábitos e costumes da população;
- Econômico - a totalidade dos serviços não está disponível a todos.

Mas o conceito de acesso está longe de constituir uma unanimidade. Em recente levantamento bibliográfico, Travassos e Martins (2004, p. 196) distinguem o conceito de uso do conceito de acesso. O uso, para estas autoras - que pode ser determinado por fatores relativos à necessidade de saúde, ao usuário, aos prestadores de serviços e à organização -, é todo contato direto (como, por exemplo, consulta ou hospitalizações) ou indireto (como exames, diagnósticos, etc) com os serviços de saúde.

Já a definição de acesso apresenta-se bastante complexa, posto que vem mudando ao longo do tempo e em conformidade com diferentes contextos. As autoras acima referidas apresentam distintas formas de compreensão de diferentes autores sobre o que vem a ser acesso. Conforme elas explicam, “prevalece a idéia de que o acesso é uma dimensão do desempenho dos sistemas de saúde associada à oferta”. No conjunto de autores analisados, as mesmas identificaram uma tendência à ampliação do conceito, orientando-se no sentido da inclusão de aspectos

relacionados aos resultados dos cuidados recebidos. A despeito desta tendência, alertam para o fato de que o conceito de acesso associado aos resultados apresenta limitações, pois “requer medidas multidimensionais de difícil compreensão, operacionalização e, muitas vezes, de baixa validade” (TRAVASSOS E MARTINS, 2004, p. 197). Por outro lado, a saúde não pode ser explicada apenas através do uso de serviços de saúde, uma vez que a saúde constitui-se num fenômeno de amplitude e aspectos variados.

Donabedian (1984), para quem a acessibilidade relaciona-se à interação entre os provedores e os clientes, afirma que a acessibilidade depende de aspectos que facilitam o alcance e uso efetivo dos serviços. Trata-se, ainda, da capacidade dos usuários de transporem obstáculos financeiros, espaciais, sociais e psicológicos que se apresentam entre eles e o atendimento.

Apesar das dificuldades na definição do conceito, por se enquadrar melhor no intuito deste estudo, adotar-se-á o conceito de acesso utilizado por Fekete (1996), que, assim como Starfield (2002) e Unglert (1990), apresenta uma compreensão ampliada deste conceito, definindo-o como o grau de ajuste entre as características dos recursos de saúde e as da população, no processo de busca e obtenção de assistência à saúde. Neste sentido, ela identifica 4 importantes dimensões da acessibilidade:

Geográfica – Refere-se tanto aos aspectos físicos impeditivos ao acesso (rios, grandes avenidas, morros etc.) quanto à distância entre a população e os serviços. Deve ser aferida em função do tempo que, pelos meios habituais de transporte, se leva no percurso até o consumo do serviço. Este aspecto relaciona-se ao que Cohn *et al* (2002, p. 81) chamaram de “dificuldades de mobilidade da população”.

Organizacional – que se refere a obstáculos originados no modo de organização do serviço, que podem ser internos, tais como, demora na obtenção da consulta, tipo de marcação de horário, turnos de funcionamento, etc, portanto, obstáculos tipicamente relacionados à organização dos processos de trabalho nos serviços, o que Cohn *et al* (2002) identificam como “resistências”; e externos, como demora na espera pelo

atendimento do médico na própria unidade de saúde e para fazer exames laboratoriais. Outro aspecto relacionado a esta dimensão é a continuidade da atenção, bastante deficiente em virtude da fragilidade nos mecanismos de referência e contra-referência e do grau de hierarquização da rede;

Sócio-cultural – que se refere à apreciação dos fenômenos que determinam a busca do serviço de saúde. Os obstáculos relacionados a esta dimensão são bifurcados, dirigindo-se tanto à perspectiva da população como do sistema de saúde. Assim é que, na perspectiva da população, destacam-se: a percepção que o indivíduo tem da gravidade 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 ou estigmatizantes (tuberculose, hanseníase, etc). Na perspectiva do sistema de saúde, consideram-se: formação de profissionais de saúde desvinculada da realidade das condições de vida e saúde da população; falta de preparo das equipes de saúde e das instituições frente à diversidade de pacientes com distintas características sócio-culturais e incipiência dos processos de participação dos usuários nas organizações dos serviços.

No que se refere à formação profissional, particularmente a formação médica, é preciso estar atento para o fato de que modelos referenciados em paradigmas de corte flexneriano³, portanto segmentadores e tecnicistas, ainda constitui um desafio para a construção de uma medicina humanizada (e humanizante) e de uma prática médica eticamente comprometida com a defesa da vida e as reais necessidades dos usuários.

Consoante a estas preocupações, Campos e Belisário (2001) explicam que as mudanças em torno da formação de recursos humanos deve apresentar características já consensuadas, tais como interdisciplinaridade, ações educativas em cenários mais representativos da realidade sanitária e social, integração ensino-

³ Baseado no relatório de um estudo sobre a educação médica, elaborado por Abrahan Flexner, por solicitação do governo americano em 1910, conhecido como Relatório Flexner, o modelo de saúde alcunhado de flexneriano apresenta características como: segmentação, especialização e centralidade no hospital (Santana *et al.* Acesso em 27/02/2007).

serviço-pesquisa, abordagem problematizadora, educação permanente e compromisso ético, humanístico e social.

Pode-se acrescentar, ainda, baseado em San Martin (1989 *apud* Stotz, 1991), a correspondência existente entre a oferta dos serviços e as necessidades de saúde sentidas e expressas (através de suas demandas) pela população.

Econômica – Esta dimensão relaciona-se às despesas das famílias com serviços de saúde. Inclui: consumo de tempo, energia e recursos financeiros para busca e obtenção da assistência; prejuízos por perda de dias de trabalho; possíveis perdas decorrentes de afastamento por doença; custo do tratamento (medicamento) etc.

O fato de estudos sobre o acesso envolverem questões relativas à distância entre as moradias das pessoas e os serviços de que necessitam, horário de funcionamento, escolha dos serviços, tipo de clientela, disponibilidade de medicamentos, entre outros, segundo Campos e Franco (1998), possibilita a implementação de mudanças organizacionais importantes em um conjunto de serviços de uma mesma região, de modo que atenda às (diferentes) necessidades daqueles que fazem uso desses serviços. É por isso que, segundo eles, as discussões sobre regionalização e acesso estão intimamente relacionadas.

Na NOAS/01-02 as noções de regionalização e territorialização, como princípios da organização do modelo de saúde vigente no país, encontram-se claramente definidas (BRASIL, 2002). Estas noções fundamentam-se no fato de que quanto mais os serviços estiverem próximos da população mais lhe será facilitado o acesso. Assim é que para o Plano Diretor de Regionalização (PDR) esta Norma estabelece que o mesmo deve ser elaborado na “perspectiva de garantir o acesso dos cidadãos, *o mais próximo possível de sua residência*, a um conjunto de ações e serviços”. Tais ações e serviços estão vinculados a algumas responsabilidades mínimas, quais sejam:

- assistência pré-natal, parto e puerpério;
- acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil;
- cobertura universal do esquema preconizado pelo Programa Nacional de Imunizações, para todas as faixas etárias;

- ações de promoção da saúde e prevenção de doenças;
- tratamento das intercorrências mais comuns na infância;
- atendimento de afecções agudas de maior incidência;
- acompanhamento de pessoas com doenças crônicas de alta prevalência;
- tratamento clínico e cirúrgico de casos de pequenas urgências ambulatoriais;
- tratamento dos distúrbios mentais e psicossociais mais frequentes;
- controle das doenças bucais mais comuns;
- suprimento/dispensação dos medicamentos da Farmácia Básica.

No Brasil, o desafio hoje consiste na assunção de uma política de saúde equânime com os limitados recursos financeiros dos quais se dispõem em todas as instâncias federadas. Nesse contexto de escassez financeira e aumento de demandas, a definição de prioridades na alocação de serviços, com a garantia de acesso igualitário, e a adequação da oferta às necessidades dos indivíduos e grupos populacionais constituem um desafio.

Ressalte-se, por outro lado, que a participação dos usuários na conformação de um modelo de saúde baseado nos princípios determinados pela lei apresenta-se como elemento estrutural, situado no campo da cidadania e constituído por movimentos históricos de recuos e avanços. No atual contexto político brasileiro, no qual o discurso oficial no âmbito da saúde – e a criação de instâncias coletivas de participação popular, tais como Conselhos e Conferências - indica maior abertura para a participação dos indivíduos e grupos nas esferas de poder, a consideração da perspectiva dos usuários dos serviços de saúde constitui-se de importância cabal.

Assim é que, no conceito de acesso, estão embutidos elementos como presença física de recursos, eficácia ou resistência na capacidade de produzir os serviços do lado de quem planeja, mas também há, do lado daqueles para quem os serviços são criados e idealizados, a capacidade de reconhecer os obstáculos e avaliar os serviços, como muito apropriadamente refletiram Cohn *et al.* (2002).

É nesta perspectiva que o acesso⁴ será operacionalizado neste estudo, cuja análise será alicerçada nas seguintes sub-categorias de acesso, conforme Fekete (1996):

⁴ A terminologia a ser utilizada, no presente estudo, será acesso, o qual se operacionalizará como sinônimo de acessibilidade.

- a) Geográfica;
- b) Organizacional;
- c) Sócio-cultural;
- c) Econômica.

2.3 Avaliação da Qualidade na Atenção Básica⁵ e o Olhar dos Usuários

A avaliação é uma prática que ao longo dos anos vem se estabelecendo como campo de pesquisa, sendo que nos primórdios de sua história possuía uma natureza eminentemente quantitativa. O acúmulo de conhecimento neste campo favorece, evidentemente, seu desenvolvimento conceitual e sua utilização em variados campos de atuação no espaço social (DESLANDES, 1997; UCHIMURA; BOSI, 2002). Assim é que, tem crescido o interesse de setores públicos e privados pela prática da avaliação, seja com o fim específico de planejamento e tomada de decisões, seja com a finalidade de aumentar o conhecimento nesta área, ou ambos os motivos (NOVAES, 2000).

A avaliação pode se expressar de diversas formas. No que se refere especificamente à avaliação de serviços e programas, situada no campo das modalidades de intervenção social (UCHIMURA; BOSI, 2002) ou no campo das práticas sociais (VIEIRA DA SILVA, 2005), há um entendimento quase consensuado de sua utilização para o fim de tomada de decisão. A utilização de resultados obtidos nas investigações avaliativas por profissionais e gestores é, no entanto - e ainda -, algo de que muito se recente.

Conforme Contandriopoulos *et al.* (1997, p. 31), “avaliar consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões”. Este autor explica que pode haver dois tipos de avaliação, a avaliação normativa, que busca estudar cada componente de uma intervenção a partir de normas e critérios, e pesquisa (ou intervenção) avaliativa, que se utiliza de procedimentos científicos para estudar as relações existentes entre os diferentes componentes de uma intervenção (estrutura, processo e resultados, e seus desdobramentos).

Para Tanaka e Melo (2004) a avaliação, além do julgamento de valor e da tomada de decisão, também envolve a medição e/ou comparação de fenômenos.

⁵ Apesar da expressão “Atenção Primária” ser internacionalmente consagrada como marca do complexo princípio do primeiro contato (MENDES; PESTANA, 2004), e a atenção básica ser referida por estes autores como um conceito mais restrito, para efeito deste estudo, será utilizado o termo “Atenção Básica”, que é o conceito adotado pelo Ministério da Saúde.

Avaliações antropossociais de serviços de saúde cresceram bastante na década de 70, e tiveram como eixos principais a acessibilidade e a satisfação dos pacientes (REIS *et al.*, 1990). No contexto de expansão dessa tendência, Donabedian (1984, p. 28) afirma que a qualidade do cuidado pode ser definida como “*la capacidad esperada de lograr el más alto beneficio neto posible de acuerdo com las valoraciones de los individuos y de la sociedad*”. Observa-se nesta compreensão um componente cultural e fortemente subjetivo relacionado ao conceito de qualidade.

Críticas incontáveis são feitas a estes tipos de estudos, dentre as quais destacam-se as que os consideram insuficientes, por um lado, e, por outro, inadequados quando buscam apreender percepções e expectativas através de inquéritos que visam medir o “grau de satisfação” dos usuários (DESLANDES; GOMES, 2004).

Há ainda dificuldades relacionadas ao fato de que o conceito de satisfação condiciona-se às expectativas que os usuários têm de um serviço ou programa. Face às experiências negativas pelas quais historicamente a maioria dos usuários vive no contato com os serviços públicos de saúde, suas expectativas costumam ser demasiadamente baixas, levando ao (algumas vezes falso) entendimento de que a atenção prestada tenha sido de qualidade, quando na realidade apenas atendeu à baixa expectativa do usuário (VAITSMAN; ANDRADE, 2005).

Entretanto, cabe esclarecer que o olhar dos sujeitos sobre a qualidade dos serviços não pode ser negligenciado, devendo, isto sim, ser evidenciado, pois, segundo Deslandes e Gomes (2004), trata-se de um terreno pouco explorado, que permite enxergar as necessidades dos atores a partir de sua própria ótica.

Assim, ao se adotar uma estratégia de avaliação qualitativa na qual a perspectiva do usuário constitui o foco, deve-se, como nos alertam Uchimura e Bosi (2002, p. 1567), utilizar uma abordagem “que permita a apreensão dos sentidos dos fenômenos, e, ao mesmo tempo, respeite sua complexidade, riqueza e profundidade”. Trata-se, portanto, de uma investigação que adentra o delicado terreno da subjetividade, do simbólico, do “não dito”.

Estudos que focalizam a qualidade dos programas e serviços, levando em consideração a satisfação dos usuários, hoje têm-se apresentado com maior frequência (HARTZ *et al.*, 2003; MENDES, 2003; SOUZA, *et al.*, 2003; STHEPHAN-SOUZA, 2003; ZAICANER, 2003), embora poucos sejam os que enfatizam os aspectos ligados ao nível das representações sociais, entendidas “enquanto senso comum, idéias, imagens, concepções e visão de mundo que os atores sociais possuem sobre a realidade”, conforme a definição de Minayo (1999, p. 158).

Para esta autora, as representações são elementos constitutivos das estruturas sociais, devendo a partir destas ser analisadas. Por outro lado, uma vez que ambientam-se no universo da vida real e que “contêm núcleos de transformação e resistência”, necessitam ser analisadas criticamente, posto que sua construção se dá num cenário de contradições e conflitos existentes entre os diferentes grupos.

Neste sentido, Queiroz (2000) pondera que todas as dimensões da realidade não podem ser apreendidas por meio do conceito de representações sociais, vez que as conseqüências impremeditadas produzidas pela ação humana se cristalizam em instituições, e a evolução e o funcionamento destas não dependem apenas das representações que os indivíduos têm sobre elas. Corroborando essa reflexão, Merhy *et al.* (2002, p. 118) acrescentam que o homem, “enquanto um sujeito desejante, operando inconscientemente, tentando produzir um mundo para si, é um agente em ação que não pode ser tomado como o sujeito da razão, consciente, que a tudo pode representar, produzindo em ato, de modo permanente, o consciente e o inconsciente”.

Do ponto de vista apresentado por Spink (1993), reportando-se ao campo da psicologia social, as representações sociais - segundo esta autora, formas de pensamento prático - são campos socialmente estruturados que precisam ser compreendidos no contexto de sua produção, bem como relacionados aos núcleos estruturantes da realidade social, em cuja criação seu papel deve ser considerado.

Uma pesquisa desenvolvida por Traverso-Yeppez e Morais (2004) objetivando investigar a forma como os usuários de serviços públicos em Natal/RN “dão sentido” à sua situação de “paciente”, conclui que é importante ampliar espaços, “como o

próprio processo de pesquisa, nos quais a relação dialógica e a subjetividade do usuário é valorizada, como forma também de gerar possibilidades de reflexão e construção de novos significados, por parte dos usuários, acerca dos seus direitos, seu papel e participação como agente de mudanças no sistema de saúde”. Trata-se, portanto, como encerram as autoras, do desenvolvimento do sentido de cidadania e participação crítica.

Considerando que a satisfação do usuário com a qualidade da atenção à saúde no PSF - particularmente com o acesso aos serviços -, constitui o cerne desta proposta de trabalho, destacamos que, para efeito do mesmo, compreendemos, como Donabedian (1980) e Pascoe (1983), citados por Trad *et al.* (2002), que a “satisfação dos usuários pode ser vista pela reação que têm diante do contexto, do processo e do resultado global de sua experiência relativa a um serviço”. Nisto, continuam os mesmos autores, baseados em Pascoe (1983), estão implicados padrões subjetivos relativos ao campo da percepção.

A questão da subjetividade na avaliação também é discutida por Demo (2005) que encontra na polêmica dicotomia qualidade-quantidade uma síntese interessante. Para este autor qualidade e quantidade são dimensões de uma mesma realidade. Cada termo tem seu sentido próprio e age na realidade como uma unidade de contrários. Avançando na compreensão do conceito de qualidade, este autor atribui-lhe duas dimensões: a *formal* – dimensão objetiva e mensurável, relacionada às técnicas, métodos e instrumentos; e a *política* – dimensão subjetiva e não mensurável, relacionada aos conteúdos, finalidades, à substância.

A dimensão objetiva da qualidade pode ser aferida, quantificada, calculada, pode, enfim, expressar-se numericamente. Mas a sua dimensão subjetiva (simbólica) não é passível de quantificação, posto que se encontra no plano dos sentimentos, das idéias, dos valores, das singularidades.

Como principal via de acesso aos mais variados serviços de saúde, a atenção básica tem sido objeto de inúmeras avaliações, particularmente daquelas referentes à qualidade de seus programas e serviços (ARAÚJO, 2003; DIMENSTEIN *et al.*, 2003; SANTOS *et al.*, 2003;).

Para efeito deste estudo, será adotado o conceito de qualidade apresentado por Demo e complementado por Uchimura e Bosi (2002), face à multidimensionalidade atribuída por estes últimos ao conceito, pois os mesmos a entendem sob várias dimensões ou sentidos, de natureza objetiva ou subjetiva, que varia de acordo com interesses de grupos e atores sociais, considerando-se seu papel dentro da instituição gestora e/ou de sua relação com o serviço em questão,

Outros elementos igualmente importantes na concepção da qualidade devem ser incorporados. No conceito de Starfield (2002) qualidade significa como as necessidades de saúde estão sendo atendidas de forma otimizada pelos serviços de saúde, frente ao conhecimento que hoje se tem em relação à distribuição, reconhecimento, diagnóstico e manejo dos problemas e preocupações referentes à saúde. De modo que uma unidade de atenção à saúde de alta qualidade teria preocupação tanto com a adequação dos serviços de diagnóstico e manejo das doenças quanto com os serviços de prevenção de doenças e promoção da saúde.

Para a autora acima referida, a atenção primária consiste num nível do sistema de saúde em que todas as novas necessidades e problemas das pessoas são conhecidos, garantindo atenção a todos os problemas de saúde, com exceção daqueles incomuns ou raros, para os quais há que se referenciar os serviços de maior complexidade. É neste sentido que a atenção primária também se constitui na base sobre a qual se organiza o sistema de saúde, entendimento este compatível com o do Ministério da Saúde (BRASIL, 2001a).

Para Merhy e Queiroz (1993, p. 183) a concepção da atenção básica contida nos anais da VIII Conferência Nacional de Saúde diz respeito à complexidade tecnológica que ela poderá absorver. Para eles, a noção da atenção básica apenas como “porta de entrada” para o sistema de saúde é questionável, caso se pretenda transformá-la em um lugar essencial de concretização da integralidade das ações individuais e coletivas “numa abrangência que pressupõe o conjunto das práticas sociais que determinam a qualidade de vida”.

Neste sentido, a clínica na atenção básica consiste numa prática extremamente complexa, conforme nos alerta Cunha (2005, p. 45), pois lida-se freqüentemente

com sujeitos complexos, vulneráveis a diversas influências externas e internas, as quais afetam tanto o adoecimento quanto o tratamento. Por isso, para esse autor, o sujeito que se apresenta para a clínica, que ele denomina de ampliada, na atenção básica é o “resultado singular (em movimento) de determinantes diversos”. Daí a necessidade da agregação sempre contínua de novos saberes e novas práticas, adequando-os conforme se apresenta cada situação singular.

Para Mendes e Pestana (2004, p. 39), que também criticam a concepção de atenção básica que permeia a política de saúde no Brasil, a NOAS SUS 01/02 cometeu um erro estratégico: ao substituir a expressão “atenção primária”, que designa um processo muito complexo de atenção à saúde no primeiro contato, pelo termo “atenção básica”, esta Norma pode reforçar uma visão político-ideológica, muito difundida na prática social, de uma atenção primária ofertada a populações pobres, de tecnologias simples e baixo custo. O resultado é a “banalização da atenção primária à saúde em que tudo pode porque é um nível de atenção sem complexidade”.

Assim, para estes autores, a atenção primária à saúde é muito mais complexa do que a atenção dita de média e alta complexidade, pois exige um conjunto de conhecimentos, atitudes e habilidades que superam em muito os requeridos nos procedimentos utilizados naqueles outros níveis.

3. PROCEDIMIENTOS METODOLÓGICOS

3.1 Desenho do Estudo

A produção do conhecimento na perspectiva dialética apresenta uma característica fundamentalmente importante para definir a natureza deste trabalho. Diz respeito ao seu caráter de aproximação. Por mais elaborada que seja, nenhuma teoria dá conta de explicar todos os fenômenos e processos (MINAYO, 1999).

Para Tanaka e Melo (2004), a utilização de instrumentos e técnicas qualitativas é quase indispensável, quando se pretende avaliar processos de trabalho configurados em elementos de difícil mensuração.

Neste sentido, entendendo que o objeto de pesquisa deste estudo encontra-se no campo das representações sociais, de difícil apreensão a partir de instrumentos de natureza quantitativa, optamos pela abordagem qualitativa e conseqüentemente por métodos e técnicas relativos a esta abordagem.

A escolha da estratégia é um aspecto importante que se relaciona à definição do foco da pesquisa (VIEIRA DA SILVA, 2004). Assim, a avaliação pode adotar um enfoque sistêmico (HARTZ, 1997) ou uma abordagem focalizada. Neste sentido, Donabedian (1984) esclarece que a qualidade dos serviços de saúde pode ser avaliada de modo focalizado, recortando o fenômeno a ser estudado. Assim, ele explica que a avaliação pode ser dirigida a alguns componentes do programa ou serviço, tais como a estrutura, o processo e o resultado.

A pesquisa em tela consiste numa *avaliação de processo*, entendido este, conforme o define Donabedian (1984, p. 95), como “uma série de atividades que se levam a cabo por e entre profissionais e pacientes”. Para este autor, o processo é o objeto primário da avaliação, embora também considere importantes, ainda que menos diretos, os enfoques na estrutura e nos resultados.

Para este autor, a avaliação do processo pode ser realizada tanto através de observações diretas como de informações registradas que permitem uma construção mais ou menos acertada de como se deram os fatos.

O mesmo autor esclarece, ainda, que “a base para o juízo da qualidade é o que se conhece sobre a relação entre as características do processo da atenção médica e as conseqüências dessa relação para a saúde e o bem estar dos indivíduos e da sociedade, consoante os valores que o indivíduo e a sociedade dão à saúde e ao bem estar” (Donabedian, 1984, p. 96, grifo do autor).

Neste sentido, o foco deste estudo no processo adequa-se perfeitamente à avaliação que se pretende fazer sobre o acesso dos usuários – na concepção defendida por Fekete (1996), corroborada por Starfield (2002) e Unglert (1990). Trata-se de identificar a adequação entre os meios – caracterizados pelas dimensões geográfica, sócio-cultural, organizacional e econômica do acesso – e os fins – o acesso real às ações desenvolvidas e aos serviços ofertados a partir do PSF.

Trata-se de um estudo exploratório que visa analisar, a partir do olhar dos usuários, e à luz dos documentos normativos oficiais, o acesso à atenção à saúde no PSF.

3.2 Área de Abrangência

O estudo foi desenvolvido na cidade do Recife, mais especificamente no território geográfico do Distrito Sanitário IV, enfocando as áreas de abrangência de duas equipes de saúde da família.

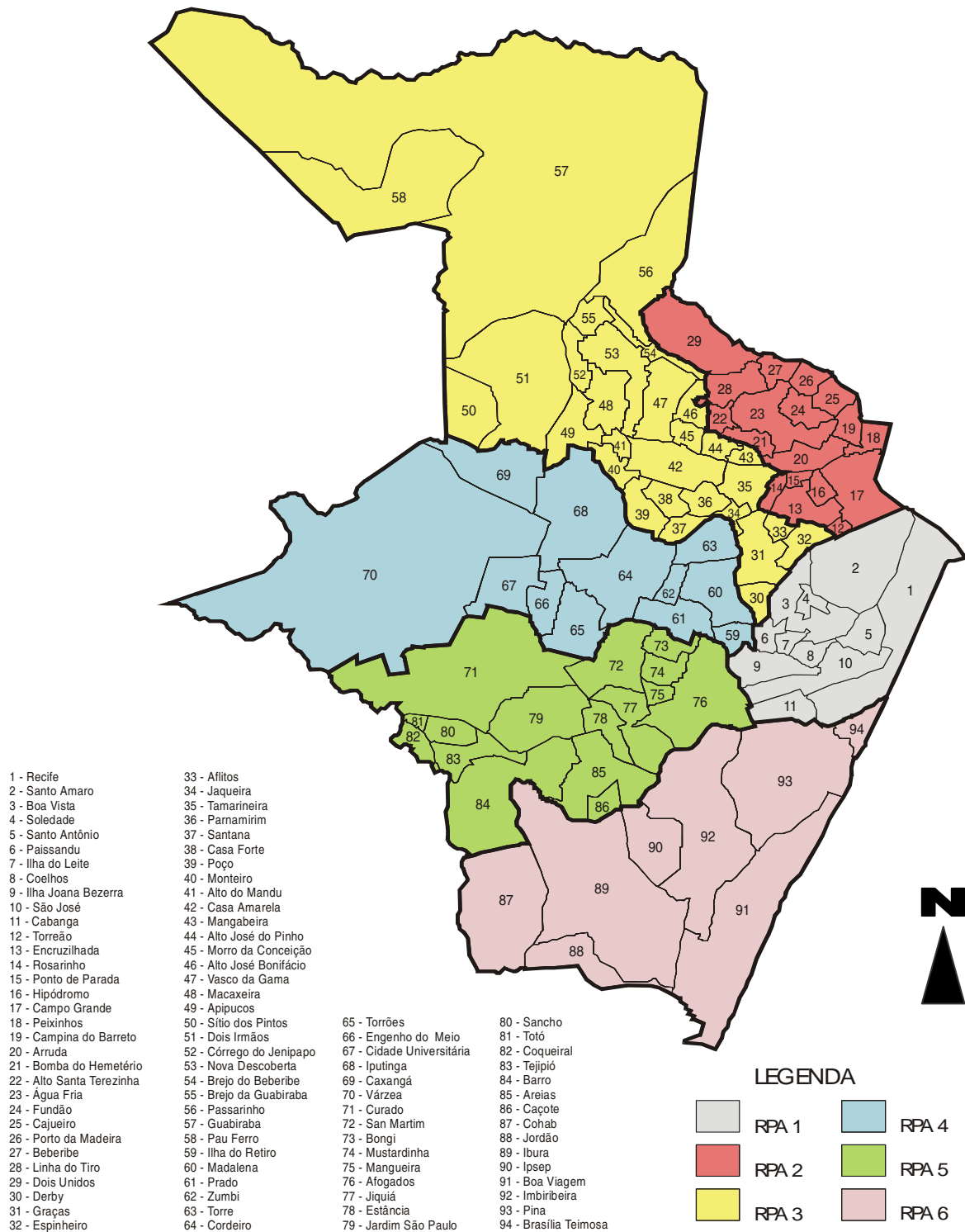
3.2.1 Características gerais da Área de Abrangência

O Recife, capital do Estado de Pernambuco, é subdividido, desde 1988, em 94 bairros, distribuídos em 6 Regiões Político-Administrativas (RPA), sendo cada uma destas, por sua vez, subdividida em 3 Microrregiões, compostas por um conjunto de bairros mais ou menos semelhantes do ponto de vista territorial. As 6 Regiões Político-Administrativas correspondem, na saúde, aos 6 Distritos Sanitários (Mapa 1).

A população do Recife é de 1.422.905 pessoas, sendo que, destas, 46,5% são do sexo masculino e 53,5% do sexo feminino. A faixa etária predominante é a de 10 a 29 anos, representando 38% do total da população (RECIFE, 2005).

No que se refere aos aspectos socioeconômicos, Recife apresenta profundas desigualdades. Há desequilíbrios notórios na distribuição de renda, por exemplo: em 33,4% dos domicílios particulares permanentes o responsável pelo domicílio recebe renda mensal inferior a um salário mínimo ou não possui rendimento, enquanto em 6,6% do total desses domicílios os rendimentos são superiores a 20 salários.

Segundo o texto final do Plano Municipal de Saúde 2006-2009, o Recife tem características sócio-sanitárias bastante contrastantes, pois ao mesmo tempo em que se observa um bairro com 100% dos domicílios com banheiros ligados à rede geral de esgoto (Santo Antônio), também se observa outro com apenas 1% dos domicílios dispondo deste serviço (Pau Ferro). Estas mesmas características se aplicam à situação de abastecimento de água no município, em cujos extremos se encontram os bairros do Morro da Conceição (99,65% dos domicílios ligados à rede geral) e Pau Ferro, onde não existe nenhum domicílio ligado à rede geral (área com característica rural).



Mapa 1. Recife - Divisão em Regiões Político - Administrativas (RPA) e Bairros

Fonte: Plano Municipal de Saúde 2006-2009

Do ponto de vista do perfil epidemiológico, o Recife apresenta um perfil de nascimento e mortalidade com características semelhantes ao de outras metrópoles

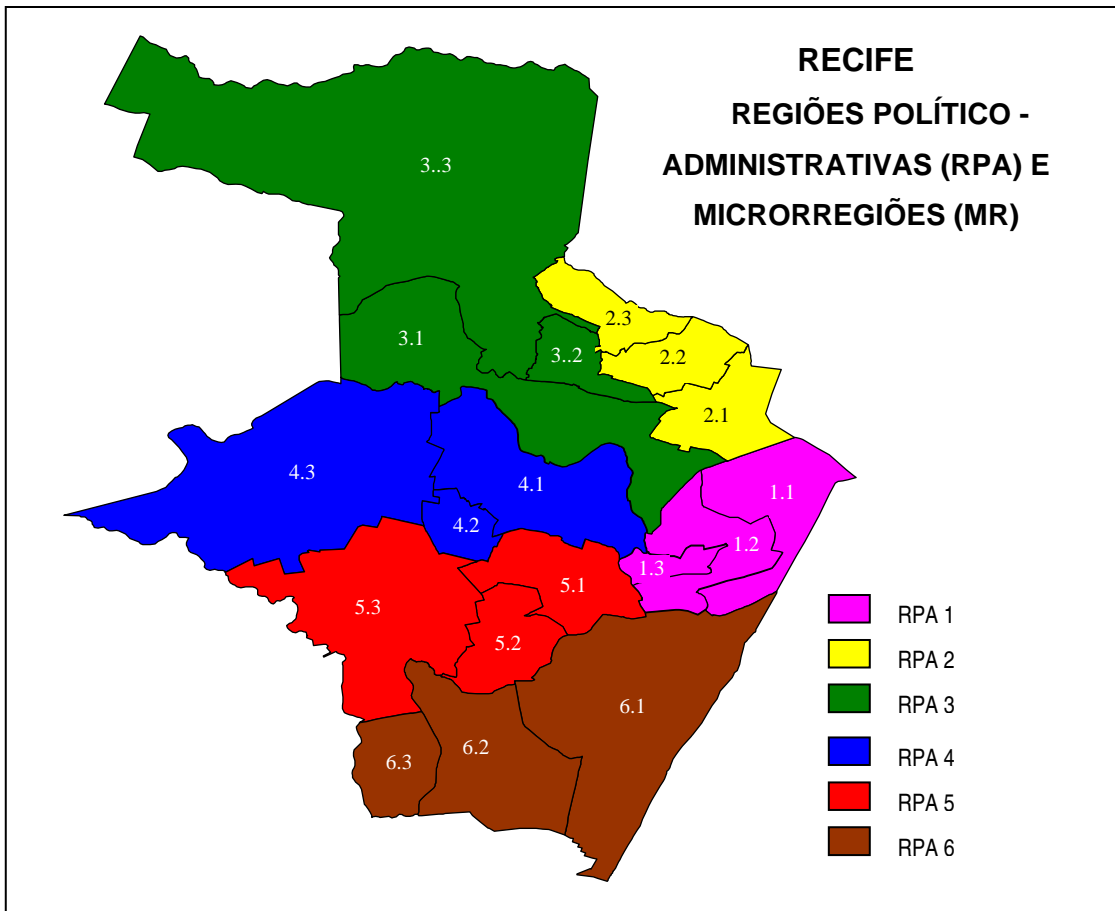
brasileiras, apresentando, entretanto, alguns aspectos relacionados a particularidades regionais e locais (RECIFE, 2005).

No mesmo documento referido anteriormente encontram-se relacionados alguns problemas considerados prioritários para o planejamento de ações e serviços de saúde no município. São eles:

- Endemias de maior relevância para a cidade: tuberculose, hanseníase, filariose, dengue, doenças sexualmente transmissíveis (Aids e sífilis) e doenças transmitidas pela água (leptospirose, hepatite A, cólera e diarreias);
- Outros agravos relevantes: diabetes hipertensão, transtornos mentais e uso/abuso/dependência de álcool, fumo e outras drogas;
- Mortalidade infantil;
- Mortalidade materna;
- Mortalidade por neoplasias: Câncer de colo de útero, mama e próstata;
- Mortalidade por causas externas: violências e acidentes.

O Distrito Sanitário IV está situado na parte Oeste da Cidade do Recife, limitando-se com os municípios de São Lourenço da Mata e Camaragibe à oeste; com a RPA-3 e o rio Capibaribe ao norte; com a RPA-5 ao sul e com o rio Capibaribe ao Leste (Mapa 2).

Seu território encontra-se subdividido em três microrregiões, compostas pelos seguinte bairros: MR 4.1: Iputinga, Cordeiro, Ilha do Retiro, Madalena, Prado, Torre e Zumbi; MR 4.2: Engenho do Meio e Torrões; e MR 4.3: Caxangá, Cidade Universitária e Várzea (RECIFE, 2002). Do ponto de vista demográfico, o Distrito Sanitário IV apresenta uma população de 271.201 habitantes, segundo projeção da Diretoria de Epidemiologia da Secretaria de Saúde do Recife, com base no Censo de 2000 (RECIFE, 2002). Esta população distribui-se numa área de 4.214 ha e em 61.125 domicílios. A densidade demográfica alcança 54,26 habitantes por hectare.



Mapa 2. Regiões Político-Administrativas (RPA) e Microrregiões (MR)

Fonte: Plano Municipal de Saúde 2006-2009

3.3 Unidade de Análise

A unidade de análise deste estudo é a equipe de saúde da família. Assim, foram selecionadas as áreas de 2 equipes de saúde (com atividades em unidades distintas) do Distrito Sanitário IV, sendo uma situada na microrregião 4.2 (Vietnã I) e outra situada na microrregião 4.3 (Brasilit I). Estas equipes foram selecionadas de forma aleatória, tendo como critério único o fato de já estarem desenvolvendo suas atividades há mais de 1 ano. Este critério de inclusão explica-se pelo fato de se entender que uma equipe trabalhando há mais de um ano já se encontra estruturada o suficiente para desenvolver as funções e as habilidades requeridas pelo programa.

3.4 Sujeitos da Pesquisa

Segundo MINAYO (1999), o critério de definição da amostra não é numérico. Antes, importa enxergar os fenômenos sob vários pontos de vista, perspectivas e de observação. Neste sentido, ela defende algumas características da amostragem qualitativa:

- a) privilegia os sujeitos sociais que detêm os atributos que o investigador pretende conhecer;
- b) considera-os em número suficiente para permitir uma certa reincidência das informações (saturação do tema), não desconsiderando o potencial explicativo de informações ímpares;
- c) entende que na sua homogeneidade fundamental relativa aos atributos, o conjunto de informações possa ser diversificado para possibilitar a apreensão de semelhanças e diferenças;
- d) esforça-se para que a escolha do *locus* e do grupo de observação e informação contenham o conjunto das experiências e expressões que se pretende observar com a pesquisa.

Os sujeitos da pesquisa foram 12 usuários, por equipe, na faixa etária acima de 15 anos - incluídos entre estes, portanto, adultos-jovens, adultos e idosos -, cadastrados no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) através da Ficha de Cadastro - freqüentadores e não freqüentadores da USF. Foram considerados freqüentadores os usuários com algum registro de atendimento no prontuário da unidade nos últimos 12 meses; e não freqüentadores os usuários sem nenhum registro nos últimos 12 meses, e que se auto-definiram como tal. A amostra dos usuários - escolhida aleatoriamente -, foi composta por 24 sujeitos, sendo a distribuição, por equipe, conforme o quadro 1.

Conforme se observa neste quadro, dos doze usuários sorteados de cada equipe, 9 foram freqüentadores, dos quais 6 foram do sexo feminino e 3 do sexo masculino, e 3 foram não freqüentadores, cujos sexos variaram de acordo com o sorteio.

Total de usuários	Número de Freqüentadores	Número de não freqüentadores
04 Adultos/Jovens (15 a 24 anos)	03 (dois do sexo feminino e 1 do sexo masculino)	01 (que podia ser do sexo masculino ou feminino)
04 Adultos (25 a 59 anos)	03 (dois do sexo feminino e 1 do sexo masculino)	01 (que podia ser do sexo masculino ou feminino)
04 Idosos (acima de 60 anos)	03 (dois do sexo feminino e 1 do sexo masculino)	01 (que podia ser do sexo masculino ou feminino)
12	09	03

Quadro 1. Distribuição dos sujeitos em cada equipe do estudo

Os profissionais que compuseram a amostra foram o médico, a enfermeira, o dentista e 1 ACS de cada equipe, ou seja, 8 profissionais que foram escolhidos intencionalmente.

A inclusão de alguns profissionais e o gestor permitiu alguns contrastes e comparações, assim como ampliar o universo das reflexões, quando isto se fez necessário.

A seleção dos usuários foi realizada mediante sorteio, dentre os maiores de 15 anos componentes da população adscrita na Equipe de Saúde da Família, a partir da numeração das famílias cadastradas. Utilizando-se a ficha de cadastro do SIAB, quando houve mais de uma mulher ou homem acima de 15 anos, foi realizado novo sorteio. Os sorteios foram realizados sucessivamente para cada equipe até que se atingisse o número desejado de usuários acima de 15 anos. Assim, fez-se a captação desses sujeitos a partir de visitas domiciliares, num contato pessoal da pesquisadora com os mesmos, momento no qual, após os devidos esclarecimentos, a pesquisadora solicitou sua anuência e, conforme a possibilidade do usuário, foi feita a entrevista no mesmo momento ou marcada para encontro posterior.

No caso dos profissionais, a captação foi feita através de contato pessoal da pesquisadora com os mesmos (um a um), que, devidamente esclarecidos, foram

convidados a participar da pesquisa, agendando-se a entrevista conforme a conveniência de ambos.

Todos os sujeitos assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, por meio do qual foram devidamente esclarecidos e consentiram em participar das entrevistas (Apêndice D e E).

No caso dos menores de idade, foi criado um instrumento por meio do qual os responsáveis pelos mesmos, devidamente esclarecidos, autorizaram sua participação na pesquisa (Apêndice F).

Os documentos analisados foram os seguintes:

Nome do Documento	Fonte
1. SIAB/Ficha A – Cadastro das Famílias e Relatórios de Produção (SSA-2 e PMA-2)	SIAB/GOAS/DS IV
2. Atlas de Desenvolvimento Humano	Prefeitura do Recife/Secretaria de Planejamento (www.recife.pe.gov.br)
3. População do Recife – Censo Demográfico – 2000 e Projeções 2001 a 2005	Prefeitura do Recife/Secretaria de Saúde
4. História da Comunidade do Vietnã	USF Vietnã/DS IV
5. Relatório de Avaliação e Monitoramento dos Indicadores do SIAB - DS IV (Jan a Jun/ 2006)	GOAS/DS IV
6. Portaria GM nº 156, de 19 de Janeiro de 2006	GOAS/DS IV

Quadro 2. Documentos Analisados

3.5 Fontes de dados, Instrumentos e Técnicas

A pesquisa qualitativa apresenta algumas particularidades em relação aos estudos experimentais. Segundo Chizzoti (2005), uma delas é que a abordagem qualitativa, reconhecendo a existência de uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito (uma relação de interdependência), compreende que o conhecimento não se resume a um conjunto de dados isolados e costurados por alguma teoria que os explica. Como parte integrante do processo de conhecimento, o sujeito-observador

assume uma postura interpretativa frente aos fenômenos, aos quais esse mesmo sujeito atribui significados.

Convém em pesquisa qualitativa utilizar-se de triangulação, que consiste num uso simultâneo de diversas técnicas, fontes de dados, modalidades de análise, diferentes informantes e pontos de vista (MINAYO, 1999).

Neste sentido, para o trabalho de campo, as fontes de dados, técnicas e instrumentos utilizados neste estudo foram os seguintes:

Para os dados primários: (1) A *observação Direta*, que, segundo Chizotti (2005, p. 90), é um “contato direto do pesquisador com o fenômeno observado para obter informações sobre a realidade dos atores sociais em seus próprios contextos”. Trata-se de uma descrição “fina” de uma situação, na qual focalizam-se os sujeitos em seus aspectos pessoais e particulares, as circunstâncias dos fatos, as variações do tempo, as ações e seus significados, os conflitos e a sintonia de relações interpessoais e sociais, as atitudes e comportamentos face à realidade.

A observação direta foi realizada nas duas unidades de saúde em que as equipes do estudo realizam suas atividades, durante os meses de novembro e dezembro de 2006. Foram programadas 8 visitas sistemáticas a estas unidades, distribuídas nos dois turnos de funcionamento, entretanto, devido a algumas incompatibilidades entre a programação das ações da unidade (alterações inesperadas na programação) e os horários da pesquisadora, só foi possível realizar 7 visitas, sendo 4 no horário da manhã e 3 no horário da tarde.

(2) a *entrevista*, que pode ser entendida no sentido amplo de comunicação verbal e, igualmente, no sentido restrito de coleta de informações sobre determinado tema científico. Alguns autores (HAGUETTE, 2005; RICHARDSON, 1989) a definem como um processo interativo entre duas pessoas⁶, sendo que uma delas, o entrevistador, tem por objetivo a obtenção de informações de outra, o entrevistado.

⁶ Embora aqui a entrevista esteja referida como uma interação dialógica entre duas pessoas, é sabido, conforme esclarece Carlini-Cotrim (1996), que o grupo focal também se constitui numa entrevista, do tipo “entrevista de grupo”, apesar de neste tipo de entrevista não haver um processo de alternância de perguntas do pesquisador e respostas dos participantes.

A entrevista consiste numa técnica adequada tanto para a aquisição de dados objetivos – que também poderiam ser conseguidos através de outras fontes – quanto subjetivos, que se referem diretamente ao sujeito que se observa. Trata-se da apreensão de aspectos relacionados às suas atitudes, valores, comportamentos, sentimentos, opinião, etc. A inter-relação no ato da entrevista, para Minayo (1999), constitui condição *sine qua non* para o sucesso da pesquisa qualitativa, pois que esta relação intersubjetiva contempla o afetivo, o existencial, o contexto do dia-a-dia, as experiências e a linguagem do senso comum.

Posto isto, no presente estudo, utilizou-se a entrevista semi-estruturada – ou em profundidade, na linguagem de Richardson (1989) -, pois a mesma, composta de perguntas abertas e fechadas, permitindo flexibilidade à estrutura do instrumento, concorre para que “o entrevistado discorra sobre o tema proposto sem respostas ou condições prefixadas pelo pesquisador” (MINAYO, 1999, p. 108). Todas as entrevistas, com os usuários e os profissionais foram realizadas no período de agosto a dezembro de 2006.

Como fontes de dados secundários, foram analisados: (1) documentos oficiais do Distrito e da Secretaria de Saúde do Recife, que permitiram caracterizar o PSF e o modelo de atenção à saúde do município de Recife e do Distrito Sanitário IV, e Portarias do Ministério da Saúde; (2) registros constantes do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), relacionados aos dados gerais das comunidades estudadas, tais como, o perfil sócio-sanitário e demográfico.

Para o perfil histórico, político e cultural das comunidades pesquisadas foram utilizadas algumas informações extraídas das entrevistas.

3.6 Categorias de Análise

O acesso, para fins deste estudo, encontra-se enquadrado como uma dimensão da qualidade, sendo suas subcategorias, aquelas dimensões do acesso trabalhadas por Fekete (1996), quais sejam:

Geográfica

- aspectos físicos impeditivos ao acesso (rios, grandes avenidas, morros etc.);
- distância entre a população e os recursos.

Organizacional

- Obstáculos internos,
 - demora na obtenção da consulta,
 - tipo de marcação e horário,
 - turnos de funcionamento;
 - forma de organização dos processos de trabalho.

- Obstáculos externos
 - Demora (para o atendimento) na sala de espera da unidade de saúde
 - Demora para a realização, e a entrega dos resultados, dos exames laboratoriais

- Continuidade da atenção

Sócio-cultural

- Na perspectiva da população
 - Percepção do indivíduo sobre a gravidade de sua doença, etiologia e tratamento;
 - Nível de conhecimento sobre a oferta de serviços;
 - Medo do diagnóstico e das intervenções;
 - Crenças e hábitos quanto aos cuidados com a saúde;
 - Vergonha no caso de DST ou doenças estigmatizantes;

- Na perspectiva do sistema de saúde
 - Formação dos profissionais de saúde desvinculada da realidade das condições de vida e saúde da população;
 - Falta de preparo das equipes de saúde e das instituições frente à diversidade de pacientes com distintas características sócio-culturais;

- Insipiência dos processos de participação dos usuários nas organizações dos serviços.

➤ Econômica

- Consumo de tempo, energia e recursos financeiros para busca e obtenção da assistência;
- Prejuízos por perda de dias de trabalho;
- possíveis perdas decorrentes de afastamento por doença;
- custo do tratamento (medicamento) etc.

3.7 Análise e tratamento dos dados

A técnica de análise dos dados qualitativos utilizada foi a análise de conteúdo, vez que a mesma constitui-se num instrumento adequado a estudos que visam a apreensão de mensagens reveladas ou ocultas, num esforço de “vigilância crítica frente à comunicação de documentos, textos literários, biografias, entrevistas ou observação” (MINAYO, 1999, p. 203). Para além dos significados manifestos, visa-se com esta técnica, atingir um nível mais aprofundado de leitura.

Partindo deste mesmo entendimento, Chizzotti (2005), explica que na análise de conteúdo as informações são compreendidas no contexto cultural em que os atores sociais as produzem, sendo que se busca verificar como este contexto influencia no estilo, na forma e no conteúdo das comunicações.

A análise neste entendimento utiliza-se da formalização não como um fim, mas, e sobretudo, como um meio para o alcance das entrelinhas porque, como bem expressa Demo (2005, p. 42), “muitas vezes o que está nas linhas é precisamente o que não se queria dizer”.

Segundo Bardin (2004, p. 37), a análise de conteúdo consiste num

conjunto de técnicas das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores [...] que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens.

Trata-se de uma operação analítica que permite adaptação à natureza do material e ao tema que se pretende estudar.

Todo o material de caráter discursivo (entrevistas) e os registros de campo (das observações) foram tratados de acordo com os valores atribuídos aos núcleos de sentido, conforme as técnicas apresentadas por Bardin (2004).

A organização da análise, segundo Bardin (2004), segue uma seqüência cronológica, que vai da pré-análise, passando pela exploração do material, até o tratamento, a inferência e a interpretação.

Na fase de pré-análise, realizou-se uma leitura “flutuante”, que permitiu um olhar inicial e “descolado” sobre o material – o *corpus* (entrevistas, diário de campo e documentos) - sendo, entretanto, o momento de conhecer o texto, atribuindo-lhe, à medida que a leitura foi se tornando mais precisa (na fase de exploração), características por analogia às teorias, em função das categorias analíticas predefinidas e da hipótese inicialmente formulada.

No que concerne à escolha dos documentos e às regras (exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência) referentes ao seu recorte, no caso das entrevistas e diários de campo, cujos roteiros foram pré-definidos, todas essas regras foram observadas, uma vez que a estrutura dos documentos em questão foi construída pela própria pesquisadora. No caso dos documentos oficiais, estes foram sendo submetidos às regras à medida que iam sendo encontrados. Assim, todos aqueles que traziam elementos ao necessário esclarecimento sobre quaisquer das dimensões do acesso analisadas neste estudo foram reunidos.

Trata-se de um estudo com categorias pré-definidas, de cujo tema - acesso (em suas 4 dimensões, geográfica, organizacional, sócio-cultural e econômica) - foram extraídos os “núcleos de sentido”, identificados na comunicação (verbal, comportamental, corporal) dos emissores.

A inferência, neste sentido, baseou-se na análise qualitativa, posto que esta, segundo Bardin (2004, p. 108) apresenta-se mais pertinente “na elaboração de

deduções específicas sobre um acontecimento ou uma variável de inferência precisa” (que neste caso é o acesso). Sendo assim, fundou-se sobre a presença ou ausência do tema contextualizado tanto nas condições de produção das mensagens (quem fala, de onde e em que circunstâncias), quanto na produção teórica conexa.

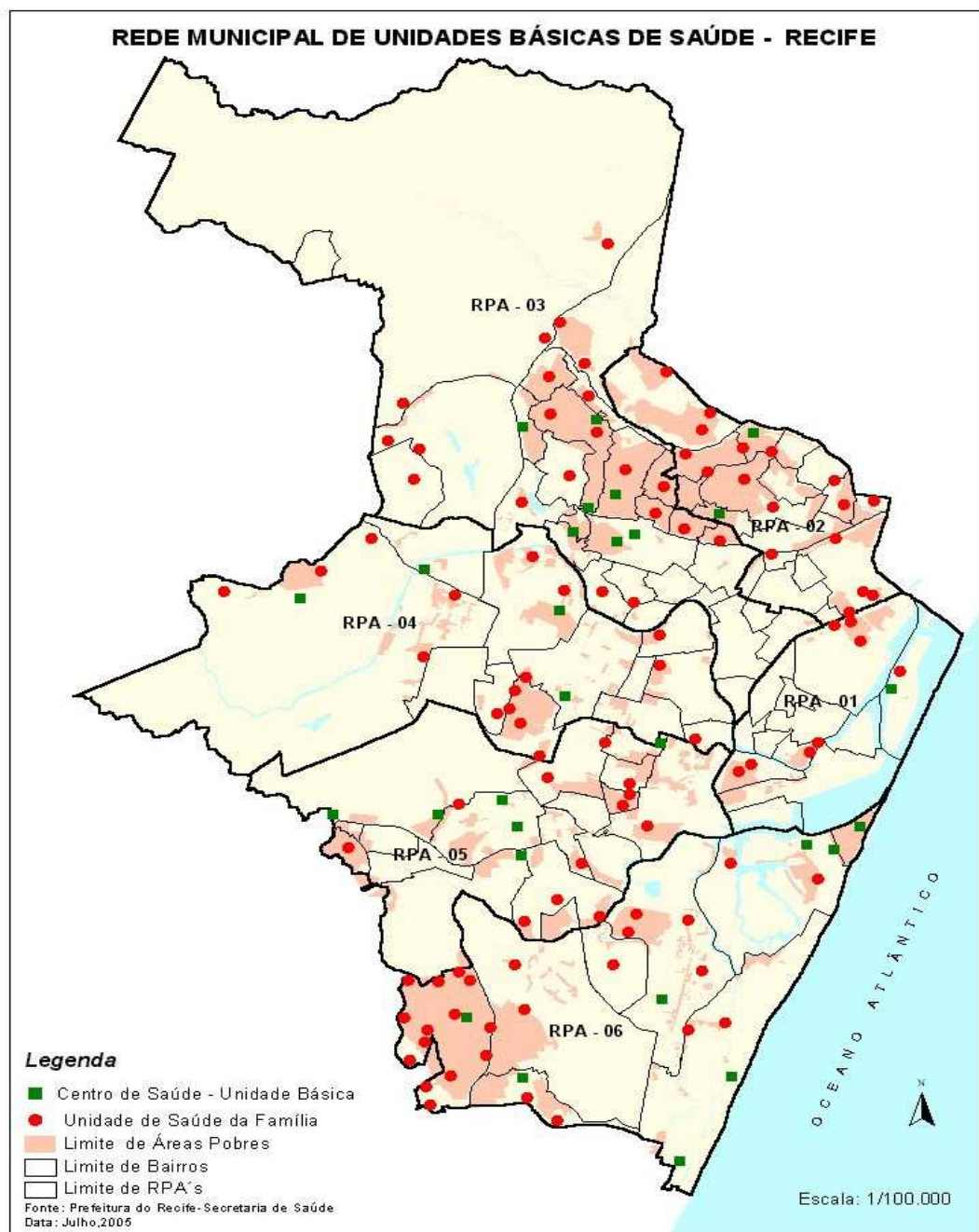
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 CARACTERÍSTICAS GERAIS DA ATENÇÃO À SAÚDE NO RECIFE

4.1.1 O Modelo de Atenção à Saúde do Recife

O planejamento das ações e a organização dos serviços de saúde do município são amparados nos princípios instituídos pelo SUS e, pelo que consta no Plano Municipal 2006 – 2009, o modelo de atenção à saúde “busca a ampliação do acesso às ações e serviços de qualidade, prioritariamente para as populações mais necessitadas (inclusão social)”. É este “olhar especial” - favorecido pela construção de um mapeamento das áreas de maior pobreza, constituídas por aglomerados subnormais (as favelas) e por apresentarem os piores indicadores socioeconômicos e de saúde - que tem norteado o desenvolvimento de ações setoriais específicas e de políticas públicas de caráter mais amplo (RECIFE, 2005, p. 39).

Este mesmo olhar orientou a implantação e, mais atualmente, a expansão do Programa de Saúde da Família, bem como de outros programas de atenção básica, tais como o PACS e o PSA, os quais têm suas ações intensificadas nas áreas de maior risco. Para garantir o cumprimento do princípio da integralidade (ou pelo menos de uma de suas dimensões), o município aposta nesses programas (particularmente no PSF) como estratégicos na reorganização de todo o sistema municipal de saúde, conforme se vê na Mapa 3, que apresenta a distribuição da rede municipal de unidades básicas de saúde sobre as áreas pobres do Recife.



Mapa 3. Rede Municipal de Unidades Básicas de Saúde – Recife

Fonte: Plano Municipal de Saúde 2006-2009 - SEPLAN-SS

A rede assistencial do Recife, apresentada na figura 3, é composta por serviços ambulatoriais, hospitalares, de suporte diagnóstico, Centros de Apoio Psicossocial (CAPS), residências terapêuticas, Academia da Cidade e o Samu (Serviço de Atendimento Médico de Urgência).

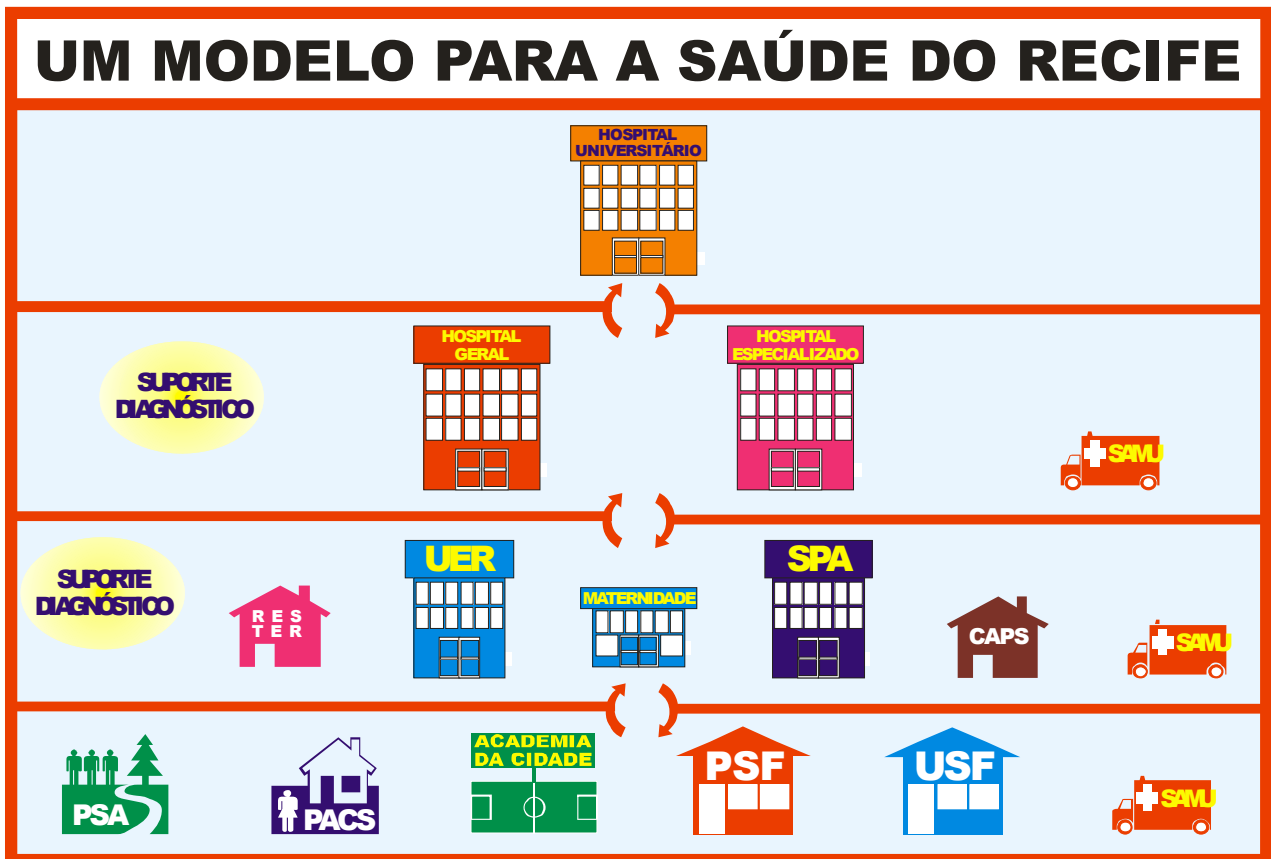


Figura 3. Modelo de Saúde do Recife

Fonte: Distrito Sanitário IV/Recife-PE

A rede ambulatorial básica é composta por Unidades de Saúde da Família e Unidades Básicas Tradicionais (Centros de Saúde). O número de Unidades de Saúde da Família cresceu bastante de 2001 até os dias atuais (cerca de 600%), dado que expressa, do ponto de vista da cobertura populacional, um aumento considerável no acesso das pessoas ao Sistema. Apesar disso, em 2006, apenas 49,5% da população encontrava-se coberta por este Programa, conforme dados da Gerência de Atenção Básica (GAB) do município. Isso não significa que o restante da população não tenha acesso ao Sistema, apenas sua entrada não se dá pelo PSF, e, sim, na maioria das vezes, por meio das unidades básicas tradicionais.

O número de equipes nas unidades de saúde da família varia desde unidades compostas por apenas uma equipe, até aquelas compostas por quatro. A quantidade de equipes de saúde bucal por equipe de saúde da família nas unidades também apresenta diferenças. Variam desde um padrão de 1 ESB para 1 ESF e 1 ESB para

2 ESF, até situações em que 2 ESB respondem pela área de 3 ESF e 1 ESB se encontra responsável pela área de 4 ESF.

Esta constatação tem implicações importantes para a temática do acesso, abordada neste estudo, pois, considerando que o município trabalha com uma média de 3.450⁷ pessoas por ESF, cada Equipe de Saúde Bucal pode estar trabalhando com uma população que varia de 3.450 pessoas até 13.800.

Assim, no que se refere ao padrão estabelecido pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2006a) sobre este aspecto da estrutura de uma unidade de saúde da família, que consiste em 1 ESB para 1 ou 2 ESF, o município cumpre as preconizações apenas em parte. Por outro lado, embora haja subsídios do Ministério da Saúde para implantação de outras ESB, vez que a partir da referida portaria passou a financiar 1 ESB para cada ESF, o município ainda não conseguiu ampliar a cobertura populacional neste sentido.

No que toca ao que foi aprovado na plenária final da VII Conferência Municipal de Saúde do Recife, realizada em outubro de 2005, este município encontra-se em quase total desacordo, pois nesta Conferência foi aprovada, como proposta para a consolidação do modelo de atenção à saúde bucal, a “proporção de 1 ESB para 1 ESF”.

Este último fato caracteriza não apenas o descumprimento de uma formalidade, mas, e principalmente, o desrespeito ao esforço de uma mobilização social que “envolveu mais de 7000 pessoas em todo o processo”, no qual as representações dos diversos segmentos sociais (gestores, trabalhadores, usuários) estiveram presentes (RECIFE, 2005, p. 3).

Além da rede básica, o município conta também com uma rede de serviços especializados, que, juntos, formam uma rede ambulatorial com um total de 202 unidades, conforme se vê na tabela abaixo:

⁷ Dados coletados da Gerência de Atenção Básica/Secretaria de Saúde do Recife

Tabela 2. Número de Unidades Ambulatoriais sob gestão municipal segundo tipo de prestador – Recife, junho de 2005

Tipo de Unidade de Saúde	Unidades Municipais	Outros Prestadores	Total
Unidades de Saúde da Família - USF	101	-	101
Unidades Básicas Tradicionais ⁸	28	-	28
Unidades Especializadas ⁹	36	36	72
Centro de Vigilância Ambiental	1	-	1
Total	166	36	202

Nota: outros prestadores = Prestadores da rede complementar do SUS;

Foram excluídos PACS e Vigilância Sanitária e estabelecimentos sob gestão estadual.

Fonte: Plano Municipal de Saúde 2006-2009

Este modelo de saúde estruturado no formato de uma pirâmide, cuja base constitui o primeiro nível da atenção, coincide com o modelo adotado pelo Ministério da Saúde, que, através de normatizações e pactos político-administrativos, inspirados na legislação do SUS, vem estimulando o crescimento de propostas locais estruturadas na atenção básica.

Convém, entretanto, lembrar que tal modelo tem sido objeto de fecundas críticas, realizadas por autores como Mendes e Pestana (2004) e Cecílio (2001).

Para Cecílio (2001), é necessário repensar o modelo de saúde brasileiro, pois sua estrutura piramidal, com serviços racionalmente organizados de modo hierarquizado, dificulta a efetivação de uma integralidade de nível “macro”, que se realiza num sistema de saúde estruturado sob forma de rede, com múltiplas entradas e fluxos, e que toma as representações e necessidades individuais como base de sua construção.

Outro motivo pelo qual o mesmo autor critica o modelo “piramidal” de saúde é o entendimento que se tem dos serviços de “referência”, os quais são compreendidos como espaços especializados de finalização do cuidado, de atendimento a

⁸ Distingue-se neste trabalho unidades básicas de saúde tradicionais (UBT) - que são aquelas unidades com características tradicionais de funcionamento (sem adscrição de clientela, sem território delimitado, com profissionais de clínicas básicas (pediatra, ginecologista, clínico geral), etc - das Unidades de Saúde da Família (USF) tal como as se conhece hoje.

⁹ Unidades especializadas são aquelas que servem de “referência” para a atenção básica, aquelas que respondem a problemas que exigem uma tecnologia de densidade considerada mais elevada em relação à atenção básica, como, por exemplo, serviços de pronto-atendimento, policlínicas, etc.

demandas pontuais, específicas, sem compromisso com o princípio da integralidade, que, neste modelo, no máximo consiste num bom funcionamento da contra-referência, que apesar de não ser pouco, não é suficiente.

Desta concepção também compartilham Mendes e Pestana (2004), para quem a integralidade da atenção à saúde consiste no acesso oportuno aos serviços ofertados nos diferentes pontos da atenção, componentes de uma rede horizontal coordenada pela atenção primária, que é o ponto central do que eles propõem como modelo de saúde: um sistema integrado de serviços de saúde.

4.1.2 O Modelo de Atenção à Saúde do Distrito Sanitário IV

O Distrito Sanitário IV foi implantado em julho de 1995, como parte do processo de descentralização das ações e serviços de saúde em curso nesse período.

O modelo de saúde do Distrito Sanitário IV organiza-se nos moldes estabelecidos pelo município, cuja lógica piramidal instituiu o Programa de Saúde da Família como grande e principal porta de entrada no sistema.

A rede de atenção à saúde deste Distrito, sempre insuficiente face às demandas crescentes, dispõe de 17 unidades de saúde da família (totalizando 34 equipes de saúde), 03 unidades básicas de saúde tradicionais, 1 policlínica (unidade especializada de referência), 02 centros de atenção psicossocial, sendo um deles para tratamento de transtornos relacionados ao uso abusivo do álcool e outras drogas, 01 Albergue Terapêutico, 02 residências terapêuticas e 03 pólos da Academia da Cidade. Estes serviços apresentam-se distribuídos por microrregião conforme o quadro 1.

	Microrregiões		
	4.1	4.2	4.3
Bairros	Torre Ilha do Retiro Cordeiro Madalena Iputinga Zumbi Prado	Torrões Engenho do Meio	Caxangá CDU Várzea
Equipamentos			
Unidades de Saúde da Família	Caranguejo	Cosirof	Barreiras
	Cardoso	Sinos	Rosa Selvagem
	Vila União	Macaé	Campo do Banco
	Skylab	Vietnã	Brasilit
	Emocy Krause	Engenho do Meio	Cosme Damião
Sítio das Palmeiras		Amaury de Medeiros	
Unidades Básicas de Saúde (UBS)	Dr. José Dustan	Profº Joaquim Cavalcanti	Profº Olinto de Oliveira
Policlínica	Policlínica Lessa de Andrade		
Centro de Atenção Psicossocial	Caps Espaço Vida	Albergue Celeste Aída	
	Caps AD – Eulâmpio Cordeiro		
Residência Terapêutica	Residência Feminina		
	Residência Masculina		
Academia da Cidade	Pólo Beira Rio	Pólo Av. do Forte	
		Pólo Engenho do Meio	

Quadro 3. Equipamentos de Saúde Municipais Integrantes da Rede do Distrito Sanitário IV, por microrregião

Com a ampliação da rede de atenção básica nas áreas de maior risco social, a cobertura do PSF, nesse Distrito, passou de 4% em 2000 para 43,5 em 2006¹⁰.

A localização geográfica dos equipamentos municipais de saúde encontra-se apresentada no Mapa 4.

¹⁰ Dados coletados da Gerência de Atenção Básica/Secretaria de Saúde do Recife

federal (Hospital das Clínicas). Estas unidades, desconectadas da rede municipal/distrital de assistência, não participam - retroalimentando-a - de nenhum sistema de referência e contra-referência que haja no município. Essa característica torna inviável a garantia, por parte do Distrito, de efetivo atendimento, nessas unidades, dos usuários referenciados pela atenção básica, coisa que já vem ocorrendo na Policlínica Lessa de Andrade, onde já existe um sistema de referência e contra-referência formalizado para a rede de serviços municipais instalados no território deste Distrito (ainda que avaliações posteriores deverão evidenciar a efetividade - ou não - desse sistema).

Um aspecto que põe em cheque esse sistema, porém, é o fato de que essa policlínica, tendo sido originária da rede estadual de saúde, continua servindo de referência para pessoas residentes fora de sua área programática (CABRAL *et al.*, 2005), inclusive de outros municípios, o que, por conseguinte, satura o sistema local.

É interessante observar que a territorialização, a hierarquização e a regionalização, expressas nos termos da NOAS-01/02 (BRASIL, 2002, p. 09), consistem num aspecto fundamental para a solução dessa dificuldade. Entretanto, a constituição de uma rede de saúde, com referência e contra-referência garantidas - que vá muito além do “estabelecimento de fluxos e contrafluxos de pacientes e informações gerenciais e tecnocientíficas”, nas palavras de Pinheiro (2001, p. 74) - passa primordialmente pela implantação, e no presente caso pela municipalização (pois que eles já existem), dos serviços necessários. Trata-se de uma funcionalidade essencial ao sistema que, no entanto, carece de prioridade na agenda de discussão e negociação entre os gestores, “de forma a garantir o acesso dos cidadãos a todas as ações e serviços necessários para a resolução de seus problemas de saúde”, conforme apregoa a referida normatização.

Esta dificuldade, a saturação da rede, também foi observada por Pinheiro (2001), em estudo desenvolvido em Volta Redonda, onde o sistema de saúde funciona como referência tanto para seus municípios quanto para os de outras localidades da região. Segundo essa autora, tal situação torna evidente a necessidade do estabelecimento de pactos intermunicipais que também dêem conta de questões como programação integrada de procedimentos e alocação de recursos financeiros.

No que se refere aos serviços de apoio social, o Distrito Sanitário IV dispõe de atendimento do Serviço Social, que funciona na própria sede, cujas ações consistem, entre outras, em atendimento individual, visitas domiciliares e reuniões com as equipes de saúde e, ou, com usuários. Através de avaliações sociais, elaboração de pareceres e encaminhamentos, este serviço, composto por uma equipe formada por 2 assistentes sociais e uma estagiária, atende às demandas (encaminhadas ou espontâneas) de usuários advindos de todo o Distrito. Desta característica já se deduz a insuficiência dessa equipe, que também é responsável pela coordenação do “transporte social”¹¹, serviço realizado pelo Distrito cuja finalidade é facilitar o deslocamento de usuários com doenças crônicas e dificuldades físicas de se deslocar para o tratamento - e em condições sócio-econômicas muito precárias.

Ainda como parte desse “programa”, há uma distribuição mensal de 900 vales transportes para usuários na mesma situação referida acima, porém em condições físicas de utilizarem transporte coletivo. Desse total de vales, 600 são adquiridos numa parceria com a Secretaria de Políticas de assistência Social, por meio do Instituto de Assistência Social e Cidadania (IASC) e 300 são adquiridos com recursos da própria Secretaria de Saúde. Segundo o último levantamento realizado pelo serviço social do Distrito Sanitário IV, existe uma demanda reprimida, neste Distrito, de pelo menos 10 usuários portadores de doença renal crônica.

O serviço social também é responsável pelo fornecimento (periódico) de 122 cestas básicas do “Programa de Suplementação Alimentar para portadores de Patologias Crônicas”, o qual contempla usuários portadores das seguintes patologias: HIV/AIDS, tuberculose, hanseníase, câncer (em tratamento quimioterápico) e doença renal crônica (em tratamento dialítico).

¹¹ Encontra-se em discussão na Secretaria de Saúde do Recife, desde o ano de 2006, o “Projeto de Transporte Social para Usuários com Doenças Crônicas e Degenerativas”, o qual objetiva “garantir ao usuário a continuidade do seu tratamento através do fornecimento gratuito do transporte até a sua unidade de atendimento”. Os usuários contemplados seriam: renais crônicos, portadores de transtorno mental/psiquiátrico, portadores do HIV/AIDS, usuários em tratamento de quimioterapia, radioterapia e fisioterapia, portadores de hanseníase e portadores de tuberculose. O serviço mencionado neste estudo vem sendo provisoriamente realizado e parcialmente custeado pelo Distrito IV.

Também faz parte das competências do serviço social a avaliação social (e a emissão do correspondente parecer) de famílias cujas crianças necessitam de fórmulas especiais, alternativas ao leite materno¹², e daquelas famílias encaminhadas pelo Conselho Tutelar ou pelo Ministério Público para aquisição de medicamentos não padronizados na rede básica do município. Nestes casos, cabe destacar que embora a Constituição preveja o direito de acesso gratuito a quaisquer serviços de que os usuários necessitem, (já que a saúde é “direito de todos e dever do Estado”) – e a lei 8080/90, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e o Estatuto do Idoso reforcem a garantia desse direito -, ainda não há consenso na jurisprudência acerca desse tema (SILVA, 2005).

Compondo o leque de serviços sociais (*stricto sensu*) associados à saúde, disponíveis no Distrito, há uma distribuição mensal de vales transportes para as equipes de saúde da família, num total de 20 vales para cada uma, cuja finalidade é facilitar o deslocamento de alguns usuários em condições físicas de se locomover, porém sem possibilidades de pagar por um transporte para fazer tratamento de problemas de saúde em unidades para as quais foram encaminhados.

4.1.3 O Processo de Trabalho nas Unidades de Saúde da Família do Distrito Sanitário IV

De um modo geral, as Unidades de Saúde da Família do Distrito Sanitário IV apresentam uma composição de equipe profissional compatível com aquela estabelecida pelo Ministério da Saúde, isto é, 1 médico, 1 enfermeira, 1 auxiliar de enfermagem e uma média de 6 Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Em todas as USF há equipe de saúde bucal, com exceção de duas. A maioria dessas equipes está enquadrada na modalidade 1 (1 cirurgião dentista e 1 Auxiliar de Consultório Dentário). Apenas 2 equipes enquadram-se na modalidade 2 (1 cirurgião dentista, 1 Auxiliar de Consultório Dentário e 1 Técnico de Higiene Dental (THD). Além disso, quase todas as unidades contam com um técnico administrativo, que funciona como recepcionista e realiza algumas funções burocráticas.

¹² Existe no município um protocolo de fornecimento dessas fórmulas, que estabelece os critérios de inclusão das “crianças sensíveis”.

Todas as equipes de saúde bucal estão integradas a uma ou duas equipes de saúde da família, responsabilizando-se pela população total vinculada a estas ESF. O diferencial encontra-se em apenas 1 unidade de saúde da família, onde há a integração de 2 equipes de saúde bucal com 3 equipes de saúde da família.

Note-se que o padrão de cobertura populacional em saúde bucal deste distrito aproxima-se do padrão do município, denotando uma problemática municipal, em relação à Política de Saúde Bucal, reproduzida no nível local.

A problemática do acesso à atenção à saúde bucal não é uma questão recente, tendo sido identificada por autores como Oliveira (2002) e Sá (2002), que apontaram as desigualdades regionais e locais como importante característica desta política no Brasil e em Pernambuco.

Assim, não bastasse a retardada inclusão da ESB na estratégia saúde da família, o que só ocorreu no Recife em 2002 - apesar dessa estratégia ter se iniciado no município desde 1995 -, concorre para a dificuldade no acesso a esses serviços o excesso de famílias pelas quais as ESB são responsáveis, conforme já se referiu anteriormente.

No que se refere ao horário de funcionamento das unidades, oficialmente este horário é de 7:30h às 12:00h e 13:30h às 17:00h, variando em alguns casos em função da coleta de material para exames (sangue, fezes e urina e BK), que ocorre duas vezes na semana. Nesses casos, as unidades, de um modo geral, passam a funcionar a partir das 7:00h.

O acompanhamento, supervisão, monitoramento e avaliação dos trabalhos desenvolvidos no PSF são realizados pela gerência de território, apoiada pelas Gerências Operacionais: de Atenção à Saúde, de Vigilância à Saúde e de Gestão de Pessoas.

As atividades desenvolvidas pelos profissionais consistem naquelas já estabelecidas pelos manuais do Ministério da Saúde, sendo que, a partir das especificidades

locais, algumas ações são priorizadas, enquanto outras são realizadas de modo mais esporádico.

Assim, segundo relatórios do Planejamento Estratégico Situacional realizado em todas as unidades do Distrito Sanitário IV, no ano de 2004, as ações realizadas pelas equipes do PSF (que caracterizam oferta) são as seguintes:

1. Atendimento clínico individual (médico, odontológico e do/a enfermeiro/a);
2. Atendimento em grupo;
3. Visitas domiciliares;
4. Curativos;
5. Imunização;
6. Aplicação de injeções;
7. Nebulização;
8. Fornecimento de Medicação;
9. Reuniões educativas com a comunidade;
10. Pré-natal;
11. Consulta puerperal;
12. Citologia oncótica (exame preventivo de câncer de colo uterino);
13. Coleta de material para exames (sangue, fezes, urina e BK);
14. Entrega de resultado de exames;
15. Triagens (para a demanda espontânea);
16. Reuniões internas administrativas
17. Consolidação mensal dos relatórios de atendimentos diários.

Note-se que no caso de exames laboratoriais, as unidades de saúde da família são responsáveis apenas pela coleta, não pela análise do material, serviço que é realizado pelo laboratório municipal, o qual também é responsável pelo envio para essas unidades do resultado dos exames.

No caso das unidades de saúde deste estudo, identificou-se, por meio das observações de campo e conversas com os profissionais e usuários, a realização de todas essas ações, sendo os processos de trabalho estruturados muito frequentemente em função das ações assistenciais, isto é, centrados em ações

curativas e individuais, notadamente aquelas ações realizadas pelos médicos e enfermeiras.

4.1.3.1 O PSF de Vietnã e Brasil

4.1.3.1.1 A Comunidade de Vietnã

A comunidade de Vietnã localiza-se no bairro de Torrões, na microrregião 4.2, fazendo limite com o sul do Distrito Sanitário 5. Segundo o Atlas de Desenvolvimento Humano do Recife (2005), a área foi transformada em ZEIS (Zona Especial de Interesse Social) em 1983, pela Lei Municipal de Urbanização e Ocupação do Solo (LUOS) nº 14.511. A ocupação teve início na década de 1940, em área de charcos que foram sendo aterrados paulatinamente, no início para possibilitar a prática de atividades agrícolas dos sítios da região e posteriormente para que a ocupação de famílias fosse se consolidando. A ocupação organizada chegou na área nos anos 1970, o que provocou a reação violenta dos sitiantes e foreiros que já estavam assentados. Assim, em virtude da violência, as pessoas faziam alusão ao local comparando a situação de violência da área com a guerra do Vietnã, o que deu origem ao nome da comunidade.

Em um registro da história da comunidade feito pelos Agentes de Saúde como trabalho de conclusão de um dos módulos do curso técnico realizado recentemente no município, há o seguinte relato, que expressa igualmente a situação de violência aludida anteriormente:

era guerra mesmo, quem morava no bairro de Torrões não podia vir ao Vietnã, e vice-versa. Era bala a todo o momento. A polícia quando chegava entravam em todos os barracos atrás de bandidos e drogas¹³.

Nos relatos dos usuários esta comunidade foi referida como bastante violenta, sendo que, para alguns usuários, hoje a violência “melhorou mais”, outros acham que a “Violência sempre tem, não é aqui só, não”¹⁴, ou acham “mais ou menos boa, porque

¹³ Extraído do texto “A História da Comunidade do Vietnã”, trabalho apresentado pelos ACS da Unidade de Saúde da Família do Vietnã para conclusão do módulo I do Curso Técnico de Agentes Comunitários de Saúde do Município de Recife. 2006

¹⁴ Informação verbal prestada pela usuária 9.

é um pouco violenta”¹⁵. Outros não “acham um lugar [bom] pra viver”¹⁶. Enfim, a violência parece ser o grande inconveniente da comunidade: “tirando isso [a violência] eu acho ótima minha comunidade, tenho nada que falar dela”¹⁷.

Na percepção de uma usuária, uma certa homogeneidade social na comunidade é um bom motivo para gostar de morar no local

porque ninguém aqui... assim... não tem gente melhor. Assim, as casas quase todas são... as pessoas quase todas são do mesmo nível, quase todo mundo estuda em colégio municipal, do governo, aí se torna uma situação quase igualmente pra todos [...].¹⁸

4.1.3.1.2 A Unidade de Saúde da Família Vietnã

Localizada numa área topográfica plana, na Rua Eduardo Custódio, 166, no Bairro de San Martim, a unidade de Saúde da Família Vietnã foi implantada em 2001 com 2 equipes de Saúde – Vietnã I e II - e a seguinte composição profissional: 2 médicos, 2 enfermeiras, 2 auxiliares de enfermagem, 1 dentista, 1 Auxiliar de Consultório Dentário (ACD), 1 auxiliar de serviços gerais e 9 Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Além desses profissionais, atualmente, a unidade conta com 1 agente administrativo, residentes de enfermagem do IMIP (Instituto Materno Infantil de Pernambuco), os quais participam integralmente de todas as atividades da unidade.

Antes de se tornar USF, a unidade funcionava como posto de saúde tradicional na comunidade, numa parceria da Prefeitura com o IMIP (Instituto Materno-Infantil de Pernambuco), parceria esta que permanece até hoje. A área era coberta apenas pelo PACS, mas com sua transformação em Unidade de Saúde da Família, todos os Agentes Comunitários de Saúde da área foram incorporados ao PSF.

A estrutura física da unidade é composta por:

2 salas para consulta individual;

1 consultório odontológico;

¹⁵ Informação verbal prestada pela usuária 4.

¹⁶ Informação verbal prestada pelo usuário 11.

¹⁷ Informação verbal prestada pela usuária 10.

¹⁸ Informação verbal prestada pela usuária 16.

1 sala de citologia;
1 sala de vacina;
1 sala de espera (recepção);
1 sala de reuniões;
1 sala de curativos;
2 banheiros (sendo 1 para os usuários e outro para os profissionais);
1 copa; e
1 sala de esterilização.

A rua na qual a unidade se localiza é pavimentada, porém, como praticamente em toda a área de abrangência da equipe 1, é bastante estreita e possui canaletas em toda sua extensão, as quais encontram-se em estado de deterioração bastante avançado, expondo a população e os profissionais a diversos riscos à saúde, inclusive de queda e outros ocorrências comuns em áreas acidentadas como esta.

O total de famílias cadastradas na unidade em 2006 foi 1.418, perfazendo um total de 5.616 pessoas. Desse total, 48% são do sexo masculino e 52% do sexo feminino; 22,2% estão na faixa etária de 0 e 14 anos de idade, 71,6% entre 15 e 59 anos e 6,2% estão acima de 60 anos de idade. 94,09% das pessoas de 0 a 14 anos estão na escola, enquanto que apenas 19,27% das com 15 anos e mais são alfabetizadas.

A unidade funciona todos os dias, de segunda a sexta feira, no horário das 7:30h até as 12:00h e 14:30 até as 17:00h. Nos dias em que há coleta de material para exames (sangue, fezes, urina e BK), a unidade abre às 6:40h.

Por não haver gerente na unidade, os profissionais se revezam, a cada 2 meses, nesta função.

Cada uma das equipes de saúde responde por uma área adscrita, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde. A equipe de saúde bucal cobre as áreas das duas equipes de saúde da unidade, comportando-lhe, portanto, a responsabilidade pela saúde de um total de 5.616 pessoas, o que, de início, já demonstra a incapacidade desta equipe de atender a todas as demandas advindas do território.

A rotina de ações e serviços segue uma programação semanal que contempla ações assistenciais e preventivas, organizadas segundo as prioridades pactuadas com o Distrito e as necessidades dos usuários, estas últimas identificadas (tecnicamente) pelo perfil epidemiológico local.

A organização interna do processo de trabalho dos profissionais, conforme as anotações de campo deste estudo, ajusta-se às condições de espaço físico e de disponibilidade de recursos humanos na unidade, o que, em algumas ocasiões pode se constituir em tarefa bastante complexa, quando, por exemplo, os 4 consultórios estão funcionando ao mesmo tempo. Neste caso, o número excessivo de usuários na unidade, somado ao número de profissionais em atividade no interior da mesma, transforma a unidade num ambiente extremamente agitado.

As consultas de enfermagem são agendadas pelas próprias enfermeiras. O agendamento das consultas médicas é realizado pelos ACS, os quais possuem o que eles chamam de “cota semanal” de consultas. Assim, cada ACS dispõe de mais ou menos 20 “fichas” por semana para agendar seus usuários. As consultas odontológicas são agendadas pela própria dentista, a qual reserva a quarta feira para usuários novos, únicos a serem agendados pelos ACS, cuja cota de cada um é de 4 usuários por mês, sendo que alguns “encaixes” são realizados pela equipe de saúde bucal quando há uma necessidade “mais urgente” identificada por qualquer dos ACS. Novamente, cabe a referência às dificuldades no acesso à atenção à saúde bucal, já mencionadas anteriormente.

Os agentes comunitários de saúde realizam suas atividades, na maioria das vezes, fora do espaço físico da unidade, visto que, entre suas atribuições específicas, estão os contatos diários com os usuários em seus domicílios para orientações e acompanhamento às famílias. Entretanto, nos dias em que há consultas médicas, os ACS fazem um rodízio na unidade para auxiliar o médico na organização dos pacientes e na definição das prioridades, embora esta prática esteja em extinção devido a uma recente reorganização dos processos de trabalho nesta unidade.

Segundo relato dos profissionais da unidade, o fluxo de atendimento se realiza conforme descrito na figura 4.

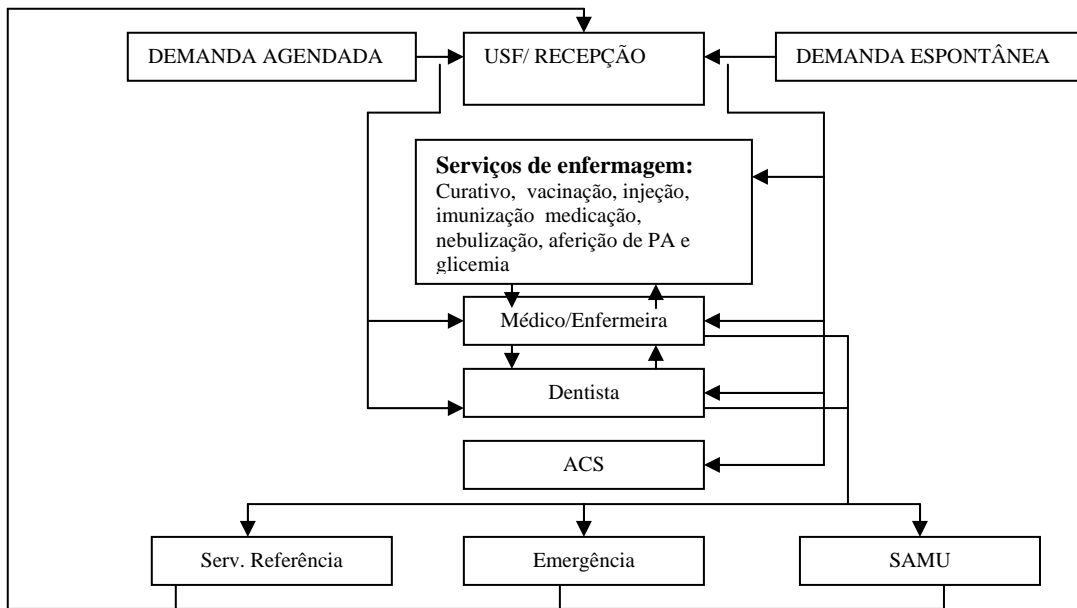


Figura 4. Fluxograma de atendimento na USF

Todo o atendimento na unidade inicia-se pela recepção. Assim, ao chegar, o usuário dirige-se ao recepcionista/agente administrativo. Caso a demanda seja agendada, este o encaminha ao serviço médico/enfermeira e, ou, ao dentista. O atendimento pode ser finalizado na unidade ou o usuário pode ser encaminhado ao serviço de referência, à emergência ou ao SAMU, que, após o atendimento, deverá encaminhar o usuário de volta à unidade para o acompanhamento na atenção básica. Caso a demanda seja espontânea, o usuário também pode ser encaminhado ao serviço médico/enfermeira e, ou, ao dentista. Além desses serviços, também pode ser encaminhado aos serviços técnicos de enfermagem e ao ACS. Assim como também ocorre no caso da demanda agendada, o usuário pode ser encaminhado ao serviço de referência, à emergência ou ao SAMU (Serviço de Atendimento Médico de Urgência), após avaliação clínica. Também ocorre um fluxo interno, no qual médicos, enfermeiras, dentista, auxiliar de enfermagem e ACS se referenciam mutuamente de acordo com a necessidade do usuário.

4.1.3.1.3 A equipe de Saúde da Família de Vietnã 1

A equipe de Vietnã 1 é composta por 1 médico, 1 enfermeira, 1 auxiliar de enfermagem e 5 agentes comunitários de saúde.

Segundo dados do SIAB (BRASIL, 2006d), o território que essa equipe cobre tem um total de 768 famílias, que corresponde a 3.037 pessoas. A média de famílias por ACS está em torno de 150 e de pessoas, em torno de 600. O perfil sócio-sanitário da área apresenta características semelhantes às da maioria das áreas cobertas pelo PSF, sendo que o principal problema consiste no alto percentual de moradias sem sistema público de esgoto (97,6%). No que se refere ao destino do lixo, em 99,8% das casas há o recolhimento através da coleta pública, percentual muito próximo daquele referente ao abastecimento de água, que em 100% das casas é da rede pública. As moradias, geralmente instaladas em invasões loteadas clandestinamente, são em sua maioria de tijolo ou adobe (98,4%), mas sua distribuição emaranhada e mal organizada revela condições extremamente precárias de urbanização.

Conforme já mencionado neste estudo, o Ministério da saúde preconiza no máximo 4.000 habitantes para cada ESF, sendo a média ideal 3.000 pessoas. Para cada ACS, preconiza no máximo 750 pessoas.

Como forma de alerta, vale salientar que, embora o total de pessoas cobertas esteja no nível aceito pelo Ministério da Saúde, esta não é a situação ideal quando se leva em conta o perfil sócio-sanitário e as precárias condições ambientais em que se situa a maioria dos usuários em questão. Outro alerta refere-se ao fato de que no já mencionado relatório da VII Conferência Municipal de Saúde (RECIFE, 2005), no quesito “condições de trabalho”, figura uma proposição que estabelece para cada ACS “um máximo de 150 famílias”, sendo que em áreas de difícil acesso este máximo deverá cair para 120 famílias.

A equipe de Vietnã 1 organiza suas atividades semanalmente conforme o quadro 4:

Profissional	Atividades por turno
Enfermeira	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 5 turnos de ambulatório; ➤ 2 turnos de visita domiciliar; ➤ 2 turnos de reuniões administrativas (uma delas com os profissionais do IMIP); ➤ 1 turno de grupos de educação em saúde.
Médico	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 8 turnos de ambulatório (sendo alguns atendimentos realizados no domicílio); ➤ 2 turnos de reuniões administrativas (uma delas com o profissionais do IMIP).
Dentista (para as duas equipes)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 7 turnos de ambulatório; ➤ 2 turnos de reuniões administrativas (uma delas com o profissionais do IMIP); ➤ 1 turno de atividades educativas em grupo.

Quadro 4. Atividades dos profissionais por turno – Equipe Vietnã 1

Conforme se pode observar neste quadro, a maioria das atividades da equipe situa-se no campo da assistência, sendo poucas as atividades nas quais as ações educativas em grupo e de promoção à saúde estão incluídas.

Esta observação é muito importante, pois em estudo desenvolvido por Albuquerque (2003, p. 40), sobre a proposta de educação em saúde no Recife, esta autora reflete que até nas definições da atenção básica pelo Ministério da Saúde a visão assistencial está presente, sendo que esta visão “perpassa todas as atividades da equipe de saúde da família, incluindo aquelas ações que deveriam ser de promoção como os grupos de usuários (idosos, hipertensos, gestantes, etc), as visitas domiciliares, as ações de educação em saúde na comunidade, nas escolas, na sala de espera, nos grupos”. Nesta equipe esta realidade não é diferente.

4.1.3.1.4 A Comunidade de Brasilit

Localizada no Bairro da Várzea, Microrregião 4.3, a comunidade de Brasilit, segundo o Atlas de Desenvolvimento Humano do Recife (2005), foi ocupada nos anos 50, em áreas de antigos sítios, nas margens da Mata da Várzea. Posteriormente, invasões

organizadas assentaram-se na área. Os conjuntos habitacionais construídos nos anos 1980 intensificaram a ocupação da área, pois as comunidades que ali residiam não tiveram acesso a estas oportunidades habitacionais. A área foi transformada em ZEIS (Zona Especial de Interesse Social) em 1996, pela Lei Municipal de Uso e Ocupação do Solo nº 16.176.

Segundo relato oral dos usuários, a comunidade, apesar da necessidade, dispõe de poucos recursos sociais e baixa organização comunitária. Também houve referência à violência, esta, porém, considerada eventual. Para os profissionais, a comunidade, não considerada violenta, é pouco articulada política e socialmente, pois “Reclama, mas não luta para que melhore”¹⁹. É composta, segundo relatos orais, por pessoas com condições de vida bastante diversas, é o que se pode chamar de “mista” do ponto de vista sócio-econômico. Além disso, consideram que o desemprego favorece situações nocivas de ociosidade principalmente para os jovens, que vêm aumentando o consumo de drogas na localidade.

4.1.3.1.5 A Unidade de Saúde da Família de Brasilit

A Unidade de Saúde da Família de Brasilit localiza-se numa área topográfica plana, na Rua Emiliano Braga, sem número, no bairro da Várzea. Trata-se de uma rua larga e pavimentada, porém é cortada por outra rua que apresenta um intenso movimento de carro. A área de abrangência da equipe de Brasilit I se expande até o outro lado dessa rua, forçando usuários e profissionais a cruzarem-na sempre que a necessidade o exige.

Foi implantada em 2002 com 2 equipes de Saúde – Brasilit I e II - e a seguinte composição profissional: 2 médicos, 2 enfermeiras, 2 auxiliares de enfermagem, 1 dentista, 1 Atendente de Consultório Dentário (ACD), 1 auxiliar de serviços gerais e 14 Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Além desses profissionais, atualmente, a unidade conta com 1 agente administrativo e 1 residente de medicina da UFPE (Universidade Federal de Pernambuco), o qual participa integralmente de todas as

¹⁹ Informação verbal prestada pelo profissional 1.

atividades da unidade, inclusive dividindo a responsabilidade sanitária pelo território com os profissionais, assumindo a atenção à saúde de 3 microáreas.

A estrutura física da unidade é composta por:

3 salas para consulta individual;

1 consultório odontológico;

1 sala de vacina;

1 sala de espera (que também é utilizada para reuniões);

1 recepção;

1 sala de curativos;

2 banheiros (sendo 1 para os usuários e outro para os profissionais);

1 copa, 1 sala de esterilização;

1 expurgo,;

2 dispensas (1 de material de consumo e expediente e 1 de material de limpeza). A unidade possui rampa de acesso, ventiladores na sala de espera e na recepção e ar condicionado nos consultórios.

Segundo o SIAB, o total de famílias cadastradas na unidade em 2006 foi 2.010, perfazendo um total de 7.800 pessoas. Desse total, 46% são do sexo masculino e 54% do sexo feminino; 23,1% estão na faixa etária de 0 e 14 anos de idade, 69,5% entre 15 e 59 anos e 7,4% estão acima de 60 anos de idade. 96,06% das pessoas de 0 a 14 anos estão na escola, enquanto que 86,32% das com 15 anos e mais são alfabetizadas.

A unidade funciona todos os dias, de segunda a sexta feira, no horário das 7:30h até as 12:00h e 14:30 até as 17:00h. Nos dias em que há coleta de material para exames (sangue, fezes, urina e BK), a unidade abre às 7:00h, conforme informações dos profissionais.

Por não haver gerente na unidade, os profissionais com formação de nível superior se dividem nas atribuições, ficando cada um deles com a responsabilidade por um determinado serviço (administração, farmácia, etc.),

Assim como no caso da unidade de saúde do Vietnã, cada uma das equipes de saúde de Brasilit responde por uma área adscrita. A equipe de saúde bucal cobre as áreas das duas equipes de saúde da unidade.

A rotina de ações e serviços segue uma programação semanal que contempla ações assistenciais e preventivas, organizadas segundo as prioridades pactuadas com o Distrito e as necessidades dos usuários, estas últimas identificadas (tecnicamente) pelo perfil epidemiológico local.

A organização interna do processo de trabalho dos profissionais, conforme as anotações de campo deste estudo, conforma-se às condições de espaço físico e de disponibilidade de recursos humanos na unidade, mas o intenso movimento diário de pessoas (usuários e profissionais) circulando no interior da unidade torna o ambiente bastante confuso e desordenado, dificultando a comunicação e conseqüentemente os processos internos de trabalho.

As consultas de enfermagem são agendadas pelas próprias enfermeiras, embora as primeiras consultas de pré-natal e puericultura sejam agendadas pelos ACS, num total de 1 gestante e 2 crianças por semana para cada um. O agendamento das consultas médicas e odontológicas é realizado pelos ACS, os quais possuem o que eles chamam de “cota semanal” de consultas. Assim, cada ACS dispõe de uma cota semanal de 12 consultas médicas e 3 a 4 odontológicas para agendar seus usuários.

Assim como no caso da equipe de saúde de Vietnã, observa-se uma limitação importante relacionada ao acesso, tanto a consultas médicas como odontológicas, pelo fato de existir um excesso de pessoas sob a responsabilidade sanitária das equipes (de saúde da família e de saúde bucal), a despeito de estarem ambas nos níveis estabelecidos pelo Ministério da Saúde.

Os agentes comunitários de saúde realizam suas atividades, na maioria das vezes, fora do espaço físico da unidade, visto que, entre suas atribuições específicas, estão os contatos diários com os usuários em seus domicílios para orientações e acompanhamento às famílias. Dentro da USF suas atividades são basicamente:

organizar os prontuários e separá-los para os profissionais quando há atendimentos aos usuários de suas respectivas áreas e receber os usuários quando estes os procuram para marcar consultas (geralmente no início e no fim do expediente)

Segundo relato dos profissionais da unidade, o fluxo de atendimento se realiza conforme já descrito na figura 2.

O atendimento inicia-se na recepção, seja para a demanda agendada, seja para a demanda espontânea. Ao receber o usuário, o recepcionista informa-se sobre sua necessidade. Se estiver agendado para médico ou enfermeira, ele organiza os prontuários (que estão previamente separados pelos respectivos agentes de saúde) por ordem de chegada e leva para a sala do médico ou enfermeiro, conforme o caso, enquanto o usuário aguarda o início do atendimento na sala de espera. Se a demanda agendada é para a dentista, ele encaminha o usuário direto para a equipe de saúde bucal, que vai organizar os prontuários segundo a ordem de chegada dos usuários, enquanto estes também aguardam o início do atendimento na sala de espera.

Se a demanda é espontânea para médico ou enfermeira, o recepcionista encaminha o usuário para a triagem com o auxiliar de enfermagem, que vai proceder aos encaminhamentos necessários. Se a demanda é para a dentista, o usuário é encaminhado para a triagem com a Auxiliar de Consultório Dentário, que igualmente procederá aos encaminhamentos necessários.

4.1.3.1.6 A equipe de Saúde da Família de Brasilit 1

A equipe de Brasilit 1 é composta por 1 médico, 1 enfermeira, 1 auxiliar de enfermagem e 7 agentes comunitários de saúde.

Segundo dados do SIAB, referentes ao ano de 2006, o território que essa equipe cobre tem um total de 1.082 famílias, que corresponde a 4.246 pessoas. A média de famílias para cada ACS está em torno de 154 e, de pessoas, 606. O perfil sócio-sanitário da área, semelhante ao da área da equipe de Vietnã 1, apresenta como principal problema alto percentual de moradias sem sistema público de esgoto

(76,8%). No que se refere ao destino do lixo, em 99,9% das casas há o recolhimento através da coleta pública, mesmo percentual daquele referente ao abastecimento de água por meio da rede pública. As moradias, em geral instaladas em invasões loteadas clandestinamente, são em sua maioria de tijolo ou adobe (90,9%), embora organizadas em condições extremamente precárias de urbanização.

Cabe aqui lembrar o que foi dito em itens anteriores sobre as preconizações do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006a) e da VII Conferência Municipal de Saúde (RECIFE, 2005), no que se refere ao número de pessoas pelas quais as equipes devem ser responsáveis, sendo que neste caso, o número de pessoas cobertas pela equipe, como se vê, ultrapassou o limite estabelecido pelo Ministério da Saúde.

A equipe de Brasilit 1 programa suas ações semanais conforme o quadro 5:

Profissional	Atividades por turno
Enfermeira	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 6 ou 7 turnos de ambulatório; ➤ 2 turnos de visita domiciliar; ➤ 1 turno de reunião administrativa; ➤ 1 turno (quinzenal) de grupo de educação em saúde.
Médico	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 6 turnos de ambulatório; ➤ 2 turnos de visita domiciliar; ➤ 1 turno de reunião administrativa; ➤ 1 turno de atividades em grupo (de pessoas com hipertensão)
Dentista (para as duas equipes)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 7 turnos de ambulatório; ➤ 1 turno de reunião administrativa; ➤ 2 turnos de atividades educativas em grupo.

Quadro 5. Atividades dos profissionais por turno – Equipe Brasilit 1

Vale aqui recordar o que já foi dito a respeito da centralidade das atividades nas ações assistenciais, que, como bem lembrou Albuquerque (2003), está presente em todo o sistema de saúde.

4.2. O ACESSO À SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA - O PSF COMO (ESTREITA) PORTA DE ENTRADA

O estudo sobre o acesso para Fekete (1996) traduz-se de importância cabal em pesquisas avaliativas porque, segundo ela, confere direcionalidade às intervenções. Assim é que esta autora compreende o acesso como um processo de busca e obtenção de assistência, composto por dois pólos. A disponibilidade de recursos (e sua capacidade de produção de serviços) consiste num pólo, a utilização (consumo real do serviço) consiste no outro. Estes dois pólos, entretanto, são mediados por uma série de “entremeios” que necessitam ser explicitados e analisados. Pretende-se, neste capítulo, trazer à luz, analisar e discutir o que ocorre nesses “entremeios”, e qual seu significado para os usuários do PSF (estratégia explicitamente comprometida com a mudança no modelo de atenção à saúde da população), a partir das dimensões do acesso elaboradas pela referida autora, quais sejam: geográfica, organizacional, sócio-cultural e econômica.

4.2.1 Dimensão Geográfica

A dimensão geográfica do acesso consiste em uma condição fundamental para a efetiva utilização dos serviços de saúde pela população. A proximidade dos serviços ao local de moradia dos usuários como importante referência para o acesso tem sido discutido por vários autores (CONH *et al.*, 1991; MENDES *et al.*, 1999; SILVA *et al.*, 1995; STARFIELD, 2002; UNGLERT *et al.*, 1987). O próprio Ministério da Saúde, ao optar pela expansão de serviços de atenção básica, como o PSF, parte do entendimento de que serviços dessa natureza, com características de porta de entrada, devem ser mais próximos da população e de mais fácil acesso.

As unidades de saúde estudadas têm como característica fundamental serem de atenção básica e, mais especificamente, serem unidades de saúde da família, cujo crescimento exponencial em número nos últimos anos em todos os municípios brasileiros não deixa dúvidas a respeito do aumento da oferta de seus serviços.

Nas questões referentes ao acesso geográfico o que se pôde observar neste estudo é que ambas as unidades foram consideradas acessíveis para os usuários, sendo

muito freqüente referências ao fato deles não necessitarem utilizar ônibus, nem qualquer outro meio de transporte, para chegar até a unidade. Assim, sobre a distância para chegar à unidade de saúde, o seguinte trecho resume como eles a classificam: “É perto daqui, eu vou andando”²⁰.

Em estudo desenvolvido por Mendes *et al.* (1999), envolvendo, entre outros elementos, o acesso ao pré-natal no município de Camaragibe, a distância, ou “a acessibilidade geográfica”, também foi identificada como um determinante para as gestantes realizarem o pré-natal no próprio município.

Note-se que esta questão remete a uma outra dimensão do acesso, a econômica, visto que o fato de não necessitar utilizar transporte para a unidade implica custo zero no transporte durante a *busca* pelo atendimento (na unidade).

Um aspecto identificado durante a observação direta a respeito da distância é que a proximidade do serviço favorece muitas vezes a realização das atividades da vida diária dos usuários, quando, por exemplo, chegam ao serviço cedo e o atendimento ainda não foi iniciado (ou porque o profissional ainda não chegou, ou porque tem muitas pessoas na sua frente). Neste caso, dá tempo de “cuidar” dos serviços em casa e voltar para a unidade. Situações pitorescas como esta foram observadas com freqüência nos dois serviços estudados. Neste sentido cabe destacar a fala da usuária abaixo.

É um salto. Eu vou lá no posto, às vezes eu pego uma ficha, [...] e eu fico lá em casa. Às vezes deixo o feijão no fogo, aí digo ‘vou olhar meu feijão’, venho aqui, olho meu feijão.²¹

Neste caso, trata-se de um fato relacionado à cultura local, muito comum, uma vez que, geralmente, é a mulher quem mais freqüenta os serviços de saúde, (seja para se cuidar, seja como acompanhante), como também ela ainda é a principal responsável pelos afazeres domésticos. A compreensão dessas especificidades locais é muito importante para que o acesso em função do modo de vida das pessoas, e das suas necessidades peculiares, seja viabilizado.

²⁰ Entrevista com usuário 8, adulto, freqüentador, equipe A.

²¹ Entrevista com usuária 24, idosa, freqüentadora, equipe B

Outra referência importante, como a destacada no trecho abaixo, sobre a distância é o fato de não precisar sair de madrugada para aventurar uma “ficha”, o que ainda hoje ocorre com frequência em alguns centros de saúde do Recife.

Acho ótimo, que é perto de casa. Não precisa sair pra outro lugar pra pegar uma ficha nem nada, é bom que é perto de casa, aí não acorda de madrugada nem nada, né?²²

Sobre obstáculos no caminho, os usuários referiram muito frequentemente problemas relacionados ao asfalto inadequado, que além de riscos de queda, possibilitam alagamentos em tempos de chuva. Em geral foram os idosos que se queixaram, mas também cuidadores/parentes de idosos: “[...]. Só se botasse calçamento ali, mas como iam colocar um calçamento ali? Já tem estrada na frente.[...]”²³

Referência bastante interessante, ainda sobre as condições de mobilidade como dificuldade ao acesso até a unidade, foi mencionada por um jovem não freqüentador da unidade B, que se referiu a problemas de muitos usuários de cadeira de rodas residentes em locais cuja precária urbanização não favorece sua locomoção, conforme se observa a seguir:

Os becos. É uma coisa meio estranha. E a rua esburacada. Fica muito ruim. Tem gente que usa cadeira de rodas aqui aí fica meio que impossibilitada de passar, tem becos que são muito estreitos, aí não passam.²⁴

Trata-se de um aspecto importante, pois, como se sabe, a maioria das unidades de saúde da família do Recife localiza-se em comunidades cujas condições de habitabilidade e desenvolvimento urbano, traduzidas em péssima organização e má distribuição dos aglomerados, comprometem bastante o deslocamento de usuários com dificuldades de locomoção até a unidade de saúde, como os cadeirantes citados pelo usuário acima, dificuldade que também foi percebida por um dos profissionais da unidade A:

²² Entrevista com usuária 19, adulta, freqüentadora, equipe B.

²³ Entrevista com usuária 1, adulta, freqüentadora, equipe A.

²⁴ Entrevista com usuário 23, jovem, não freqüentador, equipe B.

dificulta mais para deficiente, mas mesmo [assim] dá para ele chegar, com um pouquinho de dificuldade, mas para o pessoal que não tem nenhum tipo de deficiência é fácil chegar na unidade.²⁵

Observa-se, apesar desses elementos dificultadores, que a questão geográfica, relativa à mobilidade das pessoas, não foi considerada empecilho para a não utilização dos serviços de nenhuma das duas equipes de saúde da família. Mas parece que a falta de opção também tem peso na determinação dessa utilização, pois é o “mais próximo que tem. É perto.”²⁶; ou mesmo porque o usuário não precisa se deslocar “pra canto longe, arriscando a vida pra sair, e tal.”²⁷

A situação de pobreza, que confina a maioria dos usuários do SUS em locais distantes dos centros urbanos, e, portanto de grande parte dos equipamentos sociais de utilidade pública, parece ser também um motivo importante pelo qual os mesmos se valem do PSF.

Já os motivos alegados pelos usuários não frequentadores para não utilizar os serviços das equipes relacionam-se ao fato de terem plano de saúde: “antes, quando a menina veio fazer cadastro, a gente não tinha plano de saúde nem nada. Mas hoje a gente tem.”²⁸, ou outros motivos, que serão discutidos em conformidade com as dimensões estudadas.

4.2.2 Dimensão Organizacional

O acesso organizacional, conforme definido por Fekete (1996), e já explicitado neste trabalho, envolve o modo de organização dos recursos de atenção à saúde. Esse modo de organização refere-se a (1) Obstáculos internos (demora, na obtenção da consulta, tipo de marcação e horário, turnos de funcionamento, forma de organização dos processos de trabalho, vínculo, acolhimento etc); (2) Obstáculos externos (Demora na espera pelo atendimento, demora para exames laboratoriais); (3) Continuidade da atenção (incluindo mecanismos de referência e contra-referência)

²⁵ Entrevista com profissional 1.

²⁶ Entrevista com usuária 4, adulta, frequentadora, equipe A.

²⁷ Entrevista com usuário 15, adulto, frequentador, equipe B.

²⁸ Entrevista com usuária 5, jovem, não frequentadora, equipe A.

O modo de organização do sistema de saúde brasileiro estrutura-se numa rede assistencial hierarquizada que tem na atenção básica sua porta de entrada, a qual deve ter o acesso facilitado, sob pena de descumprimento de seus princípios fundamentais, como o da universalidade, da equidade e da integralidade.

A questão do acesso organizacional apareceu como uma problemática extremamente complexa neste estudo, o que também foi identificado em outros estudos, tais como os de Ramos e Lima (2003); Conill (2002); Cohn *et al* (2002); Kovacs *et al.* (2005).

Devido ao extenso rol de elementos que compõem esta dimensão, optou-se por analisá-la subdividindo-a em seus três eixos, já referidos acima: (1) Obstáculos internos; (2) Obstáculos externos; e (3) Continuidade da atenção.

Obstáculos Internos

Um aspecto desta problemática que apareceu logo de início, entre os motivos pelos quais alguns usuários não freqüentavam a unidade, e conseqüentemente não utilizavam os serviços da equipe, foi a dificuldade para conseguir marcar as consultas, conforme os relatos a seguir:

é muito difícil eu ir lá, só vou lá de vez em quando, porque quando eu preciso ir no médico, fazer exame, eu vou no particular porque é mais rápido.²⁹

Dificuldade de marcar a consulta. Porque sempre que vou lá, um dia que não tem médico, e coincide muito de tá sempre em feriado nas quintas-feiras.³⁰

Este importante “nó crítico” encontrado na grande maioria dos serviços públicos de saúde brasileiros consiste num dos maiores desafios para a política de saúde, pois desde sua constituição como um sistema de saúde caracterizado pelo “direito de todos e dever do Estado”, há quase 20 anos, esse desafio parece intransponível (CAZELLI, 2003; CONILL, 2002; DIMENSTEIN *et al.*, 2003). Sua superação condiciona-se a uma complexa e pluralista rede de relações políticas, econômicas,

²⁹ Entrevista com usuário 10, adulto, não freqüentador, equipe A.

³⁰ Entrevista com usuária 22, adulta, não freqüentadora, equipe B.

culturais, institucionais, etc, a despeito das medidas normatizadoras e indutoras de estratégias de regionalização criadas pelo governo federal nos últimos anos, com forte característica descentralizadora.

Apesar de reconhecidas conquistas neste sentido - haja vista estudos que demonstram o significativo aumento da cobertura populacional na atenção básica (SÁ, 2002), e o avanço no sentido da equidade (FACCHINI *et al.*, 2006; PICCINI *et al.*, 2006; TRAVASSOS *et al.*, 2000) -, ainda persiste uma situação na qual os usuários não encontram espaço para o encaminhamento de suas demandas, vivenciadas como um sofrimento individual e intransferível.

Essa dificuldade também foi encontrada por Piccini *et al.* (2006, p. 665), em estudo no qual eles referem que, no PSF, “o número de pessoas adstritas às UBS em relação ao número de equipes e profissionais disponíveis foi aproximadamente duas vezes maior do que é preconizado”.

No caso das equipes em tela, já se observou que apenas a equipe de Vietnã 1 apresenta o número de população adscrita compatível com os limites estabelecidos pelo Ministério da saúde, e também já se chamou a atenção para o que dispõe, neste aspecto, o relatório da VII Conferência Municipal de Saúde (RECIFE, 2005).

No caso da equipe de Brasilit 1, observou-se que o número de pessoas cobertas por esta equipe não está compatível com o estabelecido pelo Ministério da Saúde – está muito acima, pois o “ideal” é 3000 pessoas -, entretanto o número médio de pessoas por ACS está. Este fenômeno só tem uma explicação: demonstra que existem ACS nesta equipe que estão sobrecarregados, o que também impacta negativamente no problema do acesso ora em discussão.

A fala dos usuários que referiram não freqüentar por dificuldade de conseguir marcar a consulta, encontra na resposta da médica de uma das equipes analisadas, e da gestora entrevistada, uma situação muito comum nos serviços de saúde tradicionais, e que o PSF parece não conseguir abolir. Esta dificuldade permanece nesta estratégia, apesar dela ter assumido a responsabilidade pela mudança no modelo, sendo a delimitação de sua área de abrangência e da adscrição (cadastro) de sua

clientela, uma medida teórica e tecnicamente importante para dar conta dessa dificuldade (FACCHINI *et al.*, 2006).

[...] A gente é muito numeroso, tem muita quantidade de famílias, então eles se queixam. [...] A gente tem aquelas consultas de marcação que são marcadas pelos agentes de saúde e os que vêm de fora, coisas que não chegaram ao agente de saúde, ou então chegaram, mas não tiveram vaga para colocar. [...]. Então aqui a gente tem uma demanda reprimida.³¹

[...] E quando a gente tem feito as avaliações de demanda reprimida, ou de tempo que o usuário espera pra marcar uma consulta, a gente vê que tá tendo dificuldade de acesso. A gente avalia por diversas óticas: a questão da organização do processo de trabalho da equipe, a alta demanda da procura do usuário [...]. Então o acompanhamento é mais daqueles doentes do que daqueles que precisam [de ações organizadas para] promover a saúde.³²

No caso do acesso ao dentista, o fato de existir apenas uma equipe de saúde bucal para duas equipes de saúde da família torna essa situação ainda mais gritante.

Para conseguir a consulta por odontologia ainda é mais nó. É mais nó porque eu faço tratamento concluído. Por fazer mais tratamento concluído, eu ainda restrinjo mais um pouco o acesso. Mas pelo menos eu acho que eu faço uma odontologia que eu acredito ser a correta.³³

Estudo desenvolvido por Oliveira (2002), sobre o acesso e utilização dos serviços odontológicos do SUS em 2001, reforça essa dificuldade no Sistema Único, pois comprovou que nem mesmo os procedimentos básicos são garantidos em todos os municípios.

Em estudo desenvolvido sobre o perfil sócio demográfico e o padrão de utilização dos serviços de saúde, comparando usuários e não usuários do SUS, com base em dados da PNAD 2003, Ribeiro *et al.* (2006) identificaram maior utilização de tratamentos odontológicos por usuários do sistema privado. Eles concluem que este dado sinaliza para uma “diferença na oferta desses serviços”, ou seja, que há mais oferta desses serviços no sistema privado do que no sistema público.

³¹ Entrevista com profissional 1.

³² Entrevista com a diretora do Distrito.

³³ Entrevista com profissional 7.

As duas profissionais de saúde bucal referiram esta dificuldade, principalmente no caso de encaminhamentos para serviços de referência, o que também foi considerado problemático no estudo de Oliveira (2002), que identificou que apenas 31,4% dos municípios realizaram pelo menos um procedimento especializado em 2001.

A referência não tá existindo. Existe, mas não funciona. No caso da odonto, o paciente vai e entra numa lista de espera de, no mínimo, 3 meses. Sobre a radiologia, deveria ser uma referência imediata. Teve um que eu pedi radiografia periapical e foi um mês para a pessoa fazer. Era urgente o exame. A atenção básica tá esbarrando aí.³⁴

Anote-se, mais vez, que a questão do número de pessoas pelas quais as ESB têm responsabilidade de cuidar apresenta-se como fator importante.

Assim, já é possível entender situações relacionadas à demanda reprimida, também verificada quando do trabalho de campo desta pesquisa, durante a observação direta. Em muitas situações foi possível observar a procura, sem sucesso, de muitos usuários por atendimento, geralmente médico e odontológico, na unidade. De um modo geral, os usuários eram orientados a procurar “sua agente de saúde” para marcar a consulta ou voltar em outro horário, quando poderiam tentar um “encaixe”.

A referência ao atendimento de urgência também foi motivo freqüente de insatisfações por parte dos usuários, que, diante de suas necessidades mais agudas, esperam que na unidade haja esse tipo de atendimento, conforme se vê abaixo.

Aí eu peguei a infecção, não podia nem andar. [...]. Eu fui pra aí e ninguém me atendeu, a mulher mandou me levar pra urgência. Aí, isso era pra ter aí.³⁵

A despeito do fato de não constar no leque de responsabilidades atribuídas à atenção básica atendimentos de urgência/emergência - para estes casos o modelo de saúde operado no município prevê as unidades de pronto atendimento -, o que se pode anotar a priori, é que as demandas espontâneas (de urgência ou não) - justamente por serem espontâneas - representaram para alguns profissionais uma

³⁴ Entrevista com profissional 3.

³⁵ Entrevista com 12, jovem, freqüentadora, equipe A.

demanda indesejada, inadequada, fora de hora, ou até mesmo desnecessária, apesar desse tipo de atendimento (a demanda espontânea) constar entre as atribuições das equipes do PSF, definidas pelo Ministério da saúde (BRASIL, 2006a), como mais um meio de garantia do princípio da integralidade das ações.

[...] Porque no dia que eu digo assim: 'eu vou fazer uma visita domiciliar' [...], aí a gente não marca a consulta, porque vai ser a visita. Se tiver uma intercorrência? Se o menino cansar? E a doutora fica: 'chegou menino aí, uma criança cansada a gente não pode deixar voltar', vai e atende. [...]. E a gente espera pra sair com a visita, e aquela visita é um acamado... [...].³⁶

[...] Quando realmente é urgente ele é atendido e, quando não é, as pessoas ficam forçando como se fosse urgência e termina atrapalhando o atendimento. As pessoas que estão marcadas terminam esperando muito tempo e termina tumultuando, porque a comunidade ainda não sabe realmente o que é urgência.³⁷

Este achado coincide com o que foi encontrado em alguns estudos, como o de Dalmaso (2000), que observou que as urgências constituem uma demanda muito freqüente nas unidades básicas de saúde. Outros autores, como Trad *et al.* (2002) e Merhy e Franco (1996), lembram que, principalmente no PSF, a falta deste serviço constitui um dos principais motivos de insatisfação dos usuários com sua qualidade.

Note-se que a questão dos usuários saberem ou não saberem o que é uma urgência está associada ao fato dos mesmos conhecerem – e aceitarem – os critérios de racionalidade que regem aquele serviço, ou modelo de atenção ao qual o serviço encontra-se atrelado.

Questionando a organização dos processos de trabalho no PSF, Merhy *et al.* (2004) esclarecem que a demanda espontânea não pode ser minimizada como um atendimento de menor valor, pois a adscrição da clientela não é suficiente para responder a todas as necessidades de atenção à saúde da população.

Os conflitos entre as necessidades dos usuários e dos serviços que se organizam para satisfazê-las consiste num problema particularmente crítico nos serviços públicos de saúde (FELICIANO, 2005; MERHY; FRANCO, 1996; STOTZ, 1991), cujos critérios de racionalidade “massificam” a atenção à saúde e “burocratizam” o

³⁶ Entrevista com ACS 1.

³⁷ Entrevista com profissional 6.

acesso, obstaculizando a utilização dos serviços naquelas situações mais simples, porém, para o usuário, de complexa e imediata necessidade.

O problema da marcação de consultas também foi relacionado pelos usuários à dificuldade de acesso ao próprio agente de saúde, tendo sido freqüente o fato do ACS não “passar” na casa deles para visita domiciliar, ou ao fato deste demorar para lhes garantir uma “ficha”.

É neste sentido que muitos usuários questionaram o modo como a consulta é marcada, conforme se observa nos relatos abaixo.

[...] Se eu tiver doente, não pode ir porque ela tem que marcar. [...] Teve um dia mesmo que eu tava passando mal, mas eu não pude ir, porque ela não apareceu pra marcar pra mim [...].³⁸ (Usuária 12, jovem, freqüentadora, equipe B).

O problema é a consulta, porque a menina que vem aqui fazer a visita na casa da pessoa passa quase dois meses [...]. Meu pai tava precisando, eu mandei marcar uma consulta pra ele, um médico pra ele e até hoje a menina que marca as consultas não veio [...].³⁹

Tais relatos são corroborados por alguns profissionais, que identificam nesse modelo de marcação um processo de descaracterização do trabalho educativo e preventivo dos ACS.

[...] A função do agente de saúde de educar, de orientar, foi desvirtuada para marcação de consulta. É mais interessante para eles se o agente de saúde tem a consulta para marcar. Se o agente de saúde não tiver, ir só aquele dia para fazer uma visita, para ver a situação de saúde, não é interessante.⁴⁰

Face a estas constatações, vê-se que a marcação da consulta por meio do ACS - modelo criado pelo município como estratégia gerencial para evitar as filas nas unidades e promover mais humanização ao atendimento - parece partir do pressuposto de que os problemas de saúde têm hora e dia para aparecer: aquele dia e aquela hora em que o ACS vai passar para realizar a visita domiciliar.

³⁸ Entrevista com usuária 24, jovem, freqüentadora, equipe B.

³⁹ Entrevista com usuário 8, jovem, freqüentador, equipe A.

⁴⁰ Entrevista com profissional 2.

Este problema está diretamente relacionado à questão do atendimento à demanda espontânea (ou as chamadas intercorrências), que, por não ser valorizada no PSF, tampouco consegue fazer parte de seus processos cotidianos de trabalho.

É neste sentido que alguns autores criticam a estrutura do PSF (CECÍLIO,1997; MERHY; FRANCO, 1996;), para os quais os usuários procuram o serviço de saúde em situação de sofrimento agudo e, quando a unidade básica não responde às suas necessidades, para eles inadiáveis, desembocam nos serviços de pronto atendimento e pronto socorros, lotando-os com demandas consideradas “simples”, que poderiam ter sido resolvidas no nível da atenção básica.

Este aspecto pôde ser constatado por Kovacs *et al.* (2005), em estudo realizado em uma emergência pediátrica do Recife, no qual as autoras observaram que a dificuldade de acesso na atenção básica foi um motivo importante para a procura dos usuários pelo serviço de urgência/emergência analisado.

Algumas vezes, o fato do ACS residir na comunidade constitui um elemento ao mesmo tempo problemático e facilitador do acesso, quando o usuário vai à casa dele, onde sabe que o encontrará e que terá boa receptividade: “é fácil, porque eu sei onde é a casa dela e eu vou até a casa dela quando é preciso”.⁴¹

Esta estratégia encontrada pelos usuários - de busca pelo atendimento quando o ACS está em casa, possivelmente no seu horário de descanso, - expressa o modo precário de organização dos processos de trabalho na equipe, ao mesmo tempo em que, na falta de um modelo adequado às suas necessidades, o usuário cria suas próprias formas de receber o atendimento de que necessita, ainda que este atendimento implique o “controle” sobre os profissionais, principalmente os ACS, que são residentes da comunidade (TRAD *et al.*, 2002).

A constituição da saúde como um direito, ao que parece, ainda requer um longo processo de reconhecimento das carências, não apenas as identificadas tecnicamente, mas, como bem esclarecem Cohn *et al.* (2002), as sentidas pela

⁴¹ Entrevista com usuária 4, adulta, freqüentadora, equipe A.

população, que muitas vezes tem na unidade de saúde mais próxima - sua conhecida representante do poder público - seu único recurso em situação de necessidades, conforme se vê na fala abaixo:

a minha opinião é que desse uma ajuda a esse pessoal como eu, que vivo sozinho aqui nesse barraco, já tô nas últimas, vou lá ao posto e o que é que eu ganho? Um comprimido pra tomar, pra melhorar. Se a pessoa tivesse, por exemplo, uma ajuda de custo por semana ou mensal [...], mas a pessoa fica aqui boiando.⁴²

Neste sentido, vale destacar um importante aspecto da saúde, tal como a própria legislação a define, ou seja, determinada e condicionada por fatores como alimentação, moradia, saneamento, meio ambiente, trabalho, renda, *acesso a bens e serviços sociais*, entre outros. Trata-se, no presente caso, da não incorporação, na prática cotidiana, do princípio da integralidade nas ações de saúde, particularmente naquela dimensão que Cecílio (2001) chama de “macro”, que se refere a uma atenção articulada com vários serviços e instituições não necessariamente do setor saúde. Trata-se de uma atitude que, compreendendo que a perspectiva não é apenas a de abolir ou evitar um sofrimento, visa a compreender, conforme entende Mattos (2001), o conjunto de necessidades de ações e serviços que o indivíduo apresenta e aquela que ainda não se expressaram em demandas para os serviços (SCHRAIBER; MENDES-GONÇALVES, 2000).

O acesso aos bens e serviços que extrapolam o setor saúde depende, antes de mais nada da existência desses bens e serviços, de outro lado, da capacidade de articulação intersetorial da equipe, que, ampliando seu campo de cuidados à saúde para adequá-lo ao que determina a lei, necessita identificar parceiros e recursos na comunidade, a fim de potencializar suas ações.

Cabe destacar outro indicador de dificuldades no acesso, do ponto de vista das práticas e do processo de trabalho em saúde, na fala do usuário anteriormente referido, é o que se relaciona à “medicalização” de problemas da vida, de problemas para os quais as práticas biomédicas – historicamente incorporadas ao cotidiano dos serviços de saúde, independentemente das ações serem curativas – ainda não apresentam soluções. Isto porque a ciência tradicional e suas técnicas, ainda não

⁴² Entrevista com usuário 11, idoso, freqüentador, equipe A.

relacionam ao adoecer humano aqueles carecimentos pertencentes à vida cotidiana (SCHRAIBER; MENDES-GONÇALVES, 2000). Acrescentar-se-ia que quando o fazem, o fazem de modo inadequado, que sequer se aproxima do que os usuários sentem e procuram expressar como suas reais necessidades (de saúde).

Nesta situação, cabe a ponderada reflexão de Stotz (1991), baseado em San Martin (1989), na qual identifica no esquema da “dialética da satisfação das necessidades”, aquele quadro em que ocorre uma sobrevalorização de demandas e minimização de necessidades.

Em outros casos, a não freqüência à unidade relaciona-se ao “costume” de freqüentar determinado serviço e, certamente, de já ter um vínculo que, geralmente, é um facilitador do acesso: “Porque eu me consulto lá no Hospital das Clínicas, desde 1983 eu freqüento lá. Já tô acostumada.”⁴³

A questão do vínculo constitui um elemento importante, relacionado à humanização do atendimento, à relação médico-paciente, àquelas tecnologias leves referidas por Merhy *et al.* (2002). É neste sentido que, para o usuário, valeria a pena um deslocamento mais oneroso.

Para este mesmo autor, o processo *interseçor* trabalhador/usuário têm uma natureza complexificada pelos diferentes elementos que o envolvem, e que se expressam em uma certa lógica “acolhedora” e assistencial, destacando-se o processo de escuta dos problemas, troca de informações, mútuo reconhecimento de direitos e intervenções pertinentes e/ou eficazes, em função das necessidades apresentadas pelos usuários.

Outro usuário, queixando-se da falta do uso da benzetacil na unidade (pois o mesmo refere ter problemas de febre reumática), menciona preferência pelo hospital, ao que parece, por reconhecer que nele, sim, encontrará resposta para sua necessidade: “[...] Eu acho que [a unidade] não dá conta, não. [Procura a unidade só] quando tô doente das pernas. Mas eu procuro mais o hospital.”⁴⁴

⁴³ Entrevista com usuária 6, idosa, não freqüentadora, equipe A.

⁴⁴ Entrevista com usuário 10, adulto, não freqüentador, equipe A.

Cabe, aqui, uma reflexão importante relativa ao papel das unidades básicas no sistema de saúde e da sua capacidade resolutiva. A atenção básica acessível, nos termos que este trabalho vem colocando (e que o próprio modelo de saúde requer), tem o importante papel de “desafogar” as unidades de maior complexidade, uma vez que só devem ser encaminhados para estas unidades usuários em situações para as quais não há resposta no primeiro nível. O uso da penicilina (antibiótico utilizado em casos de febre reumática e outros males) nas unidades básicas, “e nas demais unidades do Sistema Único de Saúde (SUS)” incluindo as unidades de saúde da família, já está determinado pelo Ministério da Saúde desde o início de 2006, através da portaria 156, de 19 de janeiro (BRASIL, 2006e). Para que isto ocorra, esta mesma portaria estabelece algumas condições, entre elas se encontram a capacitação profissional e a disponibilidade, na unidade básica de saúde, de materiais “para atendimento à anafilaxia” (Apêndice H).

Além do uso da penicilina, a referida portaria também determina que é papel da atenção básica o manejo de toda reação leve à este antibiótico, devendo a atenção básica dispor de “pessoal capacitado para o diagnóstico, tratamento, bem como de material necessário a sua abordagem”, sendo que, nos casos mais graves de anafilaxia à penicilina, as unidades básicas de saúde deverão fazer o diagnóstico e tomar as medidas iniciais, encaminhando, depois destes procedimentos, “para os serviços de referência estabelecidos”.

É sabido que as unidades do PSF não apresentam tais condições técnicas e administrativas de atender o usuário em tela, que apesar de não conhecer o teor desta portaria, sabe muito bem que dispõe desse direito, o qual deve ser garantido não apenas porque a portaria o obriga, mas, e sobretudo, “porque não dá pro cara sair daqui e ir para o Barão. Tem que sair morrendo ou de bicicleta ou, se não, de carro”.⁴⁵

Segundo Pinheiro (2001), a opção das pessoas pelo hospital faz parte da história passada e presente da política de saúde do país. A preferência dos usuários pelo atendimento hospitalar também foi encontrada em um estudo realizado por Cohn *et al.* (2002) em São Paulo, quando os autores referem que a atenção básica

⁴⁵ Entrevista com usuário 10, adulto, não freqüentador, equipe A.

idealizada pela saúde pública, como porta de entrada na hierarquia da rede assistencial, nem sempre se constitui como tal. Eles identificaram que o que predomina na utilização dos serviços é a busca pelo mais completo, e rápido - com recursos à mão -, o hospital, e mais íntimo, a relação médico-paciente.

No que concerne à esta relação, o mesmo usuário referido acima traz à luz uma questão importante, conforme se observa a seguir:

uma vez eu fui lá no posto, e eu tinha problema nas pernas, aí o médico disse que eu tinha problema na cabeça. Aí eu me abusei e não fui no posto mais não. Aí, sempre que eu tô doente, eu vou para o particular.⁴⁶

Embora o médico que o usuário mencionou já não componha mais a equipe da unidade referida, essa fala traz uma questão de acesso bastante problemática na maioria dos serviços, que é a capacidade da equipe de atender às necessidades de saúde dos usuários, a partir da escuta de sua fala. Questão também relacionada à formação profissional, que, desconectada da realidade sócio-econômica e cultural vivida pelos indivíduos, dificulta o entendimento, por parte dos profissionais, das necessidades sentidas e expressas pelos usuários.

Tais sujeitos (os usuários), na maioria das vezes, têm sua fala invalidada pela arrogância do profissional, pois que são vistos por este, conforme Schraiber e Mendes-Gonçalves (2000), como “tecnicamente inaptos”. Este fenômeno consiste, não apenas na negação de sua fala, mas, e sobretudo, na negação de sua condição de sujeito, portador de necessidades, as quais, junto com sua fala, são negligenciadas. Com sua voz “desapropriada”, nesse mesmo processo, “através de um código de linguagem fechado e específico”, este sujeito é separado de seu meio, de sua experiência existencial, de sua classe e dos condicionamentos de sua situação (MINAYO, 1999; RODRIGUES, 2000).

No que se refere à percepção dos usuários sobre o trabalho das equipes estudadas e à organização interna das duas unidades (horário de funcionamento, o vínculo, o acolhimento, etc), não houve achados que revelassem algum obstáculo ao acesso, sendo muito freqüente os usuários referirem satisfação com estes aspectos,

⁴⁶ Entrevista com usuário 10, adulto, não freqüentador, equipe A.

conforme os seguintes relatos: “A gente entra qualquer hora aí no posto, não tem problema nenhum não. Ta bom esse horário.”⁴⁷

[...] A gente vai pedir informação, o menino dá a informação educadamente, porque têm outros postos aí que a gente chega no balcão, vai pedir uma informação, dão as costa, nem informam direito. E aí, não, eles atendem muito bem.”⁴⁸

Eu acho bom, porque tem gente que é muito ignorante, eles não, eles são legais, trata as pessoas muito bem.[...] [Na unidade] é bem calmo, porque quando sai um, aí já entra outro, aí não tem esse negócio de ficar no corredor, muita gente, eles não deixam, já pra não tumultuar. Aí fica mais numa areazinha que tem no posto, todo mundo sentado, aí quando vai saindo um aí o outro vai entrando.”⁴⁹

Estes achados coincidem com os encontrados por Trad et al. (2002) e Elias et al. (2006), particularmente no que se refere ao estabelecimento de vínculos e ao relacionamento profissional-usuário. A ressalva é com o cumprimento dos horários por parte de alguns profissionais e com a falta de um horário noturno para os atendimentos, como se vê nas seguintes falas: “aí, quando chega, a gente vai, fica lá, aí ela procura o prontuário e espera o médico chegar. [Ele] demora demais.”⁵⁰; “o certo era pra ser o horário feito o [do posto] da Avenida do Forte. Ali atende até dez horas da noite.”⁵¹

A questão da limitação no horário no PSF também foi identificada por Elias *et al* (2006) como uma dificuldade constrangedora do efetivo acesso à atenção básica. Estes elementos, mesmo não aparecendo com frequência neste estudo, sinalizam problemas relacionados à organização interna dos processos de trabalho das equipes, sendo que sua resolução precisa ser compartilhada com os usuários, a fim de que suas reais necessidades sejam levadas em conta.

Neste sentido, vale a pena destacar uma situação expressiva registrada no diário de campo, durante o trabalho de observação direta realizado na unidade A. Um usuário entrou na unidade procurando saber se “a dentista tá atendendo”. A ACS de sua área informou que a dentista não se encontrava e indignou-se porque o referido

⁴⁷ Entrevista com usuária 19, adulta, freqüentadora, equipe B.

⁴⁸ Entrevista com usuária 4, adulta, freqüentadora, equipe A.

⁴⁹ Entrevista com usuária 17, jovem, freqüentadora, equipe B.

⁵⁰ Entrevista com usuária 16, jovem, freqüentadora, equipe B.

⁵¹ Entrevista com usuário 14, adulto, freqüentador, equipe B.

usuário, não se enquadrando ao modelo organizado pela unidade para marcação de consultas, aproveitou o momento em que sua carroça - possivelmente seu único meio (de ganhar a) vida - estava inutilizada, para procurar um atendimento de que necessitava: uma consulta odontológica.

A natureza deste conflito entre oferta, demanda e necessidades, não apenas pela ausência da profissional em questão no momento da solicitação do usuário, revela que a estrutura pouco flexível, que em geral conforma o *modus operandi* das unidades de saúde, parece impedir os profissionais de enxergarem os indivíduos em sua singularidade, e suas necessidades mais concretas. Ora, grande parte dos usuários do PSF vive submetida a precárias condições de vida, desempregados, biscateiros ou subempregados; uma realidade social que não pode ser massificada, nem esmagada pela burocracia institucional. O estreito e intensivo contato do profissional com a comunidade – no qual o ACS é um agente fundamental - revelou-se, neste caso, denso e problemático, refletindo a existência de uma complexa rede de interações e relações na particularidade das práticas profissionais, no interior do PSF, a qual põe em xeque aquele discurso no qual a participação do agente comunitário é tido como de fundamental importância para o fortalecimento da relação equipe/serviço/usuário. Nem sempre. Como muito bem esclarece Campos (2003, p. 69), um vínculo começa quando “dois movimentos se encontram: uns demandando ajuda, outros se encarregando desses pedidos de socorro”.

Por outro lado, as dificuldades para marcar uma consulta na unidade, principalmente com a dentista, foi claramente identificada neste estudo, deixando claro que os usuários desenvolvem estratégias de busca e aquisição do atendimento de que necessitam, como, por exemplo, aproveitando a oportunidade que encontram para acessar os serviços aos quais estão, pelo menos administrativamente, vinculados.

Obstáculos Externos

O tempo de espera pela consulta foi referido como um dos motivos pelos quais um dos usuários, que tinha plano de saúde, não freqüentava a unidade, como se

observa na seguinte fala: “só de pensar que a gente vai esperar muito lá... Mora tão perto... Espera que eu suponho que eu vou ter. Porque geralmente vai ser assim.”⁵²

Esta visão desacreditada dos serviços públicos, de um modo geral, e, particularmente, dos serviços de saúde, encontra-se amplamente ancorada na imagem que a mídia, articulada a interesses privados, durante muito tempo tem passado para as pessoas. Trata-se de uma imagem que, ligando o acesso ao atendimento médico, assegurado por convênios de empresas com hospitais, portanto reforçando o caráter contratual (e não universal) do direito à saúde, “reforça a crença generalizada de que o privado é melhor” (COHN *et al.*, 2002).

Para os usuários freqüentadores, a espera para o atendimento na própria unidade também constituiu um problema, conforme refletem as falas de alguns.

Demora muito para fazer a consulta lá. É um negocio urgente que se a gente fosse esperar acaba se prejudicando por causa da demora do posto de ser atendido.⁵³

[...] demora muito a atender a gente. [...] E lá você tem que deixar um dia, se tiver alguma coisa pra resolver no dia de manhã você tem que desmarcar, porque perde a manhã toda.⁵⁴

Este constrangimento no acesso organizacional - embora o item avaliado não tenha sido especificamente o acesso - também foi motivo de insatisfação dos usuários com a assistência ambulatorial no Brasil, conforme dados da Pesquisa Mundial de Saúde (RIBEIRO *et al.*, 2006).

No caso dos idosos, ao que parece, a espera é menor, conforme se vê na fala a seguir: “[...] Sempre que têm idosos, eles atendem em primeiro lugar, a gente tem prioridade e pronto.”⁵⁵ Este fato reflete tanto o respeito ao que estabelece a lei 10.741/03, que dispõe sobre o Estatuto do Idoso, quanto à política de prioridades estabelecida no Pacto pela Vida (BRASIL, 2006f, p. 10), no qual, a saúde do idoso, encontra-se entre as seis prioridades pactuadas. Dentre as diretrizes relacionadas à

⁵² Entrevista com usuária 5, jovem, não freqüentadora, equipe A

⁵³ Entrevista com usuário 8, jovem, freqüentador, equipe A

⁵⁴ Entrevista com usuária 4, adulta, freqüentadora, equipe A.

⁵⁵ Entrevista com usuária 2, idosa, freqüentadora, equipe A

saúde do idoso, encontra-se a que refere o “acolhimento preferencial em unidades de saúde, respeitado o critério de risco”.

Estudos recentes têm apontado (RIBEIRO *et al.*, 2006; PICCINI *et al.*, 2006) para maior equidade neste aspecto, posto que pessoas mais vulneráveis, como os idosos, têm tido mais fácil acesso às ações de saúde no PSF.

Usuários que não são idosos, apenas pelo fato de serem mais velhos, também referiram ser priorizados no atendimento: “porque eu chego lá, tô com a consulta marcada, [...] e quando tem gente mais nova, com menos idade, eu fico na frente.”⁵⁶

No que se refere às queixas concernentes aos exames de fezes, urina, sangue e de citologia, estas refletem a dificuldade não exatamente para sua realização, pois os exames são disponíveis na unidade, mas para o retorno dos seus resultados, sendo que o problema parece existir quando a coleta é feita na própria unidade: “fora, por uma parte, é melhor porque recebe muito tempo primeiro. No posto ainda vai para outro lugar para poder vir, aí demora”.⁵⁷

Eu fiz aí [no ‘posto’], aí demorou um bocado [...] Essa semana ele passou uns exames de sangue pra mim, aí ele disse ‘não quero nem que a senhora faça isso aqui’. Passou pra mim na cidade, num laboratório, eu fiz, e com cinco dias fui buscar o resultado.⁵⁸

Um conjunto de ações básicas concentradas no nível local, na unidade de saúde, sem ônus financeiros para os usuários, constitui um dos grandes avanços alcançados pelo PSF nos últimos anos, e uma das grandes necessidades demandadas pela população (TRAD *et al.*, 2002). Entretanto, a simples disponibilidade de serviços, conforme já se pôde observar neste estudo, não implica um acesso efetivo. A qualidade de um serviço ser acessível, portanto, vincula-se a outros fatores, para além de sua presença física, como, no caso em questão, à rede de suporte à qual o serviço encontra-se atrelado.

⁵⁶ Entrevista com usuário 11, adulto, freqüentador, equipe A.

⁵⁷ Entrevista com usuária 1, idosa, freqüentadora, equipe A.

⁵⁸ Entrevista com usuária 24, idosa, freqüentadora, equipe B

Conforme bem observado por um dos usuários acima mencionados, e já referido neste estudo, as unidades do PSF dispõem apenas do serviço de coleta, a análise laboratorial é realizada em outro serviço, o Laboratório Municipal, que também é responsável pelo envio dos resultados às unidades de saúde coletoras. O mau funcionamento neste outro plano da atenção desqualifica as ações realizadas no plano local e com o agravante de impor um custo financeiro (no mínimo, o de transporte) para o usuário que o próprio sistema pretendia evitar, como um sistema que se julga gratuito e universalmente acessível.

Este problema também foi identificado por todos os profissionais e pela gestora do Distrito, sendo que esta última relaciona a dificuldade a entraves de natureza organizacional e tecnológica do laboratório de apoio (municipal).

[...] Muitas vezes eles acham bom aqui no posto porque aqui tem coleta, é perto de casa, não gasta passagem. Mas eles acham ruim a demora que a gente leva pra entregar e receber. [...] De laboratório conveniado a gente não tem demora de exame.⁵⁹

Os que é fora é mais rápido, porque mesmo no José Anacleto, com três dias está pronto. [...] Faz, e com três dias vai pegar o resultado. Mas o que sai daqui passa mais de um mês.⁶⁰

Os exames que estão sendo realizados nas unidades conveniadas têm tido um retorno rápido. Os exames que estão sendo realizados na rede própria levam um maior tempo pra retorno. [...] Até pela própria organização do laboratório, que ainda é muito pouco evoluído tecnologicamente falando.⁶¹

Continuidade da Atenção

Curiosamente, a dificuldade para a marcação das consultas na unidade parece ter sido mais sentida pela comunidade do que a dificuldade para conseguir marcar consultas para especialistas ou exames fora da área de abrangência da unidade, conforme se observa nas seguintes falas: “foi rápido, que eles botam já encaminhado. A gente vai, marca e no outro dia a gente já vai”.⁶²; “[...] Demorou um

⁵⁹ Entrevista com profissional 1.

⁶⁰ Entrevista com ACS 1.

⁶¹ Entrevista com a diretora do Distrito.

⁶² Entrevista com usuária 16, jovem, freqüentadora, equipe B.

pouquinho. Demorou, mas chegou, para eu poder ir para o Ermírio de Moraes, porque me atendem lá como médico do coração.”⁶³

Identificou-se, neste aspecto, diferenças entre os usuários, os profissionais e o gestor, na percepção da facilidade no acesso. Ao contrário do que referiram os usuários, para os profissionais e a gestora, o acesso aos atendimentos de referência, aos especialistas, constitui um grande entrave à qualidade dos serviços no PSF, principalmente porque se trabalha com um modelo de cotas, sendo que para algumas especialidades a dificuldade é maior: “às vezes tem consulta que demora dois meses [...] neurologista, cardiologista, psiquiatra, nem todo mundo consegue.”⁶⁴

[...] Embora a gente trabalhe com cotas de especialistas... A gente tem uma agenda que vai para o Lessa de Andrade [...] Então a gente dá o nome, dá o endereço e a pessoa [profissional do Lessa de Andrade] liga depois de uma semana ou duas para mandar [a relação de usuários agendados] e muitas vezes não tem vaga para aquele especialista e demora.⁶⁵

Do ponto de vista da gestora, as dificuldades relacionam-se ao número excessivo de encaminhamentos realizados pela atenção básica, por entender que há casos que poderiam ser resolvidos no PSF, no entanto são encaminhados.

No Distrito Sanitário IV, especificamente, [...] com a organização da marcação de consultas na Policlínica pelas unidades de saúde da família, eu acho que isso facilitou muito o acesso [...] Encaminha-se muito pra especialista sem necessidade, então a atenção básica ainda falha nesse encaminhamento [...] quando muitos daqueles encaminhamentos poderiam ser resolvidos na própria unidade [...].⁶⁶

Sem entrar na polêmica discussão que envolve a questão da resolutividade ou dos resultados do cuidado de saúde como elemento referencial para o acesso (TRAVASSOS; MARTINS, 2004), cabe apenas esclarecer que esta percepção deve ser vista com ressalvas. Primeiro porque, como explica a autora citada, “a saúde da população não resulta diretamente da ação dos sistemas de saúde” (p.197);

⁶³ Entrevista com usuária 9, idosa, freqüentadora, equipe A.

⁶⁴ Entrevista com profissional 2.

⁶⁵ Entrevista com profissional 6.

⁶⁶ Entrevista com diretora do Distrito.

segundo porque, no documento de avaliação dos indicadores do SIAB⁶⁷, produzido pela Gerência Operacional de Atenção à Saúde (GOAS) do Distrito Sanitário IV, identificou-se o contrário, que a média de encaminhamentos (médicos e de enfermagem) realizados pelo PSF em 2006 está dentro do esperado nas equipes estudadas - em torno de 13% em uma equipe e 6% na outra -, visto que o Ministério da Saúde preconiza para o PSF o encaminhamento para os serviços de referência, no máximo, de 20% dos atendimentos.

A dificuldade percebida pelos profissionais e pela gestora parece estar mesmo associada ao número disponível de cotas de especialidades para cada unidade de saúde da família – fragilidade intimamente relacionada às limitações nos mecanismos de referência e contra-referência já referidos no capítulo 3. Para citar, como exemplo, duas das especialidades mencionadas por um dos profissionais, as médias de cotas mensais disponíveis para cada uma das unidades analisadas neste estudo foram as seguintes: neurologista, 08 consultas, e cardiologista, 15 consultas (incluindo cardiologia infantil).

Trata-se de uma fragilidade que fere diretamente um dos itens considerados “necessários à implantação das Equipes de Saúde da Família”, definidos pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2006a, p. 24), qual seja, a “garantia dos fluxos de referência e contra-referência aos serviços especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico, ambulatorial e hospitalar”.

Quanto aos usuários, sua percepção de facilidade no acesso parece estar associada à sua baixa expectativa em relação aos serviços públicos, cuja demora para se conseguir atendimento especializado já é esperada pelos mesmos, sendo apenas o fato de conseguir o atendimento um fator importante de satisfação. Neste sentido, as representações que os usuários têm dos serviços públicos de saúde encontram-se relacionadas intimamente com as experiências vividas pelos mesmos na busca

⁶⁷ O documento referido, denominado “Documento de Avaliação e Monitoramento do SIAB”, consiste num instrumento criado por este Distrito para acompanhar os indicadores da atenção básica e a produção mensal dos profissionais do PSF. O percentual de encaminhamentos é calculado tomando por base a soma do número mensal de consultas médicas e atendimentos individuais do enfermeiro (não há campos no SIAB para registro de atendimentos individuais do dentista). O cálculo é feito por meio de uma regra de três simples, em que se extrai a proporção de encaminhamentos em relação ao total de consultas (do médico e do enfermeiro) no mês.

(muitas vezes inútil) pelo atendimento de que necessitam (HALAL *et al.*, 1994; STARFIELD, 2002; TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Esta característica de rede de serviços interligados entre si, com conexões que dão lógica e sentido ao sistema hierarquizado de saúde, constitui uma peça fundamental na questão que vem sendo discutida neste trabalho, posto que o acesso sem integralidade da atenção limita o caráter universalizante atribuído ao sistema. Portanto, cabe lembrar a crítica elaborada por Cecílio (1997) acerca dessa dificuldade neste modelo de saúde - inspirado na imagem de uma pirâmide - cujos constrangimentos na porta de entrada constitui um problema fundamental.

Assim é que um sistema de referência e contra-referência, com base no PSF, precisa existir e funcionar adequadamente, a fim de que se respeite o princípio da integralidade, especificamente na dimensão que se refere ao acompanhamento e à continuidade do cuidado. Trata-se de um sistema que deve ir muito além de suas características burocráticas (estabelecimento de fluxos e protocolos) - muito enfatizadas por profissionais e gestores -, que por ele circulem conhecimentos necessários à melhoria da qualidade dos atendimentos realizados no sistema de saúde local do qual faz parte (PINHEIRO, 2001). Trata-se, enfim, de um complexo desafio para a organização das ações e serviços no SUS, balizada nos princípios de regionalização e hierarquização da rede.

Outra usuária, no depoimento abaixo, chama a atenção para outra dimensão na questão da referência e contra-referência: “[...] O encaminhamento que ela me deu foi para o Lessa de Andrade, eu tô me tratando lá. Não voltei, não. Continuo fazendo lá”.⁶⁸

O que se depreende deste depoimento é que a responsabilidade pelo tratamento da doença passou para outro nível da atenção, juntamente com a responsabilidade pelo cuidado com o sujeito em questão, que a partir de então desvincula-se da relação profissional-usuário estabelecido na atenção básica.

⁶⁸ Entrevista com usuária 4, adulta, freqüentadora, equipe A.

O foco na fala dos profissionais e da gestora, entretanto, ajuda a clarear a discussão sobre tal fragilidade. Para eles, a referência existe, ainda que formalmente, o problema está na contra-referência.

[...] Existe um formulário muito organizado, só se agenda essas consultas com esses formulários, mas a contra-referência a gente não tem [...] E é importante o retorno pra gente dar continuidade e fazer o acompanhamento.⁶⁹

A gente sabe que existe esse sistema, mas a gente sabe que é falho [...] Isso é importante porque se a gente tem unidade básica com profissional que atende aquele usuário [...] e quer dar continuidade [...] a gente precisa desse retorno. [...] Então esse usuário se perde.⁷⁰

Eu acho que o sistema de referencia está mais organizado do que a contra-referencia, até porque a contra-referência a gente tem uma dificuldade, ou uma cultura dos profissionais de saúde, de uma forma geral, de não contra-referenciar. [...] A contra-referência é que vai retroalimentar [as práticas] [...] Então essa retroalimentação até subsidia o profissional da atenção básica de como ele pode conduzir aquele usuário, [...] ou orientar esse profissional quanto ao tratamento.⁷¹

A continuidade do cuidado, em outro nível da atenção, quando as tecnologias disponíveis no nível básico já não respondem as necessidades dos usuários, não desresponsabiliza a equipe de saúde à qual os mesmos estão vinculados. Isto porque o acompanhamento sistemático desses usuários é tarefa cotidiana no PSF, e está condicionado ao compromisso (com o outro) tanto de quem encaminha quanto de quem recebe, numa relação intersubjetiva “transferencial” - no sentido trabalhado por Campos (2003) -, que deve ser dinâmica, interativa e acolhedora.

É neste sentido que Hortale *et al.* (2000, p. 232) operacionalizam a categoria acesso, compreendendo-a como uma referência-valor, norteadora de qualquer política, e, não podendo ser avaliada de forma simples, “deve abranger os vários planos da produção de serviços”.

O problema parece residir na relação entre os serviços e seus respectivos profissionais. Trata-se, sobretudo, de uma rede mal costurada, em que a racionalidade político-institucional do sistema - que está relacionada àquela

⁶⁹ Entrevista com profissional 2.

⁷⁰ Entrevista com Profissional 6.

⁷¹ Entrevista com a diretora do Distrito.

circulação de conhecimentos referida anteriormente -, por parte dos sujeitos envolvidos, ainda não foi incorporada.

4.2.3 Dimensão Sócio-Cultural

Conforme Fekete (1996), esta dimensão envolve duas perspectivas, a da população (percepção do indivíduo sobre a gravidade de sua doença, etiologia, tratamento, nível de conhecimento sobre a oferta de serviços, modo do diagnóstico e das intervenções, crenças e hábitos quanto ao cuidado com a saúde, vergonha ou medo no caso de DST ou doenças estigmatizantes, etc); e a do sistema de saúde (formação dos profissionais, falta de preparo das equipes e das instituições frente à diversidade de pacientes com distintas características sócio-culturais, incipiência dos processos de participação dos usuários nas organizações dos serviços, etc).

Os motivos pelos quais os usuários freqüentam as unidades de saúde deste estudo expressam a busca prioritária por ações e serviços relacionados ao controle ou à cura de doenças e, ou, à redução de algum desconforto ou mal estar, conforme demonstram as falas a seguir: “é alguma coisa na boca, ou então nos dentes, na visão também... problemas assim, comuns.”⁷²; “para medir a pressão, tomar vacina dos idosos, vacina pra gripe, somente.”⁷³; “O meu problema de saúde foi o negócio sobre pressão, que a minha pressão subia e descia, subia e descia [...]”⁷⁴

Por outro lado, a oferta de serviços apresenta um caráter semelhante, constituindo-se prioritariamente de ações de natureza assistencial (e não preventiva e de promoção à saúde), conforme se depreende das programações semanais de atividades das equipes, já especificada no capítulo anterior, nas quais as atividades de ambulatório/consultório respondem pela maioria das atividades desenvolvidas. A título de ilustração, destaca-se o caso da equipe 2. Na distribuição em turnos, dos 10 turnos semanais, o médico preenche 08 com consultas (sendo algumas destas realizadas no domicílio); a enfermeira preenche 05 com consultas e 02 com visitas domiciliares (que muitas vezes se resumem a uma consulta domiciliar); e a dentista preenche 08 turnos com consultas.

⁷² Entrevista com usuário 18, jovem, freqüentador equipe B.

⁷³ Entrevista com usuária 6, idosa, não freqüentadora, equipe A.

⁷⁴ Entrevista com usuária 2, idosa, freqüentadora, equipe A.

Somados a estes elementos, registre-se que no próprio Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) observa-se a predominância de campos destinados a procedimentos puramente assistenciais, com poucos espaços para registro de atividades de promoção e prevenção. No caso dos dentistas, que em geral atendem uma demanda ainda maior, porque são responsáveis na maior parte das vezes, pelos usuários de duas equipes, a situação é mais complicada. Não comendo, nos primórdios da criação do PSF, a equipe profissional destinada a este programa, o SIAB só disponibiliza para estes profissionais um único campo de procedimentos (curiosamente, é o de procedimentos coletivos).

E ainda, um agravante, o registro dessas atividades é pouco valorizado pelos profissionais, conforme se observa nos Relatórios Mensais da Análise das Informações do SIAB, referentes ao ano de 2006⁷⁵, produzidos pelo GOAS, nos quais é freqüente a referência a esta problemática. Estes são apenas alguns elementos destacados para os fins a que esta análise se destina, cabendo, posteriormente, um estudo mais detalhado objetivando investigar melhor essa possível contradição entre os discursos oficiais sobre o processo saúde/doença, refletidos no conjunto de leis, portarias e normas publicadas no âmbito do Ministério da Saúde, e os protocolos e normas técnicas criados (às vezes pelo próprio Ministério) para dar operacionalidade a esse discurso, incluindo como elemento importante nessa reflexão as práticas profissionais correspondentes, desencadeadas no nível local.

Trata-se, portanto, de um padrão de oferta e demanda condizente com uma compreensão do processo saúde-doença centrada no modelo biomédico de atenção à saúde, concepção esta muito combatida pelos ideais reformadores da saúde pública brasileira.

No que se refere à preocupação com a saúde, esta foi relacionada por um dos usuários à impossibilidade de trabalhar, ou à dificuldade de conseguir um emprego, devido ao adoecimento, sendo que a dificuldade de acesso a um serviço de

⁷⁵ Relatórios gentilmente disponibilizados pela gerência do GOAS/DS IV

referência, não só manteve como agudizou sua situação de carência, agora tanto do emprego quanto do tratamento.

Quando eu trabalhava, eu tive que parar por causa da minha coluna, que dói muito e eu não agüento. Aí eu perdi de trabalhar por causa do problema. Não, até agora não [não foi se tratar]. É difícil conseguir encaminhamento para o médico.⁷⁶

A percepção desse usuário sobre o adoecimento e suas implicações não apenas biológicas, relacionadas à dor e ao sofrimento, mas principalmente sociais, relacionadas aos valores culturais intrínsecos à uma sociedade capitalista como a brasileira, demonstra que a incapacidade para o trabalho - mantida pela falta de acesso à atenção à saúde de que necessitava – implica outro tipo de sofrimento, o existencial, cuja base, neste caso, encontra-se na essência do modo de produção capitalista.

Segundo Minayo (1999), na sociedade capitalista o corpo representa a “força de trabalho”, a única forma dos indivíduos não detentores dos meios de produção se reproduzirem, ou, em outras palavras, manterem suas condições materiais de sobrevivência. Daí, portanto, advêm uma experiência existencial sofrida, “representadora” de uma realidade em que o corpo constitui a única fonte geradora de bens.

Este entendimento encontra eco em outros estudos. Barbosa e Coimbra Jr. (2000) identificaram, em pesquisa sobre a esquistossomose em uma comunidade rural do nordeste brasileiro, que esta doença só passava a ser considerada pelos adultos como grave quando os incapacitava para o trabalho ou impossibilitava as crianças de freqüentarem a escola. Seguindo a mesma reflexão, Bercini e Tomasik (2006), em estudo desenvolvido com mulheres de pescadores no município de Porto Rico, Paraná, observaram que entre as mulheres entrevistadas havia a percepção - constituída de significados e valores próprios daquela localidade - de que o indivíduo saudável é aquele com disposição e capacidade para trabalhar.

⁷⁶ Entrevista com usuário 8, jovem, freqüentador, equipe A.

Assim é que a consciência da necessidade dos (e a procura pelos) serviços da unidade de saúde encontra-se, em certa medida, na dependência da percepção que os indivíduos têm da gravidade de sua enfermidade, fortemente associada ao menor ou maior condicionamento de sua capacidade laboral. É o que se pode depreender da fala registrada a seguir, que se refere aos motivos do usuário para buscar os serviços da unidade de saúde. “[...] Porque eu tava com um negócio no olho. Eu trabalho de pedreiro aí caiu um pedaço de ferro no meu olho. Passou foi um tempo.”⁷⁷

Por outro lado, o modo de inserção dos indivíduos no mercado de trabalho - e o grau de liberdade que esta inserção proporciona - pode se constituir num limite importante, relacionado às condições materiais de existência numa sociedade capitalista, à frequência do usuário à unidade e à busca pelo atendimento de que necessita, conforme se observa no relato abaixo.

[...] Tinha que pedir duas licenças [...]. Porque eu trabalhava como office boy, aí eu andava muito, aí não tinha tempo. Quando ela [a empregadora] precisava de mim, eu tava indo pra lá correndo e eu não tava trabalhando com carteira assinada, aí não dava pra ir, aí eu só pedi uma licença a ela, ficava muito ruim.⁷⁸

Outro elemento importante a ser destacado nesta dimensão, já apontada no item referente à dimensão organizacional, refere-se aos conflitos identificados entre a lógica dos usuários, e o modo como percebem e demandam suas necessidades, e a daqueles responsáveis pela produção de ações voltadas à satisfação destas necessidades (gestores e profissionais).

Eu acho que [a equipe] não atende [a todas as necessidades de saúde], porque aqui só tem o clínico, que é ele que é geral, que é clínico, pediatra e tudo...⁷⁹

Eu acho que deveria ter... parece que só tem uma dentista, deveria ser duas. Tem um médico aí, acho que deveria ser dois pra ajudar mais, porque é muita gente na comunidade, aí um só pra muitas pessoas. Às vezes fica um mercado pra um dia, o outro lá pro dia quinze⁸⁰

⁷⁷ Entrevista com usuário 14, adulto, freqüentador, equipe B.

⁷⁸ Entrevista com usuário 23, jovem, não freqüentador, equipe B.

⁷⁹ Entrevista com usuária 16, jovem, freqüentadora, equipe B.

⁸⁰ Entrevista com usuária 17, jovem, freqüentadora, equipe B.

Costuma-se associar esta dissonância de interesses e necessidades ao fato dos usuários não entenderem a “lógica” do PSF, seu modo de gestão e operacionalização, desconsiderando, com isso, sua capacidade crítica e avaliativa.

Entretanto, cabe observar que a compreensão do modelo, o entendimento de seu funcionamento e sua racionalidade gestora, por parte dos usuários, não implica sua inteira e irrestrita aceitação. O que se observou neste estudo foi uma compreensão muito clara do modelo, e é justamente esta clareza – compreendendo-o (o modelo) sob a ótica de suas necessidades, vivenciadas como um sofrimento subjetivo e individual – que legitima a referência de suas insatisfações. As falas a seguir expressam bem a clareza que os usuários têm acerca do modelo de saúde, que, para eles, em algumas questões, simplesmente não atende às suas necessidades.

[...] Doutoras separadas, porque é uma doutora só. Minha doutora é de pré-natal e de criança, faz dois. Tem vez que a gente chega e ela diz ‘vou atender as crianças primeiro’, a gente fica esperando, lá. Era bom ter uma pra cada problema. Uma pra pré-natal, uma para as crianças. Aí não tem, aí é muito ruim.⁸¹

Acho que deveria... Sei lá... Ter um oculista, pra não precisar encaminhar, porque tem muita gente que procura, porque tem muita gente que precisa de encaminhamento pra oculista [...].⁸²

Uma usuária informa que a unidade “atende todas as necessidades”, e, demonstrando conhecer bem o modelo, explica o porquê: “por exemplo, se você vai para o dermatologista, te dão o encaminhamento, e os médicos que não têm a especialidade eles encaminham.”⁸³

Entretanto, imediata e contraditoriamente – o que não deslegitima a sua avaliação –, refere que sua insatisfação reside no fato da unidade de saúde da família não dispor de “pediatra e dermatologista”.

O acesso nesta dimensão (sócio-cultural) também se apresentou associado à questão do medo do diagnóstico da enfermidade, e das implicações do tratamento correspondente. Os elementos encontrados na fala a seguir expressam uma relação

⁸¹ Entrevista com usuária 12, jovem, freqüentadora, equipe A.

⁸² Entrevista com usuária 17, jovem, freqüentadora, equipe B.

⁸³ Entrevista com usuária 4, adulta, freqüentadora, equipe A.

com a doença extremamente mediada por valores sócio-culturais e religiosos fortemente arraigados na sociedade brasileira, incorporados pelos indivíduos e reproduzidos na sua experiência cotidiana de vida.

[...] Aí ela marcou, mas não tem quem fique com o velho pra eu me operar. Os papéis estão todos aí e eu não sei o que faça. Ela [a médica] veio aqui já duas vezes e perguntou por que eu ainda não fiz [a cirurgia]. [...]. O problema era esse'[o cuidado com o "velho"]'. E, principalmente, sei lá... Eu penso: se eu fizer, e na hora eu apagar? E esse velho? Ela disse que tem que ser um médico especialista para coração, mas quem livra a gente pra mim é Jesus, porque, se eu tiver que morrer, pode ter noventa médicos e eu morro.⁸⁴

O motivo da não procura pelo serviço encontra-se associado ao medo de “apagar”, medo de morrer durante a cirurgia, e o “velho”, seu companheiro, ficar sem ter uma pessoa para quem ela pudesse delegar o cuidado.

Em primeiro lugar, saliente-se a questão das relações de gênero histórica e socialmente construídas na sociedade brasileira, as quais imputam a mulheres e homens certos papéis, que - sob a égide de concepções teóricas patriarcalistas (e suas correspondentes práticas sociais) - determinam fortemente a inserção e a participação de cada um desses indivíduos na sociedade, num processo dinâmico e contraditório de reelaboração dessas concepções, as quais eles reinterpretem e integram às suas condições de existência.

Em segundo lugar, saliente-se a dimensão religiosa na explicação do processo saúde-doença, como mais um recurso utilizado pela usuária para “escapar” de um tratamento (cirúrgico) para o qual ela não estava preparada. Assim, a presença da fé e da religiosidade na justificativa de atitudes e comportamentos relacionados à saúde aparece compondo o imaginário social numa forma particular de elaboração, uma vez que, consoante a explicação de Minayo (1999), as circunstâncias é que vão determinar a valorização ora do espírito, ora da matéria, na explicação, por parte da classe trabalhadora, dos fenômenos associados ao processo saúde doença .

⁸⁴ Entrevista com usuária 1, adulta, freqüentadora, equipe A.

Situação semelhante foi encontrada na fala de outra usuária, para quem a atribuição de sua condição patológica aos desígnios de Deus parece eximi-la das suas responsabilidades pessoais sobre sua saúde.

[...] Outra que a gente já vive doente, já sabe que é doença sem jeito mesmo, só Jesus mesmo. Aí ficar andando pra médico... eu só vou em último recurso pra médico. Eu só vou aí em último recurso, pra falar a verdade eu não gosto muito de andar pelos médicos, não.⁸⁵

Bercini e Tomanik (2006) também identificaram referências como esta em seu estudo, e observaram que tais concepções, fundadas no pensamento religioso, têm implicações importantes para as práticas nos serviços de saúde, e devem ser levadas em consideração a fim de que os resultados das intervenções apresentem resultados mais efetivos.

A busca pelos serviços da unidade também está associada à percepção que o usuário tem da doença, a qual é sentida como uma entidade “traíçoeira”, que a qualquer momento pode obrigar o indivíduo a procurar atendimento na unidade.

É essa doença, ela é muito traíçoeira. É assim: agora eu to bonzinho, mas se eu me levantar daqui para a esquina, eu começo a me tremer, faz com que eu fique sem saber o que fazer.⁸⁶

A atitude preventiva dos usuários como importante componente desta dimensão foi pouco observada neste estudo, relacionando-se, em geral, ao sexo do usuário e à “obrigatoriedade” de buscar a prevenção de certos males – possivelmente devido à incorporação do discurso médico (geralmente fatalista e carregado de “metáforas”) a respeito deles e à representação destes males no imaginário coletivo. Assim, apenas em algumas mulheres esta atitude foi observada, sendo fundamentalmente a preocupação com a prevenção do câncer uterino o motivo da busca.

Porque primeiro, eu não gosto de médico. Às vezes eu vou fazer uma prevenção, porque nós temos que fazer, né? E na minha idade tem que fazer prevenção. Mas eu não sou chegada muito a médico, não.⁸⁷

⁸⁵ Entrevista com usuária 24, idosa, freqüentadora, equipe B.

⁸⁶ Entrevista com usuário 11, idoso, freqüentador, equipe A.

⁸⁷ Entrevista com usuária 21, idosa, não freqüentadora, equipe B.

Outra questão observada, concernente ao acesso nesta dimensão, foi a truncada relação entre profissional e usuário. O diálogo entre esses dois sujeitos constitui a base do uso de qualquer tecnologia - seja ela leve, leve dura ou dura (conforme a classificação de Merhy) – que se utilize com o fim de intervir no cuidado para com a saúde das pessoas, e em defesa da vida. Sendo que quando há uma “fenda” nessa relação, o usuário (que já entra nela numa situação de fragilidade), é a parte que geralmente é mais prejudicada.

Assim, a não observância, por parte do profissional, do que o usuário está lhe dizendo com certas “insistências”, ou seja, do significado do “estar doente” para o usuário que o procura, gera angústias maiores para este usuário, que já tem na incerteza do que vem a ser o mal que o acomete motivos suficientes para mal estar e sofrimentos.

[...] Porque começou eu sentindo uma dorzinha, e lá vai. Aí fui lá, disse ao médico, ele disse ‘vamos fazer exame’. Eu fui, ele passou, e eu fui fazer o exame pra descobrir. Não deu nada. Mas eu tô doente. Não vou dizer que eu não tô doente, eu tô doente.⁸⁸

Numa situação como esta, identifica-se que, à insensibilidade de alguns profissionais, soma-se uma formação profissional em saúde ainda pouco preocupada com o desenvolvimento de tecnologias leves, mais voltadas para os aspectos interacionais da intervenção.

A percepção do sofrimento como doença, do problema como problema de saúde, é decorrente de uma construção coletiva e fundamenta-se em um dado contexto sócio-histórico, estando atrelada a um conjunto de sentidos que podem ter suas raízes no imaginário social ou mesmo serem frutos de construções culturais mais localizadas e atuais (FELICIANO, 2005).

Da mesma forma, o modo como as pessoas se percebem doentes está relacionado aos significados culturais que a saúde e a doença apresentam na sociedade, como explica Minayo (1999), com suas condições de existência e seus interesses específicos. Esta mesma autora explica que as representações da classe dominante sobre a doença e a morte informam as concepções da sociedade como um todo, e

⁸⁸ Entrevista com usuário 15, idoso, freqüentador, equipe B.

esta concepção é transmitida através da corporação médica. Sendo que esse processo, de reprodução das concepções dominantes sobre o corpo cujo profissional médico é o principal agente, sobre saúde/doença, sobre a vida e a morte, não se dá senão de forma contraditória.

Assim é que a doença representa uma condição que só pode ser aceita socialmente se ratificada e formalizada pelo saber médico, que a classifica por meio de seus complicados códigos e categoriza os indivíduos segundo esta classificação - normalmente aceita pelo conjunto dos profissionais e usuários, e reproduzida em todos os ambientes sociais, particularmente naqueles diretamente ligados às práticas sanitárias, quando os usuários são “confundidos” com as patologias de que padecem: hipertensos, diabéticos, hansenianos, etc.

Embora projetos contra-hegemônicos também componham as práticas no interior dos serviços de saúde - posto que a hegemonia de projetos dominantes só pode se dá numa relação de forças contraditórias (FALEIROS, 1987) -, como fazem crer os resultados do movimento em torno da construção da “Proposta de Educação Popular em Saúde” no Recife, analisados por Albuquerque (2003), o que ocorre predominantemente consiste numa relação com a doença cujo significado encontra-se atrelado à sociedade e às relações sociais que a conformam.

Segundo Minayo (1999), no plano das representações sociais, o indivíduo julga seu estado de doença não apenas pelas suas manifestações intrínsecas, mas busca no médico a legitimidade social dessa condição, justificando nela atitudes e comportamentos que o tornam doente para o outro, para a sociedade. Outro trecho da fala do usuário citado na referência anterior torna esta assertiva mais interessante.

Ele examina a gente e diz: “você não tem doença”. E só Deus sabe como a gente vive doente, e ele diz que a gente não tem doença. Manda fazer exame, fazer exame, não apresenta, e eu não sei entender que médico é esse, não.⁸⁹

⁸⁹ Entrevista com usuário 15, idoso, freqüentador, equipe B.

Observa-se mais uma vez um certo descuido do profissional em relação às queixas do usuário, à sua experiência individual com a enfermidade e os mal estares que dela advêm, desprezando os aspectos mais visíveis do adoecimento, seus sinais e sintomas. Esta “práxis médica” prescinde, como sugere Minayo (1999, p. 181), da “realidade mais imediata e sensível, que é o corpo, em favor de mensagens infracorpóreas fornecidas pelos equipamentos laboratoriais”. De modo semelhante Campos (2003) avalia essa práxis, concluindo que a clínica ganhou muito em tecnologias (duras), mas perdeu muito no campo que se refere às relações interativas com as pessoas concretas (as tecnologias leves).

No que concerne à percepção dos usuários sobre a participação social das comunidades estudadas e sua repercussão na problemática questão do acesso, observa-se que, em geral, os usuários têm perfeita consciência da importância da participação da comunidade para a melhoria da situação, entretanto a delegação de sua responsabilidade pessoal a outros foi freqüente, como se ele não fizesse parte dessa comunidade. Esta assertiva pode ser inferida principalmente pela presença, nos discursos, de termos referidos na terceira pessoa do singular, tais como “eles” ou “a pessoa”: “é, né... Se tem alguma coisa que pode melhorar e a pessoa der opinião, eu mesmo não...”⁹⁰; “é melhor. Pra ajudar. Se todos eles se reunissem, eu acho que o posto durava mais.”⁹¹;

porque é melhor a pessoa debater, procurar saber o melhor para a comunidade. Deveria ter aqui... aqui falta. Tem um conselho de moradores ali, mas eu nem sei nem pra quê serve, se serve pra mim, eu não sei nem pra quê serve.⁹²

Note-se, ainda nesta discussão, que alguns usuários não freqüentadores sequer se sentem “usuários”, demonstrando perda quase completa de vínculos com a equipe de saúde, talvez mesmo pela exclusão de que alguns se sentem vítimas.

Com certeza, porque as pessoas que usam o posto, os usuários, eles é que sabem da necessidade do que eles estão precisando. Eu acho que eles deviam dar bastante opinião pra ver se melhorava.⁹³

⁹⁰ Entrevista com usuária 24, idosa, freqüentadora, equipe B.

⁹¹ Entrevista com usuária 1, idosa, freqüentadora, equipe A.

⁹² Entrevista com usuária 4, adulta, freqüentadora, equipe A.

⁹³ Entrevista com usuária 22, adulta, não freqüentadora, equipe B.

Acho que isso seria ser cidadão, né? Reivindicar pelos seus direitos. Acho que devia, sim, eles deviam falar, falar o que eles estão precisando, o que eles querem, porque eles teriam voz pra pedir o que eles querem [...].⁹⁴

Neste aspecto, esquecem, em primeiro lugar, que o exercício do direito à saúde, como de resto de qualquer direito de cidadania, é uma conquista longa e penosa, que não terminou com a promulgação da Carta Magna de 1988, nem, no caso da saúde, com a criação das legislações e normas pertinentes ao tema, subseqüentes à Constituição. Trata-se, antes de tudo, de um campo dinâmico de relações de dominação e subordinação que apresenta configurações diferentes em contextos histórico-sociais diferentes (COHN *et al.*, 2002). A forma como se dão essas relações depende de como os distintos atores sociais interagem, sendo eles próprios os promotores de uma situação frente a outras.

Em segundo lugar, repare-se que a condição de “excluídos” que estes usuários deixam transparecer em sua fala parece consistir numa autopercepção que pode ser muito desastrosa, a qual os acomoda num perigoso círculo vicioso em que não lutar pela garantia do acesso de que tanto reclamam os torna ainda mais excluídos, enquanto esta percepção de exclusão os afasta ainda mais do exercício de seus direitos.

Alguns usuários entendem que a opinião deles, e da comunidade, de uma forma coletiva e participativa, deve ser ouvida pelos profissionais e gestores porque assim a qualidade dos serviços da equipe e da unidade melhoraria.

Porque sempre é bom a opinião de outras pessoas pra ver se tá mesmo bom, se não tá bom. E uma opinião de muitas pessoas é bom pra ver o que tem de bom e o que tá precisando melhorar.⁹⁵

Eu acho que é uma boa a pessoa se entrosar em tudo para saber o que tá acontecendo, porque às vezes acontece uma coisa e a gente não sabe de nada porque não participa. O negócio é que tem que participar, né? Se é um grupo, vamos participar. Todos juntos, a união faz a força.⁹⁶

Com certeza, seria bom pelo menos uma vez no mês tivesse reunião dos pacientes com eles. Isso ajudaria bastante a criar novos objetivos, construir

⁹⁴ Entrevista com usuário 23, jovem, não freqüentador, equipe B.

⁹⁵ Entrevista com usuária 17, jovem, freqüentadora, equipe B.

⁹⁶ Entrevista com usuária 2, idosa, freqüentadora, equipe A.

mais o posto, alocar mais atendimentos, especialidades pra comunidade. Seria bom, ótimo.⁹⁷

A participação da comunidade constitui um dos princípios fundamentais do SUS, devendo não apenas ser estimulada, mas, e sobretudo, promovida pelos profissionais do PSF, conforme determinação do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006a). Esta parte do entendimento de que é o envolvimento dos usuários, sua participação nas diversas instâncias dos processos decisórios, principalmente no nível micro, local, que influencia sobremaneira os encaminhamentos dados às questões da saúde, particularmente nas questões do acesso, um dos principais eixos norteadores da política de saúde. Neste sentido, cabe anotar a referência de um usuário que parece destoar das demais.

Claro, mas eles [os profissionais] não querem nem ver a gente falar. Porque se eu for dá minha opinião eles acham que a pessoa tá falando deles mal, a gente não tem direito de se meter em nada.[...]. A comunidade era pra se reunir e tudo, era pra ser um negócio reunido, todo mundo combinar “é aquilo e aquilo”. Um é contra o outro.⁹⁸

A incipiente experiência no campo da participação social, tanto dos profissionais quanto dos usuários, somada à insuficiente capacitação tanto de uns quanto de outros, desenha um quadro conflitante no âmbito local, justamente num espaço em que se dão as relações (em todas as suas dimensões) mais estreitas entre estes atores, quando mais se necessita de clareza e habilidade políticas para lidar com estas questões.

Por outro lado, a responsabilidade do trabalhador neste contexto coloca-o frente a uma situação pouco confortável, em que se encontra obrigado a agir de um modo para o qual não se sente preparado, nem política nem tecnicamente. Daí aparecerem relatos como o mencionado acima, no qual a reivindicação de um direito, protagonizada pelos usuários, soaria como uma ofensa pessoal aos profissionais.

Entretanto, cabe assinalar que há, por parte da maioria dos profissionais, uma abertura para esse movimento dos usuários, compreendendo-os como atores

⁹⁷ Entrevista com usuário 18, jovem, freqüentador, equipe B.

⁹⁸ Entrevista com usuário 14, adulto, freqüentador da unidade B.

fundamentais na estruturação e no desenho das políticas públicas, particularmente daquelas desenvolvidas no nível local.

Eu acho que, para melhorar o acesso, é a gente ir mais para a comunidade. Eu acho que a gente tem que ouvir, porque não tem como a gente melhorar porque é a nossa visão. A gente tem que ter a visão do usuário, da comunidade, porque o que pode ser bom para mim pode não ser bom para ele. Então a gente tem que ir na comunidade ouvir o que eles têm para melhorar.⁹⁹

[...] na hora que ele sabe argumentar que ele faz parte do sistema como fiscalizador, como a pessoa co-responsável ele facilitaria, teria um bom diálogo. Não tem por que haver esse impedimento e o profissional se preocupar com essa pessoa por ser uma pessoa que estivesse fazendo cobrança.¹⁰⁰

Note-se que não há contradição na percepção que usuários e profissionais tem sobre a importância da participação social, ou do controle social, para a melhoria da política de saúde, entretanto, o que se observa é uma consciência da saúde como direito por ambos os sujeitos, que, apesar disso, não se desdobra em atuações conjuntas em torno do que há em comum, que é possível ser feito, pelo menos no âmbito local.

Assim é que, vista de modo amplo, isto é, como necessidades sociais dos indivíduos, as necessidades de saúde podem se transformar em *potencialidades*, como alerta Stotz (1991), desde que as carências motivem, comprometam e mobilizem as pessoas.

Também foram observadas algumas referências reticentes neste aspecto, denotando um certo receio por parte dos usuários de se pronunciar sobre o assunto, ou por medo de retaliações (delegando aos profissionais a responsabilidade) ou, simplesmente, expressando um certo ar de descompromisso, como se o assunto não lhe dissesse respeito: “é... Depende dos povo. É eles que sabem.”¹⁰¹; “por mim... só que eu nunca vou. Esse negócio eu não vou nem dizer. Eu saio de manhã, chego dez e meia, onze, aí...”¹⁰²

⁹⁹ Entrevista com profissional 1.

¹⁰⁰ Entrevista com profissional 6.

¹⁰¹ Entrevista com usuária 19, adulta, frequentadora, equipe B.

¹⁰² Entrevista com usuário 7, adulto, frequentador, equipe A.

Cabe ressaltar, por fim, que a saúde como um campo multideterminado, que depende das interrelações que seus atores produzem e reproduzem, parece já ter sido incorporada pelos usuários, sendo que a transformação dessa incorporação num movimento coletivo de busca pelas respostas às suas necessidades de saúde, no plano local, parece depender de um movimento de convergência que aproxime os campos de (não)atuação dos dois sujeitos envolvidos neste plano, os profissionais e os usuários, que, afinal, não apresentaram contradição alguma em suas respectivas percepções sobre este processo.

4.2.4 Dimensão Econômica

A dimensão econômica do acesso, neste estudo, mostrou-se intimamente relacionada à (e dependente da) dimensão organizacional.

Segundo Fekete (1996), o acesso econômico refere-se ao consumo de tempo, energia e recursos financeiros para a busca e obtenção da assistência, como também prejuízos por perda de dias de trabalho ou decorrentes de afastamento do trabalho por doença, custo do tratamento (medicação), etc.

Questões econômicas são destacadas quase sempre em estudos relacionados ao acesso aos (ou a utilização dos) serviços de saúde (CAMPOS; FRANCO, 1998; ELIAS *et al.*, 2006; OLIVEIRA, 2002; RAMOS; LIMA, 2003;; RIBEIRO *et al.*, 2006; TRAVASSOS *et al.*, 2006, entre outros), sendo constante nestes estudos a referência a uma relação inversamente proporcional entre a situação sócio-econômica dos indivíduos e a possibilidade de acesso.

No presente estudo, através da fala dos usuários, num diálogo com a de alguns profissionais, foi possível observar que a dimensão econômica do acesso às ações e serviços de saúde tem um peso importante na sua busca e utilização.

O que apareceu como principais facilidades nesta dimensão foi o custo zero com deslocamento, pela proximidade geográfica da unidade (já discutida no item que se refere à dimensão geográfica) e a disponibilidade de medicamentos na própria

unidade, sendo que no caso dos medicamentos o “sempre tem” das respostas de alguns usuários relativizou-se pelo “às vezes falta” dos mesmos usuários ou de muitos outros: “os medicamentos, quando eu preciso e o médico passa, sempre têm no posto.”¹⁰³;

[...] Quando eu preciso, tem. Às vezes falta porque não tem, fica faltando, mas quando tem não negam, não. Aí eu tenho que comprar. Quando eu bato no posto e não tem, pelo menos é barato remédio de pressão.¹⁰⁴

Assim, ao mesmo tempo em que se constituiu numa facilidade - porque, mesmo sendo pouco, os remédios são fornecidos na unidade, que é próxima e os disponibiliza para todos irem buscar, mesmo sem a garantia de que todos vão adquiri-los –, a despesa com medicamentos também se constituiu numa dificuldade grave para alguns usuários, pois a profunda condição de injustiça social à qual esses indivíduos estão submetidos (que já os exclui do acesso a outros bens e produtos indispensáveis à manutenção da vida e da saúde) priva-os, cotidianamente, do direito de contrair esta despesa: “Não [não teve despesa com medicamentos]. Eu não tenho esse dinheiro. [...] Já faltou, mas eu nunca comprei [...]”¹⁰⁵

Às vezes tem um medicamento faltando, aí falam que vai chegar, “venha daqui a um mês, daqui a quinze dias, que o medicamento chega” [...] Mas quando chega lá, o menino precisando do medicamento e não tem o medicamento. Aí tem que esperar. É um absurdo.¹⁰⁶

[...] Que muitas vezes ele [o médico] diz: ‘o remédio aqui não tem, você vai ter que comprar’. Você pensa que é barato, que é uns sete pra dez reais, não! O remédio é uns vinte, uns vinte e pouco.¹⁰⁷

A fala de todos os profissionais revelou o conhecimento profundo que eles parecem ter da realidade de carecimentos vivida cotidianamente pelos usuários (cujas problemáticas se refletem nas demandas para a unidade), como também expressou o sentimento de impotência e mal estar ante uma realidade tão cruel e degradadora da condição humana. Neste sentido, destaca-se a seguinte fala:

¹⁰³ Entrevista com usuária 4, jovem, freqüentadora, equipe A.

¹⁰⁴ Entrevista com usuário 14, adulto, freqüentador, equipe B.

¹⁰⁵ Entrevista com usuário 11, idoso, freqüentador, equipe A.

¹⁰⁶ Entrevista com usuário 8, jovem, freqüentador, equipe A.

¹⁰⁷ Entrevista com usuário 18, jovem freqüentador, equipe B.

[...] Muitas vezes eles deixam de comer, ou comem muito mal porque o remédio que eles procuram não tem aqui no posto ou faltou, então, de certa forma, eles ainda gastam, gastam o que não têm.¹⁰⁸

Esta situação foi muito bem exposta na fala de uma usuária idosa, cujos problemas de saúde, que a obrigavam a ser socorrida com uma freqüência incompatível com seus recursos financeiros, parecem deixá-la num insolúvel conflito de valores: “não... Não devia tirar o dinheiro do pão pra gastar, mas aí [na unidade] não tem, tenho que me socorrer longe.”¹⁰⁹

Conviver com uma situação de contato permanente com a dor e tantas carências materiais torna complexos tanto o ambiente de trabalho quanto as inter-relações pessoais e profissionais processadas no cotidiano laboral, produzindo “sintomas institucionais”, tais como falhas de comunicação ou excesso de ideologização em defesa do SUS, conforme reflete Onocko Campos (2005). Assim, cabe refletir que a compreensão do cuidado em saúde não deve ser descontextualizada das relações de trabalho, das peculiaridades do labor dos produtores do cuidado (DESLANDES, 2005).

A dificuldade de conseguir o medicamento também foi associada por alguns usuários ao fato do medicamento, por ser “muito caro”, não ser fornecido pela unidade. Neste caso, o “muito caro” possivelmente refere-se ao fato de alguns itens medicamentosos não serem padronizados pelo município (não constarem na lista de medicamentos básicos da rede) e por isso não serem disponibilizados nas farmácias das unidades.

É, é difícil [faltar], só se for um remédio muito caro mesmo, às vezes o posto não tem e a gente tem que comprar. [...] Dificilmente ela [a médica] passa um que não tem. Aí quando eu tô com dinheiro eu compro, quando não tem, eu espero receber para poder comprar.¹¹⁰

A resposta de uma ACS sobre as despesas que os usuários têm com problemas de saúde também expressa o fato de haver algumas medicações que, mesmo sendo para atender a uma necessidade de saúde possível de resposta na atenção básica, não são fornecidas pelo SUS nas unidades básicas.

¹⁰⁸ Entrevista com profissional 6.

¹⁰⁹ Entrevista com usuária 20, idosa, freqüentadora, equipe B.

¹¹⁰ Entrevista com usuária 1, adulta, freqüentadora, equipe A.

Mais remédios de pressão, porque nem todos os remédios de pressão que vêm pra farmácia eles tomam, tem pessoa que tomam outro tipo de remédio que tem que comprar. É mais com remédio.¹¹¹

Outro aspecto a se destacar, é a referência dos usuários ao fato de terem que “correr” para o posto quando o remédio chega, antes que ele acabe, numa situação de desespero, que revela algo como um quadro de luta balizado na lei da sobrevivência: [...] Quando vem nas caixas, se não me avisarem e eu não for buscar logo, acaba ligeiro. [...] E vêm aqueles punhadinhos.”¹¹²; “[...] Antes de acabar, eu já procuro agilizar pra pegar outro remédio antes que tenha acabado.”¹¹³

Uma ACS, explicando o que acontece nessa situação no interior da unidade, reforçou esse entendimento acerca da frustrante busca de alguns usuários pelos medicamentos de que necessitam.

[...] Quando não tem remédio aí, o remédio já tem acabado, vão embora com a receita. Aí quando chega os medicamentos no fim do mês, todo mundo que tá com a receita em casa vem buscar. Aí, fica lotado. Aí, às vezes se acaba rápido, porque todo mundo tá com a receita, já [...] Aí quando o remédio chega começa a distribuir, distribuir, distribuir... e se acabou o medicamento.¹¹⁴

Mas as dificuldades nesta dimensão também se referiram ao acesso a outros insumos, como, por exemplo, a falta do recipiente no qual é feita a coleta de fezes.

[...] Aí eu tenho que fazer os exames aí no posto, e eu não vou fazer. A doutora do Barão também passou os mesmos exames que ela passou, mas eu vou preferir fazer no Barão, porque eu já fui aí três semanas já pra conseguir uns potinhos e não consegui ainda pra fazer. E desde o outro mês que ela passou esse exame pra mim.¹¹⁵

Nos registros do diário de campo, resultado da observação direta nos serviços, foi possível identificar, além da falta de medicamentos - incluindo os constantes na lista de medicamentos padronizados pelo município, principalmente aqueles para tratamento de pacientes com hipertensão e diabetes, uma das principais demandas na atenção básica -, a falta de preservativos masculinos, apesar destes estarem

¹¹¹ Entrevista com ACS 2.

¹¹² Entrevista com usuária 20, idosa, freqüentadora, equipe B.

¹¹³ Entrevista com usuário 11, idoso, freqüentador, equipe A.

¹¹⁴ Entrevista com ACS 1.

¹¹⁵ Entrevista com usuária 12, jovem, freqüentadora, equipe A.

disponíveis nos serviços públicos desde os anos 80, conforme esclarecem Ramos e Lima (2003), os quais também identificaram esta problemática em estudo sobre o acesso e o acolhimento em uma unidade de saúde de Porto Alegre (RS).

Não foi possível observar referências dos usuários com os gastos que os mesmos necessitam efetuar quando são referenciados para outros serviços. Interessante é que este aspecto da dimensão organizacional - a referência para atendimentos fora da área de abrangência da unidade - foi bem avaliada pelos mesmos, que não parecem ter levado em conta outros gastos, principalmente com transporte, embora os gastos com alimentação devido à demora no atendimento também seja importante, entre outros, o que sugere que, para eles, importa, tão somente, o acesso na sua forma de consumo (imediato) do serviço de que necessitam.

Assim, na percepção dos usuários sobre as despesas efetuadas com tratamento de problemas de saúde, observa-se que a mesma apresenta uma natureza imediatista e utilitarista, diretamente relacionada ao ato do consumo das ações de saúde, seja a assistência médica, seja a aquisição de algum insumo em geral diretamente relacionado a este consumo.

Neste sentido, a saúde, marcada pelo ângulo da utilidade para os usuários, do “valor de uso” (MERHY *et al.*, 2004), redundando nas necessidades mais imediatas, numa situação de doença, de sobrevivência, pouco significando questões relativas ao modo de organização dos modelos de saúde e suas complexas estruturas políticas e administrativas, nem a reprodução de suas dinâmicas políticas baseadas, não raras vezes, em clientelismos e paternalismos, conforme observou Cohn *et al.* (2002).

A predominância, identificada neste estudo, de referências dos usuários ao consumo individual e imediato do serviço demonstra, também, que a saúde dificilmente é vista e baseada numa perspectiva coletiva, situada no âmbito da cidadania (COHN *et al.*, 2002), antes tem se consolidado como mais uma política pública cheia de utopias e pouca efetividade social.

A fim de acrescentar alguns elementos importantes a esta reflexão, vale a pena fazer referência à fala de alguns profissionais sobre os gastos que os usuários

precisam despende quando são encaminhados para outros serviços, componentes ou não da rede municipal de saúde.

Eles têm dificuldades primeiro com relação à passagem, para buscar outro tipo de atendimento, seja de especialidade, ou seja de diagnóstico que vá favorecer [...].¹¹⁶

[...] Muitas vezes eles deixam de fazer por causa da passagem [...]. Às vezes tem a dificuldade de conseguir o especialista, consegue e não vai por causa da distância.¹¹⁷

Acesso é... locomoção para marcar essa consulta. [...] É muito distante algumas referências [...]. Vários encaminhamentos já foram cancelados devido à falta de dinheiro para se deslocar, apesar da unidade ter vale transporte, mas os vales um instante acabam[...].¹¹⁸

Estas falas remetem a outra discussão importante, relacionada ao modo de organização da rede de serviços de saúde, que vai além da discussão de sua simples oferta. Refere-se ao princípio da descentralização com a hierarquização e regionalização da rede de serviços - tão referido como importante mecanismo de facilitação e universalização do acesso. Ao que tudo indica, a crônica situação de exclusão social na qual vive a grande maioria dos usuários do SUS põe em cheque tal mecanismo, quando este, descortinado, revela-se desarticulado de outra rede, a de serviços sociais, incluindo os de geração de renda, que responda a outras necessidades (de saúde) vinculadas ao meio de (ganhar a) vida das pessoas, às suas precárias condições de vida, resultantes de um quadro de injustiças e desigualdades sociais que há muito preocupa o conjunto de atores sociais engajados em tornar a saúde pública efetivamente acessível a todos os brasileiros.

Este quadro também revela um gargalo importante na dimensão organizacional do acesso, o qual se refere ao respeito a outro princípio, o da integralidade, conforme tratado por Cecílio (2001), no seu caráter “macro”, no qual a integralidade é pensada numa articulação de cada serviço de saúde com outros serviços do “setor” saúde, e com serviços de outros setores.

¹¹⁶ Entrevista com profissional 6.

¹¹⁷ Entrevista com profissional 2.

¹¹⁸ Entrevista com Profissional 3.

Como clara expressão de uma “lógica sanitária nefasta”, que só expressa as enormes contradições do sistema capitalista (SIQUEIRA-BATISTA; SCHRAMM, 2005), estudos como o de Ribeiro *et al.* (2006) têm demonstrado que as maiores dificuldades de acesso aos serviços de saúde no Brasil ocorrem entre os indivíduos com piores condições sócio-econômicas, destacando-se variáveis como cor, escolaridade e renda.

A correlação entre saúde e condições de vida, para Travassos (1997), reflete a complexidade da estrutura social, sendo que as diferenças nas demandas apresentadas resultam da influência do social no adoecer humano. Por isso, essas diferenças devem ser tomadas como base para a programação e a organização da oferta dos serviços.

A questão das desigualdades sociais na utilização dos serviços de saúde, entretanto, envolve outras questões complexas, segundo a autora acima referida, como, por exemplo, a questão da capacidade de financiamento do sistema de saúde local e o seu desenho de modelo assistencial desse sistema. Neste sentido, ela destaca que a passagem de uma situação de desigualdade no sistema de saúde brasileiro para outra mais igualitária depende de algumas condições, tais como, maior disponibilidade de recursos financeiros para o setor saúde, melhor uso dos já existentes, implementação de uma política redistributiva na alocação de recursos entre as esferas de governo e organização da rede local de serviços, direcionando-os no sentido de melhor distribuição geográfica e adequação da oferta às necessidades dos diferentes grupos populacionais.

5. CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

Buscou-se neste estudo avaliar a qualidade da atenção à saúde tomando por norte a seguinte questão: qual a percepção dos usuários sobre a qualidade da atenção à saúde no PSF, no que se refere ao acesso à atenção de que necessitam? Observou-se, neste sentido, que tal percepção coaduna-se com aquelas encontradas por diversos estudos realizados acerca do mesmo tema, nos quais identificou-se que a qualidade da atenção à saúde, na percepção dos usuários, ainda está longe de expressar suas necessidades como a base sobre a qual o modelo de saúde tenha se estruturado e se organizado.

A hipótese aventada consistiu na seguinte assertiva: algumas questões centrais que se colocam hoje no PSF estão relacionadas, fundamentalmente, ao aspecto organizacional do acesso, tais como a dificuldade para o agendamento de consultas (médicas e odontológicas), a falta de integralidade nas ações e a fragilidade na rede hierárquica da assistência, configurando um quadro crítico que compromete em muito o acesso dos usuários à atenção por eles necessitada. De fato, conforme se procurou demonstrar neste estudo, as situações mais críticas, relacionadas ao acesso, apontadas nas falas dos usuários, advieram do modo como as equipes estavam organizadas para satisfazer as necessidades de saúde que lhes eram demandadas.

A qualidade do serviço ser acessível é condição básica para que qualquer política pública, destinada a responder a qualquer necessidade social, alcance seus objetivos e impacte positivamente sobre o objeto de sua intervenção. No caso da política de saúde, em particular, a questão do acesso toma uma dimensão ruidosa, não apenas porque a legislação e as normas correspondentes enfatizam-no como elemento essencial ao desempenho do Sistema, tampouco será apenas pelo fato de haver uma dívida social enorme neste campo - que durante anos manteve excluída de suas intervenções uma parcela considerável de brasileiros pobres e, justamente por serem pobres, mais carentes de seus serviços e ações -; mas, sobretudo, porque o “acesso à saúde” envolve dimensões complexas, face à complexidade das necessidades humanas, e à forma como tais necessidades se apresentam aos serviços de saúde.

O acesso à atenção à saúde no Brasil logrou vários avanços desde a instituição do Sistema Único de Saúde, há quase 20 anos, sendo a expansão da atenção básica através do PSF uma de suas estratégias mais felizes, a despeito das diversas limitações que alguns estudos, incluindo este, apontam.

O PSF, hoje com *status* de Estratégia, adquiriu uma visibilidade política importante devido ao fato de ter assumido uma responsabilidade fundamental na estrutura organizacional do modelo de saúde brasileiro, qual seja, a de reorganizá-lo. Assim, funcionando como porta de entrada, deve *resolver os problemas de saúde de maior freqüência e relevância em seu território*.

Discutiu-se que esta “porta de entrada” tem cumprido sua árdua missão apenas em parte, e que avaliações que busquem contribuir para seu aprimoramento consistem numa necessidade imperiosa, sendo que, nesse processo, o olhar dos sujeitos envolvidos na produção do cuidado não deve ser negligenciado.

O acesso, na definição utilizada, constituiu-se numa ferramenta de avaliação operacional suficiente para permitir o cumprimento do objetivo deste estudo, o de buscar, na percepção dos usuários, um olhar amplo para algumas características fundamentais da qualidade dos serviços de saúde, particularmente daqueles responsáveis por cuidados primários.

Elementos facilitadores e dificultadores do acesso, nas suas quatro dimensões, foram observados, sendo os elementos facilitadores encontrados associados, na (a) *dimensão geográfica*, à proximidade da unidade ao local de moradia dos usuários; na (b) *dimensão organizacional*, ao vínculo e à relação profissional-usuário, bem como à prioridade dada às pessoas com necessidades especiais, como os idosos; na (c) *dimensão sócio-cultural*, à convergência entre a percepção dos usuários e dos trabalhadores a respeito da importância da participação comunitária na organização e no planejamento das ações, embora efetivamente esta simetria não tenha ainda se convertido numa ação conjunta em torno da resolução de problemas locais identificados, neste estudo, por meio da percepção dos usuários; na (d) *dimensão econômica*, o acesso, ainda que precário, aos medicamentos básicos;

Alguns aspectos valem a pena ser destacados, visto que houve uma mescla de satisfação e insatisfação, como por exemplo, o fornecimento de medicamentos. A descontinuidade apareceu como um importante motivo para insatisfação, ainda que seu fornecimento, mesmo percebido como irregular e insuficiente, tenha “acomodado” alguns usuários, que, de alguma forma, tinham a quem recorrer nas situações de necessidade, utilizando recursos como empréstimos aos vizinhos ou ao patrão, ou deixando de comprar algum item de sua (já insuficiente) cesta básica.

Neste sentido, relacionada à dimensão econômica do acesso, pôde-se identificar uma dificuldade, que não tendo sido referida explicitamente pelos usuários, foi captada através da fala dos profissionais. Estes, com muita propriedade, destacaram-na, a saber, o custo financeiro do deslocamento dos usuários em busca de serviços referidos a outras unidades componentes da rede assistencial, ora para fazer exames (mesmo em se tratando de exames disponíveis na unidade), ora para fazer algum tratamento mais especializado.

Observou-se que tal custo compromete grande parte da qualidade dos serviços na atenção básica, bem como causa certa paralisia na rede assistencial. Isto porque impede a efetivação de um princípio fundamental (no modelo de saúde adotado no país) para a questão do acesso, a hierarquização, compreendida na sua intrínseca relação com a regionalização e a descentralização. Notou-se aqui um ponto de confluência entre as dimensões geográfica, econômica e organizacional, que mais poderia ser considerado um nó... crítico. Trata-se do fato de que, conseguindo transpassar os obstáculos na porta de entrada - o que de certo modo é facilitado pela proximidade do serviço -, e necessitando de um procedimento disponível em serviço de maior complexidade – geralmente localizado em áreas distantes de sua moradia -, o usuário tem à frente mais dois obstáculos: (1) a limitação na oferta desses serviços face à crescente demanda; e (2) sua falta de recursos para a despesa com o deslocamento.

Assim é que o modelo de saúde brasileiro, que apresenta um desenho conformado num sistema hierarquizado, na prática, particularmente no que se refere à experiência vivida pelos usuários das duas equipes estudadas, mostrou-se uma rede mal costurada, cujos fios não foram atados de forma a garantir sua segurança e

permitir o acesso dos seus usuários de forma universal e equânime, tal como se propõe. Viu-se que os diversos carecimentos pelos quais os indivíduos mais pobres passam, relacionados às imensas desigualdades sociais, típicas de um país capitalista subdesenvolvido, de recursos públicos escassos e mal utilizados, não são levados em conta na operacionalização desse sistema, o que já problematiza seu caráter sistêmico.

Assim, observou-se neste estudo que a miséria e a pobreza que especificam, e de alguma forma determinam, o modo de vida dos usuários pelos quais as equipes de saúde estudadas têm responsabilidade sanitária, confinam boa parte deles a uma condição de exclusão também no âmbito da política de saúde, que se julga universal e gratuita, integral e equânime.

Neste sentido, o estudo identificou que a desarticulação intra e intersetorial, ou seja, a deficiente integração no próprio setor saúde e deste com outros setores, como o da assistência social, entre outros, dificultou a operacionalidade do modelo, pondo em xeque sua lógica integralista, universalista e equitativa. Assim, corrobora-se as críticas ao modelo piramidal adotado no país, elaboradas por alguns autores referidos no estudo, a partir das quais sugerem modelos de saúde, para eles, mais próximos da complexidade que as necessidades de saúde encerram.

Observou-se que grande parte das dificuldades identificadas nas dimensões geográfica, sócio-cultural e econômica, encontra-se estreitamente associada à dimensão organizacional, tais como (a) o mau funcionamento do sistema de referência e contra-referência; (b) o excessivo número de pessoas adscritas na área das equipes; (c) a demora para conseguir a consulta, principalmente odontológica; (d) demora, na sala de espera, para receber o atendimento; (e) demora no recebimento dos resultados dos exames; (f) a forma de marcação da consulta; (g) a estrutura burocratizada que caracteriza os processos de trabalho das equipes estudadas, bem como sua centralidade em ações individuais; (h) a massificação das necessidades de saúde, sendo um elemento importante a falta de planejamento de ações baseado na simetria dos elementos daquele tripé mencionado durante o estudo, composto pelos serviços (a oferta), as demandas e as necessidades.

Neste sentido, viu-se, por meio do diálogo com diferentes autores, que o modelo de saúde brasileiro, tomando por referência a imagem de uma pirâmide, estratifica as necessidades das pessoas, dificultando a apreensão dessas necessidades no contexto em que são instauradas. Neste aspecto, foi referido que a atenção básica consiste num espaço privilegiado para uma prática clínica “ampliada”, cujos pressupostos básicos envolvem elementos relativos aos campos orgânico, social e subjetivo.

Vale, por fim, salientar que o PSF, como uma estratégia de viabilização do acesso de pessoas com complexas necessidades sociais às ações e serviços de saúde de que necessitam, revelou-se uma porta de entrada estreita, merecendo ser avaliado com olhar mais crítico, que adote como ponto de partida as situações que particularizam os indivíduos demandatários de suas ações - e a representação que esses atores têm do (complexo) contexto no qual estão inseridos -, bem como as diferentes lógicas que norteiam as ações dos sujeitos envolvidos na produção do cuidado em saúde (usuários, profissionais e gestores).

Assim, tomado o acesso à atenção à saúde, nas dimensões abordadas neste estudo (geográfica, organizacional, sócio-cultural e econômica), é possível inferir que ainda há um longo caminho a se percorrer até que a oferta de ações e serviços de saúde seja compatível com as necessidades de saúde dos usuários, expressas através de suas demandas.

Recomendações

A partir das reflexões realizadas neste estudo e das sugestões apresentadas pelos usuários, como forma de melhorar o acesso em todas as dimensões abordadas aqui, seguem as seguintes recomendações:

1. reorganização dos processos de trabalho das equipes de saúde da família, como, por exemplo, redefinindo a forma de marcação da consulta (hoje atrelada às visitas domiciliares dos ACS), como já vem ocorrendo com relativo sucesso em algumas equipes da área de abrangência deste estudo, nas

quais os processos internos de trabalho foram reorganizados, tomando por base um novo modelo de agendamento de consultas;

2. adequação do número de pessoas cadastradas ao número de equipes existentes, tanto em função do que preconiza o Ministério da Saúde, como em função das precárias situações de carecimentos nas quais estes indivíduos encontram-se inseridos;
3. organização da oferta em função das necessidades apresentadas nos serviços, sob a forma de demandas - espontâneas ou não -, levando-se em consideração o fortalecimento das ações realizadas na atenção básica e as expectativas dos usuários, tendo estes como principais colaboradores na avaliação e no planejamento das ações;
4. aperfeiçoamento do sistema de referência e contra-referência existente no Distrito Sanitário IV, integrando neste sistema as unidades de saúde cuja governabilidade ainda se encontra sob gestão do governo estadual, bem como buscar estratégias para subordinar a gestão dessas unidades ao município, como forma de respeito ao princípio da descentralização e comando único determinado pelas leis ordenadoras da política de saúde e pelas suas normas operacionais, particularmente a NOAS 01/02;
5. fortalecimento das ações intra e intersetoriais, como forma de garantir a integralidade das ações de saúde, e o acesso às demais políticas sociais, cuja efetividade pode impactar positivamente no desempenho da política de saúde;
6. fortalecimento de ações locais que estreitem as relações entre profissionais e usuários e que visem a responsabilização destes no cuidado com sua própria saúde e com a da comunidade, tomando como base aspectos relativos ao processo saúde/doença e sua representação no imaginário da comunidade;

7. reforço e regularidade no fornecimento dos insumos disponíveis nas unidades, particularmente de medicamentos, de modo a evitar, tumultos, do lado da unidade, e correrias frustradas, do lado dos usuários;
8. promoção de capacitações profissionais mais adequadas à realidade na qual as equipes de saúde da família estão inseridas, visando a compreensão do complexo universo particular que caracteriza essa realidade para, a partir daí, em conjunto com os usuários, planejarem suas intervenções;
9. fortalecimento de ações educativas e de promoção à saúde, que, tomando por base os princípios norteadores da Educação Popular em Saúde, favoreçam a formação de grupos de pessoas, independentemente de sua condição patológica, fragilizando a hegemonia das práticas biomédicas dominantes;
10. promover mudanças nos processos de trabalho das equipes, visando ao aperfeiçoamento dos fluxos internos nas USF, do acolhimento e da humanização nas práticas do cuidado.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Eduardo Jordão de. Indicadores – Instrumento de trabalho para uma boa avaliação técnica. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA 7. 2003, Brasília, **Anais...** Brasília: Associação Brasileira de Saúde Coletiva, 2003. p. 546 Suplemento 1.

AUBUQUERQUE, P. C. **A educação popular em saúde no município de Recife/PE: Em Busca da Integralidade.** 2003. Tese (Doutorado em Ciências). Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Osvaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2003.

BANCO MUNDIAL. **Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993: Invertir en Salud** (Indicadores del Desarrollo Mundial). Washington, D.C. 1993.

BARBOSA, S. C.; COIMBRA Jr., C. E. A.. A construção cultural da esquistossomose em comunidade agrícola de Pernambuco. In: BARATA, R. B.; BRICEÑO-LEON, R. (Org.) **Doenças Endêmicas: abordagens sociais, culturais e contemporâneas.** Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2000. p. 47-60.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo.** Lisboa: Edições 70, 2004.

BERCINI, L. O.; TOMANIK, E. A. **Aspectos sobre saúde, ambiente e representações sociais na população de Porto Rico, Paraná.** Disponível em: <http://www.peld.uem.br/Relat2002/pdf/comp_social_econ_aspectos.pdf>. Acesso em 16 jan.2006.

BODSTEIN, Regina. Atenção básica na agenda da saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3. p. 401-412, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Saúde da Família – PSF.** Brasília, 2001a.

_____. Ministério da Saúde. **Programa Atenção Básica (PAB): Parte Fixa.** Brasília, 2001.

_____. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica do Sistema único de Saúde (NOB- SUS 01/96):** Gestão Plena com Responsabilidade pela saúde do cidadão. Brasília, 1997.

_____. Ministério da Saúde. **Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS 01/01).** Brasília, 2001.

_____. Ministério da Saúde. **Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS 01/02).** Brasília, 2002.

_____. Ministério da Saúde. **PNASS – Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde.** Edição 2004/2005. Brasília/DF, 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Cadernos da Atenção Básica: Programa Saúde da Família – A implantação da Unidade de Saúde da Família.** Brasília, 2000.

_____. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília DF: Senado, 1988.

_____. **Lei nº 8080**, de 19 de setembro de 1990. *Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências*. Brasília, 1990. Disponível em: <<http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=134238>> Acesso em: 20 maio 2005.

_____. **Lei nº 8142**, de 28 de dezembro de 1990. *Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências*. Brasília, 1990. Disponível em: <<http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=134561>> Acesso em: 20 maio 2005.

_____. **Lei 10.741/03**, de 1º de Outubro de 2003. *Dispõe Sobre o Estatuto do Idoso e dá Outras Providências*. Brasília, 2003. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2003/L10.741.htm>. Acesso em: 20 maio 2005.B

_____. **Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB)**. Disponível em <<http://www.datasus.gov.br/siab/siab.htm>>. Acesso em: 11 mar 2006d.

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Brasília, 2006f.

_____. Ministério da Saúde. **Cartas dos direitos dos Usuários da Saúde**. Ministério da Saúde: Brasília, 2006b.

_____. Ministério da Saúde. **Avaliação Para a Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família**: Documento Técnico. Brasília, 2006c.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2006a.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 156 de 19 de Janeiro de 2006**. Dispõe sobre o uso da penicilina na Atenção Básica à saúde e nas demais unidades do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2006e.

_____. Ministério da Educação. **Lei 8069 de 13 de Julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente, e dá outras providências. Brasília, 2005.

CABRAL, A. M. C. et al. (Orgs.). **Referência e contra-referência**: uma proposta de reestruturação para a assistência à saúde no Distrito Sanitário IV – Recife. Recife: Bargaço, 2005.

CAMPOS, G. W. de S.; FRANCO, S. C. Acesso à Ambulatório Pediátrico de um Hospital Universitário. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 32 n. 4. p. 352-360, 1998.

CAMPOS, G. W. de S. **Saúde Paidéia**. 2. Ed. São Paulo: HUCITEC, 2003.

CAMPOS, F. E.; BELISÁRIO, S.A. O Programa de Saúde da Família e os desafios para a formação profissional e a educação continuada. **Interface – Comunic, Saúde, Educ**, São Paulo, n. 9. p. 133-142, 2001.

CARLINI-COTRIM, B. Potencialidades da Técnica qualitativa *grupo focal* em investigações sobre abuso de substâncias. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, v. 30, n. 3, p. 285-293. 1996.

CAZELLI, Carla Moura. Avaliação do processo de implementação do PSF numa megalópole, sob o ponto de vista do morador: o caso do Município do Rio de Janeiro. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA 7. 2003, Brasília. **Anais...** Brasília: Associação Brasileira de Saúde Coletiva, 2003. p. 538. Suplemento 1.

CECÍLIO, L. C. de O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: Pinheiro, R. e Mattos, R.A. (Orgs.). **Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado à Saúde**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2001. p. 113-126.

_____. Modelos Tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cad. de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, Nº 3. p. 469-478, jul/set. 1997.

CHULZE, C. M. N. As Representações Sociais de Pacientes Portadores de Câncer. In: Spink, J. M. (Org.). **O Conhecimento no Cotidiano**: as representações sociais na perspectiva da psicologia social. São Paulo, Brasiliense, 2004. p. 266-279.

CHIZZOTTI, Antônio. **Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais**. 7. Ed. São Paulo: Cortez, 2005.

COHN, A.; et al. **A Saúde como Direito e como Serviço**. 3. Ed. São Paulo: Cortez, 2002.

CONILL, Eleonor Minho. Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994-2000. **Cad. de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, supl. p. 191-202, 2002.

CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre *et al.* A Avaliação na Área de Saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M. A. (Org). **Avaliação em Saúde**: dos modelos conceituais à prática na implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. p. 29-47.

COSTA, N. R. Política Social e Ajuste Macroeconômico. **Cad. de Saúde Pública**, Rio de Janeiro vol.18, p. S13-S21, 2002.

CRUZ NETO, Otávio. Trabalho de Campo como Descoberta e Criação. In: MINAYO, Cecília (org.), **Pesquisa Social**: Teoria, método e criatividade. Rio de Janeiro: Vozes, 1994. p. 51-66.

CUNHA, G. T. **A Construção da Clínica Ampliada na Atenção Básica**. São Paulo: Hucitec, 2005.

DALMASO, A. S.W. Atendimento à Demanda Espontânea: pronto-atendimento e atividades programáticas. In: SCHRAIBER I. B.; NEMES, M. I. B.; MENDES-GONÇALVES, R.B. (Orgs.). **Saúde do Adulto: programas e ações na unidade básica**. São Paulo: HUCITEC, 2000 – (Saúde em Debate; 96. Série Didática; 3). P. 151-172.

DEMO, Pedro. **Avaliação Qualitativa**. 8. Ed., Campinas: Autores Associados, 2005.

_____. **Metodologia Científica em Ciências Sociais**. São Paulo: Atlas, 1995.

DESLANDES, Sueli F.; GOMES, Romeu. A Pesquisa qualitativa nos serviços de saúde. In: BOSI, M. L. M.; MERCADO, Francisco Javier. **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. Rio de Janeiro: Vozes, 2004. p. 99-120.

DESLANDES, Suely Ferreira. Concepções em pesquisa social: articulações com o campo da avaliação em serviços de saúde. **Cad. de Saúde Pública**, Rio de Janeiro vol.13, no.1, p.103-107, jan./mar. 1997.

_____. A ótica de gestores sobre humanização da assistência nas maternidades municipais do Rio de Janeiro. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 10, n. 3: 615-626, Jul/Set, 2005.

DIMENSTEIN, M. et al. Avaliação e qualidade em saúde na perspectiva da equipe multiprofissional na rede básica de Natal/RN. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA 7. 2003, Brasília. **Anais...** Brasília: Associação Brasileira de Saúde Coletiva, 2003. p. 521. Suplemento 2.

DONABEDIAN, Avedís. **La calidad de la atención médica: definición y métodos de evaluación**. México, Ediciones Copilco S. A., 1984.

ELIAS, P. E. et al. Atenção Básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro V. 11 n. 3, p. 633 – 641, Jul/Set. 2006.

FACCHINI, L. A. et al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da atenção básica à saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11 n. 3, p. 669-681. 2006.

FALEIROS, V. de P. **Saber profissional e poder institucional**. São Paulo: Cortez, 1987.

FELICIANO, K. V. de O. **Aceitabilidade da Equipe de Saúde da Família Pela População adscrita**. Projeto Proesf/Componente 3/Estudos de Linha de Base nos Municípios selecionados para o Componente 1. MIMEO. 2005.

FELISBERTO, Eronildo; SAMICO, Isabela. Qualidade na atenção à saúde: uma experiência de avaliação – à procura da satisfação do usuário. **Revista do IMIP**, Recife, v. 13 n. 2, p. 128-137, dez. 1999.

FEKETE, M. C.. **Estudo da acessibilidade na avaliação dos serviços**. Projeto GERUS. S. 1. s. n. 1996.

GALINDO, E. F. **Qualidade da atenção à saúde no Distrito Sanitário V da Cidade do Recife**: a visão dos usuários. 2001. Monografia. (Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva) Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva. Instituto Aggeu Magalhães. Recife.

GATTÁS, Graziela R. I. C.. **Análise do Programa Saúde da Família a Partir dos Usuários da USF de Vila União/DS IV no Recife**. 2003. Monografia. (Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva). Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva. Instituto Aggeu Magalhães. Recife.

GOMES, R. et al. As representações sociais e a experiência da doença. **Cad. de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.18. p. 1207-1214. nov/dez. 2002.

HAGUETTE, T. M. F. **Metodologias Qualitativas na Sociologia**. 10. Ed. Petrópolis: Vozes, 2005.

HALAL, I. S. et al. Avaliação da qualidade da assistência primária à saúde em localidade urbana da Região Sul do Brasil. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, v. 28, n. 2, 1994.

HARTZ, Z. M. de A. et al. Atenção Primária à Saúde da Criança: um olhar da comunidade na cidade do Recife. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA 7. 2003, Brasília. **Anais...** Brasília: Associação Brasileira de Saúde Coletiva, 2003. p. 540. Suplemento 2.

HARTZ, Z. M. de A. Explorando novos caminhos na pesquisa avaliativa das ações de saúde. In: HARTZ, Z. M. A. (Org). **Avaliação em Saúde**: dos modelos conceituais à prática na implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. P. 19-27.

HORTALE, V. A. et al. Operacionalizando as Categorias Acesso e Descentralização na Análise de Sistemas de Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 16 v.1. p. 231-239, Jan/mar, 2000.

KOVACS, M. H. et al. Acessibilidade às ações básicas entre crianças atendidas em serviços de pronto socorro. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 81. p. 251-258. Maio/Jun. 2005.

LEVCOVITZ, E. et al. Políticas de Saúde nos anos 90: relações Intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro. v. 6 n. 2, p. 269-291. 2001.

MATTOS, R. A. de. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro, R. e Mattos, R. A. de. (Orgs.). **Os**

sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2001. P. 39-64.

MENDES, Vera Lucia P. Santos. Avaliação da Satisfação dos Usuários com os Serviços de Saúde: uma questão de cidadania ou mercadológica? CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA 7. Brasília. **Anais...** Brasília: Associação Brasileira de Saúde Coletiva, 2003. p. 532. Suplemento 2.

MENDES, E. V. **Distrito Sanitário:** O processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. 4ª Edição, São Paulo-Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 1999.

MENDES, E. V.; PESTANA, M. **Pacto de Gestão:** da Municipalização Autárquica à Regionalização Cooperativa. Secretaria de estado de Saúde de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2004. 80p.

MENDES, A. C. G. et al. Modelo Assistencial – o usuário construindo seu próprio acesso: o caso da atenção ao parto no município de Camaragibe. **RASPP – Rev. Assoc. Saúde Pública Piauí**, n. 2 v.2. p. 170-178, Jul/Dez, 1999.

MERHY, E. E. A Rede Básica como uma construção da saúde pública e seus dilemas. In: Merhy, E. e Onocko, R. (Orgs.). **Agir em Saúde:** um desafio para o público. São Paulo: HUCITEC, 2002 – (Saúde em Debate; 108. Série Didática; 6).

MERHY, E. E.; QUEIROZ, M. S. Saúde pública, rede básica e o sistema de saúde brasileiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 9 v. 2. 177-184, Abr/jun, 1993;

MERHY E. E. et al. Desafios para os gestores do SUS hoje: compreender os modelos de assistência à saúde no âmbito da Reforma Sanitária Brasileira e a potência transformadora da gestão. In: FREESE, E. (Org.). **Municípios:** A gestão da mudança em saúde. Recife: Universitária/UFPE, 2004. p. 45-76.

MERHY E. E. et al. Em Busca de Ferramentas Analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço de Saúde, interrogando e gerindo Trabalho em Saúde. In: Merhy, E. e Onocko, R. (Orgs.). **Agir em Saúde:** um desafio para o público. São Paulo: HUCITEC, 2002b– (Saúde em Debate; 108. Série Didática; 6). P. 113-150.

MERHY E. E.; FRANCO, T. **PSF:** contradições e novos desafios. Conferência Nacional de Saúde On-Line. 1996. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cns.htm>>. Acesso em 29 ago 2005.

MINAYO, Cecília. Ciência, Técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: MINAYO, Cecília (Orgs.), **Pesquisa Social:** teoria, método e criatividade. Rio de Janeiro: Vozes, 22. Ed., 2003. p. 9-15.

_____. **O desafio do Conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: HUCITEC, 1999.

NOVAES, H. M. Avaliação de Programas, Serviços e Tecnologias em Saúde. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, v. 34, n. 5, p. 547-559, 2000.

OLIVEIRA, L. M. A. de. **Saúde Bucal em Pernambuco: Acesso e Utilização dos serviços odontológicos do SUS em 2001**. 2002. Monografia (Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva). Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/Fiocruz. Recife.

ONOCKO, R. O encontro trabalhador-usuário na atenção à saúde: uma contribuição da narrativa psicanalítica ao tema do sujeito na saúde coletiva. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 573-583, Jul/Set, 2005.

PAIM, Jairnilson Silva. Políticas de saúde no Brasil. In ROQUAYROL, Maria Zélia e ALMEIDA FILHO, Naomar. **Epidemiologia e Saúde**. 6 Ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. p. 587-603.

_____. Modelos de Atenção e Vigilância da Saúde. In ROQUAYROL, Maria Zélia e ALMEIDA FILHO, Naomar. **Epidemiologia e Saúde**. 6 Ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. p. 567-586.

PICCINI, R. X. et al. Necessidades de saúde comuns aos idosos: efetividade na oferta e utilização em atenção básica. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 657-667, Jul/Set, 2006;

PINHEIRO, R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: PINHEIRO, R. e MATTOS, R. A. de. **Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado à Saúde**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2001. p. 65-112.

QUEIROZ, M.S. Representações Sociais: uma perspectiva multidisciplinar em pesquisa qualitativa. In: BARATA, R.B.; BRICEÑO-LEON, R. (Org.) **Doenças endêmicas: abordagens sociais, culturais e contemporâneas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. P. 27-46.

RAMOS, D. D.; LIMA, M. A. D. da S. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, V. 19, n. 1, p. 27-34, 2003.

RECIFE. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde: 2002-2005**. Recife, 2002.

_____. **Plano Municipal de Saúde: 2006-2009 – Recife Saudável: Inclusão Social e Qualidade no SUS**. Recife, 2005.

_____. **População do Recife – Censo Demográfico e Projeções 2001-2005**. Recife, 2002.

RECIFE. Secretaria de Planejamento (Projeto PNUD). **Desenvolvimento Humano no Recife - Atlas Municipal**. Recife, 2005. 1 CD ROM.

REIS, Cláudia da C. L.; HORTALE, Virginia A. Programa Saúde da Família: supervisão ou "convisão"? estudo de caso em município de médio porte. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 492-501, Mar./Abr. 2004.

REIS, E. J. F. B. dos et al. Avaliação da qualidade dos serviços de saúde: notas bibliográficas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 50-61, 1990.

RIBEIRO, M. C. A. et al. Perfil Sóciodemográfico e Padrão de Utilização de Serviços de Saúde para Usuários e não-usuários do SUS – PNAD 2003. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, nº 4, 657-667, Out/Dez, 2006.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa Social: métodos e técnicas**. São Paulo: Atlas, 1989.

RODRIGUES, L., A. J. et al. Interações com Usuários na Atenção Básica de Saúde. In: SCHRAIBER I. B.; NEMES, M. I. B.; MENDES-GONÇALVES, R.B. (Orgs.). **Saúde do Adulto: programas e ações na unidade básica**. São Paulo: HUCITEC, 2000. p. 262-275 (Saúde em Debate) 96. Série Didática, 3).

Sá, D. A. de. **Atenção à Saúde no Brasil: um estudo do acesso à assistência a partir do Sistema de Informação do SUS (SIA-SUS)**. 2002. Dissertação (Mestrado em saúde pública). Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva. Instituto Aggeu Magalhães. Recife.

SÁ, Paulo Klingelhofer de. **A Integralidade da Atenção no Programa Médico de Família de Niterói/Rio de Janeiro**. 2003 (114p). Dissertação (Mestrado) Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro.

SANTANA, J. P. et al. **Formação Profissional em Saúde: desafios para a Universidade**. Disponível em: <www.opas.org.br/rh/publicações/textos_apoio/ACF2114.pdf>. Acesso em 27 fev 2007.

SANTOS, A. C. de O. **O Programa da Saúde da Família Sob a Ótica do Usuário**. 2003. 40f. Monografia (Graduação em enfermagem). Universidade Federal de Pernambuco. Recife.

SCHRAIBER I. B.; MENDES-GONÇALVES, R.B. Necessidades de Saúde e Atenção Primária. In: SCHRAIBER I. B.; NEMES, M. I. B.; MENDES-GONÇALVES, R.B. (Orgs.). **Saúde do Adulto: programas e ações na unidade básica**. São Paulo: HUCITEC, 2000. p. 29-47. (Saúde em Debate) 96. Série Didática, 3.

SERRA, C. G. **Atenção Básica e Continuidade de Cuidados Como Estratégias Para Consolidação da Integralidade do SUS: uma análise sobre os processos de implantação do PSF, construção de sistemas de referência e regionalização assistencial no estado do Rio de Janeiro**. 2003. Tese (Doutorado). Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro.

SILVA, F. V. N. da. **Considerações sobre a Judicialização do Acesso à Saúde**. 2005. Monografia (Submetida à Comissão Julgadora do Prêmio Ajuris – Direitos Humanos). Universidade Católica de Pelotas/NIDHUS.

SILVA, L. M. V. da et al. O processo de distritalização e a utilização de serviços de saúde: avaliação do caso de Pau da Lima, Salvador, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, V. 11, n. 1, p. 72-84, 1995.

SIQUEIRA-BATISTA, R.; SCHRAMM, F. R. A Saúde entre a Iniquidade e a Justiça: contribuições da igualdade complexa de amartya Sem. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10 n. 1, p. 129-142, jan/mar 2005.

SONTAG, S. **A doença como metáfora**. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

SOUZA, A. M. de; BARBOSA, L.; BORBA, M. M.; VAREJÃO, R. Avaliação da visita domiciliar realizada pelo Agente Comunitário de Saúde: a visão das famílias. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA 7. 2003, Brasília. **Anais...** Brasília: Associação Brasileira de Saúde Coletiva, 2003. p. 534. Suplemento 1.

SPINK, Mary Jane P. O conceito de representação social na abordagem psicossocial. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 9, n.3, jul./set. 1993.

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

STEPHAN-SOUZA, Auta. Os Usuários e a qualidade do atendimento no HU/UFJF. CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA 7. Brasília. **Anais...** Brasília: Associação Brasileira de Saúde Coletiva, 2003. p. 537. Suplemento 1.

STOTZ, E. N. **Necessidades de Saúde: Mediações de um conceito (Contribuição das Ciências Sociais para a Fundamentação teórico-metodológica de conceitos operacionais da área de Planejamento em Saúde)**. 1991. Tese (Doutorado). Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz. Rio de Janeiro.

TANAKA, O. Y; MELO, C. Reflexões sobre a avaliação em serviços de saúde e a adoção das abordagens qualitativa e quantitativa. In: BOSI, M. L. M.; MERCADO, Francisco Javier. **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. Rio de Janeiro: Vozes, 2004. p. 121-136.

TRAD, L. A. B.; BASTOS, A. C. de S.; SANTANA, E. de M.; NUNES, M. O. Estudo etnográfico da satisfação do usuário do Programa de Saúde da Família (PSF) na Bahia. **Ciê. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, nº 3, p. 581-589, 2002.

TRAVASSOS, Claudia; MARTINS, Mônica. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20 Sup 2, p. 190-198, 2004.

TRAVASSOS, Claudia. Equidade e o Sistema Único de Saúde: uma contribuição para debate. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, V.13, n. 2, p. 325-331.1997.

TRAVASSOS, C. et al. Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.5, n. 1, p. 133-149. 2000.

TRAVESSO-YÉPEZ M.; MORAIS, N. A. Reivindicando a subjetividade dos usuários da rede básica de saúde: para uma humanização do atendimento. **Cad. de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 80-88, 2004.

UCHIMURA, Kátia Yumi,; BOSI, Maria Lucia Magalhães. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços em saúde. **Cad. de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18 n. 6, p. 1561-1569. nov/dez. 2002.

UNGLERT, C. V. de S. O enfoque da Acessibilidade no Planejamento da Localização e Dimensão dos Serviços de Saúde. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, v. 24, n. 6, p. 445-452, 1990.

UNGLERT, C. V. de S. et al. Acesso aos serviços de saúde: uma abordagem de Geografia em Saúde Pública. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, v. 21 n. 5, p. 439-446, 1987.

VAITSMAN, J.; ANDRADE, G. B. de. Satisfação e Responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da Assistência à saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10 n. 3, p. 599-613, 2005.

VARGAS, I. et al. Equidad y reformas de los sistemas de salud em Latinoamérica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 18. v. 4, p. 927-937, jul-ago, 2002.

VELLOSO, V. R. O.; SOUZA, R. G. Acesso e hierarquização: um caminho (re)construído. In: BODSTEIN, Regina (org.). **Serviços Locais de Saúde: construção de atores e políticas**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1993. p. 97-115.

VIANA, A..L..D. Enfoques metodológicos em políticas públicas: novos referenciais para os estudos sobre políticas sociais. In: CANESQUI, A. M. **Ciências Sociais e Saúde**. São Paulo: HUCITEC- ABRASCO, 1997.

VIANA, A..L..D.; DAL POZ, Mario Roberto. A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **Physis -Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro. v. 8. n. 2, P. 11-48. 1998.

VIEIRA DA SILVA, L.M. Conceitos, abordagens e estratégias para avaliação em saúde. In: HARTZ, Z.M.A.; VIEIRA DA SILVA, L.M. (Orgs.) **Avaliação em Saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de Programas e sistemas de saúde**. Salvador: EDUFBA: Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. P. 15-39.

ZAICANER, R. Satisfação da Clientela no SUS Municipal – o uso do Discurso do Sujeito Coletivo em Avaliação do Serviço. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA 7. 2003, Brasília. **Anais...** Brasília: Associação Brasileira de Saúde Coletiva, 2003. p. 536. Suplemento 2.

APÉNDICES

APÊNDICE A

ROTEIRO DA ENTREVISTA COM O USUÁRIO

Título da Pesquisa: ACESSO À ATENÇÃO À SAÚDE NO SUS: O PSF COMO (ESTREITA) PORTA DE ENTRADA

1. IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO

ENDEREÇO: _____

IDADE: _____ ESCOLARIDADE: _____ RENDA: _____

RAÇA/COR _____ USF/EQUIPE : _____

2. INFORMAÇÕES SOBRE A UNIDADE DE SAÚDE

2.1. Há quanto tempo a unidade de saúde (USF) está implantada na comunidade?

2.2 Qual a importância desta unidade de saúde para a comunidade?

2.3 Você já utilizou os serviços da unidade de saúde? () Sim () Não

Por quê? _____

3. INFORMAÇÕES SOBRE O ACESSO

3.1 Dimensão geográfica

3.1.2 O que você acha da localização da unidade de saúde em relação à distância da sua residência?

3.1.2 Há algum obstáculo entre sua residência e a unidade de saúde (rios, grandes avenidas, morros, viadutos)?

3.1.3 Se existem, o que você acha desses obstáculos?

3.1.4 Como você faz para chegar à Unidade?

3.1.5. O que acha do tempo de deslocamento para a unidade?

3.2 Dimensão Organizacional

3.2.1 Qual sua opinião com relação à marcação da consulta?

3.2.2 Como é sua relação com os profissionais?

3.2.3 O que acha do tempo de espera para o atendimento ou para marcação das consultas na USF?

3.2.4 Quais as dificuldades que enfrenta quando é encaminhado para outros serviços de saúde (referência)?

3.2.5 Quais as dificuldades que enfrenta quando necessita de consultas para especialistas?

3.2.6 Ao ser atendido no especialista, recebe orientações sobre o retorno à sua unidade de origem (USF)? Como são essas orientações?

3.2.7 Como você considera o tempo para realização e entrega de resultados de exames?

3.2.8 Como você considera o funcionamento interno da unidade (organização dos serviços, forma e horário de atendimento, acolhimento etc)?

3.2.9 Como considera a disponibilidade e o acesso aos medicamentos na USF?

3.2.10 Quais atividades, além do atendimento de assistência (médica, odontológica e de enfermagem), são realizadas pelos profissionais?

3.2.11 Considera a equipe suficiente para a atenção à saúde de todas as pessoas cadastradas? Por quê?

3.3 Dimensão Sócio-cultural

3.3.1 Quais necessidades de saúde normalmente levam (ou levariam) você a procurar os serviços da unidade de saúde (USF)?

3.3.2 Que necessidades de saúde você acha que as ações e serviços da USF de sua comunidade atendem e quais deveriam atender?

3.3.3 Você acha que os serviços da unidade atendem suas necessidades de saúde? Por quê?

3.3.4 Você acha que os profissionais da Unidade de saúde deveriam morar na comunidade? Por quê?

3.3.5. Para você, qual a importância da participação dos usuários na fiscalização e controle das políticas de saúde?

3.3.6 Como você vê sua comunidade?

3.4 Dimensão Econômica

3.4.1 Como você considera as despesas que tem com a saúde?

3.4.3 O custo das despesas com a saúde lhe impede (ou já lhe impediu) de receber o cuidado de que necessita?

3.4.4 Já teve prejuízos financeiros por necessitar se afastar do trabalho por motivo de saúde? Quais?

4. SUGESTÕES

1. Na sua opinião, o que poderia ser feito para melhorar o acesso a atenção à saúde a partir da unidade(USF)?

APÊNDICE B

ROTEIRO DA ENTREVISTA COM O PROFISSIONAL

Título da Pesquisa: ACESSO À ATENÇÃO À SAÚDE NO SUS: O PSF COMO (ESTREITA) PORTA DE ENTRADA

1. IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL

ENDEREÇO: _____
 IDADE: _____ ESCOLARIDADE: _____ RENDA: _____
 RAÇA/COR _____ USF/EQUIPE : _____

2. INFORMAÇÕES SOBRE A UNIDADE DE SAÚDE

- 2.1 Há quanto tempo a unidade de saúde (USF) está implantada na comunidade?
- 2.2 Há quanto tempo você trabalha nesta unidade de saúde (USF)?
- 2.3 Qual a importância desta unidade de saúde para a comunidade?

3. INFORMAÇÕES SOBRE O ACESSO

3.1 Dimensão geográfica

- 3.1.1 O que você acha da localização da unidade de saúde em relação à distância das residências dos usuários cadastrados?
- 3.1.2 Há obstáculos entre a residência dos usuários e a unidade de saúde (rios, grandes avenidas, morros, viadutos)?
- 3.1.3 Se existirem, o que você acha desses obstáculos?

3.2 Dimensão Organizacional

- 3.2.1 Qual sua opinião com relação à forma de marcação da consulta?
- 3.2.2 Qual sua opinião sobre o atendimento/acolhimento?
- 3.2.3 Qual sua opinião sobre o tempo de espera para o atendimento ou para marcação das consultas na USF?
- 3.2.4 Quais as dificuldades que os usuários enfrentam quando são encaminhados para outros serviços de saúde (apoio diagnóstico e outros)?
- 3.2.5 Quais as dificuldades que os usuários enfrentam quando necessitam de consultas para especialistas?
- 3.2.6 Como você considera o sistema de referência e contra-referência do Distrito Sanitário IV?
- 3.2.7 Como você considera o tempo para realização e entrega de resultados de exames?
- 3.2.8 Como você considera o funcionamento interno da unidade (organização dos serviços, forma e horário de atendimento, acolhimento etc)?
- 3.2.9 Como considera a disponibilidade e o acesso aos medicamentos na USF?
- 3.2.10 Como considera a adequação do número de famílias para a equipe?
- 3.2.11 Quais atividades, além da assistência, são realizadas?

3.3 Dimensão Sócio-cultural

- 3.3.1 Quais necessidades de saúde (queixas) mais frequentemente levam os usuários a procurar a USF?

3.3.2 Que necessidades de saúde as ações e serviços da USF atendem e quais deveriam atender?

3.3.3 Você acha que as ações e serviços da USF atendem às necessidades de saúde dos usuários?

3.3.4 Você acha que os profissionais da unidade de saúde deveriam morar na comunidade? Por quê?

3.3.5 Para você, qual a importância da participação dos usuários na fiscalização e controle das políticas de saúde?

3.3.6 Como você vê a comunidade onde trabalha?

3.4 Dimensão Econômica

3.4.1 Como você considera as despesas que os usuários têm com a saúde?

3.4.2 O custo das despesas com a saúde impede (ou já impediu) os usuários de adquirirem a atenção de que necessitam?

3.4.3 Que tipo de despesas com a saúde você acha que os usuários têm?

4. SUGESTÕES

1. O que poderia ser feito para melhorar o acesso dos usuários à atenção à saúde a partir da unidade (USF)?

APÊNDICE C

ROTEIRO DA ENTREVISTA COM O GESTOR DO DISTRITO SANITÁRIO IV

Título da Pesquisa: ACESSO À ATENÇÃO À SAÚDE NO SUS: O PSF COMO (ESTREITA) PORTA DE ENTRADA

1. IDENTIFICAÇÃO DO GESTOR

ENDEREÇO: _____

IDADE: _____ ESCOLARIDADE: _____ RENDA: _____

RAÇA/COR _____ USF/EQUIPE : _____

2. INFORMAÇÕES SOBRE A UNIDADE DE SAÚDE _____

2.1 Há quanto tempo a unidade de saúde (USF) está implantada na comunidade?

2.2 Há quanto tempo você é gestor neste Distrito?

2.3 Qual a importância desta unidade de saúde para a comunidade?

3. INFORMAÇÕES SOBRE O ACESSO

3.1 Dimensão geográfica

3.1.1 O que você acha da localização da unidade de saúde em relação à distância das residências dos usuários cadastrados?

3.1.2 Há obstáculos entre a residência dos usuários e a unidade de saúde (rios, grandes avenidas, morros, viadutos)?

3.1.3 Se existirem, o que você acha desses obstáculos?

3.2 Dimensão Organizacional

3.2.1 Qual sua opinião com relação à forma de marcação da consulta?

3.2.2 Qual sua opinião sobre o atendimento/acolhimento?

3.2.3 Qual sua opinião sobre o tempo de espera para o atendimento ou para marcação das consultas na USF?

3.2.4 Quais as dificuldades que os usuários enfrentam quando são encaminhados para outros serviços de saúde (apoio diagnóstico e outros)?

3.2.5 Há demora no agendamento de consultas para especialistas?

3.2.6 Como você considera o tempo para realização e entrega de resultados de exames?

3.2.7 Como você considera o funcionamento interno da unidade (organização dos serviços, forma e horário de atendimento, acolhimento etc)?

3.2.8 Como considera a disponibilidade e o acesso aos medicamentos na USF?

3.2.9. Como você considera o sistema de referência e contra-referência do Distrito Sanitário IV?

2.2.10 Como considera a adequação do número de famílias para as equipes?

2.2.11 Quais atividades, além da assistência, são realizadas?

3.3 Dimensão Sócio-cultural

3.3.1 Quais necessidades de saúde (queixas) mais frequentemente levam os usuários a procurar a USF?

3.3.2 Que necessidades de saúde as ações e serviços da USF atendem e quais deveriam atender?

3.3.3 Você acha que as ações e serviços da USF atendem às necessidades de saúde dos usuários? Por quê?

3.3.4 Você acha que os profissionais da unidade de saúde deveriam morar na comunidade? Por quê?

3.3.5 Para você, qual a importância da participação dos usuários na fiscalização e controle das políticas de saúde?

3.4 Dimensão Econômica

3.4.1 Como você considera as despesas que os usuários têm com a saúde (muito altas ou baixas)?

3.4.2 O custo das despesas com a saúde impede (ou já impediu) os usuários de adquirirem a atenção de que necessitam?

3.4.3 Que tipo de despesas com a saúde você acha que os usuários têm?

4. SUGESTÕES

4.1 O que poderia ser feito para melhorar o acesso dos usuários à atenção à saúde a partir da unidade (USF)?

APÊNDICE D

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (Modelo para o usuário)

Título do Projeto: ACESSO À ATENÇÃO À SAÚDE NO SUS: O PSF COMO (ESTREITA) PORTA DE ENTRADA

Instituição Responsável: NESC/CPqAM/FIOCRUZ

O senhor(a) está sendo convidado(a) a participar da pesquisa científica “Acesso à Atenção à Saúde no SUS: o PSF como (estreita) porta de entrada”, cujo objetivo é avaliar a qualidade da atenção à saúde, no que se refere ao acesso, no Programa de Saúde da Família, a partir do ponto de vista da população usuária. Serão investigadas as possíveis dificuldades colocadas entre a população usuária e os serviços de saúde oferecidos a partir do Programa de Saúde da Família, no Distrito Sanitário IV. Busca-se saber se existem (e analisar) situações que impedem os usuários de receber a atenção integral necessária à sua saúde.

Sua participação é livre e espontânea, não havendo à sua pessoa nenhum tipo de prejuízo ou dano físico ou psíquico em relação à instituição na qual trabalha, em relação à pesquisadora, nem em relação à instituição responsável por este estudo.

O instrumento de coleta dos dados será a entrevista individual. No que concerne à identidade do entrevistado, haverá o cuidado necessário à sua preservação, nomeando-se apenas o cargo e a função (se for o caso) que ocupa. Solicitamos sua autorização, tanto para gravarmos a entrevista em fita K-7, como para divulgarmos os resultados da pesquisa em congressos e publicações científicas de um modo geral.

A importância de sua colaboração consiste no fato de que os resultados da pesquisa poderão contribuir para o aperfeiçoamento do sistema de saúde, particularmente no que se refere ao acesso dos usuários às ações e aos serviços a partir do Programa de Saúde da Família.

Quaisquer esclarecimentos que necessite poderá entrar em contato com a autora da pesquisa, Ana Lucia Martins de Azevedo, pelo endereço: Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, sito à Av. Profº Moraes Rego, S/N Cid. Universitária, telefone (81) 21012611, ou e-mail: anazevedo.d@ig.com.br.

Minha participação é voluntária e está formalizada por meio da assinatura deste Termo em duas vias, sendo uma retida por mim e a outra pela pesquisadora. Poderei deixar de participar a qualquer momento sem que isso acarrete qualquer prejuízo à minha pessoa.

Assinatura

da

Pesquisadora

Nome _____ do _____ Sujeito

Endereço _____

Assinatura _____ do

Sujeito _____

Recife, _____ de _____ de 2006

APÊNDICE E

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (Modelo para o Profissional/gestor)

Título do Projeto: ACESSO À ATENÇÃO À SAÚDE NO SUS: O PSF COMO (ESTREITA) PORTA DE ENTRADA

Instituição Responsável: NESC/CPqAM/FIOCRUZ

O senhor(a) está sendo convidado(a) a participar da pesquisa científica “Acesso à Atenção à Saúde no SUS: o PSF como (estreita) porta de entrada”, cujo objetivo é avaliar a qualidade da atenção à saúde, no que se refere ao acesso, no Programa de Saúde da Família, a partir do ponto de vista da população usuária. Serão investigadas as possíveis dificuldades colocadas entre a população usuária e os serviços de saúde oferecidos a partir do Programa de Saúde da Família, no Distrito Sanitário IV. Busca-se saber se existem (e analisar) situações que impedem os usuários de receber a atenção integral necessária à sua saúde.

Sua participação é livre e espontânea, não havendo à sua pessoa nenhum tipo de constrangimento ou de prejuízo (dano físico ou psíquico) em relação aos seus superiores, à instituição na qual trabalha, à pesquisadora, nem em relação à instituição responsável por este estudo.

O instrumento de coleta dos dados será a entrevista individual. No que concerne à identidade do entrevistado, haverá o cuidado necessário à sua preservação, nomeando-se apenas o cargo que ocupa. Solicitamos sua autorização, tanto para gravarmos a entrevista em fita K-7, como para divulgarmos os resultados da pesquisa em congressos e publicações científicas de um modo geral.

A importância de sua colaboração consiste no fato de que os resultados da pesquisa poderão contribuir para o aperfeiçoamento do sistema de saúde, particularmente no que se refere ao acesso dos usuários às ações e aos serviços a partir do PSF.

Quaisquer esclarecimentos que necessite poderá entrar em contato com a autora da pesquisa, Ana Lucia Martins de Azevedo, pelo endereço: Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, sito à Av. Profº Moraes Rego, S/N Cid. Universitária, telefone (81) 21012611, ou e-mail: anazevedo.d@ig.com.br.

Minha participação é voluntária e está formalizada por meio da assinatura deste Termo em duas vias, sendo uma retida por mim e a outra pela pesquisadora. Poderei deixar de participar a qualquer momento sem que isso acarrete qualquer prejuízo à minha pessoa.

Assinatura da Pesquisadora _____

Nome _____ do _____ Sujeito

Endereço _____

Assinatura do Sujeito _____

Recife, _____ de _____ de 2006

APÊNDICE F**AUTORIZAÇÃO**

Eu, _____,
residente na rua _____, identidade
nº _____, autorizo a menor
_____, por quem sou responsável, a
participar como sujeito na pesquisa científica “Acesso à Atenção à Saúde no SUS: o
PSF como (estreita) porta de entrada”, desenvolvida pela pesquisadora Ana Lucia
Martins de Azevedo, através do Curso de Mestrado, turma 2005-2007, do Centro de
pesquisas Aggeu Magalhães.

Recife, _____ de _____ de 2006

Responsável pelo(a) menor

APÊNDICE G

À
Secretaria de Saúde do Recife
Dr. _____

Prezado(a) Senhor (a),

Venho solicitar autorização dessa Secretaria para desenvolver a pesquisa científica “ACESSO À ATENÇÃO À SAÚDE NO SUS: O PSF COMO (ESTREITA) PORTA DE ENTRADA”, cujo objetivo é avaliar a qualidade da atenção à saúde, no que se refere ao acesso, no Programa de Saúde da Família, a partir do ponto de vista da população usuária. Serão investigados os possíveis obstáculos interpostos entre a população usuária e os recursos de saúde oferecidos a partir do PSF, no Distrito Sanitário IV.

A pesquisa faz parte da dissertação de mestrado em saúde pública que realizo no Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/Fundação Oswaldo Cruz (CPqAM/FIOCRUZ), sob a orientação do Professor André Monteiro Costa.

Para a coleta dos dados da pesquisa, solicito acesso às unidades de saúde e disponibilidade dos sistemas de informações e de documentos atinentes ao objeto do estudo, em especial daqueles relativos ao Distrito Sanitário IV.

Certa de contar com sua habitual colaboração para o desenvolvimento de pesquisas científicas no âmbito do SUS e, mais especificamente, com aquelas relacionadas ao acesso à atenção à saúde partir do PSF, agradeço antecipadamente.

Ilmo Sr.

Secretário de Saúde do Recife

APÊNDICE H

MATERIAIS PARA ATENDIMENTO À ANAFILAXIA, QUE DEVERÃO CONSTAR EM “TODA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE”, CONFORME A PORTARIA Nº 156 DE 20 DE JANEIRO DE 2006

a. material/equipamentos:

a.1) agulhas hipodérmicas e descartáveis;

a.2) seringas;

a.3) máscara plástica para a administração de oxigênio úmido; e

a.4) cilindro de oxigênio, com válvula e manômetro em local de fácil visualização com saída para fluxômetro e umidificador.

b. medicamentos:

b.1) solução de epinefrina aquosa 1:1000 (ampola = 1ml = 1mg);

b.2) prometazina (ampola = 2ml = 50mg);

b.3) oxigênio;

b.4) fenotrol solução 0,5%;

b.5) solução de cloreto de sódio 0,9% (solução salina fisiológica, soro fisiológico – frasco de 250 e 500ml);