

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA  
SERGIO AROUCA  
ENSP

***“Demanda de Pronto-Atendimento ao Serviço de Emergência de um Hospital Geral em um Município coberto pela Estratégia de Saúde da Família: o caso de Quissamã”***

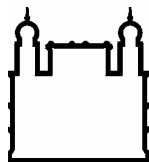
*por*

***Delba Machado Barros***

***Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre em Ciências na área de Saúde Pública.***

*Orientadora principal: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Marilene de Castilho Sá  
Segundo orientador: Prof. Dr. Francisco Javier Uribe Rivera*

*Rio de Janeiro, agosto de 2007.*



Ministério da Saúde

FIOCRUZ  
Fundação Oswaldo Cruz



*Esta dissertação, intitulada*

***“Demanda de Pronto-Atendimento ao Serviço de Emergência de um Hospital Geral em um Município coberto pela Estratégia de Saúde da Família: o caso de Quissamã”***

*apresentada por*

*Delba Machado Barros*

*foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:*

Prof. Dr. Ruben Araújo de Mattos

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Helena Magalhães de Mendonça

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Marilene de Castilho Sá – Orientadora principal

*Dissertação defendida e aprovada em 14 de agosto de 2007.*

Catálogo na fonte  
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica  
Biblioteca de Saúde Pública

B277d Barros, Delba Machado

Demanda de pronto-atendimento ao serviço de emergência de um hospital geral em um município coberto pela estratégia de saúde da família: o caso de Quissamã. / Delba Machado Barros. Rio de Janeiro: s.n., 2007.

199 p., il., tab., graf.

Orientador: Sá, Marilene de Castilho

Uribe Rivera, Francisco Javier

Dissertação de Mestrado apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

1.Serviços médicos de emergência. 2.Hospitais gerais.  
3.Estratégias locais. 4.Saúde da família. 5.Estudos de Casos.  
I.Título.

CDD - 22.ed. – 362.18

## DEDICATÓRIA

À minha família: em especial ao meu pai e minha mãe (“in memoriam”) por terem germinado as sementes da busca do conhecimento, da realização profissional, do respeito e da preocupação com o próximo; ao meu amado marido e minhas irmãs Deila e Desirée pelo apoio nessa caminhada.

## **AGRADECIMENTOS**

Aos orientadores Marilene e Javier por acompanharem o percurso deste trabalho.

Ao meu marido Marcio Capella pela sua contribuição nesse trabalho, pelo incentivo ao crescimento profissional e pelo suporte afetivo.

Ao ex e ao atual Gestor Municipal de Saúde de Quissamã, nas pessoas de Roberto Lopes e Armando de Nijs pela autorização ao afastamento parcial de minhas atividades profissionais para cursar o mestrado e por acreditarem que a gestão da Saúde Pública depende da profissionalização dos trabalhadores em saúde.

Aos colegas de trabalho pelo diálogo e pela aprendizagem no convívio. Em especial Débora Zarour e Anderson, da Coordenação de Saúde da Família e Merinha, do Setor de Faturamento que tantas informações me viabilizaram para essa pesquisa.

Aos trabalhadores da Unidade de Saúde da Família, aos médicos plantonistas e aos usuários por terem disponibilizado um tempo precioso do seu cotidiano para que eu pudesse fazer as entrevistas e por terem me permitido momentos de relação.

Aos amigos do coração pelos momentos em que estivemos juntos só no pensamento.

A amiga Tereza Cabral que com os seus conhecimentos epidemiológicos me ajudou a analisar os dados quantitativos da pesquisa.

Aos colaboradores Márcia Verol, Alexandre, Cathy, Lisa, Marianne pelo momento que passamos juntos para agilizar o levantamento dos dados sobre os usuários que procuraram atendimento na Emergência.

Vida, fé e morte  
Ângela Pasin

Vontade de contar esta história...  
Vontade de aprendizagem no cuidar...  
Vontade de cuidado no intratável...  
Vontade de começo... quando tudo termina.

Ela com imenso tumor pulmonar...  
Sem qualquer possibilidade cirúrgica...  
Sua única filha, gestante de 7 meses...  
Eu aprendiz, médica de sua família.

O marido e pai, motorista, tentando conduzir...  
A dor da confirmação da morte da mulher...  
A manutenção da vida, na gestação da filha...  
Vem comigo, doutora, me ajude na notícia.

Ela que conseguiu controlar o ar e a dispnéia...  
Na taquicardia daquele dia de visita em sua casa...  
Tarde de Novena de Nossa Senhora Aparecida...  
Fé nos santos e terços e na missa da televisão.

Do livreto da novena com tercinho branco...  
Que eu não resistindo a retribuir a lição aprendida...  
Comprei de impulso e dei de presente pra ela...  
No dia que solicitei sua internação no hospital.

Sabia comigo que não voltaria a vê-la...  
Precisava de cuidados mais intensivos...  
Acompanhei à distância a lenta agonia...  
Da luta viva na morte que a invadia.

Ela me ensinou na sua sabedoria...  
A vida que se vive da forma que vier...  
A forma que se dá à vida que virá...  
A fé que dá a forma do viver à vida.

Pra dona Helena,  
pela sabedoria de sua fé,  
sua vida e a sua morte,  
hoje.

Extraído da lista da Rede de Educação Popular em Saúde, em 28/10/2006.

## RESUMO

A redução do número de atendimentos ambulatoriais nas emergências hospitalares é um dos resultados esperados com a implantação da Estratégia da Saúde da Família, entretanto, no município de Quissamã/RJ as estatísticas dos atendimentos médicos no serviço de emergência não apontam para isso. Apesar de 100% da população estar adscrita a uma equipe de Saúde da Família, ela ainda procura “respostas rápidas” no serviço de emergência, independentemente da gravidade do problema que apresenta. Considerando que a maior parte dos problemas de saúde, segundo o ideário de potência preconizado pelo Ministério da Saúde, pode ser resolvida na Unidade de Saúde da Família, essa pesquisa visou compreender o porquê da população ainda optar por atendimento no serviço de emergência. Trata-se de um estudo de caso que teve como lócus o serviço de emergência e uma Unidade de Saúde da Família. Embora tenham sido levantados dados de natureza quantitativa para caracterizar a população que procura o serviço de emergência, é uma pesquisa predominantemente qualitativa. Foram feitas entrevistas semi-estruturadas individuais com médicos plantonistas e usuários da emergência e coletivas com os usuários e equipe de Saúde da Família, analisado boletins de atendimentos do serviço de emergência e documentos referentes à Unidade de Saúde da Família, além de observação participante. O campo teórico da Gestão em Saúde e da Psicossociologia embasaram essa pesquisa. O sistema de saúde local funciona de forma fragmentada, centrado nas tecnologias duras e leve-duras, numa lógica que privilegia a produção de procedimentos, em detrimento do cuidado. Foi visto que o “modus operandi” da Unidade de Saúde da Família apresenta contradições e desafios, por um lado, uma dificuldade de acolhimento do sofrimento, de estabelecimento de vínculo com o usuário, de responsabilização pelo cuidado e uma visão dicotômica entre promoção e assistência curativa. Por outro lado, a contradição entre “os tempos lentos” necessários a promoção e a assistência integral e os “tempos rápidos” ou o “domínio da urgência” como modalidade de subjetivação e sociabilidade na sociedade contemporânea. A inadequação da formação dos profissionais, sua baixa adesão ao projeto assistencial e a falta de credibilidade neles por parte da população foram identificados como entraves e, certamente, são outros desafios para o Sistema Único de Saúde.

Palavras-chave: 1. Estratégia da Saúde da Família; 2. Demanda no Serviço de Emergência; 3. Processo de Trabalho e Produção do Cuidado.

## ABSTRACT

The reduction in the number of ambulatory consultations in hospital emergencies is one of the results expected with the introduction of the Family Health Strategy. However, in Quissamã municipality, in the state of Rio de Janeiro, the statistics of medical consultations in emergency services do not lead to this conclusion. Irrespective of the problem seriousness, people still look for “quick responses” in the emergency service, even though a 100% of the city population is registered in a family health program. Considering that the major part of the health problems, according to the ideological power spread out by the Health Department, can be solved in the Family Health Unity, this research aims at understanding the reason for the population still opt to continue using the emergency service. It is about a case study which had the emergency service and a family health unity as its locus. Although we had worked with quantitative data to characterize the population who search for the emergency service, the prevailing paradigm of this research is qualitative. It was done semi structured individual interviews with doctors who worked on duty and emergency users, a press conference with the Family Health Program users and its staff, and a participant observation. Attendance cards from the emergency service and documents regarding the Family Health Unity were also analyzed. The theoretical fields of Health Management and Psycho sociology were the grounds of this research. The local health system works in a fragmentary way, centered in the hard and soft-hard technologies. They focus on the action instead of on the care. It was found out that the Family Health Unity “modus operandi” presents contradictions and challenges. On one hand, it faces the difficulties of putting up with the suffering, establishing a link with the user, bearing responsibility for care and dealing with a dichotomous vision between promotion and treatment. On the other hand, it deals with the contradiction between the “slow times” necessary to the promotion and to the full time health care and the “quick times” or the “emergency control” as an aspect of subjectivity and sociability in modern society. The vocational training, the professional credibility and the support to the first-aid project were identified as restraints and, certainly, they are other challenges to the Public Health System.

Key-words: 1. Family Health Strategy; 2. Demand in the Emergency Service; 3. Work Process and Care Production.



## SUMÁRIO

**RESUMO**

**ABSTRACT**

**LISTA DE TABELAS, GRÁFICOS E QUADROS**

<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>12</b>
<b>1. DESAFIOS DO SUS E A ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA</b>	<b>23</b>
1.1. ATENÇÃO PRIMÁRIA COMO ESPAÇO PRIVILEGIADO DE INTERVENÇÃO DA SAÚDE DA FAMÍLIA	28
1.1.1. PORTA DE ENTRADA E ACESSIBILIDADE	29
1.1.2. ACOLHIMENTO, VÍNCULO E RESPONSABILIZAÇÃO	34
1.2. URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	38
<b>2. O MUNICÍPIO ESTUDADO E SUA REDE ASSISTENCIAL</b>	<b>42</b>
<b>3. OS CAMINHOS DA INVESTIGAÇÃO</b>	<b>60</b>
3.1. A ENTRADA EM CAMPO	64
<b>4. DEMANDA DE PRONTO ATENDIMENTO NA EMERGÊNCIA DO HOSPITAL</b>	<b>71</b>
4.1. QUEIXAS, SINTOMAS E RAZÕES ALEGADAS PARA A PROCURA DO ATENDIMENTO	82
<b>5. A UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM ESTUDO</b>	<b>89</b>
5.1. O TERRITÓRIO E A POPULAÇÃO ADSCRITA	89
5.2. A UNIDADE DE SAÚDE E SEUS RECURSOS	90
5.2.1. O ESPAÇO FÍSICO	90
5.2.2. RECURSOS FINANCEIROS	94
5.2.3. RECURSOS MATERIAIS	94
5.3. A EQUIPE E A GESTÃO DO TRABALHO	99
5.4. A ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO E AS CONDIÇÕES DE ACESSO	107
5.5. INDICADORES DE PRODUÇÃO	116
<b>6. O PROCESSO DE TRABALHO E A PRODUÇÃO DO CUIDADO</b>	<b>129</b>
6.1. A RECEPÇÃO COMO PORTA DE ENTRADA	136
6.2. O SISTEMA DE AGENDAMENTO E O ATENDIMENTO DAS CONDIÇÕES AGUDAS E CRÔNICAS	137
6.3. OS DESAFIOS DO VÍNCULO	140
6.4. TENSÃO ENTRE PRODUÇÃO DE PROCEDIMENTOS E PRODUÇÃO DO CUIDADO	144
6.5. O CUIDADO COMO RESPONSABILIDADE COLETIVA DO TRABALHADOR E DO CONJUNTO DE SERVIÇOS DO SISTEMA: DESAFIOS PARA INTEGRAÇÃO	151
<b>7. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>158</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>165</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>170</b>

- ANEXO 1 Termo de Autorização da Secretaria de Saúde para a realização da Pesquisa
- ANEXO 2 Termo de Consentimento livre e esclarecido utilizado para os Usuários do Serviço de Emergência
- ANEXO 3 Termo de Consentimento livre e esclarecido utilizado para Usuários das Unidades de Saúde da Família (entrevista em grupo)
- ANEXO 4 Termo de Consentimento livre e esclarecido utilizado para Usuários das Unidades de Saúde da Família (observação longitudinal)
- ANEXO 5 Termo de Consentimento livre e esclarecido utilizado para Médicos Plantonistas da Emergência
- ANEXO 6 Termo de Consentimento livre e esclarecido utilizado para Trabalhadores de Saúde da Família
- ANEXO 7 Roteiro das Entrevistas semi-estruturadas
- ANEXO 8 Roteiro das Observações Participantes
- ANEXO 9 Roteiro Para Análise Documental
- ANEXO 10 Atribuições dos Trabalhadores da Saúde da Família
- ANEXO 11 Fluxograma Descritor do Processo de Trabalho da Unidade de Saúde da Família

## LISTA DE TABELAS, GRÁFICOS E QUADROS

Tabela 1	“ <i>Da atenção médica primária à atenção primária à saúde</i> ”	28
Tabela 2	Famílias adscritas por Unidade de Saúde da Família em 2005	44
Tabela 3	Produção Ambulatorial de Atendimentos Médicos no Centro de Especialidades nos anos de 2004 e 2005, no município estudado	51
Tabela 4	Produção Ambulatorial da Fisioterapia, Serviço Social e Nutrição nos anos de 2004 e 2005, no município estudado	52
Tabela 5	Produção do Ambulatório de Saúde Mental nos anos de 2004 e 2005, no município estudado	52
Tabela 6	Número de Nascidos Vivos e Óbitos em menores de 1 ano, 2000-2005	56
Tabela 7	Série histórica do Pacto de Indicadores da Atenção Básica, do município de Quissamã	57
Tabela 8	Série Histórica dos Indicadores da Atenção Básica do Estado do Rio de Janeiro	58
Tabela 9	Frequência da população atendida na Emergência do Hospital Municipal de Quissamã segundo dias da semana e adscrição a Unidade de Saúde da Família de referência	73
Tabela 10	Frequência da população atendida na Emergência do Hospital Municipal de Quissamã segundo dias da semana e adscrição a Unidade de Saúde da Família de referência, no mês de Abril/06	74
Tabela 11	Frequência da população atendida na Emergência do Hospital Municipal de Quissamã segundo dias da semana e adscrição a Unidade de Saúde da Família de referência nos meses de Março e Abril/06	75
Tabela 12	Distribuição da população cadastrada na Unidade de família estudada por faixa etária e sexo em 2006	89
Tabela 13	Total de consultas médicas e média de consultas realizadas na Unidade em 2005 e 2006	118
Tabela 14	Quantitativo de procedimentos realizados pela Unidade de Saúde no período de Janeiro a Dezembro de 2005 e 2006	118
Tabela 15	Total de visitas por categoria profissional e média de visitas realizadas na Unidade em 2005 e 2006	119
Tabela 16	Indicadores de Resultado do Programa Saúde da Criança alcançados em 2005 e 2006 pela Unidade de Saúde	119
Tabela 17	Indicadores de Resultado do Programa de Saúde da Mulher alcançados em 2005 e 2006 pela Unidade de Saúde	120
Tabela 18	Percentual de cobertura vacinal em 2006	120
Tabela 19	Indicadores de Resultado do Programa de Hipertensão e Diabetes alcançados em 2005 e 2006 pela Unidade de Saúde	121

Gráfico 1	Total de atendimentos no Serviço de Emergência de Quissamã nos meses de Março/06 e Abril/06, segundo dia da semana e horário de chegada	77
Gráfico 2	Total de atendimentos na Emergência Hospitalar nos meses de Março/06 e Abril/06 por faixa de horários	78
Gráfico 3	Percentual da população por faixa etária que procurou por atendimento na Emergência Hospitalar nos meses de Março e Abril/2006 em Quissamã	79
Gráfico 4	Quantidade de usuários atendidos na Emergência nos meses de Março/06 e Abril/06 por sexo e faixa etária em Quissamã	80
Gráfico 5	Quantidade de usuários atendidos na Emergência nos meses de Março/06 e Abril/06 por sexo e horário de chegada ao serviço em Quissamã	80
Gráfico 6	Quantidade de usuários atendidos na Emergência nos meses de Março/06 por idade e horário de chegada ao serviço em Quissamã	81
Gráfico 7	Quantidade de usuários atendidos na Emergência nos meses de Abril/06 por idade e horário de chegada ao serviço em Quissamã	81
Quadro 1	Horários de funcionamento das Unidades de Saúde da Família e Folgas dos Médicos e Enfermeiros - 2005	50
Quadro 2	Relação dos equipamentos e mobiliários por ambiente, na Unidade de Saúde da Família estudada, levantada em outubro/2006	94
Quadro 3	Informações trabalhistas da equipe de Saúde da Família em estudo, levantado em Janeiro/2006	103
Quadro 4	Agenda da Médica de Família	108
Quadro 5	Agenda da Enfermeira	109
Quadro 6	Agenda da Nutricionista	109
Quadro 7	Agenda das Técnicas de Enfermagem	109
Quadro 8	Agenda dos Dentistas e Auxiliares de Consultório Dentário	109
Quadro 9	Agenda dos Agentes Comunitários de Saúde	110
Quadro 10	Agenda de Coleta de Exames de Análise Clínica	110
Quadro 11	Relação das reuniões comunitárias e atividades educativas realizadas de Janeiro a Setembro/06	122
Quadro 12	Síntese comparativa das ações realizadas pela médica e enfermeira da Unidade em estudo, agosto/2006	144
Quadro 13	Quadro comparativo dos serviços prestados na Emergência e na Unidade de Saúde da Família	158

## INTRODUÇÃO

Essa Pesquisa é parte dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Ciências pela Escola Nacional de Saúde Pública-FIOCRUZ.

Trata-se de uma investigação que atravessa a temática da Saúde da Família e a problemática do acesso aos serviços de atenção primária cujos resultados podem contribuir para a reflexão sobre o Sistema Único de Saúde.

Investiguei os condicionantes da demanda ao serviço de urgência/emergência, em situações consideradas ambulatoriais, por uma população coberta pela Estratégia de Saúde da Família, no município de Quissamã, localizado no interior do Estado do Rio de Janeiro.

O intuito de realizar essa pesquisa se deu pelo fato de muitos profissionais de saúde que trabalham no município estudado indagarem sobre os resultados da Estratégia Saúde da Família, na medida em que, em sua percepção, a implantação das equipes de Saúde da Família não produziu impacto na redução da demanda de atendimento na emergência hospitalar. Dizer que o modelo de Saúde da Família não funciona, como observam muitos profissionais especialistas, sem nenhuma análise mais aprofundada, é fortalecer o descrédito na atenção primária em saúde. Entender o porquê da demanda na porta do serviço de urgência/emergência poderá, então, subsidiar a reorganização do sistema de saúde local.

A Estratégia Saúde da Família é um dos pilares da Política Nacional de Saúde, no Brasil, para a expansão e qualificação da atenção básica. Está em vigor desde 1994, ano de sua implantação, em todo o território nacional. Tem como proposição a superação do modelo de atenção à saúde, voltado para a doença, para a medicalização e para a hospitalização. Até agosto de 2005, o Ministério contabilizava 23,9 mil equipes de Saúde da Família em 4,9 mil municípios, o que representa 43,4% da população brasileira coberta por equipes de Saúde da Família.

O município que adere a Estratégia Saúde da Família recebe um incentivo financeiro fundo a fundo do governo federal. O valor do incentivo é um acréscimo percentual sobre o valor do Piso de Atenção Básica (PAB), que varia em função da população coberta pelo programa. A Norma Operacional Básica 01/96 foi o instrumento legal que apontou para a reordenação do modelo de atenção à saúde no Sistema Único de Saúde, induzindo o Programa de Saúde da Família e, entre outras funções, normalizou a criação do PAB. Esse incentivo não é suficiente para arcar com os custos, principalmente, dos salários dos profissionais para atuarem no Programa com a carga

horária de 40 horas, o que representa quase uma dedicação exclusiva ao trabalho, exigindo altos salários. Portanto, há algo além do incentivo financeiro para atrair os gestores municipais a adotarem esse modelo de assistência preconizado pelo Ministério da Saúde. Não entraremos nessa questão nesse trabalho, entretanto, não podemos deixar de mencionar que o marketing na mídia e informações sobre as vantagens de ordem organizacional e econômica como, por exemplo, ampliação do acesso à assistência a saúde, redução dos custos assistenciais advindos da incorporação tecnológica e a afirmação da capacidade resolutiva do programa, são fortes argumentos para implantar esse programa no nível local.

A literatura tem apontado uma série de críticas à Estratégia Saúde da Família. Entretanto, o Ministério da Saúde observa que *“esse modelo é referência internacional e que estudos acadêmicos em curso demonstram que a Saúde da Família no período de 1992 a 2002 apresenta indicadores animadores, como a redução da mortalidade infantil e o aumento da satisfação dos usuários quanto ao atendimento recebido, resultado das mudanças das práticas das equipes de saúde”*. (Brasil, MS, 2005)

Entre o discurso oficial sobre Saúde da Família e a prática há um hiato que me mobiliza enquanto trabalhadora em saúde para uma análise crítica desse modelo assistencial. Indago o que faz a população coberta pela Estratégia Saúde da Família a procurar a emergência hospitalar para situações sensíveis à atenção ambulatorial. Se, por um lado, a literatura sobre Saúde da Família afirma que em média 85% das demandas e ações por serviços de saúde podem ser resolvidos no primeiro nível de atenção, por outro lado, a maior parte dos atendimentos realizados nos serviços de urgência/emergência é de situações ambulatoriais. Há situações ambulatoriais, entretanto, que requerem um pronto atendimento (Paim, apud Giglio-Jacquemot, 2005:21), que nem sempre as unidades primárias de saúde conseguem atender.

Geralmente, o espaço de tempo entre a demanda dirigida ao serviço ambulatorial e o atendimento realizado é longo e, nem sempre, o sujeito na “situação de sofrimento” pode tolerar esse tempo de espera, daí a necessidade de se reconhecer que as unidades primárias de saúde têm também como atribuição, além da promoção à saúde e proteção específica, atender a demanda que requer um pronto atendimento. Ou, do contrário, se manterão os serviços de emergência sempre lotados sem que necessariamente se esteja “assistindo” o paciente.

Para corroborar esses números, Cecílio (1997:471) cita uma pesquisa realizada pela equipe do Hospital Municipal de Volta Redonda (RJ), no primeiro semestre de 1996, tendo revelado que, no mês de fevereiro de 1996, 66,5% das consultas em Pediatria e 52,5% em Clínica Médica realizadas no Pronto Socorro não podiam ser consideradas como de urgência/emergência.

Observa-se que, embora haja definições técnicas para urgência/emergência, a população usuária possui uma definição própria para seu sofrimento que a leva a procurar por este serviço. A procura pela emergência, normalmente, se deve à busca de uma atenção para o sofrimento, com relativa facilidade de acesso, o que tem gerado uma maior quantidade de atendimentos nesses serviços de “portas abertas”.

Para além do sofrimento relacionado a agravos ou lesões de ordem física, há outros importantes condicionantes do sofrimento humano que resultam em busca de serviços de saúde.

Lacerda e Valla (2004: 91) discutem a dimensão coletiva e individual para o sofrimento, apontando que “*grande parte das práticas de saúde dos serviços públicos é pautada no diagnóstico e tratamento de doenças definidas pelo saber científico, priorizando-se as alterações e lesões corporais, em detrimento dos sujeitos e suas necessidades*”. Entretanto, citam que a Organização Mundial de Saúde evidencia que há uma demanda crescente de atenção médica por agravos de natureza psicossocial.

Esses agravos se manifestam, de acordo com Lacerda e Valla,

*por um conjunto de síndromes e sintomas indefinidos, tais como ansiedade, angústia, depressão, dores generalizadas, entre outros. Esses agravos psicossociais, denominados por alguns autores de ‘sofrimento difuso’(Valla,1999) ou ‘mal estar difuso’(Luz,2001), não configuram doença na lógica da biomedicina, porém, são as queixas mais frequentes dos pacientes que se dirigem aos serviços públicos de saúde em busca de solução ou alívio para o sofrimento. (Lacerda e Valla, 2004: 91)*

O sujeito que está sofrendo, independentemente da natureza de seu sofrimento, procura por atendimento e tende a comparecer em serviços em que acredita receber alívio para o seu sintoma. Esses serviços têm sido, geralmente, os de emergência. Do ponto de vista da organização, procurar a Emergência em situações que não se caracterizam como tais é um problema, entretanto, para o sujeito “doente”, pode ser uma “solução” pela possibilidade de alívio mais rápido de seu sofrimento.

A utilização de forma inadequada dos serviços de urgência/emergência não é um problema exclusivo do município de Quissamã ou do município de Volta Redonda, citado por Cecílio (1997). Em 2005, quando explodiu a crise nos hospitais

públicos do município do Rio de Janeiro e o governo federal em resposta ao caos na saúde, entre várias medidas, montou hospitais de campanha, as manchetes revelavam, como aponta Sá (2005:413), que a “*crise começava muito antes das portas de emergências, nos postos de saúde (o que os gestores há muito já sabem, mas não conseguem – ou não se empenham para – resolver)*”. A autora (2005:413) destacou algumas manchetes em sua tese, das quais citamos duas que confirmam os problemas na atenção primária, a saber: (...) ‘*Pronto Socorro para tratar cárie: sem atendimento nos postos, pacientes lotam hospitais de campanha com problemas banais*’; ‘*Remédio de sarna acaba rapidamente*’ (O Globo, 23/03/2005).

O excesso de atendimentos ambulatoriais na urgência e emergência dos hospitais tem sido um problema expresso para além das fronteiras de nosso país, na medida em que existem autores estrangeiros, por exemplo, Barbara Starfield (2002), discutindo a temática por vários ângulos, com destaque para os aspectos organizacionais, econômicos e do próprio cliente do sistema.

Em Quissamã, observo que a rede de saúde ambulatorial instalada está além dos parâmetros de cobertura assistencial preconizados pela Portaria 1.101 (Brasil, MS, 2002), como veremos a seguir. Portanto, não se pode afirmar que nesse município estudado a insuficiência de serviços de saúde leve os usuários a procurar os serviços de emergência. Não há insuficiência de serviços, porém há algo, na organização da rede e no processo de trabalho, que foi investigado nessa pesquisa, percebido através da quantidade de atendimentos na emergência/mês, da quantidade de exames solicitados, da quantidade de consultas ambulatoriais realizadas, que apontam para uma distorção na organização dos serviços e das práticas em saúde.

Giglio-Jacquemot (2005:21) em seu livro “Urgências e Emergências em saúde: perspectivas de profissionais e usuários” utiliza a definição de urgência/emergência que Jairnilson Paim faz no artigo “Organização da atenção à saúde para a urgência/emergência”:

*Uma emergência corresponde a um processo com risco iminente de vida, diagnosticado e tratado nas primeiras horas após sua constatação. Exige que o tratamento seja imediato diante da necessidade de manter funções vitais e evitar incapacidade ou complicações graves. Representa situações como choque, parada cardíaca e respiratória, hemorragia, traumatismo crânio-encefálico etc.*

*Já a urgência significa um processo agudo clínico ou cirúrgico, sem risco de vida iminente. Nesse caso há risco de evolução para complicações mais graves ou mesmo fatal, porém, não existe um risco iminente de vida. Representa situações como fraturas, feridas lácero-contusas sem grandes hemorragias, asma brônquica, transtornos psiquiátricos, etc. (Paim, apud Giglio-Jacquemot, 2005:21)*



A autora observa ainda que Paim:

*acrescenta mais uma categoria de situações, ou problemas de saúde, que designa como sendo de rotina por não apresentarem riscos de vida. Entre essas situações e problemas de saúde, convém distinguir os que justificariam um pronto-atendimento. (...) Como muitos desses problemas, considerados de rotina, implicam sofrimento ou preocupações nos pacientes, criam-se situações específicas que não deveriam aguardar uma consulta agendada. É o caso de uma criança com vômito ou febre superior a 38,5°C a requerer algum cuidado, ainda que não seja de urgência/emergência. (Paim, apud Giglio-Jacquemot, 2005:21)*

As definições que caracterizam urgência, emergência e pronto atendimento citadas por Paim referem-se a manifestações biológicas centradas na doença e não no doente, embora não deixem de ressaltar a importância do alívio “imediate” (sem agendamento) do sofrimento e do sentimento de preocupação do próprio doente ou de seus familiares, nos serviços de saúde. A rede de saúde tem que ser capaz de acolher a aflição da população sem tantas peregrinações. Considerando que doença e doente são indissociáveis, toda a manifestação biológica está acompanhada de processos subjetivos.

Acredito então que a procura por atendimento, em qualquer serviço de saúde, é a procura por alívio de um sofrimento representado no corpo. Dejours (Dejours apud Sá, 2005:47) *conceitua sofrimento como uma ‘experiência vivenciada’, um estado mental que implica um movimento reflexivo da pessoa sobre seu ‘estar no mundo’. Tal vivência (...) não é totalmente consciente. Tem sempre uma parte inapreensível, desconhecida e até mesmo não representável.* Destaca, ainda, que *o sofrimento é sempre, antes de tudo, um sofrimento do corpo, engajado no mundo e nas relações com os outros.* Este conceito embasa a idéia de que a população endereça aos serviços de saúde uma demanda de cuidado a partir do seu sofrimento.

Essa demanda é quantificada no município estudado, porém, não existe análise a respeito.

Em 2003, em Quissamã, foram realizados 22.637 atendimentos na clínica médica e 8.534 na clínica pediátrica, somente, na emergência hospitalar, segundo informações do Setor de Faturamento da Secretaria Municipal de Saúde. Em 2004, foram contabilizados 25.795 atendimentos médicos na clínica médica e 10.241 na clínica pediátrica, nessa mesma Unidade de Saúde, sendo que a população total do município era de 14.977 habitantes, segundo os dados do IBGE, em 2004. Em 2005 foram realizados 17.048 na clínica médica e 7.048 na clínica pediátrica. Pela localização

geográfica do município e o custo e a escassez de transporte público intermunicipal, a maior parte dos usuários atendidos, na emergência/urgência, nesta Unidade, são oriundos do próprio município. Além disso, existem serviços de emergência de maior complexidade tecnológica (equipamentos e especialistas) no município de Campos e de Macaé que acabam por atrair mais a população de outros municípios. Isto é, havendo a necessidade de deslocamento para outro município para um atendimento imediato as pessoas acabam por procurar serviços com mais recursos tecnológicos, o que não é o caso da Emergência do município estudado.

Com os números apresentados de atendimentos na Emergência no referido município detecto que embora tenha havido uma redução no número de atendimentos na Emergência no ano de 2005, comparando-o aos anos de 2003 e 2004, a quantidade de atendimentos ainda é expressiva considerando o tamanho da população e a cobertura assistencial pela Estratégia de Saúde da Família, em 2004, de 83% e em 2005, de 84%, de acordo com as fontes do Ministério da Saúde e do IBGE.

A população não coberta pela Saúde da Família foi atendida até abril de 2006 por clínicos gerais, em uma Unidade de Saúde, chamada de Centro de Especialidades, onde atenção primária e secundária conviveram no mesmo espaço físico.

Considerando o parâmetro de Cobertura Assistencial, da Portaria 1.101 (Brasil, MS, 2002), em 2004 a quantidade de atendimentos na Emergência, no município estudado, foi 26 vezes maior do que o preconizado e em 2005 foi 17 vezes. Em 2006, houve um aumento de atendimentos na Emergência em comparação a 2005, conforme aponta o Relatório de Gestão desse serviço, apesar da cobertura da Estratégia de Saúde da Família ter alcançado 100% da população do município a partir de abril de 2006.

Starfield (2002:212) observa que *“ausência de um ponto de entrada facilmente acessível faz com que a atenção adequada possa não ser obtida ou seja adiada, incorrendo em gastos adicionais. É esperado que o conselho e a orientação de um médico da atenção primária facilite a seleção da melhor fonte de atenção”*. Para a autora essa conduta reduz tanto a utilização de outros serviços especializados como de consultas em sala de emergência.

A tendência mundial das organizações públicas ou privadas de saúde é estabelecer ou fortalecer a vinculação do usuário a um médico generalista a fim de

evitar a entrada no serviço de saúde pela emergência ou pelo atendimento de um especialista.

Heimann e Mendonça (2005:485) endossam a afirmação acima citando que a discussão atual, no plano internacional, é a atenção primária. Nas palavras das autoras *“no contexto das reformas do setor saúde (...) também se valoriza o primeiro nível de atenção dentro do sistema com vistas a mudanças no modelo de atenção. (...) que deve articular a promoção à saúde, à prevenção e ao acolhimento, definindo uma porta de entrada e referência para maiores complexidades”*.

Embora essa seja a forma ideal de acesso do usuário ao sistema de saúde, não é o que ocorre na prática, como aponta Cecílio (1997).

Cecílio (1997) já observava que a organização hierarquizada do sistema de saúde em forma piramidal, preconizada pela Reforma Sanitária, não corresponde ao percurso dos usuários pelos serviços de saúde.

Ao corroborar a idéia de Cecílio que toda Unidade de Saúde possa ser uma porta de entrada para o sistema de saúde, desde que o sistema seja capaz de dar prosseguimento às necessidades do usuário, cabem então as seguintes perguntas:

Quando chega uma situação que não é emergência, no serviço de emergência, o que é feito com o paciente? Até que ponto essa Unidade de Emergência se sente responsável por garantir o atendimento do paciente em suas necessidades? O serviço de emergência está fazendo a referência para o primeiro nível de atenção?

A hierarquização dos serviços por nível de complexidade é uma forma de organização do sistema de saúde, geralmente não reconhecida pela população. Para esse reconhecimento são necessárias mudanças na organização do primeiro nível de atenção que impliquem vínculo, responsabilização e acolhimento da demanda pela equipe de saúde e condições tecnológicas para viabilizar o cuidado.

Franco e Merhy (2004:106) argumentam que: *“a população continua recorrendo aos serviços de saúde em situações de sofrimentos e angústias, e não havendo um esquema para atendê-la e dar resposta satisfatória aos seus problemas agudos de saúde, vão desembocar nas Unidades de Pronto Atendimento e Prontos-Socorros”*.

A questão que se coloca diante da quantidade de atendimentos na Emergência é: “O que faz a população aportar em situações consideradas ambulatoriais na Unidade de Emergência, tendo cobertura assistencial por uma equipe de Saúde da

Família?” Essa questão sugere problemas na organização da rede de saúde, do processo de trabalho e da produção do cuidado, que foram o objeto de estudo dessa pesquisa.

Além de investigar os aspectos organizacionais da Saúde da Família no município estudado, analisei o problema na perspectiva dos usuários do serviço de emergência e da Unidade de Saúde da Família pesquisada, ouvindo-os, portanto, dando a eles a possibilidade de vocalização.

Merhy e Franco (2000) indagavam “*por que o Programa não tem tido potência para inverter a lógica de produção dos serviços de saúde?*” e consideram que uma parte da explicação se deve ao “*arsenal teórico utilizado*”, que prioriza a epidemiologia e a vigilância à saúde. Os autores acima referidos observam que

*o binômio epidemiologia/vigilância à saúde é importante na estruturação dos serviços de saúde, mas não é suficiente e em muitos casos não é nem o centro das intervenções. Há muitas situações nas qual a clínica aparece como o campo de conhecimento competente para atender certas necessidades de assistência, com seu método próprio de intervenção sobre o corpo, singular por excelência. Além disso, a complexidade do mundo das necessidades de saúde é tal que muitos saberes, além da epidemiologia e da clínica, devem ser chamados. Por exemplo, o usuário que chega ao serviço, portador de um problema de saúde qualquer, traz consigo registros de sua história pregressa e presente, que fazem parte de sua subjetividade. Uma ação de saúde eficaz necessita entendê-la, necessita operar sobre o seu território.*

Existem vários estudos analisando a potência desse modelo assistencial ao longo de sua década de funcionamento e, embora as diretrizes do Ministério da Saúde busquem uma homogeneização do processo de trabalho em Saúde da Família, cada município, cada equipe de saúde, cada território, cada comunidade, em um sinergismo próprio, acabam por dar uma forma/modelagem singular ao trabalho e, como consequência, possuem resultados diferentes frente aos marcadores de avaliação estabelecidos pelo gestor federal.

Frente às considerações teóricas levantadas acima e ao problema formulado, esse estudo se apóia nas seguintes hipóteses:

1. O “imaginário” popular tende a considerar que “a resolução de seu sofrimento” é obtida pelo trinômio hospital – exame e medicamento.

A população considera que o serviço de emergência do hospital é o local para resolução de seu sofrimento, pela possibilidade de acesso imediato ao médico e aos serviços laboratorial e de RX, caso seja necessário, pelo acesso a medicamentos injetáveis, geralmente de efeito mais rápido. Portanto, tende a procurar mais por este

tipo de serviço por julgar reunir as possibilidades de solucionar seu problema de saúde em menor espaço de tempo e com maior resolutividade.

2. As Unidades de Saúde da Família estão de portas fechadas para atendimento aos casos agudos e organizadas para as atividades programáticas.

3. As Unidades de Saúde da Família não são capazes de vínculos sólidos com as famílias e os indivíduos em risco (orgânico, subjetivo e social) porque não se responsabilizam pela população que atendem.

Considerando essas hipóteses, os objetivos dessa pesquisa foram:

### **OBJETIVO GERAL**

Examinar os condicionantes da demanda ao serviço de emergência em situações consideradas ambulatoriais por uma população coberta pela equipe de Saúde da Família.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Descrever a forma de organização e os processos de produção do cuidado e suas condições tecnológicas, em uma Unidade de Saúde da Família, com ênfase na dimensão relacional e interativa do cuidado;
2. Identificar as explicações dos médicos da emergência, dos profissionais das Unidades de Saúde da Família a serem pesquisadas e dos seus usuários sobre a demanda na emergência hospitalar nas situações consideradas ambulatoriais;
3. Discutir, a partir das percepções dos profissionais e usuários e da observação da rotina dos serviços, as principais dificuldades que se colocam quanto ao acesso, vínculo, responsabilização e acolhimento do sofrimento no serviço primário de atenção.

Diante desses objetivos, tanto a emergência hospitalar quanto uma Unidade de Saúde da Família do município estudado foram o lócus dessa investigação. Duas das hipóteses estão relacionadas ao processo de cuidado na Unidade de Saúde da Família, pois acreditava haver algo neste espaço da assistência e na relação de cuidado que levavam os usuários a ter reforçado o seu imaginário de que no hospital tudo se resolve.

Na emergência hospitalar entrevistei os médicos plantonistas e a população usuária no próprio dia que procurou o serviço para atendimento.

Na Unidade de Saúde da Família entrevistei a equipe de Saúde da Família e a população usuária da Unidade e observei o processo de trabalho, através do acompanhamento dos trabalhadores de saúde em suas atividades profissionais.

Utilizei como referenciais teóricos metodológicos as contribuições de autores brasileiros do campo da Gestão em Saúde para discutir modelo assistencial e produção do cuidado à saúde e de autores franceses do campo da Psicossociologia e da Psicodinâmica do Trabalho para discutir os aspectos subjetivos e os fenômenos sociais conscientes e inconscientes que atravessam o processo de trabalho e as organizações de saúde.

Com esta pesquisa, espero contribuir para o aprimoramento do sistema de saúde local, na medida em que faço parte dele como profissional de saúde. Há dezesseis anos trabalho exclusivamente no serviço público de saúde. Portanto, tenho vivido a construção do Sistema Único de Saúde desde 1990, quando ingressei como psicóloga na Fundação das Pioneiras Sociais - Hospital Sarah Kubistcheck. Lá pude aprender muitas coisas e entre elas que é possível prestar uma assistência pública de qualidade. Depois, redistribuída para Fundação Nacional de Saúde, comecei a trabalhar com educação em saúde, programas de saúde, participar de conselho municipal de saúde, enfim, engajada na tecelagem, redes e nós, do SUS. Há cinco anos trabalho em Quissamã, no planejamento em saúde, e, neste período, tenho debatido a necessidade de se programar e avaliar o trabalho realizado para que possamos reconduzir os rumos, a fim de se alcançar um padrão de qualidade nos serviços de saúde. Essa empreitada é difícil porque requer mudança na cultura vigente dos serviços públicos, que, geralmente, são pautados por baixa responsabilização. E, por outro lado, aprendemos pouco em nossas formações acadêmicas a avaliar o fazer, principalmente, quando pautado pelos princípios da integralidade<sup>1</sup>. Certamente, a minha reaproximação com a academia, através do mestrado, possibilitou um olhar mais crítico, embora mais contributivo, para o sistema de saúde local.

Verifiquei com os dados de produção em saúde, que serão mostrados a seguir, que muito tem sido feito, entretanto, com insuficiente avaliação para reorientação da organização do sistema de saúde. A crescente oferta de serviços não tem

---

<sup>1</sup>O termo integralidade é um conceito polissêmico no âmbito do SUS. Utilizaremos as reflexões de Mattos (2001:61) sobre três grandes conjuntos de sentidos do princípio de integralidade, a saber: “o primeiro conjunto se refere a atributos das práticas dos profissionais de saúde, sendo valores ligados ao que se pode considerar uma boa prática, independente dela se dar no âmbito do SUS; o segundo conjunto refere-se a atributos da organização dos serviços; o terceiro, aplica-se às respostas governamentais aos problemas de saúde”.

representado uma mudança substancial positiva nos indicadores epidemiológicos do município. Entretanto, nos relatos das experiências exitosas das Unidades de Saúde da Família, apresentados nos seminários internos de avaliação do trabalho, observo mudanças na forma de produzir o cuidado com alguns usuários do serviço de saúde. Existem determinadas situações de risco de algumas famílias ou sujeitos nas quais a equipe mostra maior mobilização para resolver. Isso sinaliza que, em alguns momentos, o desempenho das Unidades de Saúde da Família tem se voltado para o cuidar para além da dimensão biológica, e, certamente, a conduta da equipe, nessas situações, tem mostrado resultados qualitativos da produção do cuidado.

A infra-estrutura dos serviços de saúde existentes no município exige que se olhe de forma crítica para o sistema de saúde a fim de que seja possível melhorar o atendimento realizado sem desperdiçar os recursos financeiros existentes. Em 2005, de acordo com o Sistema de Informações de Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), o município de Quissamã foi o que mais gastou com saúde por habitante ano no Brasil. Isto traduzido em números foi da ordem de R\$1.641,50 percapita/ano, quando a média brasileira foi de R\$ 99,87.

Essa dissertação está dividida em sete capítulos. No capítulo 1, retrato o SUS e a Saúde da Família, destacando acessibilidade, acolhimento, vínculo e responsabilização como pilares para o cuidar. Discuto o conceito de atendimento de urgência e emergência e destaco algumas causas para a população procurar esse tipo de atendimento. No capítulo 2, situo o município onde a pesquisa foi realizada e apresento a rede municipal de saúde existente e seus indicadores de produção. No capítulo 3, descrevo a entrada no campo de pesquisa e no capítulo 4, apresento um perfil das pessoas que procuram pelo atendimento na emergência e quais são os sintomas, queixas e razões alegadas, mais frequentes, que levam as pessoas a este serviço. No capítulo 5, caracterizo a Unidade de Saúde da Família em estudo. No capítulo 6, analiso o processo de produção do cuidado na Unidade de Saúde da Família e no capítulo 7, faço as considerações finais.

## 1. DESAFIOS DO SUS E A ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA

O SUS foi concebido na contramão da tendência liberal que discutia o ajuste estrutural da economia, a diminuição do aparelho do Estado e a contenção de gastos públicos. Esse sistema expande os direitos sociais e amplia a responsabilidade estatal com o seu provimento. É denominado de Sistema Único na medida em que se propunha superar a fragmentação institucional prevalente na esfera federal bem como entre as diferentes esferas de governo e o setor público e privado. Ele universaliza o acesso à assistência, propõe equidade no atendimento, integralidade da atenção, unificação institucional do sistema, descentralização, regionalização e hierarquização da rede de serviços e participação da comunidade.

A Constituição Federal de 1988, no capítulo sobre a Seguridade Social, define o arcabouço jurídico institucional do SUS. A lei 8080/90, sobre a organização dos serviços, e a lei 8142/90, sobre a participação comunitária e financiamento do sistema, detalham a organização e funcionamento do sistema, bem como seu financiamento, o que corresponde outras evidências de avanço na política de saúde do país.

O SUS como novo desenho político-institucional valoriza a descentralização e a participação. Para o processo de descentralização, é necessário um espaço de pactuação/negociação, o que fez advirem as Comissões Intergestoras, no plano federal denominada de Tripartite (composta, paritariamente, por representantes do Ministério da Saúde, Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde e Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde) e, no plano estadual, denominadas de Bipartites (compostas paritariamente, por representantes da Secretaria Estadual de Saúde e do Conselho de Secretários Municipais de Saúde de cada estado). Os Conselhos de Saúde, atuando na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde no nível correspondente e as Conferências de Saúde, como locus privilegiado para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, constituíram um avanço democrático.

O SUS, como modelo técnico-assistencial, baseia-se numa concepção ampliada de saúde e, portanto, preconiza uma integralidade da assistência em saúde cujos pilares são: articulação entre os níveis de atenção; articulação entre as unidades de uma rede, garantindo a referência e a contra-referência; articulação entre serviços e entre diversas ações visando uma ação integrada para cada indivíduo ou coletividade e a



oferta de serviços que atendam a demanda espontânea e a programação de ações para problemas prioritários.

Portanto, a política nacional de saúde, implementada pelo SUS, define direitos, possibilita uma participação cidadã na formulação, acompanhamento e avaliação das políticas públicas de saúde e trabalha com um conceito ampliado de saúde. Esses aspectos citados constituem um avanço democrático e assistencial. Entretanto, há uma tensão permanente para se garantir essas conquistas para todos os cidadãos em todo o território nacional.

Mendes (Apud. Sá, 2005:30) observa que embora a Reforma Sanitária tenha viabilizado a construção de um sólido sistema de serviços de saúde em todo o território nacional, há uma nítida diferença entre o SUS real e o SUS constitucional. O autor aponta que o “*SUS constitucional propõe um sistema público universal para os brasileiros e o SUS real vai se consolidando como um subsistema destinado aos que não tem acesso aos subsistemas privados*”.

Sá (2005:31) avança na análise do SUS observando as conseqüências desta distância entre o SUS real e o SUS constitucional. Para a autora

*a defasagem entre o SUS constitucional e o SUS real não se manifesta apenas nos problemas de financiamento, cobertura e qualidade do sistema, do ponto de vista técnico e material. A baixa qualidade dos serviços e as dificuldades de acesso aos mesmos se potencializam significativamente através de um processo que tenho identificado como uma crescente banalização da dor e do sofrimento alheios nos serviços de saúde. Tal processo se manifesta, por exemplo, na apatia burocrática, no corporativismo e na omissão dos profissionais, na falta de ética, de respeito e de solidariedade na relação entre profissionais de saúde e destes para com os usuários/pacientes. O clientelismo político, o fisiologismo e a corrupção também não poupam os serviços de saúde. O saldo deste processo não se traduz apenas em ineficiência, baixa produtividade, baixa cobertura e baixa qualidade dos serviços, mas, principalmente, em sofrimentos, seqüelas e mortes que poderiam ter sido evitados.*

A população tem acionado o Ministério Público e a Justiça para obter os direitos constitucionais, principalmente, no acesso a medicamentos e serviços não prestados pelo SUS seja por falta de leitos públicos, ou por não oferta ou por escassez de recursos financeiros. Essas ações judiciais dirigidas a qualquer esfera de governo geram tensões na organização do sistema de saúde. Os juízes, geralmente, não estão devidamente preparados, do ponto de vista da gestão da saúde e da gestão da clínica, para avaliações das situações demandadas. Muitas das ações julgadas em favor do cidadão geram conseqüências para o sistema de saúde, na medida em que o jurídico não

avalia as prioridades do sistema no seu veredicto. Há gestores do SUS efetivamente comprometidos com a população, mas imersos no dilema da insuficiência de recursos financeiros. Portanto, há que se considerar que a judicialização da saúde muitas vezes contém distorções.

Sobre essas medidas judiciais, imputadas às três esferas de governo, Mattos (2005:38) assinala que

*há os que se sentem profundamente incomodados com o crescimento das demandas judiciais, com a atuação do Ministério Público e com as demandas específicas feitas por muitas organizações não-governamentais.(...) há, entretanto, outros que saúdam a crescente atuação do Ministério Público, o engajamento de várias frentes de organizações governamentais na luta pelos direitos à saúde e a possibilidade de que as pessoas acionem o Estado quando lhes parecer fugir das suas responsabilidades.*

Mattos prossegue a discussão acima apontando para o princípio da integralidade como eixo estruturante de mudanças das práticas dos profissionais de saúde, na medida em que as propostas para restringir as incorporações tecnológicas como, por exemplo, a medicina baseada em evidência e os protocolos, não dão conta da singularidade dos sujeitos. E vai mais além, terminando o seu artigo com a seguinte indagação: “*Deve o governo cumprir com suas obrigações de garantir a todos o acesso às ações e aos serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde, como escrito na Constituição, ou deve o governo garantir o volume de superávit primário, sobre o qual a Constituição é omissa?*” (Mattos, 2005:46)

Debates sobre focalização x universalização da saúde fazem parte do cenário político-econômico, do discurso neoliberal, de nosso país, acenando para mudanças que reduziriam o papel do estado nas políticas públicas.

Acreditamos que muitos ajustes devem ser feitos no sistema único de saúde, dada a sua complexidade, para que se possam garantir os princípios de descentralização, universalidade, equidade, integralidade e participação.

Hoje, se discute um novo Pacto de Gestão para o SUS, isto é, um pacto de compromisso entre os gestores nacional, estadual e municipal com a finalidade de qualificar a gestão do SUS, com definição de responsabilidades e compromissos sanitários e de gestão. Além disso, tem havido pressões para a regulamentação da Emenda Constitucional 29, que define percentual de investimento financeiro mínimo em saúde para cada esfera de governo.

Para a consolidação do sistema de saúde precisamos então enfrentar os desafios do financiamento, da regionalização da atenção à saúde, da mudança do modelo flexneriano na assistência em saúde e de um controle social mais efetivo e representativo dos interesses dos movimentos sociais.

Portanto, o SUS tem avanços, dificuldades e desafios que implicam repensar os nós críticos sem alterar o conceito de saúde, cidadania e direito que orienta o seu ideário e se traduz na Constituição.

A concepção ampliada de saúde tem buscado mudar a prática sanitária através da lógica da vigilância em saúde. O Programa de Saúde da Família é uma proposta de modelo assistencial que incorpora essa concepção. Entretanto, Merhy e Franco (2000) fazem uma crítica ao modelo tendo em vista que nele se opera uma antinomia clínica x epidemiologia na medida em que nega a clínica através de uma teoria da produção da saúde pressuposta no campo da vigilância à saúde. Para os autores *“reorganizar a produção da saúde, significa alterar os processos de trabalho, a partir da reinvenção das suas tecnologias<sup>2</sup>. (...) Rompendo com o atual modo de produção de saúde, que se resume à realização de procedimentos centrados nos profissionais de saúde e que utiliza tecnologias mais estruturadas, duras e leve-duras”*.

Na prática se observa que embora alguns princípios e diretrizes que regem a organização do SUS, definidos no artigo 7º do Capítulo II da Lei nº8080/90 são alicerces para a Saúde da Família, nem sempre são cumpridos, a saber:

- **Integralidade** de assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema.

- **Regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde**, os serviços devem ser organizados em níveis de complexidade crescente.

- **Resolutividade**, capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência.

- **Participação da Comunidade**, é o direito constitucional da população organizada em entidades representativas participar da formulação das políticas de saúde em todos os níveis de governo.

---

<sup>2</sup> Merhy classifica as tecnologias de trabalho em saúde em três tipos: Tecnologias duras, as inscritas nas máquinas e instrumentos; Tecnologias leve-duras, as presentes no conhecimento técnico estruturado e Tecnologias leves, as chamadas tecnologias das relações, e estas últimas, o autor propõe, devem determinar a produção de serviços de saúde. (Apud, Franco e Merhy, Programa de Saúde da Família: Contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial, 2004:75)

Na Estratégia da Saúde da Família esses princípios e diretrizes são preconizados nos instrumentos publicados pelo Ministério da Saúde. Os documentos oficiais definem que os municípios devem resolver os problemas mais frequentes e encaminhar os casos que necessitem de atendimento especializado, conforme o pacto de regionalização e hierarquização da rede. Afirmam ainda que a *“Saúde da Família deve se integrar ao serviço de saúde do município, enriquecendo-o, organizando-o e caracterizando-se como porta de entrada do sistema municipal de saúde”*. Defendem que a comunidade deva ser chamada a participar da identificação das causas dos problemas de saúde, definição de prioridades e no acompanhamento de todo o trabalho feito.

O Ministério da Saúde (2001:59) afirma que *“a organização da atenção básica, propiciada pelo PSF, trata as pessoas, controla as doenças crônicas (como hipertensão, diabetes), diminuem a solicitação de exames desnecessários, racionaliza os encaminhamentos para os serviços de maior complexidade, reduz a procura direta aos atendimentos de urgência e hospitalares”*. Destaca ainda que *“é um erro pensar que as equipes de Saúde da Família são responsáveis apenas pelas visitas domiciliares e atividades coletivas ou individuais de prevenção a doenças, enfermidades, patologias em geral, enquanto a assistência curativa continua sob a responsabilidade do modelo anterior, tradicional”*. Essa é uma grande distorção, que põe por terra pontos básicos do PSF, que são a integralidade e a resolutividade. Este não parece ser, no entanto, o entendimento dominante entre os profissionais de saúde.

Analisar a Saúde da Família implica analisar criticamente o fazer cotidiano, compreendendo os aspectos envolvidos na produção histórica do cuidado em saúde.

Mendes (2002a:54-80) elenca os seguintes fatores como obstáculos à implantação do PSF:

- A deficiência na compreensão do PSF como uma estratégia de organização do sistema de serviços de saúde
- A fragilidade institucional do SUS para dar conta do processo de condução da implantação do PSF.
- A falta de continuidade da atenção à saúde.
- A excessiva utilização do PSF na atenção as condições agudas, isso significa dizer que, na prática, uma boa parte das equipes de PSF não consegue agir de conformidade com os princípios da atenção primária à saúde, voltando-se, excessivamente, para dar respostas pontuais às demandas e representações da população, fortemente marcada pelo discurso flexneriano (...).
- A infra-estrutura inadequada das unidades básicas de saúde.
- As deficiências do sistema de apoio diagnóstico.

- A deficiência de medicamentos essenciais para a atenção primária à saúde.
- Os profissionais de saúde encontrados no mercado não estão adequados, em quantidade e qualidade, à estratégia do PSF.
- Os obstáculos relativos ao trabalho das equipes de Saúde da Família, isto é, não há parâmetros estaduais, regionalizados, que sirvam de referência para uma política salarial minimamente concertada entre os municípios.
- O sub-financiamento do PSF.

## 1.1. ATENÇÃO PRIMÁRIA COMO ESPAÇO PRIVILEGIADO DE INTERVENÇÃO DA SAÚDE DA FAMÍLIA

Mendes (1999:71) identifica três interpretações mais comuns para o conceito de atenção primária à saúde:

- a) atenção primária como estratégia de reordenamento do setor saúde, o que significa afetar e compreender todo o sistema de saúde e toda a população a que esse sistema supõe servir;
- b) atenção primária como programa com objetivos restringidos especificamente a satisfazer algumas necessidades elementares e previamente determinadas, de grupos humanos considerados em extrema pobreza e marginalidade, com recursos diferenciados, de baixa densidade tecnológica e custos mínimos;
- c) a atenção primária como estratégia de organização do primeiro nível de atenção do sistema de saúde.

Para esse trabalho trabalharei com a interpretação de atenção primária à saúde como estratégia de reordenamento do sistema de saúde apoiado pelo modelo assistencial da Saúde da Família. A Estratégia de Saúde da Família cuja missão é a mudança do modelo hegemônico flexneriano (biologismo, individualismo, especialização, tecnificação e curativismo) tem como espaço, prioritariamente, de intervenção o nível primário, articulado com os níveis secundário e terciário.

A Estratégia da Saúde da Família é organizada com as definições da atenção primária à saúde, enunciada em Alma Ata e resumida abaixo:

**Tabela 1:** “Da atenção médica primária à atenção primária à saúde”

<i>Convencional</i>	<i>Atenção Primária</i>
<b><i>Enfoque</i></b>	
<i>Doença</i>	<i>Saúde</i>
<i>Cura</i>	<i>Prevenção</i>
<b><i>Conteúdo</i></b>	
<i>Tratamento</i>	<i>Promoção da saúde</i>
<i>Atenção por episódio</i>	<i>Atenção continuada</i>
<i>Problemas específicos</i>	<i>Atenção abrangente</i>
<b><i>Organização</i></b>	
<i>Especialistas</i>	<i>Clínicos gerais</i>
<i>Médicos</i>	<i>Grupos de outros profissionais</i>
<i>Consultório individual</i>	<i>Equipe</i>

<b>Responsabilidade</b>	
<i>Apenas setor saúde</i>	<i>Colaboração inter-setorial</i>
<i>Domínio pelo profissional</i>	<i>Participação da comunidade</i>
<i>Recepção passiva</i>	<i>Auto-responsabilidade</i>

*Starfield, B. Atenção Primária – equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia (2002:33).*

Esse quadro expressa uma dicotomia discutida nos textos, sobre Saúde da Família, escritos por Merhy e outros, na medida em que supervaloriza o núcleo epistemológico da epidemiologia/vigilância à saúde em relação à clínica.

Merhy (2000:2) afirma que “*o binômio epidemiologia/vigilância à saúde é importante para estruturação dos serviços de saúde, mas não é suficiente (...) Há muitas situações nas quais a clínica aparece como campo de conhecimento competente para atender certas necessidades de assistência, com seu método próprio de intervenção sobre o corpo, singular por excelência*”.

Essa dicotomia doença x saúde, cura x prevenção, tratamento x promoção à saúde, individual x coletivo, generalista x especialista, não promove a produção do cuidado no sistema de saúde. Promover assistência implica em superar as tensões advindas dessa divisão e manejar essas polaridades conforme as necessidades de saúde que ora se apresentem nos serviços de saúde.

Franco e Magalhães Junior (2004:128) defendem que “*mudar o modelo assistencial requer inversão das tecnologias de cuidado a utilizar na produção de saúde. Um processo de trabalho centrado nas tecnologias leves e leves duras é a condição para que o serviço seja produtor do cuidado*”. Esses autores compartilham essa idéia apoiados na seguinte análise de Merhy (Merhy apud Franco e Magalhães, 2004:128): “*prevalece, no atual modo de produção de saúde, o uso de tecnologias duras (as que estão inscritas em máquinas e instrumentos), em detrimento de tecnologias leve-duras (definidas pelo conhecimento técnico) e leves (as tecnologias das relações) para o cuidado ao usuário*”.

### **1.1.1. PORTA DE ENTRADA E ACESSIBILIDADE**

Para Starfield (2002:208) porta de entrada é o ponto de primeiro contato do usuário com o serviço quando é necessário um atendimento para um problema de saúde. Esse primeiro contato deve se dar com o médico de atenção primária uma vez que “*a pessoa não conhece suficientemente os detalhes técnicos da atenção médica para avaliar de maneira informada a fonte e a época apropriadas para atenção a muitos de seus problemas*”.

O Sistema Único de Saúde é desenhado com as diretrizes de hierarquização e regionalização dos serviços de saúde, considerando que o acesso deva se dar de forma piramidal de um nível menos complexo para o mais complexo de assistência. Essa pirâmide já foi analisada por Cecílio como um sonho dos organizadores da Reforma Sanitária, que não funciona na prática conforme pensada na teoria. Este autor aponta que o sistema de saúde deva ter “*múltiplas alternativas de entrada e saída considerando a tecnologia certa, no lugar certo, no momento certo*”.

Mendes (2002) corrobora a crítica ao sistema piramidal hierárquico e propõe uma rede horizontal integrada de serviços de saúde. Considera que o nível primário de atenção é mais complexo que os níveis secundário e terciário, embora seja o de menor densidade tecnológica. Defende a introdução do PSF no Brasil e considera que a estruturação de sistemas de serviços de saúde com base em atenção primária à saúde é uma das exigências das concepções modernas dos sistemas integrados de serviços de saúde.

Discute duas opções de organização dos serviços de saúde, contemporaneamente: os sistemas fragmentados de serviços de saúde ou os sistemas integrados de serviços de saúde. Distingue esses sistemas da seguinte maneira:

*Os sistemas fragmentados de serviços de saúde, ainda fortemente hegemônicos, são aqueles que se (des) organizam através de um conjunto de pontos de atenção à saúde isolados e incomunicados uns dos outros e que, por conseqüência, são incapazes de prestar uma atenção contínua aos cidadãos e de se responsabilizar por uma população determinada. Diferentemente, os sistemas integrados de serviços de saúde são aqueles organizados através de uma rede contínua de pontos de atenção à saúde que presta uma assistência contínua a uma população definida – no lugar certo, no tempo certo, na qualidade certa e com o custo certo – e que se responsabiliza pelos resultados econômicos e sanitários relativos a esta população. (Mendes:2002b:54)*

Essa distinção reforça a importância da atenção primária à saúde como porta de entrada da rede de saúde, sem desqualificar os demais pontos de atenção. Essa forma integrada de organização dos serviços de saúde é teoricamente subjacente à Estratégia da Saúde da Família. Entretanto, quando esta não ocorre na prática, sobrecarrega outros níveis da assistência, sem que necessariamente haja resolutividade.

Cecílio (1997:475) compreende que apesar de toda a distorção que representa o uso do serviço de emergência pela população, a utilização desse serviço se deve ao “*grau de carência de grandes extratos da nossa população e, principalmente, em função da ausência concreta de alternativas para acessar aos serviços de que*

*necessita, à maioria da população não resta alternativa que não seja a de utilizar os serviços de urgência para resolver todo e qualquer problema de saúde”.*

Ainda que a atenção primária à saúde não consiga atender à demanda da população, levando-a a procurar pela urgência/emergência, sendo o Pronto Socorro considerado um dos pontos de atenção ao usuário, é imperativo que modifique a sua prática (Clínica) para poder atender à demanda do usuário, para além de sua queixa manifesta, responsabilizando-se por remetê-lo à atenção primária de forma mais qualificada e compromissada.

Geralmente, relaciona-se a falência da saúde pública à demanda da população pelo serviço de emergência/urgência. A Emergência funciona como uma porta de entrada pelas características de seu funcionamento 24 horas em todos os dias da semana, pela facilidade de acesso aos serviços de apoio diagnóstico e porque o acesso aos serviços no primeiro nível da assistência é deficiente, muitas vezes está com sua porta fechada ou entreaberta, o que constrange a demanda.

Sá (2005:233) ao discutir a demanda na Porta de Entrada de um hospital de emergência no município do Rio de Janeiro considera que a demanda por cuidado não se restringe aos cuidados médicos tradicionais, uma vez que nela estão implicados problemas de toda ordem. Observa que

*a intensificação dos processos de exclusão social e a violência urbana, o empobrecimento da população, a precarização das relações de trabalho, o desemprego, a fragilidade crescente dos vínculos sociais e dos mecanismos de solidariedade e a incapacidade geral de resposta das políticas públicas a esses problemas – cujas raízes se encontram em processos econômicos, políticos e sócio culturais mais amplos do capitalismo globalizado e que afetam com especial intensidade os países do Terceiro Mundo – acaba por desaguar, na porta de entrada dos serviços de saúde, problemas tão graves quanto diversos.*

A autora utiliza o termo ‘desaguar’ e, neste trabalho, estou utilizando o termo “aportar”, ambos referidos a direção da demanda para os serviços de saúde, principalmente, os de urgência/emergência. A palavra aportar, como verbo, é definida no dicionário Aurélio (1986:146) como “*entrar, chegar*” e como substantivo “*subsídio de naturezas várias – moral, social, literária ou científica – para algum fim*”. Considerando a Emergência como um porto, este se constitui como entrada do usuário ao serviço de saúde na busca de um aporte para o seu sofrimento. Entretanto, os sistemas de saúde são compostos por outros serviços/portos que não estão sendo escolhidos pelo usuário quando se vê acometido por um problema de saúde. A questão é que os portos não possuem vinculação entre si, e essa mesma dinâmica é vista, com muita frequência, nos



serviços de saúde. Cada porto é um ponto sem vinculação com outros portos, inclusive, podendo ter uma organização e dialeto próprio e singular. Parece que a urgência/emergência funciona como um porto distinto e desintegrado dos demais serviços que, por sua vez também são desintegrados e não trabalham em rede. Além disso, a idéia do porto representa um movimento de entrada/chegada/abrigo implicado de expectativas por parte de quem chega uma vez já esgotados os suprimentos individuais para dar conta de seu sofrimento. Se não encontra um porto, fica à deriva, porém, com a esperança de um auxílio e chegada a um porto, que lhe restitua a autonomia para possibilitar seu caminhar na vida. Uma vez que essas expectativas não são atendidas ou não referenciadas de forma adequada pelo serviço de saúde, em qualquer nível de assistência, acaba por gerar a busca de outros portos/serviços de saúde e muitas insatisfações aos usuários. Merhy (1998) observa que “*em geral o usuário reclama não da falta de conhecimento tecnológico no seu atendimento, mas sim da falta de interesse e de responsabilização dos diferentes serviços em torno de si e do seu problema*”. Normalmente, os serviços de emergências não possuem uma preocupação quanto ao desdobramento necessário do atendimento realizado em seu nível de atenção. O plantonista intervém sob o sintoma/queixa manifesta, e, dificilmente, investiga as causas do problema de saúde que gerou a busca do atendimento na Emergência. Geralmente, faz a contra-referência para outro serviço de saúde ambulatorial, o que não garante ao usuário o atendimento em função do limite da capacidade de atendimento do serviço. O resultado disso é a procura de novos “portos” pelos usuários, até que achem um que acolha devidamente a sua demanda ou a sua morte, para atestar o óbito. A peregrinação pelos serviços de saúde muitas vezes pode implicar o esgotamento do tempo para uma intervenção médica que promova a recuperação do indivíduo doente.

Mas o fato é que tem sido na Emergência que o usuário consegue acessar com mais freqüência o serviço de saúde, independentemente da gravidade do seu problema de saúde. Entretanto, é preciso rever o funcionamento das portas de outros serviços que compõem o sistema de saúde.

Podemos generalizar o valor da Porta de Entrada citado por Sá (2005:21) a todos os serviços que cumpram com este papel.

*A importância da Porta de Entrada se revela quando se considera, por exemplo, que é neste espaço em que se dá a primeira leitura, a primeira interpretação e a validação (ou negação), pelo serviço, do que a população traz como problemas de saúde, com importantes conseqüências não apenas sobre o primeiro atendimento, mas para toda circulação do paciente no sistema de saúde.*

Entretanto, a adequada circulação dos pacientes pelos serviços de saúde só será alcançada com a viabilidade do acesso, profissionais qualificados para a produção do cuidado e visão integrada dos serviços que compõem o sistema de saúde.

Para compreender a demanda da Emergência, entre outros aspectos, pesquisei o acesso.

Travassos e Martins (2004:191) discutem que não há unanimidade de idéias sobre a terminologia e o conceito de acesso. Citam que *“alguns autores como Donabedian, empregam o substantivo acessibilidade - caráter ou qualidade do que é acessível -, enquanto outros preferem o substantivo acesso – ato de ingressar, entrada – ou ambos os termos para indicar o grau de facilidade com que as pessoas obtêm cuidados de saúde”*.

Fekete (1997:117-120) classifica quatro dimensões da acessibilidade: de ordem geográfica, organizacional, sócio-cultural e econômica.

**Acessibilidade geográfica:** Para examinar essa dimensão a autora indaga a seguinte questão: que motivos levam a população a procurar serviços de saúde mais distantes de seu domicílio? Pois aspectos como credibilidade do serviço, preferência por médicos, existência de terceiro turno, entre outros, podem influir na acessibilidade geográfica. Excetuando esses fatores, acessibilidade geográfica, para a autora, deve ser medida em função do tempo que, pelos meios habituais de transporte, se consome para obter assistência à saúde.

**Acessibilidade Organizacional:** É representada pelos obstáculos que se originam nos modos de organização dos recursos de assistência à saúde. A autora refere que o indicador que melhor expressa esta dimensão se relaciona com o tempo real de espera para conseguir o atendimento. O detalhamento deste indicador permite analisar o grau de ajuste relativo às seguintes questões: turnos de funcionamento; características de agendamento; modalidades de produção; caráter complementar das atividades e ações; adequação do quadro de pessoal, das instalações e dos equipamentos e integração dos serviços. (Fekete, 1997:118)

**Acessibilidade Econômica:** Para a autora o indicador mais utilizado para medir essa dimensão é a taxa de emprego. As pessoas empregadas tendem a usar mais os serviços de saúde por estarem, normalmente, cobertas por plano de saúde nas empresas. Portanto, no caso dos serviços públicos de saúde esse indicador tem um significado

relativo. Sendo assim, esse indicador deve ser analisado junto às outras dimensões de acessibilidade.

**Acessibilidade Sócio-Cultural:** Os obstáculos relativos a essa dimensão possuem a perspectiva da população e do sistema de saúde. Quanto à população, a autora destaca percepção que o indivíduo tem sobre a 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; dificuldades de comunicação com a equipe de saúde e vergonha. Quanto ao sistema de saúde deve-se considerar: formação de profissionais de saúde desvinculada da realidade das condições de vida e saúde da população; falta de preparo das equipes e das instituições frente a diversidade de pacientes com distintas características sócio-culturais e insipiência dos processos de participação dos usuários na organização dos serviços de saúde. (Fekete, 1997:119)

### **1.1.2. ACOLHIMENTO, VÍNCULO E RESPONSABILIZAÇÃO.**

A Estratégia Saúde da Família está calcada no acolhimento, vínculo e responsabilidade por um determinado número de famílias adscritas a uma equipe de saúde multiprofissional. Essa equipe é responsável pela produção do cuidado, portanto, lhe cabe monitorar o percurso do usuário na rede de saúde bem como analisar as condições de saúde, as vulnerabilidades e os riscos da comunidade em um determinado território.

Boff (1999:33-34) assinala que

*cuidar é mais que um ato, é uma atitude. Portanto abrange mais que um momento de atenção, zelo e de desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro”. Nesta perspectiva, o cuidar é produzido na relação entre “sujeito-sujeito, numa relação não de domínio sobre, mas de com-vivência, não de intervenção, mas de interação.*

Para esse cuidar é necessário rever a clínica que ainda se pauta não em sujeitos “doentes”, mas em uma parte do corpo, adoecido. Uma clínica apoiada na arrogância e sabedoria médica em detrimento de outros saberes não médicos. Uma clínica prioritariamente centrada em procedimentos e exames e não no encontro entre pessoas portadoras de um sofrimento e pessoas que, no lugar do suposto saber, se colocam à disposição do cuidar.

Merhy (1988) alerta para a perda da dimensão cuidadora na produção da saúde quando ocorre “predomínio das modalidades de intervenção centradas nas

*tecnologias duras, a partir de um saber estruturado reduzido à produção de procedimentos*”. Para o autor

*o trabalho médico orientado pelo modelo assistencial voltado para a produção de procedimentos produz a morte das tecnologias leves inscritas nos processos clínicos, o que gera sistematicamente uma relação usuário-trabalhador marcada por um processo de alienação, des-responsabilização, custosa e ocasionalmente resolutive.*

Campos (2003:62) compartilha da crítica que Merhy faz da hegemonia do modelo médico neoliberal vigente e propõe a reformulação da clínica baseada na doença para a clínica voltada para o sujeito.

*Em certa medida, a medicina nunca perdeu a capacidade de exercer controle social sobre a maioria das pessoas, seus papéis de livres arbítrios e seus discursos competentes sobre temas ligados à vida continuam vigentes. No entanto, percebe-se, no dia a dia, grau cada vez maior de alienação de seus agentes em relação aos sujeitos concretos dependentes de seus cuidados. Alienação, afastamento, desinteresse, fixação em procedimentos técnicos padronizados, dificuldade para escutar queixas, impossibilidade de comunicar qualquer coisa além da seqüência automática de procedimentos e, no momento, grande capacidade de influenciar o imaginário social. Talvez pela articulação da Clínica com a Mídia e com o Complexo Médico-Industrial. Talvez pela função social de adversários da morte e do sofrimento, talvez pela capacidade de resolver uma série de problemas de saúde e de aliviar muitos sofrimentos que a Clínica, mesmo quando degradada, ainda conserve, por tudo isso, a Clínica segue sendo uma instituição importante e influente. Um espaço em que as pessoas investem afetos e esperanças, onde ainda se produzem valores de uso e, inevitável, disputa-se poder, e muitas vezes, transmutam-se valores de uso em puros valores de troca, interesse econômico, realização de mais-valia dos outros, quase nunca dos enfermos.*

Para emergir a Clínica do Sujeito, que, de acordo com o autor, inclui a doença, o contexto e o próprio sujeito, é preciso “enfrentar e derrotar estes principais nós críticos que a Clínica Oficial não tem conseguido sequer analisar e muito menos resolver”. (Campos, 2003:64).

O próprio autor sugere algumas estratégias quando fala em clínica ampliada, a saber: necessidade de dispositivos de organização que facilitem o vínculo entre o sujeito e profissionais de saúde, definindo claramente as responsabilidades de cada um; montagem de equipes de referência; suporte matricial para as equipes, quer dizer, uma rede de especialistas ou profissionais de apoio clínico; equipes interdisciplinares; avaliação de risco e de vulnerabilidade dos casos, com elaboração de projeto terapêutico singular (ações voltadas para determinado grupo ou família); e espaços coletivos que permitam o contato entre a direção das Unidades, a rede de serviços e os representantes dos usuários, além das redes de ajuda formadas pelas famílias, os voluntários e as associações.

Entretanto, Merhy & Franco (2003:318) chamam a atenção que

*para além dos instrumentos e conhecimento técnico, lugar de tecnologias mais estruturadas, há um outro, o das relações, que se tem verificado como fundamental para a produção do cuidado. Partimos do pressuposto que o trabalho em saúde é sempre relacional, porque depende do ‘trabalho vivo’ em ato, isto é, o trabalho no momento em que este está produzindo. Estas relações podem ser, de um lado, sumárias e burocráticas, onde a assistência se produz centrada no ato prescrito, compondo um modelo que tem, na sua natureza, o saber médico hegemônico, produtor de procedimentos. Por outro lado, estas podem se dar como relações intercessoras estabelecidas no trabalho em ato, realizado no cuidado à saúde. A estas, chamamos de tecnologias leves, pelo seu caráter relacional, que a coloca como forma de agir entre sujeitos trabalhadores e usuários, individuais e coletivos, implicados com a produção do cuidado.*

Sendo assim essas estratégias podem ser insuficientes se os profissionais especialistas e a rede de apoio trabalharem sob a perspectiva da “Clínica oficial”. O sistema de saúde tem que estar afinado à proposição cuidadora em seus diversos serviços de saúde. Portanto, o entendimento de acolhimento, vínculo – responsabilização deve permear todo o sistema de saúde.

Franco e Merhy (2004:84) compreendem Acolhimento e Vínculo da seguinte forma:

*Acolhimento, em primeiro lugar como a possibilidade de universalizar o acesso, abrir as portas da Unidade a todos os usuários que dela necessitarem. E ainda como a escuta qualificada do usuário, o compromisso com a resolução do seu problema de saúde, dar-lhe sempre uma resposta positiva e encaminhamentos seguros quando necessários. O Vínculo baseia-se no estabelecimento de referências dos usuários a uma dada equipe de trabalhadores, e a responsabilização destes para com aqueles, no que diz respeito à produção do cuidado.*

O acolhimento implica escutar as necessidades da população no momento da demanda, e para isso é preciso estar com as portas abertas da Unidade de Saúde tanto para a demanda programada como para a demanda espontânea, avaliando os riscos para definir prioridades e recursos terapêuticos necessários a cada caso. O não acolhimento, traduzido pela falta de diálogo entre trabalhador-usuário, pela desatenção e não responsabilização às questões demandadas pelo usuário gera um esvaziamento da Unidade de Saúde, fragilização do vínculo profissional-usuário e descrédito do serviço pela comunidade. Acolhimento, vínculo e responsabilização são conceitos que, na prática, estão imbricados e se constroem na relação dos profissionais com os usuários e vice-versa no processo de trabalho em saúde.

Franco, Bueno e Merhy (2004:38) entendem que

*em todo lugar em que ocorre um encontro –enquanto trabalho em saúde– entre um trabalhador e um usuário, opera processos tecnológicos (trabalho*

*vivo em ato) que visam a produção de relações de escutas e responsabilizações (...) que objetivam atuar sobre as necessidades em busca de produção de ‘algo’ que possa representar a ‘conquista’ de controle do sofrimento (enquanto doença e/ou a produção de saúde).*

Na medida em que o usuário observa a equipe se responsabilizando por uma oferta de cuidado integral o vínculo vai se tecendo e fortalecendo. *“O papel do profissional de saúde é agir sobre o outro que se põe sob nosso cuidado, mas é também ajudar os outros a se ajudarem. Estimular a capacidade de as pessoas enfrentarem problemas a partir de suas condições concretas de vida”.*(Campos, 2003:70).

Franco e Merhy (2004:115) consideram que *“é preciso mudar os sujeitos que se colocam como protagonistas do novo modelo de assistência”.* Todos os profissionais de saúde são operadores do cuidado e, por isso deveriam ser capacitados, *“pelo menos, para atuar no terreno específico das tecnologias leves, modos de produzir acolhimento, responsabilização e vínculos”.*

Embora não se negue a relevância da formação profissional e capacitação como ferramentas para a mudança do modelo assistencial há que se levar em conta que no trabalho vivo em ato estão em jogo processos psíquicos que podem interferir no estabelecimento do acolhimento, vínculo e responsabilização.

Da mesma forma é preciso considerar que a resistência à mudança é inerente ao ser humano. A insegurança, o medo do desconhecido, são exemplos de barreiras às mudanças, de origem psicológica, que podem dificultar os avanços necessários para a mudança do modelo.

Cecílio (2004:52) assinala que

*os trabalhadores com seus interesses e com sua prática, vão constituindo múltiplos campos de relações de força que “deformam” os vetores das diretrizes da direção, de forma que os dispositivos pensados para a implementação de tais diretrizes são reinterpretados, reapropriados com novos sentidos, quase sempre em consonância com antigas práticas e valores já bem estabelecidos.*

Azevedo (2002:243) et al. observam que o processo de mudança antes de ser material, objetivo, é psíquico e, portanto, subjetivo. Portanto, analisar o processo de trabalho requer trazer para discussão a inserção dos trabalhadores para além dos vínculos trabalhistas.

*O indivíduo se liga à organização por vínculos não apenas materiais, mas sobretudo afetivos e imaginários, e que as organizações, embora não criem uma estrutura psíquica, utilizam-se dela. Assim, toda a organização é objeto de transferência, não só espontânea, mas também induzida, de afetos, emoções, qualidades e atitudes, podendo propiciar a satisfação de necessidades narcísicas dos indivíduos.*

Portanto, nem tudo que está idealizado na organização do processo de trabalho e produção do cuidado é reproduzido na íntegra pelo trabalhador de saúde por que processos psíquicos atravessam a própria vida da organização e os indivíduos que participam dela.

Azevedo et al. (2002:240) sinalizam que a abordagem psicossociológica

*nos obriga a considerar outros elementos, distintos daqueles tradicionalmente tratados pelas teorias organizacionais, para se compreender a possibilidade de ação cooperativa e de desencadeamento de processos de mudança nas organizações. Os processos grupais, a construção de seu imaginário social, de seu sistema de valores comum (representações) e seus respectivos mecanismos de identificação e idealização são elementos centrais.*

Nessa investigação, destacarei como o acolhimento e o vínculo-responsabilização se dá no cotidiano da Unidade de Saúde da Família, bem como os processos conscientes e inconscientes presentes na organização do processo de trabalho.

## **1.2. URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**

O Conselho Federal de Medicina define como URGÊNCIA, “a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata”, e EMERGÊNCIA, como “a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, o tratamento médico imediato”.(Conselho Federal de Medicina, Resolução 1.451/95)

O Código de Ética Médica, que estabelece os princípios norteadores da boa prática médica, não define tecnicamente o que se entende por situação médica de emergência/urgência, embora, os artigos 24 e 35 estabeleçam que é vedado ao médico deixar de atender situações de urgência e emergência quaisquer que sejam as condições adversas. (Resolução CFM nº 1.246/98)

O processamento dessa definição no cotidiano dos serviços de urgência e emergência não é simples e é evidenciada pelo Conselho Regional de Medicina de São Paulo no parecer da consulta nº 55.820/98 através de sua redação.

*(...)Considerando que a definição rigorosa do que vem a ser urgência e emergência é bastante difícil e a demanda de atenção no Pronto Socorro abrange também toda uma gama de pacientes que não encontram acolhimento em outros serviços (ambulatórios, unidades básicas, etc.), com queixas crônicas e sociais, que acabam procurando esse serviço, é necessário que o médico atendente proceda à triagem dos casos utilizando a análise criteriosa e o bom senso para reconhecer o grau de seriedade que envolve cada situação e as possíveis conseqüências de suas ações e omissões.*

Desde 2001 o Ministério da Saúde tem demonstrado preocupação em organizar e conformar os sistemas de Referência Hospitalar no atendimento às urgências e as emergências em hospitais. Em 2002, através da Portaria 2.048, publica o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência com os seguintes fundamentos, descrito abaixo de forma resumida:

*(...) Considerando que a área de Urgência e Emergência constitui-se em um importante componente da assistência à saúde;  
Considerando o crescimento da demanda por serviços nesta área nos últimos anos, devido ao aumento do número de acidentes e da violência urbana e a insuficiente estruturação da rede assistencial, que tem contribuído decisivamente para a sobrecarga dos serviços de Urgência e Emergência disponibilizados para o atendimento à população;  
Considerando a necessidade de ordenar o atendimento às Urgências e Emergências, garantindo acolhimento, primeira atenção qualificada e resolutiva para as pequenas e médias urgências, estabilização e referência adequada dos pacientes graves dentro do Sistema Único de Saúde, por meio do acionamento e intervenção das Centrais de Regulação Médica de Urgências; (...)* (Portaria: 2048/GM de 05/11/2002)

Neste texto da Portaria é assinalado que tanto a morbidade por causas externas como a deficiência na estruturação dos serviços de saúde tem gerado uma sobrecarga de atendimentos nos serviços de urgência e emergência sem que de fato se oferte a assistência necessária ao usuário.

Em 2004, o Ministério da Saúde lançou o QualiSUS – Política de Qualificação da Assistência à Saúde cujo foco é o atendimento de qualidade aos usuários do SUS, principalmente, nas emergências dos hospitais públicos. Esse projeto visa proporcionar o acolhimento, maior conforto para o usuário, atendimento de acordo com o grau de risco, atenção mais efetiva pelos profissionais de saúde e menor tempo de permanência no hospital. São previstas modernizações nas instalações hospitalares e compra de equipamentos. Portanto, contempla a dimensão humana, administrativa, física e tecnológica. Inicialmente, o QualiSUS contemplou seis hospitais públicos localizados no município do Rio de Janeiro. Essa política não teve nenhuma ressonância no município estudado.

O CREMESP (2004) menciona que o “*atendimento de urgência e emergência funciona hoje como uma desvirtuada porta de entrada ao sistema de saúde. Além das urgências, acolhe paciente desgarrado da atenção primária e está sobrecarregado pela falta de resolutividade nas outras instâncias da rede assistencial*”.

Os “desgarrados da atenção primária” serão um dos sujeitos de nossa investigação.



Mendes (2002b:58) chama atenção para o fato que o usuário é vítima da organização dos serviços voltados para a atenção aguda, embora os valorizem e os desejem por “*desconhecerem a necessidade imperiosa de uma atenção contínua nos momentos silenciosos dos agravos quando as condições crônicas insidiosas evoluem*”.

O autor observa que a Saúde da Família está voltada para o atendimento às condições agudas apesar da situação epidemiológica brasileira apresentar um predomínio relativo das condições crônicas. Defende uma mudança na organização dos serviços de saúde considerando que

*os sistemas de serviços de saúde voltados para a atenção às condições crônicas são aqueles que desenvolvem um enfoque sistemático e planejado para atender às necessidades dos eventos agudos e crônicos que se manifestam no decorrer do ciclo de vida de uma condição ou doença, provendo intervenções de promoção da saúde, de prevenção das doenças ou danos, de contenção do risco evolutivo, de tratamento, de reabilitação, de manutenção e de suporte individual e familiar para o autocuidado, por meio de uma rede integrada de pontos de atenção à saúde que prestam uma atenção contínua.* Mendes (2002b:59)

Holman e Lorig apud Mendes (2002b:57) caracterizam as condições agudas e as crônicas da seguinte forma:

*Condições agudas: a duração da condição é limitada; a manifestação é abrupta; a causa é usualmente simples, o diagnóstico e o prognóstico são usualmente precisos; as intervenções tecnológicas são usualmente efetivas; e o resultado das intervenções leva normalmente à cura.*

*Condições crônicas: o início da manifestação é usualmente gradual; a duração da doença ou condição é longa ou indefinida; as causas são múltiplas e mudam ao longo do tempo; o diagnóstico e o prognóstico são usualmente incertos; as intervenções tecnológicas são usualmente não decisivas e, muitas vezes, com efeitos adversos; o resultado não é a cura, mas o cuidado; as incertezas são muito presentes; e o conhecimento deve ser compartilhado por profissionais e usuários de forma complementar. As condições crônicas, contudo, não devem ser confundidas com as doenças crônicas, ainda que possa haver uma certa relação entre elas, porque o que define uma condição crônica é, fundamentalmente o seu ciclo de vida que deve ser superior a três semanas; assim, muitas doenças infecciosas, como a tuberculose, a hanseníase e a AIDS, pelo seu tempo de duração, devem ser consideradas como condições crônicas e enfrentadas como tais.*

O Ministério da Saúde preconiza que a atenção básica deve dar resolutividade a 85% das intercorrências de doença, coordenar os fluxos e contra-fluxos da atenção à saúde, encaminhando os casos de maior complexidade e responsabilizar-se pela saúde dos usuários. Na Portaria de Urgência e Emergência o Ministério da Saúde reafirma que dentro da concepção de reestruturação do modelo assistencial atualmente preconizado, inclusive com a implementação do Programa de Saúde da Família, é fundamental que a atenção primária e o Programa de Saúde da Família se **responsabilizem pelo acolhimento dos pacientes com quadros agudos ou crônicos**

**agudizados de sua área de cobertura**<sup>3</sup> (urgência de baixa gravidade/complexidade) ou adstrição de clientela, cuja complexidade seja compatível com este nível de assistência. (Portaria: 2048/GM de 05/11/2002) Isso implica que a Unidade de Saúde da Família deva ofertar ações preventivas e curativas à população adscrita à Unidade, inclusive com atendimento a urgência de baixa complexidade, o que diminuiria, certamente, a procura por atendimento na urgência/emergência. Entretanto, parece que a hegemonia da lógica programática existente nas Unidades de Saúde da Família acaba por recusar o acolhimento dos pacientes com sofrimentos agudos. Por outro lado, os sistemas de saúde não estão organizados em rede, por meio da conexão dos diversos serviços desde a unidade básica até os hospitais de alta complexidade.

Parece que a indefinição de responsabilidades dentro da rede assistencial acaba por perpetuar as falhas no sistema de saúde e as leis, portarias, resoluções, etc. correm o risco de se tornarem letras mortas.

---

<sup>3</sup> Grifo da autora.

## 2. O MUNICÍPIO ESTUDADO E SUA REDE ASSISTENCIAL

Quissamã é um município grande em extensão territorial, 715 Km<sup>2</sup>, localizado no norte do estado do Rio de Janeiro. Tem 19 anos de emancipação política, obtida em plebiscito em 12 de junho de 1988.

A rede viária de acesso ao município é formada por uma rodovia federal, uma estadual e estradas e caminhos municipais. O sistema de transportes coletivos é deficiente. A falta de opção e qualidade em transporte público abriu possibilidades para o transporte alternativo. As “lotadas” transportam passageiros entre municípios. Observo que as dificuldades de deslocamentos dentro do município, além de penalizarem a população, geram conseqüências para a Secretaria Municipal de Saúde, que muitas vezes tem que disponibilizar ambulâncias para transportar o usuário do domicílio para os serviços de saúde local e para outros municípios e vice versa.

A base econômica tradicional da cidade assenta-se no setor primário, principalmente na monocultura canavieira, desde fins do século XVIII. O município tem vocação para a agricultura, pela qualidade de seu solo, topografia favorável, grande extensão de planícies, abundância de recursos hídricos e favorecida acessibilidade regional. Esse município, também, é produtor de coco. Parte da produção é exportada, parte abastece o mercado in natura do estado do Rio de Janeiro e parte é absorvida pela unidade de água de coco instalada no município. No setor secundário destaca-se a indústria de produtos alimentares e, no terciário, embora tenha expressão importante na economia municipal, a prestação de serviços e o comércio são deprimidos pela influência das estruturas de municípios vizinhos. Entretanto, a maior arrecadação do município é proveniente das atividades petrolíferas desenvolvidas na Bacia de Campos, onde boa parte dos maiores campos de petróleo está no litoral de Quissamã. As plataformas da Bacia de Campos são responsáveis pela produção de 70% do petróleo nacional, e recentemente com a criação da Agência Nacional do Petróleo, os municípios produtores estão recebendo uma maior cota de royalties do petróleo.

Outro grande potencial econômico do município é o turismo, que ainda não está desenvolvido, mas vem atraindo a atenção. O município possui poucos hotéis e pousadas, mas a expectativa é de que devido à criação de um Parque Ecológico e a existência do rico patrimônio histórico, composto por prédios centenários, esta atividade tenha em pouco tempo uma grande importância econômica no município.

Um artigo no Jornal O Globo de 22 de abril de 2005, no caderno Economia, cita esse município entre 73 dos 5.561 municípios brasileiros que têm renda “per capita” de país desenvolvido.

Em 2004, 60% dos habitantes residiam na cidade-sede, que possui densidade demográfica média de 38,17 habitantes/hectare; em 2006 esse percentual não alterou. A média de moradores por domicílio ou densidade domiciliar vem diminuindo de 4,26 habitantes/domicílio em 1991 para 3,70 habitantes/domicílio em 2000, chegando a 3,58 habitantes por domicílio em 2004, conforme assinalado no Plano Diretor de Desenvolvimento Sustentável. O Bairro de Caxias apresenta a maior quantidade de habitantes por área, com 95,36 habitantes/hectare. Sítio de Quissamã e Matias, a menor, com 26,54 habitantes/hectare. Santa Catarina e Barra do Furado estão próximas à média. Esses bairros possuem Unidades de Saúde da Família. O Programa Municipal de Habitação Popular, implantado em 1991, contemplou cerca de 800 famílias com unidades habitacionais. Equivale a dizer que quase 20% das moradias atuais foram executadas pela Prefeitura.

A população é jovem, com 56% do total possuindo até 30 anos. Em 2004, o município possuía 4182 domicílios, sendo 98% composto por casas. Neste mesmo ano, 70% do total de domicílios eram próprios. Entre os domicílios, 35% estão sem acesso à rede de abastecimento de água, 44% sem ligações à rede de esgoto, 10% sem iluminação elétrica. Apenas 68% dos imóveis domiciliares estão cadastrados na Prefeitura.

Em 2005, a população residente foi estimada pelo IBGE em 15.683 habitantes.

A população se queixa de falta de opções de lazer. O município possui um ginásio poliesportivo, um clube recreativo, um Parque Municipal em implantação e um Parque Aquático público, que funciona nos finais de semana e, no verão, funciona diariamente, com colônia de férias.

A rede educacional dispõe de 21 estabelecimentos e não faltam vagas. Na rede municipal prevalece a oferta do ensino fundamental e na rede estadual a oferta de ensino médio. O município garante acesso ao ensino superior em faculdades privadas, arcando com o pagamento integral das mensalidades e com o transporte dos alunos.

A rede pública de saúde está organizada de forma hierarquizada. Em 2005, a rede era composta por 09 Unidades de Saúde da Família, 01 Centro de Especialidades, 01 Centro de Atenção Psicossocial, 01 Ambulatório Ampliado de Saúde Mental e 01

Hospital Municipal. Em algumas dessas instalações são ofertados atendimentos odontológicos e fisioterápicos. Em 2006, foi ampliado atendimento odontológico através de unidade móvel para os servidores municipais e da Câmara Municipal e inaugurada uma Unidade de Saúde da Família, atingindo 100% de cobertura da Estratégia de Saúde da Família.

A odontologia clínica está presente em todas as unidades de saúde, exceto no hospital e ambulatório ampliado de saúde mental. Há oferta de atendimentos odontológicos nas seguintes especialidades: periodontia, endodontia e cirurgia bucomaxilo facial. E, nos finais de semana, atendimento de urgência odontológica. Os atendimentos de periodontia e endodontia são realizados no Centro de Especialidades e, esta última especialidade também é oferecida na Unidade de Saúde de Barra do Furado. As cirurgias bucomaxilofaciais são realizadas na Unidade de Saúde da Família do Carmo por dispor de espaço físico mais adequado.

O serviço de fisioterapia está presente em duas Unidades de Saúde da Família (Santa Catarina e Barra do Furado), três vezes por semana e no Centro de Especialidades, todos os dias da semana.

A seguir serão descritas as Unidades de Saúde para melhor dimensionamento ao leitor da rede assistencial existente, em Quissamã.

#### **Unidades de Atenção Primária:**

Em 2005, totalizavam nove Unidades de Saúde trabalhando com a lógica da Saúde da Família e distribuídas em área urbana e rural com população adscrita conforme tabela abaixo:

**Tabela 2:** Famílias adscritas por Unidade de Saúde da Família em 2005.

Unidades de PSF	Número de Famílias cadastradas	Habitantes cadastrados	Equipes de Saúde da Família	Nº de ACS	Percentual de cobertura populacional	Situação geográfica
Unidade de Caxias	913	3.277	01(1)	6	95%	urbana
Unidade de Carmo	581	2.116	01	5	100%	urbana
Unidade de Matias	752	2.743	01	5	98%	urbana
Unidade de Barra do Furado	403	2.053	01	3	100%	litoral
Unidade de Santa Catarina	494	1.308	01	4	100%	urbana
Unidade de Alto Grande	481	1.649	01	4	100%	rural
Unidade de Morro Alto*	315	900	01	2	100%	rural

Unidades de PSF	Número de Famílias cadastradas	Habitantes cadastrados	Equipes de Saúde da Família	Nº de ACS	Percentual de cobertura populacional	Situação geográfica
Unidade de Conde de Araruama*	45	245		1	100%	rural
Unidade de Machadinha*	280	902	01	2	100%	rural
Total	4264	15.193	08	32	97% (2)	-----

Fonte: SEMSA-Coordenação Programa de Saúde da Família-Relatório de Gestão 2005

(\*) Essas Unidades não alimentam o SIAB embora trabalhem com a lógica da Estratégia de Saúde da Família. Não estão registradas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde como Unidades de Saúde da Família porque a quantidade de equipes de Saúde da Família existentes extrapolou o parâmetro estabelecido pelo Ministério da Saúde.

(1) Essa equipe conta com mais um médico e um enfermeiro de Saúde da Família que auxiliam nas atividades assistenciais quando não estão cobrindo faltas e férias em outras Unidades de Saúde da Família.

(2) Considerando a população estimada pelo IBGE (15.683 habitantes).

Cabe destacar que a Unidade de Saúde de Morro Alto e Conde compartilham da mesma dupla de médico e enfermeira em função do número de famílias existentes nessas localidades. Entretanto, os agentes comunitários de saúde, técnico de enfermagem e auxiliar de limpeza são distintos para cada uma dessas duas Unidades. As demais categorias como dentistas, auxiliar de consultório dentário, nutricionista compõem a equipe, mas não trabalham exclusivamente nestas duas Unidades.

O Ministério da Saúde, antes do Pacto Pela Saúde-2006, estabelecia que uma equipe de Saúde da Família fosse responsável pelo acompanhamento de, no máximo, 4.500 pessoas ou 600 a 1.000 famílias o que compreendia uma população entre 2.400 e 4.500 pessoas. Cada agente comunitário de saúde (ACS) seria responsável pelo acompanhamento de uma micro-área, onde residiam de 400 a 750 pessoas. Na Política Nacional de Atenção Básica, elaborada em 2006, o Ministério da Saúde, faz uma pequena redução do número de habitantes por equipe de Saúde da Família. Define que cada equipe é responsável por, no máximo, 4.000 habitantes, sendo a média recomendada de 3.000 habitantes para uma jornada de trabalho de 40 horas semanais para todos os seus integrantes e composta por, no mínimo, médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Não houve alteração para a relação habitante/ACS.

O número de equipes e Unidades de Saúde da Família em Quissamã foi definido pelo gestor municipal de acordo com as seguintes justificativas: geográficas,

principalmente, por existir uma extensa área territorial distante do centro urbano, manter o atendimento médico-sanitário nas localidades onde já existiam as Unidades Básicas de Saúde e expandir atendimento nas localidades com maior número de habitantes e em crescimento populacional. Pelo quadro acima é possível dizer que o número de equipes de Saúde da Família existentes supera a relação equipe-população preconizada pelo Ministério da Saúde. Por ter somente seis equipes de Saúde da Família cadastradas junto ao Ministério da Saúde, não há informações de toda a população atendida na atenção básica no sistema oficial (SIAB).

Além dessas Unidades de Saúde da Família, o Centro de Especialidades atendeu com procedimentos de atenção básica parte da população urbana do Centro e Alto Alegre sem cobertura da Estratégia de Saúde da Família até abril/2006. A abertura de uma Unidade de Saúde da Família para atender essa população assistida no Centro de Especialidades gerou uma nova conformação no sistema de saúde. Esse Centro de Especialidades fechou o serviço de atenção primária e transferiu a dispensação de medicamentos da farmácia básica para as Unidades de Saúde da Família. Caracterizou-se em atender somente os usuários encaminhados para as especialidades médicas e distribuir medicamentos estratégicos (controle de endemias, anti-retrovirais, imunobiológicos e insulina) e excepcionais (para tratamento de patologias que compõem o Grupo 36 – Medicamentos da Tabela descritiva do SIA/SUS e outros). Isso tem forçado os usuários a procurar a Unidade de Saúde da Família mais próxima a sua residência para obter encaminhamentos para os médicos especialistas e medicamentos da farmácia básica. Apesar de constranger o acesso do usuário, é uma tentativa de vinculá-lo a uma equipe de Saúde da Família. Essa medida está reverberando tanto para os usuários quanto para os trabalhadores das Unidades de Saúde da Família, que passaram a ter que assumir a responsabilidade de atender a população de sua área de abrangência que antes procurava atendimento no Centro de Especialidades ou Hospital.

Para ilustrar a repercussão da mudança citada acima, destaco a fala de um usuário e da recepcionista da Unidade de Saúde da Família estudada:

*Eu sempre morei na Beira da Lagoa, em 1982 fui para São Paulo. Há 3 anos estou de volta. Eu sempre procurei o posto do Centro. Como sou morador de Beira da Lagoa me mandaram procurar o Posto de Machadinha. Eu nunca queria ir a Machadinha. Para efeito de condução é ruim. Aqui no Centro tem ônibus para vir e para voltar. É mais fácil vir aqui em Quissamã do que em Machadinha. Por isso eu nunca quis ir lá, também. Sempre falavam para eu mudar, mas sou teimoso. Agora, tem ordem nas coisas. Não posso ser mais teimoso. Eu estava fazendo tratamento com Doutor ... – ortopedista e vendo a pressão com Doutor ..... Mas, como agora eles tão dizendo que não pode mais, que tem que ser no local de moradia,*

*eu, agora estou transferindo para Doutor ..... Eu vim aqui na Emergência e encontrei com ele mesmo. Achei um ótimo médico.* (depoimento de um usuário entrevistado na Emergência)

*Agora, depois que fechou a farmácia básica do Centro de Especialidades a gente tá sentindo na pele.* (depoimento da recepcionista da Unidade de Saúde da Família estudada)

A organização do serviço de saúde local pautado na adscrição da clientela a uma determinada Unidade de Saúde, bem como a hierarquização da rede de serviços, além de romper com o vínculo do usuário ao serviço no qual sentia-se atendido, não permitiu ao usuário o direito de escolha. Criou-se uma barreira de acesso ao atendimento do ponto de vista organizacional sem que fossem considerados outros fatores como facilidade de acesso geográfico entre outros.

O Programa Saúde da Família em Quissamã foi implantado em 1994, quando o governo municipal contratou quatro equipes multiprofissionais (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes de saúde) para atuarem nas localidades de Barra do Furado, Santa Catarina, Alto Grande e Centro, baseando-se no modelo assistencial de saúde de Cuba. Até essa época, não havia concurso público para ingressar na Prefeitura, eram feitos contratos de trabalho. Esse trabalho perdurou por dois anos, tendo sido desarticulado por problemas financeiros e administrativos. Alguns desses profissionais foram embora e outros fizeram, posteriormente, concurso municipal e retornaram a trabalhar no município, mas na lógica, estritamente, assistencial.

Em 2001, o programa foi reimplantado e expandido e, desde então, tem sido o modelo assistencial norteador da atenção primária à saúde. Frente ao Ministério da Saúde, o município recebe incentivo financeiro pelo funcionamento de seis equipes de Saúde da Família (número máximo de unidades preconizado pelo Ministério da Saúde baseado em número de habitantes) e as demais equipes são assumidas com recursos próprios do município.

As equipes possuem 1 médico, 1 enfermeiro, 1 administrativo, 1 ou 2 auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde de acordo com o número de famílias, 1 auxiliar de serviços gerais e as Unidades maiores possuem ainda 1 recepcionista. Todas as Unidades de Saúde da Família possuem dentistas em dois ou três dias da semana, em ambos os turnos, e existem duas Unidades com equipe de Saúde Bucal que são Carmo e Caxias. Em todas as Unidades há uma nutricionista, em um dia na semana nas Unidades com maior número de habitantes, e meio dia nas Unidades com



menor número. Há um fisioterapeuta na Unidade de Barra do Furado e outro em Santa Catarina, em alguns dias/turnos da semana.

Todas as categorias profissionais que trabalhavam nas Unidades de Saúde da Família, até 2004, exceto médico e enfermeiro, eram concursadas, inclusive os agentes comunitários de saúde. Hoje a forma de contratação para as Unidades de Saúde da Família, de todas as categorias profissionais, é através de Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP).

Essas equipes são gerenciadas por um coordenador do nível central da Secretaria Municipal de Saúde e apoiadas tecnicamente por supervisores médicos nas áreas pediátrica e ginecológica e um supervisor de enfermagem.

A área de saúde mental do município tem realizado capacitações para as equipes de Saúde da Família e dá suporte técnico sempre que é convocada.

Em todas as Unidades de Saúde há um posto volante de coleta de exames de patologia clínica uma vez por semana e são dispensados, diariamente, medicamentos da farmácia básica, padronizados pelo município com setenta e oito itens. As Unidades de Barra do Furado, Santa Catarina, Caxias, Matias e Carmo possuem eletrocardiógrafo e os médicos de família foram treinados para a leitura desse exame.

Neste município, no ano de 2004, existiam oito equipes de Saúde da Família, atuando em nove Unidades uma vez que uma dupla de médico e enfermeiro atendia e continua atendendo duas Unidades (Unidades de Morro Alto e Conde de Araruama) em função do pouco número de habitantes.

Em 2005, contrataram uma dupla de médico e enfermeiro para cobrir férias e faltas nas Unidades de Saúde da Família, lotando-os na Unidade de Saúde de Caxias. Quando não estavam fazendo substituição de férias ou cobrindo faltas, essa dupla auxiliava no atendimento a equipe de saúde dessa Unidade, com a justificativa que esta Unidade possui o maior número de famílias adscritas.

Em 2006, foi contratada mais uma equipe de Saúde da Família (médico, enfermeira, agentes comunitários de saúde, técnico de enfermagem, auxiliar de limpeza e recepcionista) com inauguração da Unidade de Saúde da Família do Centro, totalizando 9 equipes. Manteve-se uma dupla de médico e enfermeiro de Saúde da Família para cobrir férias e faltas nas Unidades de Saúde da Família.

As Unidades funcionam de 2ª a 6ª feira, das 8h00min às 16h30min, com fechamento para almoço (das 11h30min às 13h00min) e um turno à noite, uma vez por

semana, até as 20h00min, exceto a Unidade de Barra do Furado, conforme descrição a seguir.

A Unidade de Barra do Furado funciona ininterruptamente, ou seja, das 8h00min às 16h30min com a equipe de Saúde da Família e das 16h30min às 18h30min com auxiliar administrativo e auxiliar de enfermagem nos dias úteis da semana. A partir das 18h30min, de 2<sup>a</sup> a 6<sup>a</sup> feira, assume a equipe de plantão noturno (12 horas) composta pelo médico, auxiliar de enfermagem, auxiliar de serviços gerais, motorista de ambulância e guarda municipal. Nos finais de semana o plantão é de 24 horas. Os plantões noturnos nos dias úteis da semana e os plantões de 24 horas nos finais de semana e feriados foram oferecidos à comunidade devido à distância do Hospital Municipal (40 km). Além disso, essa Unidade atende uma população do município vizinho que, em função da proximidade territorial costuma procurar esse serviço de saúde. Esta Unidade também possui um pediatra com a justificativa de atender a demanda espontânea não só da população adscrita como também de uma parte da população desse município vizinho. O funcionamento de dois modelos assistenciais na mesma Unidade tem gerado dificuldade em organizar e implementar as diretrizes da Saúde da Família, conforme apontado no relatório de gestão 2005 da equipe de Saúde da Família.

Embora o governo federal preconize 40 horas semanais, no município estudado os profissionais médicos e enfermeiros possuem um dia de folga, em dia útil da semana, que é compensado parcialmente, em uma carga horária noturna de 3 horas, uma vez por semana, para atender a população trabalhadora. Essa flexibilização de horário é justificada pelo gestor municipal em função da dificuldade em captar, principalmente, médico para trabalhar na Saúde da Família com a remuneração que é estabelecida pela gestão municipal. Portanto, um dia útil de folga funciona como um diferencial para atrair médicos em função da possibilidade de melhoria salarial com a viabilidade de um outro vínculo de trabalho. Alguns médicos de Saúde da Família (total de quatro) trabalham como plantonistas no Hospital Municipal de Quissamã.

**Quadro 1:** Horários de funcionamento das Unidades de Saúde da Família e Folgas dos Médicos e Enfermeiros - 2005.

Unidades de Saúde da Família	2ª			3ª			4ª			5ª			6ª			Final de Semana
	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	
Unidade de Caxias							médico					E/M	médico			
Unidade de Carmo						E/ M	médico				médico			enf <sup>o</sup>		
Unidade de Matias	enf <sup>o</sup>					E/ M							médico			
Unidade de Barra do Furado	enf <sup>o</sup>		Plantão 12h			Plantão 12h	médico	E	Plantão 12h			M	Plantão 12h		Plantão 12h	Plantão 24h
Unidade de Santa Catarina						E/ M	médico							enf <sup>o</sup>		
Unidade de Alto Grande				médico					E/M					enf <sup>o</sup>		
Unidade de Morro Alto e Unidade de Conde				médico					E/M					enf <sup>o</sup>		
Unidade de Machadinho						E/ M	médico							enf <sup>o</sup>		

Fonte: SEMSA-Coordenação do Programa de Saúde da Família

**Legenda:**

- M,T e N: manhã, tarde e noite
- verde-médico: folga do médico (day off)
- amarelo-enf<sup>o</sup>: folga da enfermeira (day off)
- lilás-E,M,E/M: funcionamento da Unidade em horário noturno (E- somente enfermeiro, M-somente médico e E/M enfermeiro e médico). azul claro-Plantão 24h: funcionamento da Unidade em regime de plantão finais de semana e feriados
- cinza-Plantão 12h: funcionamento da Unidade em regime de plantão noturno.

A Unidade de Morro Alto e Conde como possuem a mesma dupla de médico e enfermeira fazem o atendimento noturno de quinze em quinze dias em cada uma das Unidades.

**Unidades de Atenção Secundária:**

**Centro de Saúde Benedito Pinto das Chagas**

É chamado, também, de Centro de Especialidades é referência secundária para o Programa de Saúde da Família. Este serviço funciona de segunda à sexta-feira das 08h00min às 20h00min, atendendo a demanda referenciada pelas Unidades de

Saúde da Família e pelo hospital e aos sábados e domingos somente com atendimento odontológico de urgência das 08h00min às 17h00min. As consultas com os médicos especialistas podem ser agendadas tanto pelo próprio usuário quanto pela Unidade de Saúde da Família que está fazendo o encaminhamento. Há usuários que optam que o agendamento da consulta seja realizado pela própria Unidade de Saúde da Família. A única vantagem para o usuário desse procedimento ser feito pela Unidade de Saúde da Família é evitar o deslocamento até o Centro de Especialidades. O agente comunitário de saúde responsável pela área de abrangência da residência do usuário é incumbido de avisar ao usuário, o dia da semana e o horário agendado.

Observei que o ato de agendamento de consulta especializada para o usuário pela Unidade de Saúde da Família não aumenta a responsabilização da Unidade com o percurso do usuário no sistema de saúde. A consulta é agendada, o usuário é avisado, mas depois nada mais é sabido pela equipe de Saúde da Família a não ser que o usuário retorne a Unidade ou comente alguma coisa com o agente comunitário de saúde na visita domiciliar. A prática da contra-referência não está incorporada pelos médicos especialistas, o que induz a pensar em um trabalho em saúde pobre de conversações entre serviços, tendo como consequência uma assistência fragmentada ao usuário.

Nesta Unidade são realizados exames de ecocardiograma, teste ergométrico e eletrocardiograma, além de RX simples.

São ofertados atendimentos nas especialidades médicas discriminadas no quadro abaixo, além da nutrição, serviço social, odontologia e fisioterapia. O total de consultas realizadas, em 2005/2004, por estes especialistas, também, está indicada no quadro.

**Tabela 3:** Produção Ambulatorial de Atendimentos Médicos no Centro de Especialidades nos anos de 2004 e 2005, no município estudado.

<b>Especialidades Médicas</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>
Alergologia	---- <sup>4</sup>	----idem
Angiologia	546	1.087
Cardiologia	2734	2.205
Cirurgia Geral	724	578
Clínica Médica	5.468	4.908
Dermatologia	1275	1.414
Endocrinologia	1558	1.385
Gineco/obstetrícia	3526	2.290

<sup>4</sup>O profissional dessa especialidade estava utilizando o código de produção da clínica médica por isso não há registro quantitativo de sua produção nos anos de 2004 e 2005.

<b>Especialidades Médicas</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>
Mastologia	---- <sup>5</sup>	520
Geriatria	228	235
Neurologia	1473	1.265
Oftalmologia	1817	1.425
Ortopedia	2833	2.248
Otorrinolaringologia	1221	1700
Pediatria	2322	2.729
Pneumologia	682	510
Reumatologia	656	1.108
Urologia	994	986
Acupuntura	60	306
<b>Total</b>	<b>28.117</b>	<b>26.899</b>

Fonte: SEMSA-Setor de Faturamento da Secretaria Municipal de Saúde  
Boletim de Produção Ambulatorial

**Tabela 4:** Produção Ambulatorial da Fisioterapia, Serviço Social e Nutrição nos anos de 2004 e 2005, no município estudado.

<b>Outros Atendimentos Não Médicos</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>
Fisioterapia (consulta+atendimento)	41.888	38.354
Serviço Social	3.458	3.129
Nutrição	1.541	2.021
Odontologia	53.175	55.789

Fonte: SEMSA- Setor de Faturamento da Secretaria Municipal de Saúde

### **Ambulatório de Saúde Mental**

Realiza avaliação e atendimento individual e em grupo nas especialidades de psicologia, psiquiatria, fonoaudiologia, e serviço social. Funciona em espaço físico e com profissionais distintos do Centro de Atenção Psicossocial.

**Tabela 5:** Produção do Ambulatório de Saúde Mental nos anos de 2004 e 2005, no município estudado.

<b>Atendimentos</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>
Psiquiatria	1.055	1.665
Psicologia	519	28
Psicodiagnóstico	62	44
Terapias individuais	1.131	2.462
Terapias de Grupo	109	271
Fonoaudiologia	290	58

Fonte: SEMSA- Setor de Faturamento da Secretaria Municipal de Saúde  
Boletim de Produção Ambulatorial

A redução da produção de psicologia e fonoaudiologia observada no ano de 2005 se devem a problemas no registro de dados.

<sup>5</sup>Em 2004 não havia especialista em mastologia trabalhando em Quissamã.

### **Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)**

É um serviço de atenção diária para pacientes com transtorno mental grave e que necessitam de cuidados intensivos, de forma a evitar internações em hospitais psiquiátricos viabilizando sua reintegração na vida social e familiar.

Oferece oficinas terapêuticas, avaliação e tratamento individual e em grupo, distribuição de medicamentos e atendimento da emergência psiquiátrica em conjunto com o Hospital Municipal.

### **Hospital Municipal**

O Hospital está localizado na zona urbana do município, ocupando uma área de 13.432,00 m<sup>2</sup>, sendo 5.000 m<sup>2</sup> de construção. Dispõe de (54) leitos para internação geral, 16 leitos para clínica médica sendo (08) masculino e (08) feminino, (08) leitos para clínica cirúrgica, (08) Clínica Pediátrica, (01) leito isolamento adulto, (01) leito isolamento pediátrico, (01) leito para internação psiquiátrica, (02) leitos de cuidados intermediários e (14) para a obstetrícia e clínica ginecológica além, de 03 leitos para pré-parto, parto e puerpério (PPP).

O Centro Obstétrico, com uma sala cirúrgica, foi projetado para valorizar a humanização do parto contando com banheira de hidromassagem no pré - parto.

O Centro Cirúrgico possui duas salas cirúrgicas, sendo que uma delas é equipada com aparelho de videolaparoscopia. Somente são feitas cirurgias eletivas, os casos que necessitam de intervenção emergencial são transferidos para outros serviços públicos ou conveniados/contratados pelo município conforme disponibilidade de leitos.

Há espaço para instalação de uma UTI com capacidade para 06 leitos, porém sem funcionamento até o momento em função do alto custo e falta de pactuação regional. Os pacientes que necessitam desses cuidados são transferidos para outros hospitais (públicos, filantrópicos ou privados) selecionados de acordo com a disponibilidade de leito.

#### **Na emergência/urgência:**

Área física:

Contempla emergência adulta e pediátrica com:

- 5 consultórios médicos.
- 1 espaço para consultório odontológico sem previsão de funcionamento e de aquisição de equipamento. Funciona com geladeira de vacina
- 5 salas para observação/repouso, compreendendo (6) leitos para adulto masculino, (6) adulto feminino, (1) psiquiatria, (2) sem especificações, utilizado conforme a demanda e (4) infantis totalizando (19) leitos .

- 1 sala para inaloterapia.
- 1 sala de emergência.
- 1 sala para procedimentos especiais.
- 1 sala para higienização.
- 1 sala para gesso.
- 1 sala para curativos.
- 1 sala para recepção.
- 1 sala para aplicação de medicamentos.

Na Emergência trabalham os seguintes profissionais médicos: (2) clínicos gerais, (2) pediatras – o segundo pediatra foi incorporado no ano de 2005 com a mudança do gestor municipal e (1) obstetra. Apoiando essa equipe, existe um obstetra e um anestesiológico de sobreaviso para partos cirúrgicos.

Internação que exige uma assistência mais complexa é encaminhada, em maior número, para municípios vizinhos que possuem uma maior capacidade tecnológica. Essa Unidade é referência para obstetrícia de baixo risco para o município de Carapebus.

Essa Unidade Hospitalar possui em sua área física os seguintes serviços de apoio diagnóstico para atendimento de sua própria demanda, como também, para a demanda das outras Unidades de Saúde que compõem o sistema municipal:

- Laboratório Municipal de Análise Clínica.

Presta serviço a todas as Unidades de Saúde do município através do posto de coleta volante. Para cada Unidade de Saúde ambulatorial tem um dia da semana programado para a realização da coleta de exames laboratoriais. Para o hospital (internação e emergência), este serviço funciona 24 horas.

- RX simples.

O serviço de RX funciona todos os dias da semana em plantão de 24 horas.

- Ultrassom.

Os exames de ultrassonografia solicitados ambulatorialmente são agendados na Central de marcação de exames após autorização do setor de controle e avaliação. A emergência e a internação, dependendo da urgência, encaminham os pacientes para um outro serviço de imagem fora do município, caso não seja o dia e nem horário do ultrassonografista no serviço. O aparelho de ultrassom é do município e os profissionais que trabalham com o aparelho possuem vínculos de trabalho diferentes, sendo um concursado e o outro contratado. Este serviço é disponibilizado três vezes por semana no município.

Não são dispensados medicamentos nessa Unidade para os usuários que procuram a emergência hospitalar ou para aqueles que obtiveram alta da internação. No entanto, de posse da receita médica, os usuários podem se dirigir às farmácias das Unidades de Saúde da Família de sua área de residência para obter a medicação desde que padronizada na farmácia básica. É garantida a população de baixa renda medicamentos especiais, fora da padronização municipal da farmácia básica e especializada, desde que caracterizado um problema crônico de saúde (por exemplo, colírio para glaucoma).

Em síntese, todas as Unidades de Saúde secundárias atendem a toda população do Município que demandam assistência, sendo que o acesso aos especialistas, exceto a saúde mental, requer, porém nem sempre exigido, um encaminhamento médico dos generalistas das equipes de Saúde da Família, plantonistas ou dos clínicos gerais que estão dando suporte na rede básica com o fechamento do Centro de Especialidades para atenção primária. As Unidades de Saúde primárias atendem a população adscrita conforme demonstrado em quadro anterior.

Destaco abaixo algumas informações epidemiológicas e indicadores da atenção básica do município estudado:

#### Mortalidade:

Em 2004 as doenças do aparelho circulatório, doenças do aparelho respiratório e as causas externas foram às três primeiras causas de morte, no total de 80 óbitos.

Em 2005, a doença do aparelho circulatório foi à primeira causa de morte, seguida por neoplasias e causas externas no total de 100 óbitos.

Embora o estudo das causas de morte em uma estrutura populacional pequena tenha ressalvas, tendo em vista que um óbito é capaz de alterar o ranking das causas, optei em apresentar esses dados para um panorama da mortalidade no município.

O índice de Swaroop & Uemura é um indicador que evidencia o percentual de pessoas que morrem com 50 anos ou mais em relação ao total de óbitos ocorridos em uma determinada população. Segundo Rouquayrol e Kerr-Pontes (1993:34) “*este índice por não ser afetado por problemas de estrutura populacional é o mais utilizado em saúde pública para fins de comparações locais (em épocas diferentes) ou inter-regionais e intercontinentais num mesmo período*”.



Em Quissamã, a proporção de óbitos de pessoas com mais de 50 anos, em 2005, foi de 74% e, em 2004, foi de 70 %. Estabelecendo um comparativo com o estado do Rio de Janeiro, que em 2005 teve os índices de 72% e 2004 de 71%, Quissamã possui percentuais quase semelhantes.

Rouquayrol e Kerr-Pontes (1993:34) afirmam que “*quanto mais elevado o índice de Swaroop & Uemura tanto melhores serão as condições de saúde e outras condições sociais e econômicas da região em estudo. Nos países desenvolvidos, este índice apresenta valores compreendidos entre 80 e 90%*”.

Não há registro de mortalidade materna no período de 2000 a 2006.

Os óbitos em < 1 ano estão demonstrados no quadro abaixo:

**Tabela 6:** Número de Nascidos Vivos e Óbitos em menores de 1 ano, 2000-2005.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Nascidos vivos	259	306	281	283	290	332
Total de óbitos	8	4	1	4	5	3

Fonte: SEMSA –Epidemiologia-SINASC/SIM

#### Morbidade:

As doenças sexualmente transmissível (DST), excluindo a AIDS, foram as patologias de maior incidência dentre as doenças de notificação compulsória em 2005, seguidas das diarreias, varicela e conjuntivite. A grande detecção de DST e infecções geniturinárias se devem à descentralização da ação de coleta de material para colpocitológico nas Unidades de Saúde da Família realizada por médicos e enfermeiras treinados, com conseqüente detecção de infecções secundárias.

Essas informações foram fornecidas pelo Serviço de Epidemiologia do município. Quanto aos indicadores de resultado da atenção básica levantei os dados, do município e do estado, no site do DATASUS, de uma série histórica de 2001 a 2006, conforme demonstrado nas tabelas a seguir:

**Tabela 7:** Série histórica do Pacto de Indicadores da Atenção Básica, do município de Quissamã.

Indicador		Série Histórica					Tendência esperada	
		2001	2002	2003	2004	2005		2006
<b>Saúde da Criança</b>								
1	Número absoluto de óbitos em menores de 1 ano de idade	4	1	4	5	-	-	↘
2	Coefficiente de mortalidade infantil	13,1	3,6	14,1	17,2	-	-	↘
3	Proporção de nascidos vivos com baixo peso ao nascer	8,5	7,5	8,1	7,2	-	-	↘
4	Proporção de óbitos em menores de um ano de idade por causas mal definidas	-	-	25,0	-	-	-	↘
5	Taxa de internações por Infecção Respiratória Aguda (IRA) em menores de 5 anos	29,9	37,4	22,2	42,2	35,6	38,0	↘
6	Taxa de internações por Doença Diarréica Aguda (DDA) em menores de 5 anos	6,0	5,1	2,9	6,3	12,1	3,9	↘
7	Número absoluto de óbitos neonatais tardios	-	1	-	-	-	-	↘
8	Coefficiente de mortalidade neonatal tardia	-	3,6	-	-	-	-	↘
<b>Saúde da Mulher</b>								
9	Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil investigados	-	-	-	-	-	-	↗
10	Proporção de nascidos vivos de mães com 4 ou mais consultas de pré-natal	92,5	96,4	92,9	95,5	-	-	↗
11	Razão entre exames citopatológicos cérvico-vaginais em mulheres de 25 a 59 anos e a população feminina nesta faixa etária	-	0,34	0,23	0,28	0,59	0,21	↗
12	Razão de mortalidade materna	-	-	-	-	-	-	↘
13	Proporção de partos cesáreos	48,0	47,0	45,2	53,8	-	-	↘
14	Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal	73,9	63,0	60,4	80,7	-	-	↗
<b>Controle da Hipertensão Arterial</b>								
15	Taxa de internações por acidente vascular cerebral (AVC)	48,5	61,9	37,3	52,4	54,4	59,6	↘
16	Taxa de internações por insuficiência cardíaca congestiva (ICC)	41,3	50,0	74,5	93,4	65,3	102,1	↘
17	Proporção de portadores de hipertensão arterial cadastrados	-	-	-	-	3,5	56,5	↗
<b>Controle da Diabetes</b>								
18	Proporção de internações por complicações do Diabetes Mellitus	4,1	2,7	4,2	3,4	3,2	2,9	↘
19	Proporção de portadores de diabetes mellitus cadastrados	-	-	-	-	6,3	48,9	↗
<b>Controle da Tuberculose</b>								
20	Proporção de abandono de tratamento de tuberculose	-	-	-	-	-	-	↘
21	Taxa de incidência de tuberculose pulmonar positiva	7,1	41,8	34,1	20,0	6,4	-	↘
<b>Eliminação da Hanseníase</b>								
22	Coefficiente de prevalência de hanseníase	-	-	-	-	-	-	↘
23	Coefficiente de detecção de casos novos de hanseníase	-	-	-	-	2,6	-	↘
<b>Saúde Bucal</b>								
24	Cobertura de primeira consulta odontológica programática	-	-	-	-	-	-	↗
25	Cobertura da ação coletiva escovação dental supervisionada	-	-	-	-	-	-	↗
26	Média de procedimentos odontológicos básicos individuais	1,3	2,1	2,2	2,7	2,3	1,7	↗
27	Proporção de procedimentos odontológicos especializados em relação às ações odontológicas individuais	3,0	8,0	10,4	11,4	9,8	6,4	↘

Fonte: DATASUS

Essa tabela acima revela uma oscilação que não me permite inferir que a implantação da Estratégia de Saúde da Família tenha alterado de forma significativa e constante os indicadores de saúde ora apresentados na mesma relação em que se expandiu a assistência.

Observei que o município não possui 100% de cadastro dos portadores de hipertensão arterial e diabetes no HIPERDIA, embora a maior causa de morte em 2005 e 2004 foi por doenças do aparelho circulatório. A taxa de internação por acidente vascular cerebral e por insuficiência cardíaca em 2006 demonstrou um crescimento e é comparativamente maior do que no estado do Rio de Janeiro.

A taxa de internação por complicações do diabetes mellitus é mais alta em comparação ao estado do Rio de Janeiro, apesar, da proporção de portadores de hipertensão arterial e de diabetes mellitus cadastrados em Quissamã seja maior.

Outro problema detectado diz respeito à prevenção de câncer de colo de útero, na medida em que os dados apontam para a redução do rastreamento de câncer de colo de útero.

A taxa de internação de crianças menores de cinco anos por Infecção respiratória aguda, tem se elevado e é mais alta em comparação ao estado do Rio de Janeiro.

Houve uma redução na média de procedimentos odontológicos básicos individuais, embora o município tenha contratado em 2006 mais três dentistas, sendo um dentista de Saúde da Família.

**Tabela 8:** Série Histórica dos Indicadores da Atenção Básica do Estado do Rio de Janeiro.

Indicador		Série Histórica						Metas 2006	Tendência esperada
		2001	2002	2003	2004	2005	2006		
<b>Saúde da Criança</b>									
1	Número absoluto de óbitos em menores de 1 ano de idade	4.423	4.167	4.102	3.963	-	-		↘
2	Coefficiente de mortalidade infantil	18,3	17,9	17,7	17,2	-	-		↘
3	Proporção de nascidos vivos com baixo peso ao nascer	9,0	9,2	9,2	9,1	-	-		↘
4	Proporção de óbitos em menores de um ano de idade por causas mal definidas	4,2	4,1	3,8	3,9	-	-		↘
5	Taxa de internações por Infecção Respiratória Aguda (IRA) em menores de 5 anos	25,9	23,3	25,0	24,2	21,9	21,1		↘
6	Taxa de internações por Doença Diarréica Aguda (DDA) em menores de 5 anos	11,1	10,2	9,7	8,9	8,8	8,5		↘
7	Número absoluto de óbitos neonatais tardios	752	683	727	692	-	-		↘
8	Coefficiente de mortalidade neonatal tardia	3,1	2,9	3,1	3,0	-	-		↘
<b>Saúde da Mulher</b>									
9	Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil investigados	-	-	-	-	-	-		↗
10	Proporção de nascidos vivos de mães com 4 ou mais consultas de pré-natal	87,4	87,6	88,3	89,5	-	-		↗
11	Razão entre exames citopatológicos cérvico-vaginais em mulheres de 25 a 59 anos e a população feminina nesta faixa etária	-	0,12	0,11	0,12	0,12	0,05		↗
12	Razão de mortalidade materna	71,4	74,1	68,0	69,2	-	-		↘
13	Proporção de partos cesáreos	49,5	48,7	49,9	51,0	-	-		↘
14	Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal	56,9	59,1	61,5	62,4	-	-		↗
<b>Controle da Hipertensão Arterial</b>									
15	Taxa de internações por acidente vascular cerebral (AVC)	32,0	30,0	30,4	29,5	28,0	25,6		↘
16	Taxa de internações por insuficiência cardíaca congestiva (ICC)	65,7	64,5	67,0	60,7	58,7	55,3		↘
17	Proporção de portadores de hipertensão arterial cadastrados	-	2,9	7,7	9,0	10,7	10,9		↗
<b>Controle da Diabetes</b>									
18	Proporção de internações por complicações do Diabetes Mellitus	1,9	1,9	1,8	1,8	2,0	2,0		↘
19	Proporção de portadores de diabetes mellitus cadastrados	-	2,8	7,5	8,6	10,1	10,3		↗
<b>Controle da Tuberculose</b>									
20	Proporção de abandono de tratamento de tuberculose	11,9	10,0	8,3	6,9	3,8	-		↘
21	Taxa de incidência de tuberculose pulmonar positiva	44,5	45,9	42,9	40,9	36,4	-		↘
<b>Eliminação da Hanseníase</b>									
22	Coefficiente de prevalência de hanseníase	-	-	-	-	-	-		↘
23	Coefficiente de detecção de casos novos de hanseníase	-	-	-	-	1,2	-		↘
<b>Saúde Bucal</b>									
24	Cobertura de primeira consulta odontológica programática	-	-	-	-	-	-		↗
25	Cobertura da ação coletiva escovação dental supervisionada	-	-	-	-	-	-		↗
26	Média de procedimentos odontológicos básicos individuais	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5		↘
27	Proporção de procedimentos odontológicos especializados em relação às ações odontológicas individuais	8,0	9,6	11,2	11,5	11,9	12,3		↗

Fonte: DATASUS

Os indicadores do município demonstram oscilações, conforme demonstrado através da série histórica, contrariando a tendência esperada pela política de saúde adotada.

No município estudado, a maior parte da população em 2005 estava coberta por equipes de Saúde da Família. Além disso, o município possui uma grande gama de

especialistas para os quais os usuários são encaminhados quando não vêm seus problemas de saúde atendidos no primeiro nível de atenção. A capacidade instalada pública municipal está além dos parâmetros de assistência da Portaria 1.101, recomendado pelo Ministério da Saúde. Então cabe indagar por que e qual a demanda está sendo dirigida ao serviço de emergência/urgência?

### 3. OS CAMINHOS DA INVESTIGAÇÃO

Essa pesquisa foi desenhada para ser um estudo comparativo entre duas Unidades de Saúde da Família cujo critério de seleção dar-se-ia pela frequência com que as populações adscritas a estas Unidades procuraram a emergência hospitalar nos meses escolhidos para a investigação. Escolhemos os meses de Março e Abril por serem meses em que os serviços retornam à rotina após as festividades de carnaval e o fim das férias escolares. A intenção inicial era analisar como se dava a produção do cuidado em duas Unidades de Saúde da Família, cujas populações adscritas procuravam mais e menos vezes o atendimento na emergência hospitalar. Entretanto, com o levantamento dos dados sobre a localidade de residência dos usuários do serviço de emergência e a adscrição desses usuários nas Unidades de Saúde da Família de referência, foram detectados possíveis vieses (a serem comentados a seguir) que poderiam comprometer a comparação da produção do cuidado entre duas Unidades de Saúde da Família, o que implicou uma mudança no desenho da pesquisa para um estudo de caso. Portanto, para essa investigação, escolhi somente uma Unidade de Saúde da Família, conforme detalharei mais adiante.

Essa pesquisa teve dois espaços de investigação: a emergência hospitalar e uma Unidade de Saúde da Família e foi realizada em várias etapas sequenciais, a saber:

1) na primeira etapa, no hospital público municipal, precisamente, no serviço de atendimento de urgência/emergência de 24 horas, foi investigada, nos boletins de atendimento médico, a origem da população por local de residência, sexo, idade e horário em que procuravam pelo serviço de urgência/emergência. Foram entrevistados usuários e médicos plantonistas a fim de compreender a grande procura por esse tipo de atendimento, considerando que a maior parte da população nos meses investigados era coberta pela Estratégia da Saúde da Família.

2) Na segunda etapa, o estudo aconteceu em uma Unidade de Saúde da Família a fim de se analisar a organização do cuidado em saúde e identificar os fatores que condicionam a população a buscar o atendimento na Unidade de urgência/emergência.

Na Unidade de Saúde da Família analisei a infra-estrutura e os processos de produção do cuidado, com destaque para o acolhimento, o vínculo e a responsabilização da equipe com a sua população adscrita, bem como o acesso da população a essa Unidade em situações de sofrimento.

Portanto, para a coleta de dados na Emergência utilizei as seguintes técnicas: análise de documentos oficiais (boletim de atendimento da emergência) e entrevistas semi-estruturadas individuais com os usuários antes ou após atendimento médico e com os médicos plantonistas que trabalham nos dias úteis da semana. Na Unidade de Saúde da Família: análise de documentos oficiais, observação participante da dinâmica de funcionamento e acompanhamento longitudinal<sup>6</sup> de usuários e entrevistas semi-estruturadas em grupo com profissionais e usuários deste serviço.

Para análise quantitativa dos dados utilizei o tratamento descritivo (cômputo de frequências). Extraí dos boletins de atendimento da Emergência as seguintes informações: data, dia da semana, horário de chegada do usuário ao serviço de emergência, sexo, idade, local de moradia. A partir do local de moradia classifiquei os usuários por Unidade de Saúde da Família de referência.

Para calcular a variação da maior e menor frequência da demanda considerei a proporção de habitantes por Unidade de Saúde da Família, na medida em que há uma grande diferença quantitativa da população adscrita a cada Unidade de Saúde da Família. As áreas urbanas do município possuem uma densidade populacional maior do que as áreas rurais.

A partir desses dados, além de identificar a origem da população que demanda o serviço de emergência, busquei também cruzar as informações quanto ao dia de folga do médico na Unidade de Saúde da Família, a fim de averiguar se a ausência do médico na Unidade de Saúde da Família gerava maior atendimento médico na emergência hospitalar.

Mediante os dados consolidados detectei a impossibilidade de seleção de duas Unidades de Saúde da Família, para proceder o estudo comparativo, pelo critério de maior e menor frequência de atendimento ao serviço de emergência. Avaliei que a diferença das características de funcionamento e localização das Unidades de Saúde da Família, que apresentaram maior e menor número de atendimentos na Emergência, eram vieses que poderiam comprometer a comparação da produção do cuidado entre duas equipes de Saúde da Família. Por isso, descartei o estudo comparativo pelos motivos detalhados abaixo:

---

<sup>6</sup> Estou denominando de acompanhamento longitudinal a atividade, com o consentimento livre e esclarecido do usuário, de permanecer ao seu lado como “sombra” em toda trajetória de atendimento na unidade de Saúde da Família, desde a entrada até o momento de sua saída.

- a Unidade com maior frequência de atendimento na Emergência fica na mesma rua do hospital distante apenas, aproximadamente, 500 metros;

- a Unidade com menor frequência de atendimento na Emergência é uma Unidade que convive com dois modelos assistenciais: Saúde da Família e plantões noturnos de 12 horas durante a semana e 24 horas no final de semana e, está situada em região praiana à 40 km de distância do centro do município.

- as outras Unidades com menor frequência de atendimento na Emergência se localizam em área rural cujo acesso geográfico é mais difícil para o centro urbano onde a Emergência está localizada, o que comprometeria a comparação com uma Unidade do centro urbano.

A demanda expressiva de atendimentos na Emergência perpassou todas as Unidades de Saúde, portanto, a frequência não foi relevante para definição da Unidade de Saúde para o estudo de caso.

Diante destas constatações, fiz a opção por um estudo de caso em uma Unidade do centro urbano menos próxima ao hospital, com uma equipe de saúde com uma trajetória de trabalho de pelo menos um ano juntos. A fim de garantir o sigilo da pesquisa não será identificada a Unidade escolhida.

Para a interpretação qualitativa utilizei uma composição de diferentes enfoques articulados para análise do processo de trabalho e produção do cuidado à saúde. Destaco o marco teórico-conceitual sobre o modelo de atenção à saúde do SUS de Eugênio Vilaça, gestão dos serviços de saúde de Luis Carlos Cecílio, a produção do cuidado em saúde e a micro política do trabalho vivo em saúde de Emerson Merhy, a clínica ampliada de Gastão Wagner Campos, entre outros autores, nesse campo teórico. Para analisar dinamicamente alguns processos psíquicos mobilizados pela confrontação do sujeito com a realidade de trabalho, o estudo de Cristophe Dejours foi um importante aporte teórico bem como o estudo de Eugène Enriquez para a compreensão dos fenômenos organizacionais e de outros autores brasileiros que trabalham com o referencial teórico da psicossociologia na perspectiva clínica.

A perspectiva psicossociológica se volta para *“a natureza do vínculo que liga os indivíduos entre si, aos grupos e as organizações, sobre a dinâmica social, sobre os processos de criação institucional, onde a teoria psicanalítica, resgatando-se a obra de Freud, é central”*. (Machado apud Sá, 2005:99). O sofrimento no trabalho e a produção do sentido na vida da organização também são relevantes na análise psicossociológica.

Enriquez (apud Azevedo, C. et al, 2002:244) sinaliza que

*o material privilegiado sobre o qual se fará o trabalho de intervenção psicossociológica são as palavras, as representações, as condutas, enquanto efeito de processos inconscientes e intersubjetivos que revelam a organização como espaço de confronto entre sentimentos e fantasias polares, com a angústia e a alegria, os temores de desmembramento e os desejos de onipotência, a identidade individual e coletiva.*

Assim, nas perspectivas teóricas adotadas não só o discurso dos entrevistados teve uma grande importância nessa pesquisa quanto as observações realizadas nos serviços de saúde e nos documentos escritos aos quais tive acesso, na medida em que desvelaram a realidade e os conflitos inerentes as relações humanas.

Machado (apud Sá, 2005:99) afirma que “*a análise social na perspectiva clínica pode ser feita tanto ‘ao vivo’, no imediato da discussão – neste caso, se assemelhando ao processo terapêutico – quanto sobre documentos e entrevistas – neste caso, mais próxima a uma pesquisa*”.

A abordagem clínica se insere nos marcos das “ciências compreensivas” (sociologia, antropologia, ...), onde a apreensão do sentido e o significado são centrais, mas apresenta algumas especificidades e diferenciações. Uma delas é a importância da participação do inconsciente (e de sua específica modalidade de percepção, a intuição) nos processos de conhecimento (importância da analogia, das fantasias/imaginário, ...) (Plastino, 2004)

Como observa Lèvy (2001a), não se trata de descobrir um sentido oculto. A compreensão como ato progressivo de construção (dialogada) de significações. É principalmente a abordagem de um sujeito ou de um conjunto de sujeitos reunidos em um grupo ou organização, às voltas com um sofrimento, uma crise, em busca de uma identidade, de um sentido. Pressupõe que o clínico/pesquisador se desloque, não apenas fisicamente no “espaço” do outro, mas mentalmente, esforçando-se para escutar aqueles que tenta compreender em sua busca de sentido para suas condutas e para os acontecimentos que tecem sua história. Deste modo, esta abordagem, como destaca o autor pressupõe, por parte do clínico/pesquisador, estar aberto ao inverossímil, ao inesperado, evitando reduzir a realidade ao já conhecido ou rejeitá-la

Nesta perspectiva, a implicação do pesquisador constitui-se em instrumento privilegiado de acesso à análise dos fenômenos e processos observados. O clínico/pesquisador coloca-se assim enquanto sujeito, com sua complexidade e suas zonas de sombra e questionamentos próprios, como agente deste trabalho (Lèvy,2001a).



Nas palavras de Turato (2003), na abordagem clínica, o pesquisador é o instrumento principal da investigação em campo.

Trata-se, sobretudo, de um trabalho de construção de sentido como o resultado de um diálogo, através do qual o clínico (pesquisador) provoca, por sua presença e por suas palavras, os atores sociais/sujeitos a falar e a discutir a respeito de suas experiências ou daquilo que elas possam evocar ou significar para eles (Lèvy, 2001a). Portanto, é uma construção sempre provisória.

Utilizei os passos definidos por Minayo et al. para (2002:77) tratamento dos dados obtidos, a saber: *“ordenação dos dados que consiste na reunião de todos os dados obtidos no trabalho de campo; classificação dos dados a partir de interrogações dos dados obtidos à luz da fundamentação teórica vai-se elaborando as categorias específicas e por fim a análise final que implica em articular os dados e os referenciais teóricos para responder as questões da pesquisa”*.

Como foi minha primeira aproximação à abordagem psicossociológica, observo que tangenciei a apreensão da realidade organizacional por meio da análise de seus sistemas cultural, simbólico e imaginário com seus paradoxos e contradições.

### **3.1 A ENTRADA EM CAMPO**

Iniciei a pesquisa de campo em Junho/06, na Emergência do Hospital com levantamento dos dados quantitativos. A direção geral do Hospital viabilizou o meu acesso aos documentos que necessitava (boletim de atendimento nos meses de março e abril) bem como aos médicos plantonistas. A Coordenação da Estratégia da Saúde da Família também foi muito receptiva à pesquisa, bem como o gestor municipal de saúde, que entendeu a minha inserção no campo de pesquisa como uma atividade de aproximação do nível central com o nível local. Portanto, entrar nos estabelecimentos de saúde para realizar a pesquisa foi fácil. O difícil foi estar na rotina de trabalho dos serviços de saúde investigados e convidar os usuários a participar da pesquisa. Vivenciei o papel de pesquisador como um “penetra” na rotina de serviço investigado o que, inicialmente, gerou desconforto em alguns trabalhadores da equipe de Saúde da Família e indagações de alguns usuários do por que da minha presença nos estabelecimentos de saúde pesquisados. Com o decorrer do tempo da minha presença nos estabelecimentos de saúde, a equipe retomou a espontaneidade, possibilitando a revelação do cotidiano do serviço de saúde de forma menos defensiva. Os momentos

das entrevistas, tanto individuais como em grupo com usuários e trabalhadores dos serviços de saúde, interferiram nas rotinas tanto dos usuários quanto dos trabalhadores de saúde, pois tiveram que dedicar um tempo que não faz parte do cotidiano. As duas entrevistas em grupo com os trabalhadores da equipe de Saúde da Família ocorreram no horário da reunião de equipe o que, certamente, impactou na redução de tempo para a discussão da pauta programada. Entretanto, foi o horário que foi disponibilizado pela enfermeira para o contato coletivo com a equipe. Já a entrevista em grupo com os usuários se deu no horário de atendimento da Unidade. No entanto, foi garantida aos usuários a interrupção da entrevista quando chamados para o atendimento que os levaram a procurar a Unidade de Saúde naquele dia e o retorno ao grupo de entrevistados após atendimento.

A outra dificuldade foi estar na posição de pesquisadora, quando a minha inserção no município estudado é de uma trabalhadora de saúde do nível central na função de gestão.

A imersão no campo de investigação me possibilitou ver situações que são impossíveis de serem vistas ou percebidas numa sala de trabalho na Secretaria de Saúde. Portanto, essa pesquisa foi rica na medida em que escutei várias vozes falando do sistema de saúde e pude ver e viver de forma mais profunda e próxima à dinâmica do sistema de saúde em que trabalho, inclusive, me colocando ao lado do usuário na observação longitudinal. O que foi escutado e observado reverberou em reflexões e ações na gestão do trabalho, ainda na fase de pesquisa de campo. Por exemplo, na reunião agendada pela direção do hospital com os médicos plantonistas, o gestor aproveitou a ocasião para dialogar sobre como a organização de serviços de saúde está desenhada e estruturada, bem como apresentou alguns indicadores de morbimortalidade e atendimentos no município, informações que eram desconhecidas pela maior parte dos plantonistas. Outro exemplo foi a revisão do tempo de espera para atendimento do usuário na Unidade de Saúde da Família em estudo, tendo em vista a minha observação do elevado tempo de espera entre a chegada do usuário e o atendimento médico e de enfermagem. Fui, também, convidada pela Coordenação da Estratégia de Família a discutir os conceitos de vínculo, acolhimento e responsabilização com médicos e enfermeiros das equipes de Saúde da Família.

Acredito que os resultados dessa pesquisa possam contribuir ainda mais para alguns debates sobre organização dos serviços de saúde, processo de trabalho e produção do cuidado, entretanto, somente me colocarei a disposição para um debate

amplo após a conclusão desta. Estabeleci o compromisso, após a defesa da dissertação, de apresentar o trabalho de pesquisa na Secretaria Municipal de Saúde.

Fantasia surgiram com os meus movimentos no campo de pesquisa. Olhares curiosos sobre o que eu fazia no local, inclusive de moradores do município que me conhecem dos fóruns de participação ou da Secretaria de Saúde. Uma senhora, ao me ver no banco da recepção da Unidade de Saúde da Família disse: “*É você mesma que está aí!*” Um trabalhador da saúde e ex-presidente de associação de moradores de um dos bairros da área de abrangência da Unidade pesquisada me disse: “*Estou vendo a senhora passar de carro para lá, vai ser muito boa a sua presença na Unidade de Saúde*”. Numa cidade pequena, acontecimentos se tornam públicos muito rapidamente. Nada é invisível. Por sua vez os trabalhadores de saúde também se mobilizaram com a minha presença no serviço, o que foi demonstrado em palavras e atos conscientes e inconscientes. Fui chamada de “espiã” pela recepcionista da Unidade de Saúde da Família. Uma trabalhadora da Unidade me perguntou: “*O que você quer com meus pacientes?*” quando solicitei a presença dos usuários para uma entrevista. Uma outra trabalhadora me disse: “*Acabei com sua reunião!*” Segundo ela, havia esquecido que havíamos acordado que eu faria a entrevista com os usuários na sala de reunião. Acabei fazendo a entrevista em grupo em um consultório. Apesar de tudo, consegui obter um material consistente para estudo.

Não obtive o consentimento de todos os trabalhadores e usuários que abordei para realizar as entrevistas e a observação longitudinal. As recusas fizeram parte do trabalho de campo, entretanto, os colaboradores foram em número muito maior.

Na vivência do campo percebi que o formulário do Termo de Livre Consentimento poderia ter sido menos extenso e com uma linguagem mais simples. Tive que explicar para alguns usuários o que tal documento e palavras queriam dizer, pois a população participante da pesquisa tinha diferentes níveis de instrução.

As surpresas durante a investigação geraram mudanças no cronograma e no tipo de estudo da pesquisa. No levantamento dos dados quantitativos dos atendimentos na Emergência me surpreendi com o volume de fichas de atendimento para analisar. Nos meses de março e abril de 2006 houve 162% atendimentos a mais em relação a 2005, no mesmo período. Esse dado era desconhecido tanto da direção da Unidade Hospitalar quanto da Coordenação da Saúde da Família. A direção do hospital nunca mensurou e investigou a origem dessa demanda, embora verbalizasse com a coordenação da Saúde da Família um grande volume de atendimentos no serviço de

emergência. A análise da frequência de atendimentos na Emergência só ocorreu em função dessa pesquisa.

A leitura das fichas de atendimento do que motivava o usuário a procurar o atendimento confirmou a fala dos médicos plantonistas entrevistados da quantidade ínfima de urgências e emergências que eram atendidas no serviço.

Surpreendi-me também de ir à Emergência por volta das 16 horas e ter que aguardar usuário para poder fazer entrevista. Esse estabelecimento em saúde em nada lembra, principalmente, as filas e macas em corredor dos serviços de emergência do Rio de Janeiro.

As instalações físicas do serviço de emergência são novas, o ambiente é limpo e climatizado. Crianças e adultos ficam em sala de esperas distintas o que torna o ambiente digno. Para a população que não compreende os limites de um atendimento na Emergência (ausência de atividades preventivas, o não acompanhamento das situações crônicas, a intervenção sobre a doença/sintoma sem a finalidade de investigar as causas), a facilidade de acesso tanto geográfico como organizacional são fatores atrativos para buscar atendimento neste serviço.

Ao concluir o estudo sobre a origem da população que busca atendimento na Emergência hospitalar e as entrevistas com os médicos plantonistas iniciei a segunda etapa da pesquisa em uma Unidade de Saúde da Família selecionada a partir da consolidação dos dados encontrados na primeira etapa.

Em setembro de 2006 solicitei autorização à Coordenadora da Estratégia de Saúde da Família para iniciar a pesquisa em uma Unidade de Saúde da Família e fui prontamente atendida. Em meados de novembro encerrei a etapa de investigação tendo em vista o vasto material obtido e a repetição do cotidiano. Isto é, saí do campo de pesquisa quando observei que o funcionamento do serviço e dos trabalhadores não se alterava frente à organização estabelecida e já por mim conhecida. Entretanto, em dezembro/06 assisti ao 2º Seminário de Avaliação das Unidades de Saúde da Família, promovido pela Coordenação de Saúde da Família e a Superintendência de Ações Programáticas.

Este evento é realizado há três anos, duas vezes ao ano, no primeiro e segundo semestre com a participação de todos os trabalhadores das Unidades de Saúde da Família. Cada enfermeira de Unidade de Saúde da Família expõe o trabalho realizado pela equipe e os resultados alcançados utilizando o recurso visual do datashow. Faz parte da apresentação o relato de uma experiência exitosa da equipe. Ao final são

premiadas as Unidades que obtiveram os melhores indicadores e os profissionais que tenham se destacado pelo trabalho junto ao usuário e a comunidade. A Unidade de Saúde em estudo foi premiada pelos avanços demonstrados na organização do processo de trabalho e pela experiência exitosa de ter conseguido adesão de um usuário alcoólatra para tratamento de uma úlcera de perna.

Em Janeiro de 2007 retornei à Unidade de Saúde da Família para informações complementares do território de abrangência do serviço e validação do fluxograma analisador construído a partir das minhas observações de campo.

Circular por estes serviços de saúde me possibilitou uma visão do sistema de saúde que não tinha no nível central. Observei que os serviços pulsam continuamente nas relações de encontros e desencontros, monólogos e diálogos entre usuários-trabalhadores, usuários-usuários, trabalhadores-trabalhadores. Essa dimensão relacional que não é apreendida nos relatórios de gestão e nos planejamentos estratégicos, objetos de uma parte de meu trabalho no nível central, faz a diferença na construção do SUS. Portanto, ver em lócus a operacionalização do serviço cuja finalidade principal é prestar um serviço de qualidade, da promoção à recuperação da saúde me mobilizou muitos sentimentos e a certeza que para a consolidação do SUS é preciso além do investimento financeiro, o investimento nos trabalhadores de saúde para transformar as práticas atuais centradas, basicamente, em procedimentos, exames e medicamentos em práticas centradas no cuidado. E, conceber usuários e trabalhadores de saúde como sujeitos ativos que influenciam a organização do sistema de saúde e são influenciados por ele.

Embora a pesquisa tenha se dado em dois estabelecimentos de saúde, outros demais serviços do município foram citados pelos usuários e trabalhadores de saúde entrevistados. Portanto, o que está aqui exposto e comentado nessa pesquisa retrata o sistema de saúde local.

As atividades no campo de pesquisa consistiram em:

- No Serviço de Emergência da Unidade Hospitalar:

- Análise documental dos boletins de atendimento do serviço de emergência;

- Entrevista individual com cinco médicos plantonistas da emergência, sendo que um deles também é médico de família no município;

- Entrevista individual com uma trabalhadora da sala de curativo do hospital;

- Entrevista individual com dez usuários que buscaram atendimento na emergência enquanto aguardavam atendimento médico ou após o mesmo.

- Na Unidade de Saúde da Família:

-Entrevistas em grupo, com a equipe de Saúde da Família da Unidade em estudo. A primeira entrevista teve duração de uma hora e a segunda teve duração de duas horas. Na primeira e na segunda entrevista uma trabalhadora se recusou a participar da pesquisa, embora tenha se mantido no local da entrevista. Ninguém fez objeção que ela permanecesse no local embora tenha declarado que não participaria da entrevista em grupo. Pareceu temer falar. Dejours (2205:28) destaca que, *“por trás das vitrinas, há o sofrimento dos que temem não satisfazer, não estar à altura das imposições da organização do trabalho”*. Observei na reunião de equipe e em um rompante seu, na entrevista em grupo, quando se viu afetada por um tema em discussão, que essa trabalhadora possui dificuldade em negociar as situações de trabalho e convoca a enfermeira a assumir o papel de coordenação da equipe e supervisão do trabalho de enfermagem. Na primeira entrevista participou a recepcionista, a enfermeira, a técnica de enfermagem, quatro agentes comunitários de saúde, a auxiliar de limpeza e o motorista. Neste dia, a médica justificou a ausência dizendo que havia agendado anteriormente dentista em outro município. Na segunda entrevista, além desses citados estiveram presentes uma agente comunitária de saúde que havia retornado de férias e a médica;

- Observação de Visitas domiciliares. Acompanhei duas visitas com uma agente comunitária de saúde (03 famílias visitadas, sendo duas com histórico de hipertensão arterial e diabetes), quatro visitas com a médica de família e o agente comunitário de saúde da área (04 idosos visitados, sendo que três deles possuíam seqüelas de acidente vascular cerebral) e duas visitas com a enfermeira e agente comunitário de saúde da área (uma puérpera visitada e uma família que possui uma criança com disfunção renal que, no momento da visita encontrava-se na escola);

- Observação de atividade educativa externa a Unidade de Saúde da Família. Assisti uma atividade educativa em grupo feita pela enfermeira, uma agente de saúde e um jovem do Projeto Juventude em Construção sobre Planejamento Familiar com crianças de 7 a 15 anos, do Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (PETI);

- Observação da reunião de equipe da Unidade de Saúde da Família;

- Observações longitudinais. Consistiu acompanhar um adulto e uma criança com seu responsável em sua trajetória de atendimento na Unidade de Saúde da Família;

- Observação do funcionamento da Unidade de Saúde da Família.

Fiquei duas semanas nos turnos da manhã e da tarde na recepção do serviço, alguns dias sentada na sala de espera e demais nas atividades de visitas domiciliares,

observação longitudinal, dialogando individualmente com os trabalhadores da Unidade e em atividade educativa externa;

-Entrevista em grupo com usuários. Fiz uma entrevista em grupo (participaram sete pessoas) na Unidade de Saúde com as pessoas que esperavam atendimento ou que tinham ido a Unidade para agendamento de algum procedimento, e

-Análise documental. Tive acesso aos relatórios mensais elaborados pela enfermeira da Unidade de Saúde da Família, aos indicadores do sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), indicadores de morbi-mortalidade e a apresentação dos relatórios de gestão dos serviços de saúde.

Nas entrevistas utilizei um gravador de fita cassete e nas observações de campo utilizei um diário. A mudança do meu diário de campo não passou despercebida para uma trabalhadora da Unidade de Saúde que me indagou o quanto já havia escrito em minhas observações. As entrevistas com os usuários e trabalhadores de saúde somaram 15 horas e as observações totalizaram 80 horas.

#### 4. DEMANDA DE PRONTO ATENDIMENTO NA EMERGÊNCIA DO HOSPITAL

A emergência do hospital tem absorvido uma grande demanda por serviço médico.

Oliveira (2004, p.119) refere que “*a escolha por essa ou aquela Unidade de Saúde não é nem mesmo uma questão de preferência, mas sim de oportunidade e de conveniência*”.

Lemme (2005:28) considera que a procura por um serviço de saúde se dá por uma cadeia de decisões na seguinte seqüência:

- *Percepção pessoal de alteração biológica (estou doente?)*
  - *Necessidade de assistência médica (preciso de tratamento médico?)*
  - *Tipo de assistência (qual o melhor tipo de tratamento?)*
  - *Dispêndio financeiro (qual o serviço que terá melhor custo-benefício)*
  - *Atendimento médico x outras necessidades (existem outras despesas prioritárias)*
- Caso todas as questões tenham sido equacionadas, a decisão final será pelo serviço de saúde com maior índice de satisfação pessoal em experiências anteriores ou por reconhecimento público de outros clientes.*

Nesta pesquisa observei que o usuário quissamaense transita pelos vários serviços de saúde existentes por livre escolha ou por indicação dos trabalhadores de saúde. O acesso ao Centro de Especialidades requer um encaminhamento, para a marcação de consulta com os especialistas, entretanto, este pode ser obtido através do médico ou da enfermeira de família, dos médicos plantonistas ou “pelo jeitinho brasileiro do tráfico de influências”. Apenas para os serviços de saúde mental não há exigência de encaminhamento. Portanto, ser atendido na emergência hospitalar pode significar a transposição de barreira ao acesso a determinadas especialidades médicas existentes no município.

No segundo semestre de 2006, a direção geral e técnica da Unidade hospitalar junto com o gestor municipal fizeram uma reunião com os médicos plantonistas recomendando que eles buscassem vincular os usuários da Emergência às Unidades de Saúde da Família, para tal, deveriam encaminhar o usuários para a Unidade de Saúde da Família próxima à residência ao invés do especialista, não solicitar exames de alta complexidade para serem feitos pela rotina ambulatorial, uma vez que não dariam continuidade à assistência que requeira uma maior investigação diagnóstica, evitar prescrição medicamentosa para um período acima de um mês. Essas recomendações abordam o problema da demanda de atendimento na Emergência do ponto de vista



organizacional, entretanto, os aspectos que condicionam essa demanda, até o momento, não tinham sido investigados pela gestão.

Pinheiro (2001:72) refere que

*a preferência individual das pessoas pelo atendimento hospitalar faz parte da história passada e presente das políticas de saúde no país, que tem no itinerário da busca da população pela cura a representação de que o hospital é o lugar que reúne todas as possibilidades de solucionar seu problema de saúde. (...) Por outro lado, existem variáveis subjetivas que também determinam o tipo de serviço que será utilizado pela clientela.*

Com a Estratégia da Saúde da Família se esperava mudar essa concepção histórica e vincular o usuário ao serviço de atenção primária a fim de que se possa promover o cuidado em saúde considerando aspectos para além do biológico.

Considerando o tempo de funcionamento das unidades primárias de saúde sob a Estratégia de Saúde da Família, no município estudado, deveria ter havido uma redução gradativa dessa demanda à Emergência, entretanto, isso não ocorreu, conforme os dados levantados.

Nas tabelas abaixo demonstro o número de atendimentos por dia da semana e o percentual da população adscrita por Unidade de Saúde da Família que procurou o serviço de emergência hospitalar nos meses de março e abril/06. Essas informações foram obtidas através de consulta aos boletins de atendimentos no serviço de emergência. O quantitativo populacional por Unidade de Saúde foi fornecido pela Coordenação da Saúde da Família.

Nas tabelas 9, 10 e 11 identifiquei os dias de folgas tanto dos médicos quanto dos enfermeiros da Saúde da Família a fim de identificar uma relação causal entre a folga dos profissionais na Unidade de Saúde da Família e o maior número de atendimentos na Emergência. Nessas tabelas desconsidereei os atendimentos de populações fora do município, por representar uma quantidade ínfima.

Destaco que a Unidade de Saúde da Família do Centro não havia ainda, nestes meses pesquisados, sido inaugurada e a população desse território era assistida pelo serviço de atenção primária existente no Centro de Especialidades. A Unidade de Saúde da Família do Centro foi inaugurada no mês de Julho/06 e por isso foi descartada para esse estudo.

No mês de Março de 2006 o maior número de atendimentos se deu na segunda-feira enquanto o menor número se deu no domingo. Entretanto, nos outros dias úteis da semana a quantidade de atendimentos, exceto na terça-feira, não foi significativamente menor do que na segunda-feira. Não há folga de médico de família


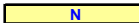

na segunda-feira para justificar a procura pelo serviço de emergência neste dia. O percentual de atendimentos nos finais de semana foi menor do que durante a semana embora não exista nenhum outro serviço médico aberto no município nos sábados e domingos. Os três maiores percentuais de atendimento durante a semana são de populações adscritas às Unidades de Saúde da Família localizadas na região do centro urbano. Já no final de semana o maior percentual de atendimento foi de população de uma determinada área rural, entretanto, ao analisar a procedência dessa clientela, observo que são pessoas com residências temporárias no município. Trata-se de uma população flutuante que é contratada por temporada para cortar cana de açúcar. Essas pessoas, geralmente, ficam alojadas em moradias que se localizam em áreas rurais. Certamente, essas pessoas pelos dias/horários trabalhados, pela dificuldade de acesso geográfico e organizacional às Unidades de Saúde das áreas rurais buscaram significativamente o serviço de emergência tanto durante a semana quanto nos finais de semana. Poucos munícipes se dispõem a trabalhar nos canaviais, não só pela característica árdua do trabalho como pelo medo de perder benefícios (bolsa família, casa popular entre outros) dados pela prefeitura para as famílias de baixa renda, geralmente, sem emprego formal e informal. No ranking do final de semana, a população rural das áreas de abrangência da Unidade de Machadinho registrou maior número de atendimentos, seguida pelas populações das Unidades de Saúde das áreas urbanas do município.

**Tabela 9:** Frequência da população atendida na Emergência do Hospital Municipal de Quissamã, no mês de Março de 2006, segundo dias da semana e adscrição a Unidade de Saúde da Família de referência.

Unidades de Saúde	População (A)	Semana							Final de Semana				Total	
		2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	Total (B)	Percentual (B) / (A)	Sáb	Dom	Total (C)	Percentual (C) / (A)	Total (D=B+C)	Percentual (D) / (A)
Alto Grande	1.653	52	35	59	50	63	259	16%	37	22	59	4%	318	19%
Barra do Furado	1.308	21	17	23	22	21	104	8%	14	10	24	2%	128	10%
Carmo	2.357	118	87	110	121	97	533	23%	78	63	141	6%	674	29%
Caxias	3.261	150	140	144	150	128	712	22%	80	61	141	4%	853	26%
Centro	2.128	103	77	93	99	99	471	22%	56	43	99	5%	570	27%
Conde	245	19	1	6	7	8	41	17%	6	5	11	4%	52	21%
Machadinho	529	13	14	26	19	26	98	19%	23	12	35	7%	133	25%
Matias	2.796	93	92	98	98	87	468	17%	64	40	104	4%	572	20%
Morro Alto	901	32	16	21	35	18	122	14%	8	14	22	2%	144	16%
Sta Catarina	2.034	80	29	36	59	53	257	13%	31	21	52	3%	309	15%
<b>Total</b>	<b>17.212</b>	<b>681</b>	<b>508</b>	<b>616</b>	<b>660</b>	<b>600</b>	<b>3.065</b>	<b>18%</b>	<b>397</b>	<b>291</b>	<b>688</b>	<b>4%</b>	<b>3.753</b>	<b>22%</b>

Fonte: Fichas de Atendimento da Emergência

Legenda

	Folga do médico na Unidade de Saúde da Família.
	Maior frequência de atendimento na emergência da Unidade de Saúde durante a semana.
	Menor frequência de atendimento na emergência da Unidade de Saúde durante a semana.

No mês de Abril chamou atenção a redução do número total de atendimentos no serviço de emergência, principalmente, nos dias da semana em que houve feriados. Há por hábito no município de se emendar os feriados que ocorrem às terças-feiras e quintas-feiras decretando ponto facultativo, o que implica no fechamento de todos os serviços de saúde ambulatoriais. Entretanto, o fechamento dos serviços ambulatoriais nos dias úteis da semana não refletiu no aumento de atendimentos na Emergência nesses mesmos dias, conforme demonstrado na tabela 10. Já o número de atendimentos nos finais de semana em relação ao mês anterior foi um pouco maior tanto de populações residentes em área rural quanto de área urbana, exceto Barra do Furado e Machadinho.

Geralmente, nos feriados há uma programação de entretenimentos que para alguns se constituem como momentos de lazer e para outros de trabalho informal (principalmente, de ambulantes vendendo bebidas e comidas). Parece que a população uma vez “envolvida em atividades” tende a procurar os serviços médicos só nos casos de urgência/emergência de fato.

As populações das Unidades de Saúde da Família da região central estão sempre nas primeiras colocações do ranking das que mais procuram o atendimento na Emergência. No mês de Abril, no final de semana a Unidade de Conde teve maior quantidade de atendimentos na Emergência o que pode ser explicado pela ausência do médico de família na comunidade por duas semanas seguidas em função dos feriados.


**Tabela 10:** Frequência da população atendida na Emergência do Hospital Municipal de Quissamã, no mês de Abril de 2006, segundo dias da semana e adscrição à Unidade de Saúde da Família de referência.

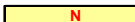
Unidades de Saúde	População (A)	Semana							Final de Semana				Total	
		2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	Total (B)	Percentual (B) / (A)	Sáb	Dom	Total (C)	Percentual (C) / (A)	Total (D=B+C)	Percentual (D) / (A)
Alto Grande	1.653	58	38	40	22	36	194	12%	61	20	81	5%	275	17%
Barra do Furado	1.308	15	26	23	8	18	90	7%	8	9	17	1%	107	8%
Carmo	2.357	103	77	91	74	78	423	18%	77	67	144	6%	567	24%
Caxias	3.261	135	91	143	100	106	575	18%	95	88	183	6%	758	23%
Centro	2.128	100	70	73	70	61	374	18%	67	72	139	7%	513	24%
Conde	245	5	5	3	3	6	22	9%	5	11	16	7%	38	16%
Machadinho	529	15	16	31	14	11	87	16%	18	12	30	6%	117	22%
Matias	2.796	85	77	98	74	57	391	14%	65	61	126	5%	517	18%
Morro Alto	901	14	8	14	12	13	61	7%	16	10	26	3%	87	10%
Sta Catarina	2.034	40	48	63	46	39	236	12%	42	36	78	4%	314	15%
Total	17.212	570	456	579	423	425	2.453	14%	454	386	840	5%	3.293	19%

Fonte: Fichas de Atendimento da Emergência

Legenda

 Folga do médico na Unidade de Saúde da Família.

 Maior frequência de atendimento na emergência da Unidade de Saúde durante a semana.

 Menor frequência de atendimento na emergência da Unidade de Saúde durante a semana.

Feriados: 13 de abril (5ª feira)  
14 de abril (6ª feira)  
21 de abril (6ª feira)

O resultado desses dois meses corrobora a alta demanda de atendimento na emergência hospitalar apesar de ter havido uma diminuição no mês de Abril/06. Os números de atendimentos realizados nos dois meses totalizaram 7.046 atendimentos médicos a população residente no município conforme demonstrado na tabela 11.


**Tabela 11:** Frequência da população atendida na Emergência do Hospital Municipal de Quissamã, nos meses de Março e Abril de 2006, segundo dias da semana e adscrição a Unidade de Saúde da Família de referência.

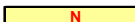
Unidades de Saúde	População (A)	Semana							Final de Semana				Total	
		2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	Total (B)	Percentual (B) / (A)	Sáb	Dom	Total (C)	Percentual (C) / (A)	Total (D=B+C)	Percentual (D) / (A)
Alto Grande	1.653	110	73	99	72	99	453	27%	98	42	140	8%	593	36%
Barra do Furado	1.308	36	43	46	30	39	194	15%	22	19	41	3%	235	18%
Carmo	2.357	221	164	201	195	175	956	41%	155	130	285	12%	1.241	53%
Caxias	3.261	285	231	287	250	234	1.287	39%	175	149	324	10%	1.611	49%
Centro	2.128	203	147	166	169	160	845	40%	123	115	238	11%	1.083	51%
Conde	245	24	6	9	10	14	63	26%	11	16	27	11%	90	37%
Machadinho	529	28	30	57	33	37	185	35%	41	24	65	12%	250	47%
Matias	2.796	178	169	196	172	144	859	31%	129	101	230	8%	1.089	39%
Morro Alto	901	46	24	35	47	31	183	20%	24	24	48	5%	231	26%
Sta Catarina	2.034	120	77	99	105	92	493	24%	73	57	130	6%	623	31%
Total	17.212	1.251	964	1.195	1.083	1.025	5.518	32%	851	677	1.528	9%	7.046	41%

Fonte: Fichas de Atendimento da Emergência

Legenda

 Folga do médico na Unidade de Saúde da Família.

 Maior frequência de atendimento na emergência da Unidade de Saúde durante a semana.

 Menor frequência de atendimento na emergência da Unidade de Saúde durante a semana.

Feriados: 13 de abril (5ª feira)  
14 de abril (6ª feira)  
21 de abril (6ª feira)

Segundo a Portaria 1101/2002 GM/MS, do total de consultas médicas preconizadas por habitante/ano, 15% são de urgência e emergência. Considerando este parâmetro, o total de atendimentos de urgência e emergência esperado seria de 7.745 consultas/ano. Em dois meses foram realizadas 7.046 consultas médicas no serviço de emergência, entretanto, os médicos plantonistas afirmam que a maior parte dos atendimentos realizados não era de urgência/emergência, podendo ter sido realizados pela rede primária de saúde.

*Aqui na verdade, é um Hospital de Emergência que, deveria ser apenas de emergência, mas essa não é uma realidade só de Quissamã, outros municípios que eu dou plantão, eu reparo que cerca de 70% são consultas ambulatoriais, apenas 20% são de urgência e uns 10% de emergência, quando o paciente pode ir direto para o repouso. (plantonista de segunda - feira).*

*Olha, vamos dizer que de cada 10 pacientes que eu atendo aqui, de meio a um é emergência. Como a gente não atende meio paciente, eu diria que 1 paciente em cada 10 é emergência. Paciente de emergência é o paciente vamos supor com qualquer tipo de ferida, corte para sutura, paciente com crise hipertensiva que não esteja fazendo acompanhamento ou que esteja fazendo acompanhamento mas teve um pico hipertensivo, um caso de edema agudo, infarto, essas doenças que a gente conhece como agudas que aparecem de uma hora para outra, um caso de dor abdominal que começou*

*aquele dia. Isso é emergência. Tem as pseudo - emergências, a criança, não no meu caso que aqui eu não faço pediatria, mas vamos supor um adulto com febre. Quando começou essa febre? Ah, tem 5 dias, então não é uma emergência. Emergência é risco eminente de vida. Tem essas pseudo - emergências que a gente até abraça para não acumular nos ambulatórios, que a gente sabe que acumula tanto aqui como lá. A gente vai jogando para um lado e para o outro, dentro da demanda que a gente pode atender. (plantonista de terça - feira).*

*Realmente, atendimento de urgência/ emergência é muito pouco. Apesar de a gente atender pressão alta que às vezes pode se tornar um caso de emergência, dependendo da gravidade, que pode apresentar outros problemas devido a isso, mas de emergência mesmo são muito poucos (plantonista de quarta-feira).*

*A maioria dos casos aqui são casos mesmos de ambulatório (hipertensão, diarreia e gripe). Os casos de emergência acontecem mais à noite, acidentes, algum infarto, chegam mais à noite. De dia é bem difícil mesmo chegar um caso de emergência. Antes no sábado é o que tinha mais coisas, mas na semana é bem mais difícil. (plantonista de quinta-feira)*

*Com certeza atendimento de urgência/emergência é pouco. Até porque é uma coisa muito relacionada com o tamanho da população, também. Urgência / emergência, de verdade, mesmo a parcela é pequena com relação ao tanto de atendimento. A maioria, vamos dizer assim, 90%, se não for mais, dependendo do plantão, é de atendimento ambulatorial. (plantonista de sexta-feira)*

O percentual total de atendimentos da população no serviço de emergência é alto, inclusive para Barra do Furado se for considerado o atendimento realizado de pronto-atendimento após o término do expediente da equipe de Saúde da Família nos dias úteis da semana e plantões de 24 horas nos finais de semana.

Não é possível fazer uma relação entre a folga do médico de família e a maior procura de atendimento no serviço de urgência/emergência. Na maioria das Unidades de Saúde da Família o dia da folga do médico não correspondeu ao dia de maior procura ao serviço de emergência, o que sugere a baixa adesão da população à Estratégia de Saúde da Família.

Na Unidade de Saúde do Carmo o médico folga dois turnos em dias diferentes, portanto, ele trabalha todos os dias úteis da semana, mesmo que em uma parte do dia. Essa Unidade de Saúde fica muito próxima ao serviço de urgência/emergência hospitalar e apresentou o maior percentual de atendimento na Emergência.

A alta demanda de atendimentos na Emergência leva a crer que a proximidade geográfica aliada a outros fatores como acessibilidade e densidade tecnológica podem estar levando a população a procurar o serviço de emergência. Além disso, alguns plantonistas também conseguem estabelecer vínculo e garantir o acolhimento à alguns usuários solicitando inclusive o retorno deles em seu plantão.

Nos gráficos a seguir, analisarei a demanda relacionando o horário de chegada à Emergência, a faixa etária e sexo da população que buscou atendimento na Emergência nos meses de março/06 e abril/06.

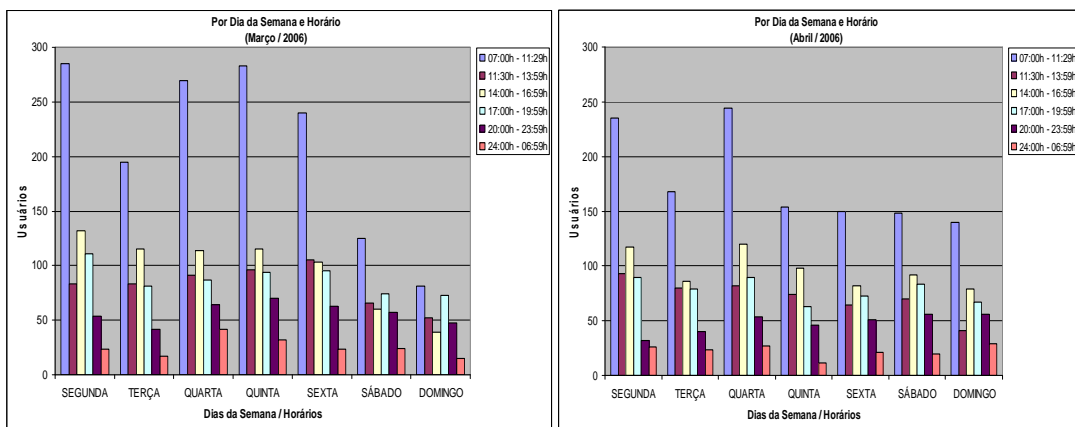
A quantidade de atendimentos na Emergência em geral decresceu com o avanço da hora, conforme demonstrado no gráfico 1. Entre o horário da manhã e a tarde, isto é, no horário do almoço, houve uma redução na procura por atendimento, na maioria dos dias da semana o que pode ser justificado pelo hábito das pessoas almoçarem em casa nas pequenas cidades do interior do estado.

No mês de março, no final de semana observei uma alteração no padrão do horário de chegada para atendimento que não foi possível compreender com os dados levantados.

Nos dias úteis da semana, a grande quantidade de atendimentos na Emergência ocorreu nos horários de funcionamento das Unidades de Saúde da Família.

Embora, historicamente, a segunda-feira seja um dia da semana de maior procura por atendimento médico, os outros dias úteis da semana também tiveram um número expressivo de atendimentos, em Quissamã, principalmente no mês de Março.

**Gráfico 1:** Total de atendimentos no Serviço de Emergência de Quissamã nos meses de Março/06 e Abril/06, segundo dia da semana e horário de chegada.



Fonte: Fichas de Atendimento da Emergência

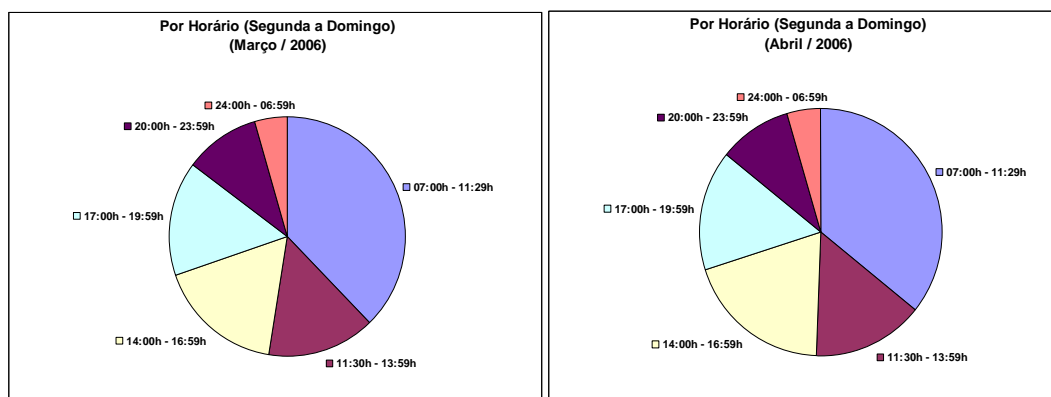
A estratificação de horários adotada nessa pesquisa se deu em função das falas dos plantonistas entrevistados que empiricamente verificam uma procura, pela população trabalhadora, por atendimentos no horário de almoço e após o horário de expediente comercial.

O gráfico 2, evidenciou que, de fato, houve uma quantidade razoável de atendimentos nos horários das 11h30min às 13h59min e 17h00min às 19h59min,

entretanto, o maior volume de atendimentos se deu no horário das 7h00min às 11h29min.

Não houve alteração na distribuição das faixas de horários de chegada dos usuários a Emergência comparando os meses de março/06 e abril/06.

**Gráfico 2:** Total de atendimentos na Emergência Hospitalar nos meses de Março/06 e Abril/06 por faixa de horários.



Fonte: Fichas de Atendimento da Emergência

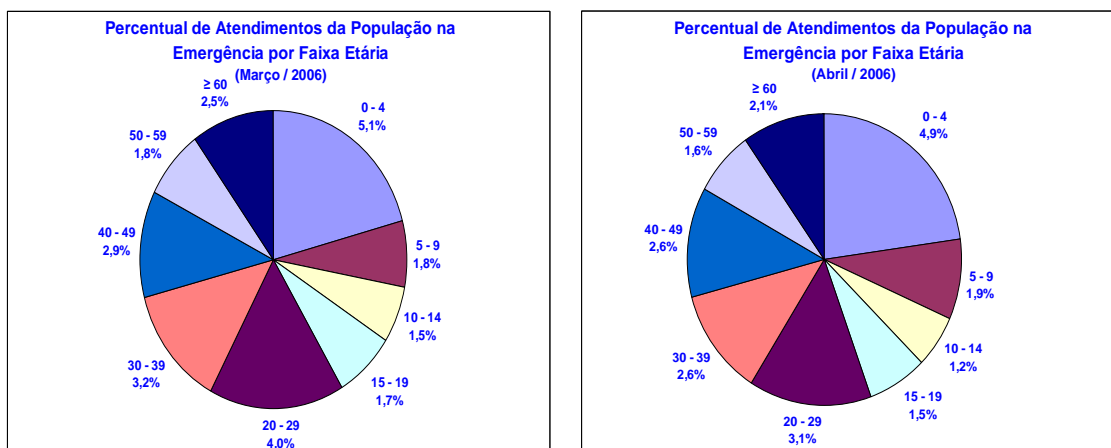
A característica da clientela atendida quanto à faixa etária e sexo, também, não apresentou alterações significativas nos meses comparados.

Estabelecendo uma relação de proporcionalidade entre o número de pessoas que procuraram à Emergência e a população total do município foi possível identificar as faixas etárias que demandaram mais atendimentos neste serviço.

A população na faixa etária de 0-4 anos foi a que mais procurou por atendimento, entretanto, é uma clientela que deveria estar assistida por várias ações programáticas nas Unidades de Saúde da Família. As crianças em idade escolar apresentaram o menor índice de atendimento em comparação a outras faixas etárias, exceto a faixa etária de 50-59 anos, conforme demonstrado no gráfico 3.

A grande quantidade de atendimentos na faixa etária de 20 - 49 anos leva a supor que, como nesta faixa etária os problemas de saúde tendem a se manifestar de forma mais aguda, eles teriam menos chances de serem atendidos nas Unidades de Saúde da Família do que na Emergência, uma vez que as Unidades primárias de saúde trabalham com consultas agendadas e programadas para determinados grupos populacionais. Não há programação de ações para a população trabalhadora.

**Gráfico 3:** Percentual da população por faixa etária que procurou por atendimento na Emergência Hospitalar nos meses de Março e Abril/2006 em Quissamã.



Fonte: Fichas de Atendimento da Emergência

A população feminina procurou mais por atendimento médico na Emergência do que a do sexo masculino, exceto na faixa etária de 0-9 anos, conforme demonstrado no gráfico 4. Considerando que na maior parte das vezes quem leva as crianças aos médicos são as mulheres da família, principalmente, a mãe, parece que a população feminina é mais cuidadosa com a sua saúde e das crianças.

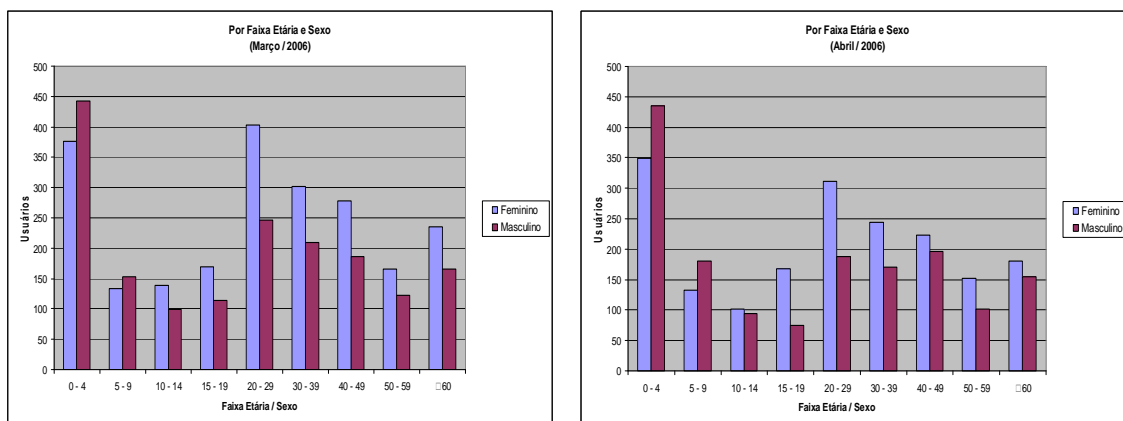
Barros, M. B. de A. et al (2006:921) no artigo Desigualdades na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD-2003 confirmam que “*as mulheres demandam e utilizam mais os serviços de saúde, o que ampliam o conhecimento e a familiaridade com a terminologia médica e com o significado de sinais e sintomas indicativos de doenças*”. Por conseguinte, a prevalência de morbidade revelou-se 22% superior nas mulheres em relação aos homens. Os autores revelam que a presença de doença crônica provocou aumento da demanda por serviços de saúde. A prevalência de pelo menos uma doença crônica aumenta intensamente com a idade.

Ribeiro, M.C.S de A. et al (2006:1011) no artigo Perfil sociodemográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para usuários e não usuários do SUS – PNAD-2003 assinalam que “*entre os usuários do SUS há predomínio de mulheres e criança, pretos e pardos, baixa escolaridade e renda.*”

Essas pesquisas corroboram os achados em Quissamã no que tange o predomínio de mulheres e crianças na utilização desse serviço. Não investiguei a escolaridade e raça, pois não há registro desses dados no boletim de atendimento da Emergência, entretanto, a população quissamaense é caracterizada por um padrão sócio-econômico baixo.



**Gráfico 4:** Quantidade de usuários atendidos na Emergência nos meses de Março/06 e Abril/06 por sexo e faixa etária em Quissamã.

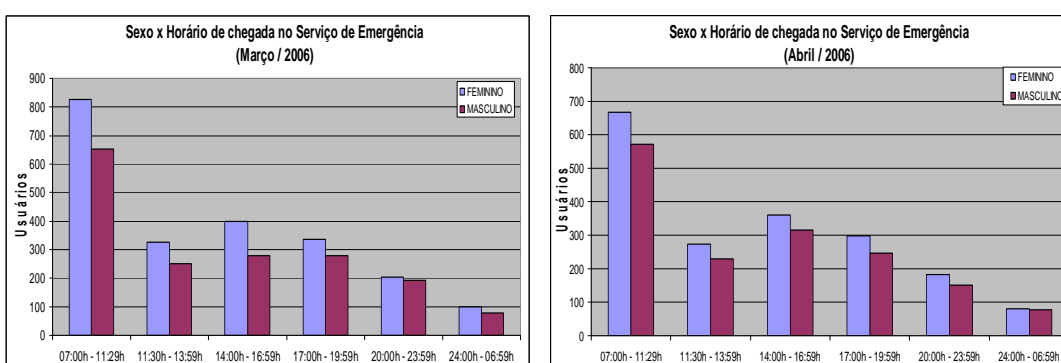


Fonte: Fichas de Atendimento da Emergência

Nos meses investigados houve uma maior concentração de atendimentos no horário comercial, conforme demonstrado no gráfico 5, o que indica que a população está fazendo a escolha de procurar a Unidade de Emergência ao invés das unidades de Saúde da Família que abrem para funcionamento a população a partir das 8h00min. Tanto no mês de Março quanto Abril, 70% dos atendimentos se deram, basicamente, no horário de funcionamento das Unidades de Saúde da Família enquanto que no horário das 17h00min às 6h59min o percentual foi, aproximadamente, de 30%.

A questão de gênero não demonstrou influenciar a procura pelo serviço no que tange à variável horário.

**Gráfico 5:** Quantidade de usuários atendidos na Emergência nos meses de Março/06 e Abril/06 por sexo e horário de chegada ao serviço em Quissamã.

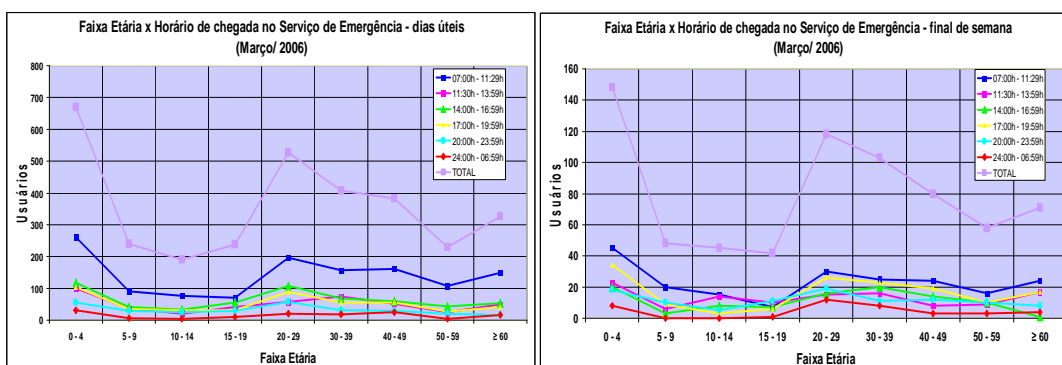


Fonte: Fichas de Atendimento da Emergência

Quando analiso a faixa etária e o horário de chegada ao serviço de emergência observei que a maior demanda por atendimento em qualquer faixa etária foi no período da manhã, conforme demonstrado nos gráficos 6 e 7.

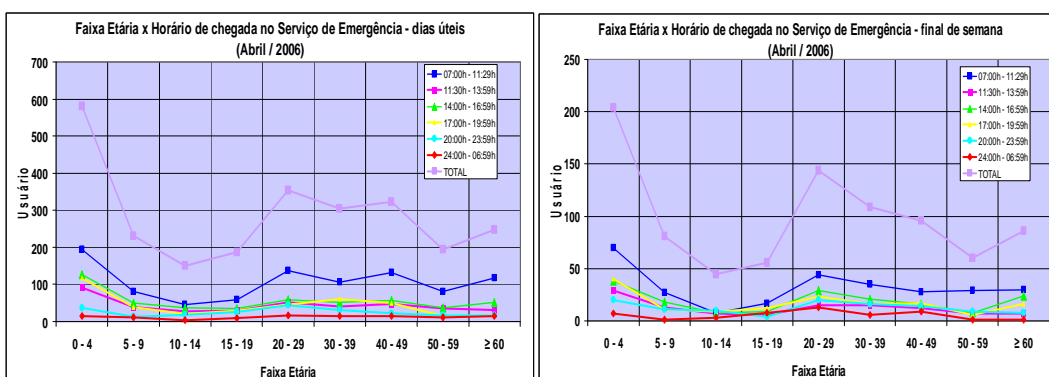
A partir das 24h00min a população adulta, principalmente, na faixa etária de 20-29 anos, foi mais freqüente ao serviço de emergência do que a população infantil, entretanto, na faixa etária de 0-4 anos ocorreu um significativo número de atendimentos, neste mesmo período.

**Gráfico 6:** Quantidade de usuários atendidos na Emergência nos meses de Março/06 por idade e horário de chegada ao serviço em Quissamã.



Fonte: Fichas de Atendimento da Emergência

**Gráfico 7:** Quantidade de usuários atendidos na Emergência nos meses de Abril/06 por idade e horário de chegada ao serviço em Quissamã.



Fonte: Fichas de Atendimento da Emergência

É importante destacar que os atendimentos realizados na Emergência, em geral têm baixa efetividade por razões tão bem descritas por Cecílio.

Cecílio (1997:473-474) ao discutir o atendimento nos serviços de urgência/emergência destaca

*(...) algumas situações de sofrimento caracterizadamente de urgência/emergência, em particular aqueles casos de sofrimento agudo (infarto do miocárdio, quadros infecciosos agudos, traumas, entre outros), o atendimento realizado no pronto-socorro é ideal. É o que poderia chamar de tecnologia certa, no espaço certo, no momento certo. A questão é que já temos informações suficientes para sabermos que tais casos acabam constituindo um percentual muito pequeno dentro do volume total de atendimentos. Misturados com estes casos realmente agudos, é atendida uma legião de pessoas cujos problemas deveriam ser abordados com outras*

*tecnologias e em outros espaços. É o caso das queixas relacionadas com as doenças crônico-degenerativas, tais como diabetes, obesidade, hipertensão arterial, doenças osteo-articulares, doenças pulmonares crônicas, doenças de fundo emocional, entre outras. O que ocorre então é que um número muito grande de pessoas acaba tendo um atendimento incompleto, descontínuo e, portanto, insuficiente e inadequado para os seus problemas de saúde. É como se fosse dispensado um grande esforço e realizassem-se gastos enormes em atendimentos que poderiam ser considerados, sem exagero, como 'atendimentos de mentirinha'.*

Uma pesquisa da California Healthcare Foundation (2006) aponta razões que levam os californianos com seguros privados utilizarem em demasia os serviços de emergência, a saber:

*Quatro fatores chaves para a super utilização do serviço de emergência pelos segurados: a falta de acesso a atendimento médico imediato, a falta de conselho dos médicos como conduzir nas situações médicas inesperadas, a falta de alternativas tais como médicos de atenção primária, centros de urgência ou aconselhamento de enfermagem e a atitudes positivas do serviço de emergência como facilidade de acesso a testes diagnósticos, conveniência de horário, acesso a especialistas e recursos para a assistência.*

Embora estejamos falando de segurados privados norte-americanos e segurados públicos brasileiros, em ambos os casos se verifica uma alta demanda de atendimento na emergência que poderia ser evitada. Exceto a falta de médicos de atenção primária, há uma semelhança nos fatores que levam as pessoas a procurarem este tipo de serviço no município estudado.

#### **4.1. QUEIXAS, SINTOMAS E RAZÕES ALEGADAS PARA A PROCURA DO ATENDIMENTO NA EMERGÊNCIA HOSPITALAR**

Nas entrevistas realizadas busquei identificar na ótica dos diversos sujeitos dessa pesquisa o que levava o usuário a buscar o atendimento na emergência hospitalar considerando que as Unidades de Saúde da Família deveriam ser, talvez não a única, mas a porta de entrada principal do sistema de saúde. O número de atendimentos na emergência hospitalar em Quissamã comprova que a rede básica de saúde não tem conseguido desempenhar essa função de porta de entrada, embora a Estratégia de Saúde da Família tenha atingido 100% de cobertura da população em 2006 e a proporção do número de habitantes por equipe de Saúde da Família esteja aquém do preconizado pelo Ministério da Saúde.

Os plantonistas médicos relataram que o percentual de atendimentos de emergência/urgência é mínimo durante o plantão de 24 horas. Os problemas de saúde

elencados pelos plantonistas, como de maior incidência no serviço de emergência, revelam que a maior parte deles poderia ser atendida ambulatorialmente, a saber:

- “Hipertensão”
- “Gripe”
- “Diarréia”
- “Lombalgia”
- “Cefaléia”
- “Hiperglicemia”
- “Doenças respiratórias (rinite alérgica, asma, viroses)”
- “Distúrbio neurovegetativo”

Os plantonistas da emergência, como têm o foco para a doença e não para o doente, compreendem o atendimento das situações ambulatoriais quase sempre como *“aqueles casinhos que atrapalham o serviço”*.

De todos os usuários que entrevistei no serviço de emergência, nenhum se enquadrava no conceito de emergência ou urgência médica do Conselho Federal de Medicina.

Dos usuários entrevistados os motivos alegados que os levaram à Emergência foram:

- *“Eu estava sentindo muita dor no peito. O médico disse que é um problema de nervos”*.(depoimento de uma senhora)
- *“A minha menstruação está atrasada há 4 meses, só que eu já fiz exame de sangue no Posto e não está acusando nenhuma gravidez. Só que eles não querem me dar ultassom para eu saber o que está acontecendo comigo”*. (depoimento de uma mulher jovem)
- *“Meu filho está com febre e tossindo muito”*. (depoimento de uma mãe)
- *“Eu escorreguei, cai e machuquei o ombro trabalhando”*.(depoimento de um homem)
- *“Eu vim aqui fazer um exame, tirar uma chapa do pulmão. Quando estou dormindo a minha companheira fala que eu estou com chiada. Ela acha que é do pulmão, que deve ter alguma coisa no pulmão. Eu falei para ela que deve ser da sinusite, rinite alérgica. Tudo ataca isso, mas ela acha que tem alguma coisa no pulmão. Ela não é médica nem nada, mas ela desconfiou disso e pediu para eu tirar uma chapa para ver o que é”*. (depoimento de um homem desempregado)
- *“Ele está com o dedinho meio machucadinho”* (depoimento de uma mãe de um bebê de dois meses)
- *“Ele está com nariz entupido e não consegue dormir à noite”*. (depoimento de uma mãe de uma criança em idade escolar)
- *“A firma me exigiu um exame periódico. Eu tenho que fazer um RX e um hemograma completo. Nem é um caso de emergência”* (depoimento de uma mulher jovem)

-“*Eu estou com pressão alta. É nervoso. Eu sempre estou aqui. Um dia está alta, um dia está baixa. Estou procurando vê se melhora*”. (depoimento de uma senhora)

- “*Foi um caroço que apareceu aqui no meu pé e o Doutor --- marcou para eu vir aqui para fazer uma biópsia. Eu estou esperando.*” (depoimento de uma senhora)

É importante assinalar que o usuário procura a emergência hospitalar tanto por livre vontade como também é orientado a buscar esse serviço pela própria Unidade de Saúde da Família, que se vê incapaz de atender a maioria das situações agudas que chegam ao serviço pela forma como organiza o trabalho, principalmente, voltado para agendamento.

A população aprende na relação com os serviços de saúde que é mais fácil procurar o atendimento na Emergência quando precisa ter uma solução para seu “problema” de forma mais rápida ou de um determinado exame. A Unidade de Saúde da Família responsável pelo território de sua residência não lhe garante atendimento quando não está agendada. Os usuários classificam por conta própria o tempo de espera que podem tolerar para serem atendidos e a partir disso dirigem suas demandas aos serviços de saúde conhecidos.

*Eu vim na Emergência porque no Posto de Saúde tem que marcar ficha de um dia para o outro. Não atende nós no dia que estamos passando mal. Aqui o atendimento é mais rápido. Tenho feito muito acompanhamento médico. Eu não estou tendo uma saúde perfeita. Uma saúde boa. Então, eu tenho que procurar um médico para ver o meu lado, a melhora da minha saúde.* (depoimento de uma usuária entrevistada na Emergência)

*Eu procuro o Posto de Saúde em consultas marcadas, as que podem esperar. Aqui, no meu caso ele está com febre, eu não posso esperar consulta daqui a 15-20 dias. Aqui você é atendido na hora, praticamente. Só quando são consultas de alergias, uma outra coisa qualquer, pode esperar o posto. Caso contrário não dá.* (depoimento de uma responsável por uma criança entrevistada na Emergência)

*Eu mesmo tenho um problema de diabetes. Sou diabética. Às vezes, fica alta demais, eu vou direto para o hospital. Daqui que vai marcar no Posto. Aí, o hospital me dá a medicação certinha, me coloca no soro. Sou bem atendida lá. Quando abaixa eu venho embora.* (depoimento de uma usuária entrevistada na Unidade de Saúde da Família)

*Como trabalho nos dois setores, tanto na Emergência como no PSF não é porque o PSF não está funcionando que há grande demanda de ambulatório na Emergência, pelo contrário, o PSF funciona direitinho. Só que a população tem, não sei se é o mau hábito ou o mau costume de querer ser atendido na hora. Eles ainda não pegaram aquela filosofia de PSF, que a gente vai agendar as consultas e que o PSF não é para tratar emergência. Então, elas acham que no PSF chegou tem que ser atendido. A gente orienta. Quando é um caso de emergência que está no PSF a gente tenta atender dentro da possibilidade e quando a gente vê que não é possível de*

*ser atendido no PSF a gente encaminha para a Emergência.*(depoimento de um médico plantonista que trabalha como médico de família)

A existência de “tecnologias duras” (Merhy) no Hospital também é um motivo para o usuário buscar atendimento na Emergência. “*Eu vim na Emergência porque não estou me sentindo bem. Eu já procurei o posto, mas esta chapa do pulmão lá não faz*”. (depoimento de um usuário entrevistado na Emergência)

A forma com a qual o usuário se sente acolhido na Unidade de emergência também o influencia a retornar a esse serviço. Alguns plantonistas a depender da relação que estabelecem com o usuário se responsabilizam pelo cuidado solicitando o retorno do mesmo em seu plantão.

*Eu já recebi alguns doentes, isso aí, é uma coisa pessoal, que eu senti que precisava de uma atenção x, e que eles não estavam encontrando e que, às vezes, eu mandava voltar. Mas não é o correto. Aqui não é o setor para isso. Aqui é Emergência. Não é ambulatório.* (depoimento de uma médica plantonista)

Essa atitude gera vínculos positivos, entretanto, riscos de descontinuidade da assistência se não for garantido ao usuário o encaminhamento a um serviço apropriado, depois de realizados os primeiros cuidados necessários.

Os plantonistas em geral acabam por dar uma resposta as demandas que chegam ao serviço mesmo reconhecendo que não se trata de uma urgência/emergência.

*A gente nunca pode negar o socorro, independente da situação não precisar de tanto socorro assim. De qualquer forma a gente tenta resolver, o DNV, a cefaléia , lombalgia, chega muito. Conforme for, a gente sempre, como no meu caso, eu entro com medicamento, eu peço para procurar o ambulatório ou se for um caso mais complexo eu já encaminho para o especialista.*

A maior parte dos plantonistas atende as demandas ambulatoriais, embora ressalte que

*O correto seria dizer para o paciente: mãe esse probleminha seu é coisa de ambulatório, a sr<sup>a</sup> tem o postinho do seu bairro, a sr<sup>a</sup> vai procurar o seu pediatra, coisa tal e parara ... Mas, geralmente, o que elas alegam, ah, doutora até marcar uma consulta, demora.*

*A gente sempre orienta essa diferença entre emergência e ambulatório, mas acaba que, no final das contas, a gente prefere medicar o paciente porque, senão, depois, elas saem chateadas com a gente dizendo assim: a doutora não quis atender. Então, muita das vezes apesar da gente orientar e explicar olha, eu vou dar um jeitinho. Isso não é aqui não, isso aqui é lá no seu postinho. Porque tem colega que faz e é o certo o encaminhamento, a sr<sup>a</sup> procura o ambulatório de pediatria, que esse probleminha seu é resolvido lá. Elas se zangam e saem por aí com aquele papel, aquela doutora fez descaso de mim. Mas acaba que elas dizem assim a doutora, não quis nem por a mão no meu filho. Então, acaba que a gente para não ter esse tipo de atrito a gente até explica. Eu pelo menos faço assim, explico, mas acabo atendendo o paciente.* (depoimento de uma médica plantonista)

A equipe de Saúde da Família da Unidade estudada informou que encaminha para Emergência os usuários com febre, pressão alta e dor que procuram à Unidade de Saúde quando não tem disponibilidade de agenda e recursos tecnológicos para atender os usuários no serviço. O encaminhamento é feito, mas não há nenhum acompanhamento da evolução do caso por parte da equipe de Saúde da Família.

É freqüente nas situações de hipertensão arterial as Unidades de Saúde da Família solicitarem a ambulância do hospital para transportar o usuário e, são, geralmente, atendidas em curto espaço de tempo. Todas as Unidades de Saúde e ambulâncias possuem rádio transmissor. Nas Unidades de Saúde esses rádios são localizados na recepção o que me permitiu ouvir diversos pedidos desse tipo, quando eu estive observando a Unidade estudada.

Cabe fazer um parêntese para falar do serviço de ambulância no município uma vez que circulam dentro e fora do município a partir das necessidades apontadas por trabalhadores de saúde e usuários. A frota de ambulâncias em 2006 era composta por 05 viaturas, sendo uma UTI à disposição do Hospital e outras duas nas Unidades de Saúde da Família de Santa Catarina e Barra do Furado em regime de plantão 24 horas. Essas viaturas, com exclusão da UTI, atendem os chamados locais, das Unidades de Saúde e de usuários que solicitam esse meio de transporte para levá-los a Emergência ou para levá-los em sua casa após alta da internação ou emergência. Também são utilizadas para transportar usuários acamados para exames e para internações fora do município. A gerência da frota é feita por um motorista designado para esta função sob a coordenação da direção do hospital.

Essa atitude de encaminhar usuários para a Emergência nas situações que requeiram um pronto atendimento parece ser usual nas Unidades de Saúde da Família do município.

A população já conhecedora da dificuldade de acesso ao serviço de atenção primária procura, na maior parte das vezes, primeiramente, o serviço de emergência para encurtar caminho e tempo, quando avalia a necessidade de atendimento imediato de sua demanda. Outras vezes, por já ter estabelecido um vínculo com o médico plantonista.

*Eu sempre trago ele, na Emergência, na quarta-feira no dia da Doutora--- mas como ele começou o problema ontem, quinta-feira, aí passou. Eu sempre trago nas quartas-feiras, a doutora atende bem. Não que os outros atendam bem, também. Antigamente, quando meu outro filho era menor, agora tem nove anos, eu trazia a Doutora---- mais aí ela foi embora.. Ela cuidou do meu filho porque ele nasceu com bronquite. Foi ela que*

*acompanhou, ela que cuidou. Eu levava no médico não dava certo, eu levava no outro não dava certo, um dia vim na Emergência e foi tiro e queda. Essa doutora passou um remédio que ele melhorou. Tem nove anos e nunca mais repetiu.* (depoimento de uma mãe entrevistada na Emergência)

Cecílio (1997:472) assinala que o usuário acessa o sistema por onde é mais fácil ou possível.

*Na prática aqueles que dependem exclusivamente do SUS (...) Têm que montar o seu 'menu' de serviços, por sua conta e risco, buscando onde for possível o atendimento de que necessita. Daí é uma prepotência tecnocrática dizer que o 'povão' é deseducado, que vai ao pronto-socorro quando poderia estar indo ao Centro de Saúde. As pessoas acessam o sistema por onde é mais fácil ou possível. (...) É necessário coragem e lucidez para repensar alguns princípios que têm orientado o modelo assistencial do SUS que, de tanto repetirmos, passamos a tomá-los como verdadeiros e suficientes para a transformação da realidade sanitária brasileira.*

O usuário é muitas vezes chamado, pelos trabalhadores de saúde, de desinformado, mal acostumado, entre outros predicativos, geralmente pejorativos, por não fazer o percurso definido pela organização do sistema, mas sim o percurso em que se sente atendido em suas demandas.

A concepção de que o usuário não entende a filosofia da Saúde da Família e que não distingue a diferença entre emergência e ambulatório, é uma retórica de quem trabalha no serviço de saúde e faz uma leitura racional, isto é, tecnocrática da trajetória do usuário pelo sistema. O que o usuário quer é ser atendido e para tal ele busca os caminhos que são do seu conhecimento e os serviços que lhe dão acesso ao atendimento de sua demanda. Portanto, não se trata de explicar para o usuário que a Emergência não é o local adequado para “cuidar da saúde” dele, enquanto a Unidade não for capaz de acolher e dar um destino adequado às demandas em um tempo capaz de ser tolerado pelo usuário.

*A gente conversa sobre o caso dele. A gente mostra que é um caso para ele ir aos Postos de Saúde que não é um caso para vir aqui, entendeu? E, eu acho que a minoria entende, a maioria não entende, ela volta aqui de novo. Alguns casos, eles voltam até mesmo no dia seguinte.* (depoimento de um médico plantonista)

*Eu sei que para os usuários conseguirem um exame mais caro é bem difícil. Eles voltam na Emergência e pedem que o exame seja feito por aqui por que estão esperando cinco, seis meses. Eu falo que não posso fazer nada, que à parte de exames não é comigo.* (depoimento de um médico plantonista)

Portanto, para que o usuário possa entrar no sistema de saúde pela porta da Unidade de Saúde da Família, esta precisará rever a sua organização. Inclusive considerando os seus limites e fazendo uma rede de conversações com outros serviços



que podem compartilhar o cuidado do usuário na sua incapacidade de atendê-lo, em determinadas circunstâncias. Trata-se de rever a lógica hierarquizada da organização do serviço considerando, a priori, as demandas, necessidades e os percursos dos usuários pelo sistema de saúde para articulação e integralidade da produção do cuidado.

## 5. A UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM ESTUDO

### 5.1. O TERRITÓRIO E A POPULAÇÃO ADSCRITA

A Unidade de Saúde da Família em estudo está localizada em uma das áreas geográficas que tem demonstrado um crescimento populacional ano a ano em função dos processos migratórios de pessoas que buscam benefícios sociais oferecidos pelo município (auxílio financeiro a idosos, bolsa integral para cursos superiores e técnicos, auxílio financeiro de ½ salário mínimo para pessoas portadoras de transtorno psíquico grave sem capacidade laborativa, doação de casa popular e outros). Em 2005 possuía uma população cadastrada de 2.743 pessoas distribuídas em 752 famílias. Em 2006, 2911 pessoas cadastradas num total de 810 famílias.

**Tabela 12:** Distribuição da população cadastrada na Unidade de Saúde da Família estudada por faixa etária e sexo em 2006.

Sexo	Faixa Etária (anos)										
	< 1	1a4	5a6	7a9	10a14	15a19	20a39	40a49	50a59	>60	Total
Masculino	24	98	47	96	144	137	447	171	115	118	1397
Feminino	16	91	48	108	153	142	504	209	113	130	1514
NºPessoas	40	189	95	204	297	279	951	380	228	248	2911

Fonte: SIAB Levantamento realizado no mês de dezembro/06.

O abastecimento de água por rede pública ocorre em 88,52% de residências. Há coleta de lixo diariamente em 99% dos logradouros. Existe sistema de esgoto em 86% das residências e nas demais o sistema é de fossa. A maior parte das residências, 99% possui luz elétrica e todas são construídas em alvenaria.

Os logradouros públicos são partes asfaltadas e outros de terra batida.

A bicicleta é um meio de transporte muito utilizado pela população da área, no entanto, as pessoas também andam muito a pé. O transporte público é deficiente.

As praias e praças públicas são os lugares de lazer da população jovem carente financeiramente. Na área de abrangência da Unidade têm duas praças, porém uma está em fase de construção. Para chegar à praia é necessário transporte. De vez em quando são organizadas festas com cobrança de ingressos num clube da cidade. Entretanto, a Prefeitura Municipal é a maior promotora de eventos durante o ano todo como, por exemplo: festas religiosas, dia das crianças, baile para a terceira idade, campeonatos esportivos, shows com cantores brasileiros durante o verão, no reveillon e no

aniversário da cidade, entre outros. A maioria dos eventos organizados pelo governo municipal é gratuita.

O comércio da área é composto por 13 bares, 02 padarias, 01 locadora de filmes, 01 drogaria, 03 mercearias e 01 posto de gasolina. Nessa área existe 01 escola de educação infantil para crianças na faixa etária de 3 a 5 anos, 01 cemitério, 06 igrejas evangélicas e 01 centro espírita.

Há moradores que possuem planos de saúde correspondendo a 9% do total da população da área. A população acima de 15 anos possui um percentual de alfabetização de 92% e, 98% de pessoas na faixa etária de 7 a 14 anos estão na escola.

A sociedade civil organizada é representada por duas Associações de Moradores com diferentes níveis de aproximação e participação nos convites realizados pela Unidade de Saúde.

A Unidade de Saúde da Família se localiza em uma rua asfaltada, plana, com iluminação pública. Nesta rua não trafega transporte coletivo. A sua área de abrangência é composta por 05 micro-áreas. Algumas dessas micro-áreas são próximas ao centro da cidade, sendo mais fácil para a população dessas áreas, chegarem ao Centro de Especialidades do que à própria Unidade de Saúde da Família.

A escolha do local para a construção dessa Unidade se deu pelo número de habitantes em torno dela e pela área física disponibilizada pelo prefeito. Há trabalhadores de saúde que consideram que a escolha da área foi uma estratégia para acabar com um matadouro clandestino existente na mesma rua da Unidade de Saúde. Essa Unidade começou a funcionar em 09 de junho de 2003.

## **5.2. A UNIDADE DE SAÚDE E SEUS RECURSOS**

Para dar uma idéia da estrutura física e administrativa da Unidade de Saúde da Família descreverei a seguir os ambientes e os equipamentos existentes em cada um deles. As engrenagens administrativas para manutenção e abastecimento de insumos para funcionamento do serviço serão mencionadas, entretanto, sem aprofundamento dos nós críticos observados.

### **5.2.1. O ESPAÇO FÍSICO**

Trata-se de um prédio próprio, com três anos de funcionamento e construção específica para abrigar uma Unidade de Saúde da Família. As instalações são bem conservadas.

Dispõe das seguintes dependências:

- (1) Consultório médico
- (1) Consultório de enfermagem com instalações sanitárias
- (1) Consultório odontológico
- (1) Consultório que atende a nutrição e realiza eletrocardiograma e funciona como ambiente de coleta de material para análises clínicas, uma vez por semana
- (1) Sala de curativo
- (1) Sala de imunização
- (1) Sala de esterilização
- (1) Sala de pré-atendimento (medição de pressão, peso e altura e nebulização)
- (1) Almojarifado/farmácia
- (1) Recepção com arquivo de documentação médica
- (1) Sala para reunião e atividades educativas em grupo
- (2) Banheiros pra usuários (masculino e feminino)
- (1) Cozinha
- (1) Área de serviço
- (1) Banheiro de funcionários

Todas as salas dessa Unidade são pintadas em tons pastéis e decoradas para proporcionar uma atenção acolhedora. O ambiente de espera possui uma boa luminosidade e ventilação natural bem como outros ambientes como recepção, área de serviço e cozinha. Os consultórios e a sala de reunião possuem ventilação artificial, através de condicionadores de ar. A Unidade possui uma grande área física em torno dela, porém sem utilização. Durante o tempo da pesquisa de campo não observei nenhuma atividade de promoção à saúde nesse espaço.

O almojarifado/farmácia da Unidade fica dentro da recepção. O espaço é separado por uma parede de alvenaria e uma porta, entretanto, o seu acesso só é possível pela recepção. O atendimento ao usuário para a dispensa de medicamentos se dá no balcão da recepção. Isso gera uma situação desconfortável para o usuário que está recebendo orientações sobre a medicação dispensada sem nenhuma privacidade no diálogo com o dispensador que, geralmente, pergunta, se o usuário sabe fazer uso ou não do medicamento prescrito. No caso do usuário não saber, é dada a explicação como, por exemplo, usar cremes vaginais, loções para escabiose, etc. no balcão da recepção. Ainda, no mesmo local, outros trabalhadores de saúde estão atendendo os usuários para marcação de consultas, de exames preventivos, laboratoriais, etc. Esse balcão compartilhado para a recepção e dispensação de medicamentos, do ponto de vista administrativo possibilita o atendimento de todos os usuários na ausência de algum trabalhador da recepção ou da dispensação. Pois, tanto a recepcionista quanto o dispensador estão autorizados a fazer ambas as atividades. Entretanto, esse balcão

compartilhado não produz um acolhimento adequado devido à falta de privacidade, interferências no processo comunicativo e à falta de conforto para os usuários que ficam em pé aguardando resposta para o que demandam. Fora o bloco administrativo, todos os demais espaços físicos da Unidade garantem conforto e privacidade aos usuários.

Planta Baixa da Unidade de Saúde da Família / Novembro de 2006

### 5.2.2. RECURSOS FINANCEIROS

A Unidade de Saúde da Família não é uma unidade orçamentária. A equipe de saúde desconhece as fontes de receitas (municipal, estadual ou federal) e despesas com custeio e investimento do serviço (pessoal, material de consumo, equipamentos e material permanente, outros serviços e encargos). Não existe suprimento de fundo para a Unidade. A gerente da Unidade demanda para a Coordenação de Saúde da Família que, por sua vez, demanda para o Fundo Municipal de Saúde/ Secretaria Municipal de Saúde.

### 5.2.3. RECURSOS MATERIAIS

A Unidade de Saúde da Família em estudo possui mobiliários e equipamentos que permite a realização das ações primárias de saúde preconizadas bem como oferece conforto aos usuários e profissionais que trabalham na Unidade. No quadro a seguir são demonstrados os materiais permanentes por ambiente de trabalho.

**Quadro 2:** Relação dos equipamentos e mobiliários por ambiente, na Unidade de Saúde da Família estudada, levantada em outubro/2006.

Ambientes	Equipamentos e Mobiliários
Consultório Médico	Ar condicionado, negatoscópio, lavatório, maca, mesa de escritório, cadeiras (3) e escada
Consultório de Enfermagem	Ar condicionado, lavatório, banheiro, mesa ginecológica, biombo, foco com haste flexível, armário com vitrine, mesa de escritório, cadeiras (3), detector ultrassônico fetal
Consultório Odontológico	Ar condicionado, lavatório, cadeira odontológica, equipamento odontológico, refletor, compressor, mesa de escritório, cadeiras (2)
Consultório	Ar condicionado, lavatório, mesa de escritório, cadeiras (3), maca, escada, eletrocardiógrafo
Sala de Curativo	Carrinho de curativo, armário, cadeira (1), maca, escada (1), lavatório, lava-pés
Sala de Imunização	Ar condicionado, lavatório, geladeira, mesa de escritório, cadeiras (3)
Sala de Esterilização	Autoclave, estufa
Sala de Pré-Atendimento	Lavatório, balança antropométrica adulto digital, balança antropométrica infantil, esfigmomanômetro de rodinhas, régua antropométrica, cadeira estofada tipo vovô, rede de nebulização, mesa de escritório, cadeiras (2), glicosímetro, armário, maca
Almoxarifado/Farmácia	Ar condicionado, computador, mesa de computador, uma cadeira, prateleiras

Ambientes	Equipamentos e Mobiliários
Sala de Reunião	Ar condicionado, mesa de reunião e cadeiras, vídeo cassete e aparelho de som portátil, flip-shart, armários, colchonetes
Cozinha	Geladeira, fogão e bebedouro tipo garrafão, mesa, cadeira (4), cafeteira elétrica
Espaço de Espera	Televisão, bebedouro, bancos de madeira com encostos
Recepção	Telefone, rádio transmissor, cadeiras, arquivos

A televisão fica no espaço de espera em cima de uma mesa. Todos os dias a televisão é ligada independentemente da presença do usuário na Unidade de Saúde. Durante os dias de observação na Unidade, percebi que as crianças que compareciam ao dentista é que mostravam algum interesse em assistir os desenhos animados que passavam no canal definido pela Unidade. A televisão fica mais próxima ao consultório odontológico, à sala de reunião e à de imunização e mais distantes dos consultórios médicos e de enfermagem. Os usuários, geralmente, ficam sentados próximo aos consultórios em que vão ser atendidos, portanto, distantes da televisão. Esse equipamento não está bem localizado e durante os dias de minha observação não foi utilizado para atividades de educação em saúde.

Para a manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos existe uma empresa terceirizada de engenharia clínica. Dos equipamentos listados, todos estavam com funcionamento ótimo, exceto o eletrocardiógrafo que tem apresentado problemas ainda não solucionados pelo serviço de manutenção.

Para a manutenção predial a Secretaria de Saúde possui eletricitista e bombeiro e contrata uma empresa para a desinsetização e desratização de todos os serviços de saúde municipais. A Unidade em estudo recebeu visita da empresa, quando eu estava no campo de pesquisa, que indagou sobre presença de ratos, formigas, baratas e marimbondos. A auxiliar de limpeza negou que houvesse problemas dessa ordem na Unidade. A desinsetização feita ainda estava dentro do prazo de validade.

Esta Unidade de Saúde possui um carro à disposição do serviço todos os dias da semana. Na quarta-feira, a viatura chega à Unidade às 9 horas porque apóia a coleta de sangue em outra Unidade de Saúde. A Coordenação de Saúde da Família, às vezes, utiliza também a viatura, exceto nos dias e horários de visitas do médico e da enfermeira, porém observei alguns atropelos na utilização compartilhada dessa viatura.

Quanto a materiais de consumo, medicamentos e imuno-biológicos a Unidade de Saúde é abastecida mensalmente pelo almoxarifado da Secretaria Municipal de Saúde



com medicamentos e outros insumos. Há um cronograma mensal para envio de pedido de material para o almoxarifado.

Os imuno-biológicos são repostos pela Coordenação de Imunização sempre que demandado pela Unidade de Saúde. A Coordenação de Imunização possui um refrigerador central para abastecer todas as unidades públicas de saúde do município no espaço físico no Centro de Especialidades.

A Unidade de Saúde é abastecida com os seguintes imunobiológicos:

- vacina contra hepatite B
- vacina tetravalente (difteria, tétano, coqueluche)
- vacina tríplice viral (sarampo, rubéola e cachumba)
- vacina rotavírus
- vacina oral contra Poliomielite
- vacina dT (difteria, tétano e tétano neonatal)
- vacina contra Influenza (gripe), em época de Campanha Nacional

A vacina BCG, só é administrada no Centro de Especialidades. Os trabalhadores desse serviço possuem uma capacitação específica para tal.

Os impressos utilizados, segundo o trabalhador que controla o estoque da Unidade são:

- Capa do exame de eletrocardiograma
- Cartão de vacinação
- Carteira: Programa de Diabetes
- Carteira: Programa de Hipertensão Arterial
- Carteira de aprazamento de consultas
- Carteira de aprazamento da família
- Receituário
- Atestado médico
- Ficha de referência e contra-referência
- Boletim de produção ambulatorial
- Sistema de informação de atenção básica:

Ficha A: Acompanhamento de Hipertensos, Cadastro da Família

Ficha B: Acompanhamento de Diabéticos, Acompanhamento de Gestantes

- Ficha Clínica Ambulatorial – Programa de Assistência Integral a Saúde da Criança

- Ficha Clínica Ambulatorial
- Evolução e Tratamento
- Requisição de exames
- Solicitação de Exames Especiais
- Requisição de Exame Citopatológico-Colo do Útero
- Requisição de material
- Solicitação de transporte
- Comunicação interna
- Ficha de Notificação Compulsória de casos suspeitos ou confirmados de maus-tratos/abuso sexual contra crianças e adolescentes
- Boletim Mensal de Estoque de Vacinas/soros
- Movimento diário de vacinas/soros

Esses impressos utilizados demonstram um híbrido de formulários advindos da concepção tradicional de saúde centrado no indivíduo, na doença, na consulta médica, na produção ambulatorial e na concepção de família e no cuidado integral.

A rotina de solicitação dos impressos e medicamentos é a mesma para os insumos de limpeza e materiais médico-hospitalares. Isto é, o pedido é realizado pelo dispensador, mensalmente, e encaminhado para o almoxarifado central depois de avaliado e assinado pelo médico e enfermeiro da Unidade. Já os insumos da odontologia são pedidos e controlados pela auxiliar de consultório dentário. O Coordenador de Saúde Bucal analisa a solicitação de cada Unidade de Saúde e autoriza o almoxarifado a fazer a entrega.

São dispensados na Unidade de Saúde antiinflamatório, analgésico e antitérmico, vitaminas, antibióticos, anti-helmíntico, ansiolítico, bronco-dilatador, anti-hipertensivo, sais para reidratação oral, antiácidos, corticóide, antifúngico, antieméticos, hipoglicemiante, complemento alimentar, anticoncepcionais orais e injetáveis e preservativos.

Ocorre, às vezes, desabastecimento de alguns medicamentos na Unidade de Saúde não só pelo pedido não ser atendido integralmente pelo Almoxarifado Central da Secretaria Municipal de Saúde por falta de itens no momento da dispensa, como por falha na quantidade pedida mensalmente pela Unidade de Saúde. A Unidade não estima o pedido de medicamentos em função do estado de saúde da população adscrita, mas baseada no consumo do mês anterior. Para exemplificar essa situação, destaco que o

cadastro de hipertensão e diabetes não é utilizado pela Unidade para programar a quantidade de insumos necessários para os usuários desse programa.

Durante o período em que estive na Unidade de Saúde observando a rotina, assisti vários usuários das áreas de abrangência do serviço serem orientados a pegar medicamentos em outras Unidades de Saúde por falta deles no estoque da Unidade.

Quando prescritos medicamentos não padronizados ou em falta no município, a população é orientada a procurar o serviço social para obtê-los. O serviço social encaminha as receitas para a Secretaria de Saúde a fim de que seja providenciada a compra em caráter emergencial.

O gestor da Secretaria de Saúde acredita que com o processo de informatização de todas as Unidades de Saúde em rede com o almoxarifado central, resolverá o desabastecimento de insumos na rede de saúde. Entretanto, o problema parece ser da ordem de planejamento e programação, portanto, a informatização como medida administrativa para resolver esse problema não será suficiente.

Por fim, ao considerar a situação do município com relação aos obstáculos identificados por Mendes (2002a) para implantação do PSF descarto alguns itens citados por ele, como infra-estrutura inadequada das Unidades Básicas de Saúde, deficiência de medicamentos essenciais para atenção primária à saúde e o sub-financiamento do PSF. Como foi visto, o município conta com uma rede de saúde para além dos parâmetros estabelecidos pelo Ministério da Saúde, fornece um amplo rol de medicamentos para sua população e teve o maior gasto em saúde/per capita do país em 2005. Posso problematizar com o fator de excessiva utilização do PSF na atenção às condições agudas, já que foi observado na pesquisa que o excesso de demanda no atendimento de emergência se deve ao fato da Unidade estar organizada para as atividades programáticas e não atender/acolher as situações que requerem um pronto-atendimento. E, os demais obstáculos elencados são pertinentes à realidade local, o que se reflete na alta demanda de atendimentos na Emergência, excesso de solicitação de exames, excesso de demanda por medicamentos ou baixa cobertura de prevenção ao câncer de colo uterino, baixo números de visitas domiciliares ou alto índice de mortes por doenças cardiovasculares, alto índice de internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial. Em síntese, falhas na eficiência dos serviços de saúde geram problemas que se refletem na saúde dos indivíduos, nos custos operacionais do sistema, bem como estresse e frustração nos que usam e nos que trabalham com ética e responsabilidade no SUS.

### 5.3. A EQUIPE E A GESTÃO DO TRABALHO

A equipe é composta por um médico de família, uma enfermeira, cinco agentes comunitários de saúde, sendo que um acumula atividades administrativas como controle de estoque de medicamentos, dois técnicos de enfermagem, uma recepcionista, uma auxiliar de serviços gerais e um motorista. Além destes, a Unidade possui quatro jovens do Projeto Juventude em Construção que auxiliam em diversas atividades administrativas e no atendimento ao público. Trata-se de um projeto do governo municipal de caráter social e educativo. Esses jovens são contratados pela Prefeitura Municipal para fazerem turno de quatro horas, diariamente, nos dias úteis da semana, no período (manhã ou tarde) em que não estão na escola. Todos os jovens do Projeto recebem uma bolsa de meio salário mínimo. Outro projeto do governo local são de estagiários. A Unidade em estudo possui uma estagiária administrativa. Os estagiários recebem um salário mínimo, exceto se estiverem em escolas particulares de ensino médio ou superior custeados pelo governo municipal. Todas as secretarias de governo possuem esses colaboradores temporários por um ano. Cabe ao nível local em que eles estão lotados de gerenciá-los.

Agregam ainda a essa equipe uma nutricionista, três dentistas e uma auxiliar de consultório dentário. A clientela que demanda atendimento odontológico é separada em gestantes, adolescentes, adultos, idosos e crianças e cada dentista atende a clientela que lhe é definida pelo Coordenador de Saúde Bucal considerando a experiência do profissional e formação na área.

Esses últimos trabalhadores relacionados envolvem-se pouco com o cotidiano da Unidade, e, raramente, participam da reunião de equipe semanal. A carga horária que possuem na Unidade de Saúde da Família em estudo, demonstrada no quadro a seguir, pode justificar este comportamento.

No município convencionou-se que a gerência das Unidades de Saúde da Família é uma atribuição da Enfermeira que, pela sua formação acadêmica e pela disponibilidade de tempo ao serviço, está mais capacitada tecnicamente para desenvolver esse trabalho. As enfermeiras não são remuneradas para tal, entretanto, possuem flexibilidade na grade de horário do trabalho para as atividades inerentes à gerência.

Essa equipe, de acordo com os parâmetros do Ministério da Saúde definidos na Política Nacional de Atenção Básica, tem sob sua responsabilidade um quantitativo de

peças próximo à média recomendada, que é de 3.000 pessoas. Cabe lembrar que a população cadastrada na área de abrangência da Unidade em 2006 é de 2.911 pessoas, correspondendo a 810 famílias. O número de agentes comunitários é suficiente para o número de famílias cadastradas mesmo considerando que um dos agentes comunitários acumula atividades administrativas. O Ministério da Saúde define um máximo de 750 pessoas por agentes comunitários de saúde. Se forem considerados quatro agentes comunitários, excluindo o que está acumulando função, ainda se mantém a relação de proporcionalidade nos parâmetros preconizados expressa no cálculo de 703 pessoas por agente comunitário de saúde.

A equipe possui um espaço de discussão, uma vez por semana em um turno de trabalho. Entretanto, as reuniões nem sempre ocorrem com a participação de todos os membros da equipe.

As reuniões são planejadas pela enfermeira de forma segmentada por categorias e temas. *“Quando o bicho tá pegando é com todo mundo?”* (fala da recepcionista). A enfermeira divide a equipe para reunião, agentes comunitários de saúde representam um grupo e o administrativo, recepção e técnicos de enfermagem outro grupo. A cada quinze dias cada grupo se reúne com a enfermeira e médica. Não existe rigor em começar a reunião no horário, isto é, às 13h30min, entretanto, a maior parte não se dispõe a ultrapassar o horário de término, às 16h30min por que possuem outros compromissos como faculdade, cursos técnicos ou horário de ônibus para chegar em casa. Nem todos os trabalhadores de saúde da Unidade residem na área de abrangência da Unidade. Os trabalhadores da odontologia e da nutrição raramente participam da reunião de equipe. A auxiliar de consultório entrevistada observa: *“raramente eu participo das reuniões de equipe por que eu não tenho queixa das pessoas e as pessoas não têm queixas de mim”*.

Na grade de trabalho tem garantido, para os médicos e enfermeiros de Saúde da Família, horário para atualização técnica e discussão do processo de trabalho à luz de textos teóricos e vivências, com a Coordenadora da Saúde da Família, outros Coordenadores de Programas de Saúde ou com profissionais convidados para falar algum tema específico. As diretrizes (protocolos, normas e procedimentos) para o trabalho em saúde são discutidas e consensuadas nesses encontros. Geralmente, os protocolos dos programas de saúde do Ministério da Saúde são adotados com adaptações a realidade local.

Até setembro de 2006 esses encontros eram semanais, em meio turno de trabalho. O local para essa atividade de educação em serviço variava conforme os recursos audiovisuais necessários e a disponibilidade dos auditórios existentes no município. Agora, a programação e o local são comunicados com antecedência de um mês para as Unidades de Saúde a fim de que sejam organizadas as agendas de trabalho.

Esses trabalhadores também são liberados para participação em eventos científicos fora do município, quando solicitam.

As demais categorias que compõem a equipe não possuem o mesmo quantum de investimento técnico-científico para aprimoramento profissional. Os agentes comunitários de saúde, depois dos médicos e enfermeiros, são a categoria que mais participa de capacitações pontuais. Em 2006 fizeram o 1º módulo do curso técnico de formação de agentes comunitários de saúde, ministrado pela Escola Técnica Isabel dos Santos com financiamento do governo federal. As categorias menos investidas são a recepção e limpeza. O profissional da recepção queixou-se que desde que foi contratada, em 2001, participou somente de duas capacitações técnicas sobre atendimento ao público.

O município não possui uma política de desenvolvimento de recursos humanos, isto é, não possui processos deliberados de educação continuada. Os interesses individuais acabam prevalecendo nas solicitações de aprimoramento profissional.

Além dos profissionais que trabalham nessa Unidade, existem três supervisores lotados na Coordenação da Saúde da Família e uma Assistente Social que acompanham o funcionamento do serviço de todas as Unidades de Saúde da Família através de visitas e atividades de interconsulta. Há um supervisor de enfermagem e dois supervisores médicos, um na área pediátrica e outro na ginecológica. As interconsultas são atividades realizadas em conjunto, assistente social e trabalhadores de saúde ou supervisor e trabalhador de saúde, (principalmente, médico e enfermeiro de Saúde da Família) constituindo-se em momentos de ampliação do conhecimento e apoio técnico ao processo de produção do cuidado. Na Unidade de Saúde da Família o supervisor da área de ginecologia tem como rotina atender, uma vez por mês, em parceria com a enfermeira da Unidade de Saúde da Família as gestantes agendas por ela. O pré-natal de baixo risco no município estudado é de responsabilidade da enfermeira, entretanto, faz parte do protocolo do município consultas médicas com o obstetra no Centro de Especialidades.

Campos (2003:118) nomeia o suporte técnico especializado às equipes de Saúde da Família como apoio matricial.

Em Quissamã os supervisores foram idealizados pelas gerências para dar o suporte, principalmente, aos médicos e enfermeiros, entretanto, alguns médicos não demandam e, até mesmo, evitam esse suporte. Como não existem pessoas que sabem tudo, o comportamento desses médicos talvez possa representar uma defesa, frente a angústia de se deparar com o fato de que não sabem tudo.

Esse comportamento sintomático, entretanto, não é colocado em análise pela equipe de supervisores médicos e coordenadores de programas de saúde, que têm como prática olhar o trabalho em saúde sobre o prisma da racionalidade, isto é, sob o que é inteligível e evidente. Acostumados as intervenções calcadas na dimensão biológica e gerencial, não possuem por hábito interrogar os aspectos subjetivos presentes na sua relação com os trabalhadores e nem as dos trabalhadores com os usuários do serviço.

Um outro aspecto crítico do trabalho de apoio é que ele, na maioria das vezes, está direcionado para determinadas categorias profissionais reforçando a fragmentação e alienação do processo de trabalho. A quantidade de encontros das equipes de apoio com a equipe de Saúde da Família como um todo não é mencionada nos registros dos supervisores e coordenadores de programas de saúde, talvez por que raramente sejam realizados, o que nos leva a pensar na dificuldade do trabalho em equipe.

Em 2006 foram contabilizadas por esta equipe de apoio 06 supervisões de enfermagem, participação em três reuniões de equipe, dois atendimentos de puericultura com a enfermagem e duas supervisões de pediatria na Unidade de Saúde da Família em estudo. As supervisoras de enfermagem e a de pediatria apresentaram os objetivos da supervisão, compilados abaixo, no seminário de avaliação da Saúde da Família realizado em dezembro de 2006. São eles:

- *Estimular a autonomia das equipes*
- *Estimular que as equipes analisem sua prática*
- *Apoiar no processo de reflexão*
- *Realizar trabalho em conjunto*
- *Apoiar as equipes na superação da produção de procedimentos para a produção de cuidados*
- *Facilitar o enfrentamento das dificuldades*
- *Realizar a co-visão*

Os dentistas e a auxiliar de consultório dentário são supervisionados pelo Coordenador de Saúde Bucal e a nutricionista pela Coordenadora da Área Técnica de Vigilância Nutricional.

Os Coordenadores municipais de programas de saúde (Saúde da Mulher, Imunização, Hipertensão Arterial e Diabetes, Assistência Farmacêutica, Tuberculose, Hanseníase e Rastreamento de traço falcêmico, Saúde Bucal, DST/AIDS, Saúde Mental e Vigilância nutricional) dão direcionalidade ao trabalho nas Unidades de Saúde, nas respectivas áreas de atuação, entretanto, dificilmente acompanham o trabalho nas Unidades de Saúde. Esses coordenadores se utilizam, algumas vezes, do horário para a educação em serviço estabelecido pela coordenação de Saúde da Família para discutir protocolos e ações dos programas de saúde. A relação dos Coordenadores com a Coordenação de Saúde da Família não se dá sem conflitos. Esta relação, muitas vezes, é intermediada pela Superintendência de Ações Programáticas, na medida em que todos esses programas estão vinculados a esta Superintendência no organograma da Secretaria Municipal de Saúde ou pelo próprio Secretário Municipal de Saúde.

Todos os Coordenadores de Programas e Diretores de Serviços têm uma reunião mensal, de três horas e meia, com o Secretário de Saúde para discutir os problemas do sistema de saúde. Os gerentes das Unidades de Saúde da Família, que em todas as Unidades é o enfermeiro, não participam dessas reuniões, eles se reportam, geralmente, à Coordenação de Saúde da Família.

O fato de haver duas formas de contratação na Unidade não gera animosidades perceptíveis no serviço. Hoje, somente quatro agentes de saúde, a recepcionista e uma dentista são concursados, portanto, representam uma minoria no serviço. A carga horária e o salário variam conforme o cargo.

O quadro abaixo consolida algumas informações do contrato de trabalho e o tempo de trabalho da equipe de Saúde da Família em estudo.

**Quadro 3:** Informações trabalhistas da equipe de Saúde da Família em estudo, levantado em Janeiro/2006.

Cargo	Vínculo Jurídico	Jornada Semanal/Turno		Remuneração	OBS	Tempo de trabalho na Unidade
Médico	contratado	36h	M/T	5.979,13	Uma vez na semana fazem um turno a noite	2 anos 6 meses
Enfermeiro	contratado	36h	M/T	4.182,48		1 ano 6 meses
Nutricionista	contratado	8h	M/T	1.460,61		1 ano
Dentista	concurado	8h	M/T	2.188,18	Atende gestantes e adultos	2 anos 6 meses
Dentista	concurado	8h	M/T	2.188,18	Atende adultos	3 anos
Dentista	contratado	16h	M/T	4.866,73	Atende crianças	6 meses
Auxiliar. Consultório Dentário	contratado	32h	M/T	556,20		6 meses
Técnico de Enfermagem	contratado	40h	M/T	1.030,59		2 anos



Cargo	Vínculo Jurídico	Jornada Semanal/Turno		Remuneração	OBS	Tempo de trabalho na Unidade
Técnico de Enfermagem	contratado	40h	M/T	1.030,59		2 anos
Agente Comunitário de Saúde	concurado	40h	M/T	483,56	Transferido para atividade burocrática	3anos 6 meses
Agente Comunitário de Saúde	concurado	40h	M/T	483,56		3 anos 6 meses
Agente Comunitário de Saúde	concurado	40h	M/T	483,56		3 anos 5 meses
Agente Comunitário de Saúde	concurado	40h	M/T	483,56		3 anos 5 meses
Agente Comunitário de Saúde	contratado	40 h	M/T	483,56		5 meses
Agente Comunitário de Saúde	contratado	40h	M/T	483,56		Menos de 1 mês
Recepcionista	concurado	40h	M/T	494,19		3 anos e 6 meses
Estagiária Administrativa	contratado	20h	M/T	350,00		
Aux. Serviços Gerais	contratado	40h	M/T	444,04		1 ano 9 meses
Motorista	contratado	40h	M/T	721,69		1 ano meio
Jovens “ Projeto Juventude em Construção”	contratado	20h	M	175,00	Auxiliam nas atividades administrativas internas e externas da Unidade	6 meses
Jovens “Projeto Juventude em Construção”	contratado	20h	T	175,00		6 meses
Jovens “Projeto Juventude em Construção”	contratado	20h	T	175,00		6 meses

Fonte: Setor de Recursos Humanos da Secretaria Municipal de Administração.

Desde a inauguração da Unidade já houve várias mudanças na equipe da Unidade. A primeira médica trabalhou 1 ano e 1 mês na Unidade e pediu demissão, a segunda médica, é a atual e já está na Unidade há, aproximadamente, dois anos e meio. A enfermeira inicial foi demitida por freqüentes faltas ao serviço, depois dela já houve quatro outros. A atual está há um ano e seis meses na Unidade. Houve também uma grande rotatividade de trabalhadores de enfermagem de nível médio; as duas últimas técnicas de enfermagem contratadas vão fazer dois anos na Unidade, em Janeiro de 2007. Também ocorreram mudanças com dois agentes comunitários, um foi transferido para a central de marcação de exames para acompanhar usuários para tratamento no município do Rio de Janeiro, em agosto de 2006, e outro foi deslocado, em dezembro de 2006, para trabalhar como auxiliar administrativo/dispensador na própria Unidade. A coordenação de Saúde da Família já repôs a Unidade com a contratação de dois agentes

comunitários. Também passaram pela Unidade de Saúde duas auxiliares administrativas, ambas transferidas para outras Unidades, uma delas por conflito com a equipe. Houve troca da auxiliar de limpeza e da recepcionista sendo que, as atuais já estão há, aproximadamente, um ano e nove meses e três anos, respectivamente, trabalhando na Unidade. Embora tenham dois dentistas com tempo de trabalho superior a dois anos, a Unidade já teve outros dentistas assim como outras nutricionistas. Os dentistas e a nutricionista trabalham em outras Unidades de Saúde do município. As cargas horárias descritas representam na realidade as horas trabalhadas, nessa Unidade.

Na Coordenação de Saúde da Família também houve trocas do Coordenador e de supervisores, desde a sua re-implantação, em 2001. Os perfis inadequados para o trabalho em Saúde da Família e faltas ao serviço motivaram a maior parte dessas mudanças na equipe local e central, segundo informação da ex Coordenadora de Saúde da Família e atual Superintendente de Ações Programáticas.

Para alguns trabalhadores e para a população essa equipe poderia ser acrescida de outros médicos, como por exemplo: pediatra, ginecologista e até geriatra. O geriatra foi sugerido com a alegação de que na área da Unidade em estudo têm muitos idosos acamados.

*Essa necessidade (de médico geriatra) até eu mesmo sinto porque tem uns idosos, as pessoas idosas precisam de tratamento especiais que eu não estou, vamos dizer assim, capacitada clinicamente para dar essa assistência integral que eles precisam. Eu gostaria que tivesse um geriatra para poder fazer esses acompanhamentos. Tem um geriatra no Centro de referência, mas nem todo idoso pode ir. O idoso está acamado, está em casa.* (depoimento da médica de família)

A angústia de não saber cuidar da população em todo o ciclo da vida põe em cheque o ideário de potência da equipe de Saúde da Família.

*Porque é aquela história, o médico do PSF é o clínico geral que o pessoal falava, que tratava tudo. Mas ele não tem aquela obrigação de saber tudo. Ele tem a noção de tudo. Ele sabe assim diferenciar o que é uma diarreia bacteriana e o que uma diarreia viral. O que que é isso, o que que é aquilo. É tentar abraçar o que dá para fazer, no PSF até para evitar o congestionamento do Hospital e até do Centro de Especialidade. Tem muitos casos de hipertensão e diabetes que a gente não precisa mandar para o especialista, mas tem caso que tem que mandar. Tem aquele paciente que é hipertenso há muito tempo, crônico, que já está com 03, 04 tipos de medicamentos, não está resolvendo, você já chegou com dose máxima do medicamento, então você precisa de um olhar mais acima, mais especializado, então você manda para o especialista. De repente tem tal droga assim, que junto com essa vai melhorar, até porque a tendência é sempre a gente estar indo a Congresso. Essas coisas, a gente está se especializando cada vez mais, vendo as novidades. Você como médico de família, você não vai a Congresso de cardiologia, de endocrinologia ou de pediatria. Você não vai em todos os Congressos você vai na sua especialidade, né, e o resto é o que você teve na faculdade ou o que você lê*

*no dia a dia.* (depoimento de um médico de família que dá plantão no hospital municipal)

A demanda por inclusão de outros médicos soa, então, como falta de confiança na capacidade resolutiva do médico de família. A própria recepção da Unidade orienta as mães que solicitam atendimento pediátrico a procurar esse tipo de atendimento na Emergência.

*Eu ouço mãe dizer assim, eu vou levar meu filho a Dr.<sup>a</sup> ----, ela está capacitada para atender criança? Idoso? É médico da família, mas eu quero levar o meu filho no pediatra. Então, a Senhora vai à Emergência porque tem dois pediatras de plantão. Nem todo mundo que vem ao PSF é tapado assim, não. É ignorante assim, não. Tem muita gente instruída que diz: vou levar meu filho no pediatra.* (depoimento da recepcionista da Unidade de Saúde da Família)

A recepcionista chama atenção que “*nem todo mundo que vem ao PSF é tapado, é ignorante*” o que deu a entender que os “mais esclarecidos” demandam para as especialidades médicas a resolução dos seus problemas de saúde. Essa trabalhadora é uma das que questiona o saber do médico generalista com a seguinte argumentação “*O PSF não tem dentista?; não tem nutricionista?; não tem enfermeira?; não tem obstetra?; porque não pode ter o pediatra?*” E acrescenta que algumas mães preferem o atendimento de puericultura feito pela médica. Ela relata que uma mãe lhe disse: “*minha filha tem 3 meses mas eu não quero puericultura com ----. Ela é enfermeira. Eu quero puericultura com Dr.<sup>a</sup> ----, porque ela é médica.*”

O médico de família também é visto por vezes como uma imposição do sistema de saúde e uma falta de opção do usuário.

*Eu, -----, como mãe, eu quero levar meu filho num pediatra. Se você tivesse um filho você queria levar ele em quem?  
A gente, infelizmente tem que se colocar no lugar de todo mundo. Porque hoje a gente está dentro da Unidade, às vezes, a gente tem o direito de escolher. Às vezes, isso é muito difícil. Mas quem está lá fora, não tem o direito de escolher e tem que fazer o que a gente quer. A consulta marcada para Dr.<sup>a</sup> --- dia tal, tal, tal. Mas, às vezes, ela não queria isso, queria ir para o pediatra.* (depoimento da técnica de enfermagem da Unidade de Saúde da Família)

Alguns usuários questionam o médico de família, “*Eu acho assim que médico de adulto tem que ser de adulto, médico de criança deve ser médico de criança. Pediatra para criança.*” (depoimento da usuária entrevistada na Unidade de Saúde da Família)

Outros usuários acreditam também que precisam ter outros especialistas na Unidade, acham que um único médico é insuficiente.

*Precisa ter mais médicos no Posto. Dr.<sup>a</sup> --- (médica de família) é clínica geral. Deveria ter mais médico. Por exemplo: eu tenho problema de nervos, deveria ter neurologista aqui, aqui não tem. Doutor ---- trabalha lá, para*

*diabéticos e não tem aqui. Tem que procurar lá. (depoimento da usuária entrevistada na Unidade de Saúde da Família)*

*Quando preciso vou ao Centro de Especialidades. Dão-me os encaminhamentos para eu ir para o outro posto. Porque aqui só tem a clínica (Dr.<sup>a</sup> ----), a ginecologista (referindo a enfermeira de família que colhe preventivo e faz pré - natal – nota da pesquisadora) e a dentista. E tem o médico da gestante também. (depoimento da usuária entrevistada na Unidade de Saúde da Família)*

Esses depoimentos demonstram como ainda é enraizado no imaginário social, a onisciência médica e o procedimento em saúde centrado nele. Por outro lado é impossível não reconhecer a legitimidade no discurso dos usuários, excluindo o extremo de ter um neurologista na atenção primária, quando demandam um pediatra. Até que ponto o médico e a enfermeira de família conseguem “suprir” o pediatra e o ginecologista excluídos da atenção primária à saúde, considerando a formação profissional obtida na academia?

#### 5.4 A ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO E AS CONDIÇÕES DE ACESSO

Essa Unidade de Saúde funciona todos os dias da semana nos horários de 08h00min às 12h00min e 13h30min às 16h30min. As terças feiras, além do horário normal de atendimento, a Unidade funciona das 17h00min às 20h00min com atendimento médico e de enfermagem.

A Unidade oferta consultas médicas, de enfermagem, nutrição e odontológicas, atividades educativas em grupo, visita domiciliar, medição de peso, altura, pressão arterial, glicemia, dispensação de medicamentos, vacinação, coleta de material para análises clínicas, e exame de eletrocardiograma.

A organização do sistema de saúde local hierarquizado em atenção primária e secundária parece não ser de domínio da população e nem dos trabalhadores de saúde. Tanto é que no Relatório de Gestão 2006 do Centro de Especialidades foi destacado que somente 10% da população atendida no Centro de Especialidades foi encaminhada pelas Unidades de Saúde da Família.

Alguns usuários demonstram dúvidas sobre o que seja Saúde da Família e acham que a Unidade de Saúde da Família deveria funcionar o tempo todo para atender as famílias.

*Pesquisadora: Vocês sabem que este é um Posto/Unidade de Saúde da Família?*

*Usuária: Mais ou menos. Acho que o Posto da Família tinha que funcionar sábado, domingo e feriado, não? Acho que tinha. Não é da família? Se tiver uma pessoa doente em casa. Agora esse negócio de médico de família não entendo muito bem não.*

Essa Unidade conta com outros serviços de referência para encaminhamento dos usuários quando necessitam de atendimentos especializados, de internação hospitalar ou do serviço de urgência/emergência. Para o acesso a internação e ao serviço de urgência/emergência hospitalar não existe dificuldade, o dimensionamento desses serviços foi superior à demanda esperada, para o atual número de habitantes. Para algumas especialidades ambulatoriais existe uma fila de espera e o agendamento, geralmente, é feito sem avaliação de risco. Além destes, o município conta com os serviços de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária e saúde ambiental.

Trabalha com um sistema de agendamento de consultas e exames. Essa agenda abre no primeiro dia útil da segunda quinzena do mês e fecha ao completar a capacidade de agendamento estipulada, isto é, o agendamento de usuários em cada modalidade de atendimento obedece ao quantitativo definido por cada categoria profissional. O agendamento, na maioria das vezes, se dá pela demanda espontânea.

Há um acúmulo de trabalho na recepção, pois, para o usuário ser atendido pela enfermagem, pelo médico ou pela nutrição ele necessita de um prontuário que fica sob a responsabilidade da recepção em abrir prontuário, quando o usuário nunca esteve na Unidade, ou desarquivá-lo. A recepção também concentra todas as agendas existentes no serviço. Ela agenda consulta para o médico, enfermeira, nutricionista, exames laboratoriais e eletrocardiograma e entrega os resultados de exames. Algumas vezes, auxilia na dispensação de medicamentos. Atende o rádio de comunicação entre as Unidades de Saúde e o telefone instalado nesse espaço de trabalho.

A programação das atividades por categoria profissional está demonstrada nos quadros abaixo:

**Quadro 4:** Agenda da Médica de Família

	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>
<b>Manhã</b>	Consulta Individual (12 usuários diabéticos e/ou hipertensos)	Visita Domiciliar (4 usuários)	Consulta de Clínica médica (12 usuários adultos)	Consulta de Pediatria (12 usuários crianças)	Folga
<b>Tarde</b>	Consulta Individual (12 usuários diabéticos e/ou hipertensos)	Consulta de Pediatria (8 usuários)	Reunião de equipe	Educação permanente	Folga
<b>Noite</b>	-----	Consulta de Clínica médica (8 usuários)	-----	-----	-----

**Quadro 5: Agenda da Enfermeira**

	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>
<b>Manhã</b>	Folga	Coleta de Preventivo (9 usuárias)	Consulta de Pré-natal (10 usuárias)	Consulta de Puericultura (6 usuários)	Coleta de Preventivo (8 usuárias)
<b>Tarde</b>	Folga	Atividades gerenciais	Reunião de equipe	Educação permanente	Visita Domiciliar
<b>Noite</b>	-----	Consultas – resultado de preventivo (10 usuárias)	-----	-----	-----

**Quadro 6: Agenda da Nutricionista**

	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>
<b>Manhã</b>	-----	Consulta (8 usuários)	-----	-----	-----
<b>Tarde</b>	-----	Atividade educativa	----	-----	-----

**Quadro 7: Agenda das Técnicas de Enfermagem**

	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>
<b>Manhã</b>	-Curativos Contaminados 9h30min às 11h -medição pressão arterial	-Pesagem -Vacina -Curativos Contaminados 9h30min às 11h -medição pressão arterial	-Curativos Contaminados 9h30min às 11h -medição pressão arterial	-Pesagem -Vacina -Curativos Contaminados 9h30min às 11h -medição pressão arterial	-Curativos Contaminados 9h30min às 11h -medição pressão arterial
<b>Tarde</b>	-Curativos limpos: 14h às 15h30min -medição pressão arterial -medição pressão arterial	-Pesagem -Vacina -Curativos limpos: 14h às 15h30min -medição pressão arterial	Reunião de equipe	-Pesagem -Vacina -Curativos limpos: 14h às 15h30min -medição pressão arterial	-ECG 10 usuários -Curativos limpos: 14h às 15h30min -medição pressão arterial
<b>Noite</b>	-----	Medição de peso e pressão arterial dos usuários que comparecem para consulta médica	-----	-----	-----

**Quadro 8: Agenda dos Dentistas e Auxiliares de Consultório Dentário**

Turnos	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>
<b>Manhã e Tarde</b>	Dentista: atendimento de gestantes (6 usuários + 4 emergências)	Dentista: atendimento de crianças (6 usuários + 4 emergências)	Dentista: atendimento de adultos (6 usuários + 4 emergências)	Dentista: atendimento de crianças (6 usuários + 4 emergências)	Não há atendimento

O atendimento odontológico não está integrado à Unidade de Saúde da Família. Possui rotinas próprias de agendamentos e atendimentos aos usuários. Não compartilha as informações sobre os atendimentos odontológicos realizados na população da área, pois não registra nada nos prontuários da Unidade e, raramente, participa das reuniões de equipe. Aciona a Unidade somente para medir a pressão do usuário adulto que compareceu para atendimento, pois, em caso de ser detectada pressão alta o usuário é dispensado do atendimento.

**Quadro 9:** Agenda dos Agentes Comunitários de Saúde

Turnos	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>
<b>Manhã e Tarde</b>	-Visita domiciliar -Cadastro de famílias -Busca ativa e captação e acompanhamento de portadores de hipertensão, diabetes, tuberculose, mulheres em idade fértil, gestantes, idosos e crianças de 0-5anos. - Aprazamento de consultas para a demanda captada - Reunião de equipe				

**Quadro 10:** Agenda de Coleta de Exames de Análise Clínica

Quantidade Permitida:

20 – exames de sangue

10 – exames de urina / fezes

03 - gestantes

	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>
<b>Manhã Coleta do material</b>		----	-----	-----	-----

Obs.: No mês de setembro, por exemplo, a quantidade de exames laboratoriais solicitados (88) superou a oferta (80) na própria Unidade.

Cada categoria profissional tem definido o tipo de atividade e clientela por dias de semana. O turno noturno, às terças-feiras, foi pensado para atender a população trabalhadora, entretanto, a Unidade agenda qualquer usuário adulto nesse horário, independente de ser trabalhador. O critério para o agendamento, geralmente, é a disponibilidade de vaga.

A Coordenação da Saúde da Família orienta que a Unidade se disponibilize a atender intercorrências clínicas, isto é, algumas situações agudas, que não estão previstas na agenda da Unidade. A Unidade atende as intercorrências de pronto atendimento caso não tenha atingido o limite de atendimentos estabelecidos no dia. Isto é, dependendo do número de usuários faltosos é que são atendidas as intercorrências.

A recepcionista regula o acesso na porta de entrada, isto é, a recepção é que realiza a triagem da demanda.

A recepcionista é autorizada a definir o destino do usuário, isto é, a inclusão do usuário na agenda no mesmo dia ou em data posterior ou o encaminhamento dele para a Emergência. Entretanto, ela não possui qualificação e competência específica para dar sentido às demandas dos usuários.

Sá (2005:290) relata a “*difícilima tarefa das recepcionistas de dar um primeiro ‘sentido’, um primeiro ‘destino’, uma primeira ‘orientação’ à demanda do usuário em ‘estado bruto’, isto é, antes de ter sido objeto de qualquer ‘leitura’ ou ‘tratamento/interpretação’ pelo estabelecimento de saúde*”.

Para a autora estar na recepção, especialmente em um hospital de emergência, é estar

*cara a cara não só com as dores, com as feridas, com a feiúra e com a sujeira de uma população extremamente maltratada, mas com o desconhecido, com o imprevisível, o imponderável, com o sofrimento ainda sem nome, sem diagnóstico e sem certeza de resposta e, por isso, com toda a brutalidade e violência, sem mediação, que tal situação contém.*

Na Unidade de Saúde em estudo, embora não sofra a pressão da demanda de um grande hospital como o analisado pela autora, verificam-se processos semelhantes aos observados por Sá, especialmente no que se refere a não responsabilização sobre este trabalho, por parte da equipe. Evoca-se o “bom senso” da recepcionista para interpretar a demanda do usuário e definir o encaminhamento frente a situação. Há trabalhadores de saúde que preferem se desobrigar dessa tarefa, como é o caso da médica de família que se mostra aliviada por não ter que se confrontar em dizer “não” ao sofrimento humano presentificado nos pedidos de atendimento médico.

*Eu acho que ela (recepcionista) tem assim um bom senso e critério para poder encaminhar para o hospital, controlar, conversar com o paciente e mandar o paciente voltar e agendar para outro dia. Convencer o paciente que não é uma emergência, que não dá para encaixar, que minha agenda está cheia. Mas tinha uma outra recepcionista que teve aqui, que ela não tinha esse bom senso, não deveria saber trabalhar, ela mandava todo mundo vir para mim. Tinha essa ainda! Eu tinha que conversar com o paciente, convencer o paciente que não era emergência, o paciente não ficava convencido, paciente saía me xingando dizendo que não voltava mais aqui e isso acontecia com muita frequência quando estava essa pessoa na recepção.*(fragmento do depoimento da médica de família)

Sá (2005:287) chama atenção não só para a subjetividade e variabilidade de avaliações e condutas entre as recepcionistas como para a fragilidade das avaliações calcadas no ‘olhar clínico’ que comodamente a equipe lhes atribui.

Ao dar direção à demanda do usuário, a recepcionista ora acolhe e ora recusa o acesso do usuário a Unidade.



Não só os critérios formais, mas também os aspectos intersubjetivos e inconscientes, como, por exemplo, os processos identificatórios, interferem na definição do acesso ao usuário ao cuidado nos serviços de saúde.

Caldas e Tornelli (2000:139) ao focar o processo de identificação experimentado pelos indivíduos assinalam que

*a identificação, para a psicanálise, é o principal mecanismo pelo qual estabelecemos relações com os outros. É através da identificação que percebemos nós mesmos e os outros como indivíduos; é também através da identificação que se torna possível a aproximação ou distanciamento do outro, ou seja, a identificação enquanto mecanismo psíquico central no desenvolvimento das pessoas é a base da solidariedade ou da perseguição. (...) Em sua dimensão mais 'positiva', pode-se dizer que a identificação é a base sobre a qual se estabelecem os vínculos entre as pessoas, portanto o processo de identificação permite e promove a convivência dos grupos sociais.*

Portanto, há que se considerar os aspectos psíquicos na organização do serviço e na relação trabalhadores-usuários para o vínculo, responsabilização e acolhimento da demanda.

Embora exista pouca flexibilidade de encaixes, isto é, marcar consultas ou exames além da cota estipulada, para alguns usuários são dados “jeitinhos”. Entretanto, para a maioria da população da área resta, uma vez estrangulada a capacidade de atendimento na própria Unidade, procurar outros serviços de saúde nas situações em que necessita de respostas mais rápidas para sua demanda.

Ela é orientada pela própria Unidade a procurar a central de marcação de exames laboratoriais e agendar a coleta do exame no Centro de Especialidades quando é preciso rapidez na realização de exames laboratoriais. Nos casos de pronto-atendimento é orientada a procurar a Emergência do hospital e, nos casos de urgência odontológica, a procurar o Centro de Especialidades. Os usuários, já conhecedores desse mecanismo, dizem “*Urgência só no hospital. Eu vou lá, no hospital, me consulto quando estou sentindo dor nas costas, porque na Unidade é só com agenda*”. (depoimento de uma usuária da Unidade de Saúde)

A Unidade de Saúde quando não pode atender o usuário que requer um pronto-atendimento, às vezes, chama a ambulância do hospital para conduzir o usuário para ser atendido lá. A chamada da ambulância depende da avaliação da gravidade do caso e dos meios de locomoção que o usuário possui. O fato da Unidade de Saúde da Família não garantir o acesso à assistência na própria Unidade mas viabilizar um meio de transporte para tal é visto como uma forma de atender a demanda do usuário. Uma usuária entrevistada na Unidade de Saúde que passou por esta situação, relata o fato de

forma compreensiva. Parece que viabilizar a ambulância para levar a criança ao serviço de emergência teve um significado positivo para a responsável da criança, expresso pelo retorno a Unidade tanto para dar continuidade ao cuidado da filha quanto para si própria.

*Sempre quando eu venho cá, às vezes, quando não tem recurso para atender minha filha, ela está com muita febre eles mandam para o hospital, mandam levar lá. Porque aqui não tem Emergência, rapidinho. Mas está bem, eu gosto do Posto.* (depoimento de usuária entrevistada na Unidade de Saúde da Família)

As demandas inesperadas, isto é, os usuários não programados na Unidade de Saúde da Família, são vistos como um problema para a organização do serviço, principalmente, para o médico que se vê como o responsável para atendê-los.

*Os encaixes é um problema para o serviço. A Coordenação da Saúde da Família diz que a gente tem que atender 20 pacientes por meio turno de trabalho. É impossível atender, nem que eu chegue às 8 horas, eu não vou conseguir terminar ao meio-dia se eu tiver que atender 20 pacientes. Vou passar do meio-dia. São 16 consultas + 4 consultas de intercorrências. Mas nunca chegam 04 intercorrências, chegam 05, chegam 06.* (depoimento da médica de família da Unidade estudada)

Dejours (2005:52) relata que a “*descrição do trabalho é bastante diferenciada, conforme se leve em conta o ponto de vista de gerentes ou operadores*”. Então, o que para a Coordenação de Saúde da Família é exequível em termos de quantidade de atendimentos para a Equipe de Saúde da Família é visto ao contrário, daí surgirem adaptações do processo de trabalho, para torná-lo viável.

O autor aponta que “*nenhuma instituição, nenhum serviço pode evitar o grande problema da defasagem entre a organização do trabalho prescrita e a organização do trabalho real, seja qual for o grau de refinamento das prescrições e dos métodos de trabalho*”. É impossível cumprir os objetivos do trabalho respeitando escrupulosamente as prescrições.

Cumprir a determinação da Coordenação da Saúde da Família significaria atender um usuário em 12 minutos. Esse tempo de consulta inviabiliza a apreensão das dimensões psicossociais e culturais do processo saúde-doença-cuidado e reforça a atenção médica aos sintomas e sua medicalização. Portanto, infringir essa norma é zelar pela qualidade do atendimento ao usuário. Dejours (2005:57) defende que “*o zelo é um ingrediente necessário à eficácia de uma organização do trabalho*”.

A Unidade de Saúde transgredir a normatização da quantidade de atendimentos por turno conforme visto no quadro 4, entretanto, busca manter os limites de atendimento internamente definidos e por isso há pouca disponibilidade de atender as

intercorrências e, geralmente, as encaminha para a Emergência do hospital. O que leva a problematizar a possibilidade de aplicação do conceito de zelo. Haveria talvez um zelo em cada consulta individual, mas não um zelo para com a população demandante.

Ainda assim, a quantidade de atendimentos médicos realizados é motivo de angústia para enfermeira. Em sua visão, não lhe cabe solicitar uma redução junto a Coordenação de Saúde da Família, na medida em que os próprios médicos não se queixam disto.

*Eu sempre quis falar na reunião, mas cabe mais ao médico estar falando isso. A consulta médica muitas vezes precisa ser demorada porque tem que examinar, orientar, e às vezes, informar, colher história e examinar, às vezes, eu sinto que 16 (dezesesseis) ou 20 ( vinte) pacientes, não têm como atender naquele período de tempo. Só que, muitas vezes, os médicos não falam isso. ‘Olha, eu quero atender bem, mas não dá tempo de atender todas as intercorrências e as pequenas emergências aqui no PSF, para elas não irem para o Hospital’. Só que eles não falam isso. Eu fico angustiada com isso. Porque eles querem dar conta e até atendem bem, mas não falam isso. Olha, não dá! Tem que ser menos para atender bem, por causa disso, disso, disso. E, gera todos os outros problemas dos pacientes quererem mais médicos. Porque não tem médico suficiente para atender aqui no PSF e eles tem que ir para o Hospital. Todas essas coisas.*

Ainda predomina a divisão do trabalho onde cada um sente-se responsável por fazer apenas aquilo estritamente ligado a sua própria área técnica ou especialidade.

Muitos trabalhadores de Saúde da Família consideram que o papel prioritário da Unidade da Saúde da Família é a promoção da saúde, cabendo ao serviço de emergência do Hospital o atendimento das situações de pronto atendimento.

Essa visão contradiz com a diretriz do Ministério da Saúde no Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde (2006:12) que preconiza o acolhimento integral das necessidades do usuário,

*As equipes de saúde que atuam na Estratégia Saúde da Família devem ser pró-ativas na identificação do processo saúde-doença e no reconhecimento de agravos, que devem ser seguidos ao longo do tempo, mediante o cadastramento e o acompanhamento contínuo e integral dos usuários e sua famílias (as ações programadas), bem como acolher integralmente as necessidades de uma comunidade definida por limites territoriais (as ações de atenção à demanda espontânea) para que desta maneira consiga interferir nos padrões de produção de saúde-doença e, conseqüentemente, se reflita como impacto na melhoria dos indicadores de saúde.*

Extrapolou a capacidade de atendimento definida pela Unidade de Saúde da Família, a Unidade recusa o acesso do usuário. Dependendo do caso, a ambulância é chamada para levar o usuário para emergência hospitalar ou o usuário é orientado a procurar a Unidade em outro dia.

A Unidade de Saúde não contabiliza qualitativamente e nem quantitativamente a demanda reprimida da população de sua área de abrangência. A equipe não registra a informação que uma parte dos usuários procura, mas não entra no serviço e uma parte não procura fazendo a opção de buscar atendimento em outros serviços.

A parte que é atendida no próprio serviço, quando encaminhada para outros serviços de saúde do município, principalmente, o de urgência/emergência é contabilizada pelo Sistema de Informação Atenção Básica (SIAB), porém não é acompanhada pela equipe de Saúde da Família.

Todo usuário atendido na Emergência é orientado a pegar o remédio prescrito na Unidade de Saúde da Família. A Unidade dispensa o medicamento prescrito pelos médicos plantonistas sem nenhum registro no prontuário do usuário. No final de semana e feriados a dispensa de medicamentos é feita por uma Unidade de Saúde da Família localizada no centro da cidade, portanto, essa Unidade dispensa não só medicamentos para a sua população adscrita como também para as populações adscritas de outras Unidades de Saúde. A Unidade de Saúde da Família não possui mecanismos para identificar os usuários de sua área de abrangência que buscaram atendimento na Emergência e obtiveram as medicações prescritas em outras Unidades de Saúde.

A fragmentação do sistema de saúde dificulta o segmento do usuário pela Unidade de Saúde da Família de seu bairro, pois na medida em que o usuário se vê atendido em sua demanda por outros serviços, normalmente, dá por encerrado o seu “problema de saúde”.

Pelo visto a Unidade de Saúde da Família não se constitui como Porta de Entrada para o sistema de saúde na medida em que muitos usuários que chegam ao serviço com demanda para um atendimento de pronto-atendimento não entram e os que entram não são acompanhados no sistema quando são encaminhados para a Emergência ou para outros serviços especializados. A restrição ao acesso se dá, muitas vezes, por problemas de organização do serviço, pelo medo do caos, e não necessariamente pelo excesso de demanda.

*Pesagem todo dia e vacina todo dia, isso para mim não vai dar certo, ou faz uma coisa organizada, dia disso e dia daquilo ou então não faz nada. PSF tem que ter organização. Agora, o dia de fazer vacina é terça e quinta feira, manda uma pessoa vir na segunda feira porque não pode vir nos dias agendados, manda outra... vira bagunça, se não for certo eu saio. No meu serviço eu quero organização. É um dia para isso e outro dia para aquilo. Eu não gosto de excluir uma pessoa e daí outro dia chega uma pessoa eu tenho que fazer.(depoimento da técnica de enfermagem)*

Atender a demanda da população nos dias em que não são planejadas determinadas ações é visto como desorganização do serviço. Do ponto de vista psíquico esta concepção pode representar uma defesa frente à angústia da vivência do caos que ela imagina que o inesperado pode causar.

Azevedo, C. et al. (2002:242) assinalam que

*toda vida em sociedade é geradora de angústias. Do mesmo modo, a organização luta – a rigor, os indivíduos e grupos em uma organização lutam – contra várias angústias. O medo do ‘disforme’, do caos, é uma delas. Toda a organização se apresenta como ‘formação’ e luta contra a ameaça de um caos desorganizador. Assim, o espontâneo, o imprevisto, os movimentos criadores são vividos, em sua maioria, como desordens.*

A organização do serviço por dias de procedimentos não é percebida como entrave para o acesso da população ao serviço. O agrupamento de pessoas ao serviço num determinado dia para um determinado procedimento, entretanto, não desencadeia práticas inovadoras como: consulta em grupo, atividades educativas temáticas na sala de espera e outras atividades de diálogo com a população da área de abrangência.

Quanto às atividades educativas em grupo não estão definidos dias nas agendas, exceto na agenda da nutrição. As atividades são programadas ao final de cada mês, em reunião de equipe. Os trabalhadores em saúde envolvidos na execução desse trabalho cancelam com antecedência o serviço de rotina, no dia da atividade.

As visitas médicas que observei foram indicadas pelos agentes comunitários de saúde, diferentemente, das visitas da enfermeira que, tinha um planejamento com a finalidade de dar seguimento às usuárias atendidas no consultório. Em ambas as situações não houve nenhuma discussão preliminar com a equipe para a escolha dos casos prioritários a serem visitados.

Numa primeira análise do funcionamento da Unidade de Saúde observei que as agendas parecem engessadas por procedimentos, isto é, dia de visita domiciliar, dia de consulta de pré-natal, dia de consulta de pediatria, etc. Essa forma organizativa quase sempre não promove o acolhimento para os usuários não programados e nem se constitui como porta de entrada para os serviços de saúde.

## 5.5. INDICADORES DE PRODUÇÃO

Os dados apresentados abaixo foram retirados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA), do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), Sistema de Informação de Nascido Vivo (SINASC)

e da apresentação feita pela enfermeira da Unidade em estudo no Encontro de Avaliação da Estratégia de Saúde da Família em dezembro/2006.

Detectei que os dados de procedimentos do SIAB não são coincidentes com o do SIA, portanto só utilizei do SIA os dados inexistentes no SIAB, como por exemplo: consultas de nutrição.

De qualquer forma o objetivo da apresentação desses dados é ter uma visão geral do que é produzido e dos indicadores de morbi-mortalidade da Unidade em estudo.

Os dados de produção evidenciam, em 2006, um aumento significativo do número de consultas da médica e da enfermeira e redução de alguns procedimentos de enfermagem, da odontologia e de visitas domiciliares de médico e de enfermeira em comparação a 2005, conforme demonstrado nas tabelas 13 e 14.

Parece que a redução de visitas implicou em um maior número de atendimentos médicos e de enfermagem na própria Unidade.

Em 2005 houve 1,09 consultas médicas/habitante/ano, realizadas pelo médico de família da área de abrangência da Unidade, enquanto que 2006 foram 1,15; não é possível calcular as consultas especializadas e nem as de urgência/emergência por que a Unidade de Saúde não monitora/avalia esse dado. Portanto, não podemos dizer que a população da área foi atendida de acordo com o parâmetro de 2 a 3 consultas habitantes/ano preconizado pela Portaria GM/MS 1101/2002. A população da área tem acesso a outros serviços de saúde como o Centro de Especialidades, Ambulatório de Saúde Mental e a Emergência Hospitalar o que pode aumentar esse indicador de consulta por habitante/ano.

Com relação à consulta de nutrição, o quantitativo produzido está aquém da capacidade de produção. No quadro 6 foi descrito que são programadas 8 consultas de nutrição por semana, o que representaria em torno de 360 consultas/ano.

Em 2006 o SIAB registrou 23 suturas realizadas na Unidade de Saúde. Questionei a Coordenação a veracidade desse dado e obtive a resposta que foi um erro de digitação e que iria providenciar a retificação.

A não administração de medicamentos e a não realização de suturas pode ser um indicativo que a Unidade não atende as urgências, conforme visto na tabela 14.

**Tabela 13:** Total de consultas médicas e média de consultas realizadas na Unidade, em 2005 e 2006.

<b>Consultas Médicas</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>
População residente nas áreas de abrangência	2.977	3.353
População não residente na área	1	3
Média de consultas nas áreas de abrangência	1,09	1,15

Fonte: SIAB

**Tabela 14:** Quantitativo de procedimentos realizados pela Unidade de Saúde no período de Janeiro a Dezembro de 2005 e 2006.

<b>Procedimentos</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>
Atendimento Individual Enfermeiro	626	1.183
Consulta de nutrição★	305	264
Odontologia★	3.536	3.472
Curativos	689	773
Pesagens★	2.843	3042
Injeções	151	88
Retiradas de pontos	22	08
Terapia de Reidratação Oral	05	01
Sutura	0	0
Reuniões	44	48
Administração de medicamentos★	04	0
Pressão arterial e nebulizações★	4.531	4192

Fontes: SIAB

★Setor Faturamento- SIA/SUS- SEMSA

A média de visitas por famílias de acordo com o descrito na tabela 15 está próximo ao que é preconizado pelo Ministério da Saúde, isto é, uma visita por família/mês. O aumento do número de visitas dos agentes comunitários de saúde possibilitou esse resultado.

**Tabela 15:** Total de visitas por categoria profissional e média de visitas realizadas na Unidade de Saúde, em 2005 e 2006.

<b>Visitas Domiciliares</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>
Médico	149	122
Enfermeiro	315	179
Outros Prof. de Nível Superior	1	5
Profissional de Nível Médio	179	236
Agente Comunitário de Saúde (ACS)	7.777	8.630
Total de Visitas	8.421	9.172
Média de visitas por família	0,88	0,94

Fonte: SIAB

Quanto aos indicadores da atenção básica é possível observar alguns abaixo do esperado.

No Programa de Saúde da Criança houve uma ligeira melhora nos indicadores de baixo peso ao nascer, aleitamento materno e vigilância nutricional em comparação a 2005. A Unidade não possui dados fidedignos sobre as internações hospitalares. Em 2006 houve dois óbitos em menor de 1 ano, segundo o Setor de Epidemiologia.

**Tabela 16:** Indicadores de Resultado do Programa Saúde da Criança alcançados em 2005 e 2006, pela Unidade de Saúde.

<b>Indicadores</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>
Nascidos Vivos	39	50
Baixo Peso / Nascer	03= 8%	03 = 6%
Aleitamento materno exclusivo até os 6 meses	42,86%	57,26%
Percentual de Crianças de 0 - 7 anos pesadas mensalmente	51,5%	64,50%

Fonte: Dados apresentados no Seminário de Avaliação das ESF- 2º Semestre/06

A cobertura de preventivos na Unidade de Saúde está dentro da meta proposta pelo Ministério da Saúde, entretanto, em relação a 2005 houve um aumento no percentual de gravidez na adolescência e detectado um câncer de colo uterino e um óbito por mesma causa.



**Tabela 17:** Indicadores de Resultado do Programa de Saúde da Mulher alcançados em 2005 e 2006, pela Unidade de Saúde.

<b>Indicadores</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>
Razão entre exames preventivos do câncer do colo de útero em mulheres de 25a59 anos e a população feminina nesta faixa etária	0,3	0,4
% Citologia Oncótica NIC III	0,0%	1,17
Óbito por câncer de colo uterino	0	1
Proporção de nascidos vivos de mães com 4 ou + consultas de pré-natal	s/dados	90% (Meta 95%)
% Gravidez em mulheres < 20 anos	16,7%	25%

Fontes: Dados apresentados no Seminário de Avaliação das ESF- 2º Semestre/06  
SIAB

A cobertura de vacinas está abaixo dos indicadores preconizados pelo Ministério da Saúde, entretanto, o Centro de Especialidades apresenta um percentual de vacinação acima de 100%, o que pode significar que a população existente é maior do que a estimada pelo IBGE e que essa Unidade está vacinando populações de outras áreas. Como não há registro da origem da população nas Campanhas de Vacinação e nem busca ativa da população vacinada, os dados indicam baixa cobertura vacinal, nessa Unidade.

**Tabela 18:** Percentual de cobertura vacinal em 2006.

<b>Vacina</b>	<b>2006</b>	<b>Meta</b>
Contra Influenza (gripe)	33,7%	70%
Contra Hepatite B	87,5%	95%
Contra Poliomielite	87,5%	95%
Tetravalente	90%	95%
Tríplice Viral	92,5%	95%

Fonte: Dados apresentados no Seminário de Avaliação das ESF- 2º Semestre/06

O número de usuários diabéticos e hipertensos registrados no Sistema de Cadastro e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA)<sup>7</sup> é baixo,

<sup>7</sup> O HIPERDIA é uma ferramenta que permite detectar o número de diabéticos, hipertensos e diabéticos com hipertensão arterial por sexo, faixa etária, por fatores de risco, por medicamentos prescritos entre outros dados. O Ministério da Saúde aponta como vantagens desse sistema que “além do cadastro, o Sistema permite o acompanhamento, a garantia do recebimento dos medicamentos prescritos, ao mesmo tempo em que, a médio prazo, poderá ser definido o perfil epidemiológico desta população, e o conseqüente desencadeamento de estratégias de saúde pública que levarão à modificação do quadro atual, a melhoria da qualidade de vida dessas pessoas e a redução do custo social”. (Portal da Saúde)

embora no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) essa população seja acompanhada (visitada) pelos agentes comunitários conforme demonstrado no SIAB. Tudo indica que problemas de ordem gerencial na Unidade de Saúde da Família e na Coordenação do Programa de Hipertensão e Diabetes seja a causa disso.

Em 2006 a população estimada de hipertensos (35% da população de 40 e mais anos = 299) é menor do que o número de cadastrados no SIAB (368), ocorrendo o inverso com a população de diabéticos, onde são estimadas 94 pessoas (11% da população de 40 e mais anos) e existem 55 cadastrados. De acordo com esses parâmetros do Ministério da Saúde verifico que existem mais hipertensos e menos diabéticos do que o esperado.

Nem todos os hipertensos e diabéticos das áreas de abrangência da Unidade são acompanhados (visitados) pelo agente comunitário de saúde, nem sequer pela equipe de Saúde da Família que não possui nenhum mecanismo de monitoramento desses usuários.

**Tabela 19:** Indicadores de Resultado do Programa de Hipertensão e Diabetes alcançados em 2005 e 2006 pela Unidade de Saúde.

<b>Indicadores</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>
Cadastrados no HIPERDIA	s/dados	40,4%
Hipertensos Cadastrados	331	368
Hipertensos Acompanhados	315	358
Diabéticos Cadastrados	53	55
Diabéticos Acompanhados	52	54

Fontes: Dados apresentados no Seminário de Avaliação das ESF- 2º Semestre/06  
SIAB  
Coordenação do Programa de Hipertensão e Diabetes

Os indicadores de hospitalizações e óbitos do SIAB são menos confiáveis tendo em vista que a Unidade de Saúde alimenta o sistema com os dados que são por ela produzidos ou que são de conhecimento dos agentes comunitários de saúde. Por exemplo: os números de hospitalizações informados no SIAB são menores dos que os computados pelo Sistema de Internação Hospitalar (SIH). A Unidade de Saúde não é informada pelo hospital municipal sobre os usuários que se internam por indicação do plantonista da emergência. Por outro lado, cabe lembrar que os agentes comunitários de

saúde não conseguem atingir a meta de visitas domiciliares estabelecidas. Portanto, há uma subnotificação no SIAB de internações e mortes ocorridas na área.

A quantidade de registros de atendimentos em grupo de educação em saúde no SIAB também não corresponde ao informado no Relatório Mensal que a enfermeira envia para a Coordenação de Saúde da Família. Levantei nos relatórios de janeiro a setembro/06 os dados das reuniões comunitárias e atividades educativas em grupo realizadas pela Unidade de Saúde. No quadro abaixo relaciono as atividades mês a mês, destacando o tipo de atividade, o executor e o número de participantes:

**Quadro 11:** Relação das reuniões comunitárias e atividades educativas realizadas de Janeiro a Setembro/06.

<b>Meses</b>	<b>Reunião com comunidade</b>	<b>Atividade de educação em saúde/ Responsável</b>
Janeiro	17/01 - s/dados	- <b>Palestra sobre DST para adolescentes</b> Palestrante: médico de outra Unidade de Saúde da Família Responsável: ACS  - <b>Grupo de caminhada – 3ª e 5ª feiras</b> Responsáveis: Enfermeira+ACS
Fevereiro	21/02 Discussão sobre o processo saúde-doença – 14 participantes	- <b>Palestra sobre Diabetes</b> Palestrante: médico de outra Unidade de Saúde da Família – 11 participantes Responsável: ACS  - <b>Grupo de caminhada – 3ª e 5ª feiras</b> Responsáveis: ACS+Professor educação física da Secretaria de Esporte e Lazer
Março	Não houve	- <b>Grupo de caminhada – 3ª e 5ª feiras</b> Responsáveis: ACS+Professor educação física da Secretaria de Esporte e Lazer
Abril	Não houve	- <b>Grupo de caminhada – 3ª e 5ª feiras</b> Responsáveis: Enfermeira+ACS  - <b>Festival da pipoca para pesagem de crianças de 0-7anos</b> Responsáveis: ACS (2)
Maio	30/05 - Reunião com Associação de Moradores	- <b>Grupo de caminhada – 3ª e 5ª feiras</b> Responsável: ACS+Professor educação física da Secretaria de Esporte e Lazer  - <b>Curso para gestantes (3 encontros)</b> Responsáveis: Técnicas de Enfermagem (2)  - <b>Grupo de Aleitamento Materno</b> Responsável: Enfermeira

Meses	Reunião com comunidade	Atividade de educação em saúde/ Responsável
Maio (continuação)		<p><b>-Dia das mães</b> – caminhada+café da manhã Responsável: toda equipe</p> <p><b>- Dia do tabagismo: sala de espera (vídeo+ distribuição de folheto)</b> – 12 participantes</p>
Junho	20/06 - Apresentação do seminário do curso técnico em agente comunitário para a comunidade – 23 participantes	<p><b>- Grupo de caminhada – 3ª e 5ª feiras</b> Responsáveis: ACS+Professor educação física da Secretaria de Esporte e Lazer</p> <p><b>- Curso para gestante:</b> tema: Trabalho de parto Palestrante: médica da própria Unidade de Saúde</p> <p><b>- Montagem de stand na Festa Junina da área: distribuição de folhetos educativos e preservativos</b> Responsáveis: ACS (1), motorista, técnicas de enfermagem (2) e a enfermeira</p> <p><b>- Campanha de vacinação infantil</b> Responsáveis: ACS (2), motorista, técnicas de enfermagem (2), enfermeira e a recepcionista</p>
Julho	Não houve	<p><b>-Curso para gestante</b> com palestras sobre <b>Higiene</b> (ACS (2) + Técnicas de enfermagem (2)); <b>Planejamento Familiar</b> (Assistente Social+Enfermeira+Técnica de enfermagem); <b>Importância da vacinação</b> (Técnica de enfermagem (2)) e <b>Exercícios físicos na gestação</b> (Enfermeira de outra Unidade de Saúde da Família + Enfermeira da Unidade+Nutricionista+Técnica de enfermagem)</p>
Agosto	-Reunião com os pais e responsáveis da escola Sementes do Futuro – Responsáveis: Enfermeira +ACS(3) – 50 participantes	<p><b>-Curso de gestante</b> com palestras sobre <b>Doenças da infância</b> com médico externo a Unidade de Saúde; <b>Planejamento Familiar e Sobre a nova família</b> cuja palestrante é ex-conselheira tutelar</p> <p><b>-Grupo de Amamentação</b> com a nutricionista – 4 participantes</p> <p><b>-Campanha de Vacinação Infantil + Orientação sobre saúde bucal</b></p>

Meses	Reunião com comunidade	Atividade de educação em saúde/ Responsável
Agosto (continuação)	- Reunião com várias comunidades e outras Unidades de Saúde da Família para redefinição das áreas de abrangência de três Unidades de Saúde - 25 participantes	
Setembro	Não houve por falta de quorum. Compareceram duas pessoas da comunidade	<p><b>- Palestra sobre Diabetes</b> Palestrante: médico de outra Unidade de Saúde da Família – 09 participantes</p> <p><b>- Palestra sobre Planejamento Familiar: 2 encontros</b> com a clientela do programa de erradicação do trabalho Infantil- atividade externa a Unidade de Saúde – 32 participantes Responsáveis: Enfermeira + ACS(1) + Jovens do Projeto Juventude em Construção(2)</p>

A partir desse quadro é possível observar que as ações educativas coletivas e as reuniões comunitárias têm caráter pontual, descontínuo e são organizadas para grupos específicos (diabéticos, hipertensos, gestantes entre outros).

A escolha da atividade educativa e pauta da reunião comunitária é feita a partir da equipe de acordo com algum problema detectado nos indicadores do serviço. Na reunião de equipe da qual participei foi sugerida pela enfermeira atividade com hipertensos porque já havia transcorrido bastante tempo da última atividade realizada.

A médica da Unidade de Saúde participa pouco das atividades educativas e estas são organizadas sob a responsabilidade de alguns membros da equipe que se dividem por temas para planejar as atividades. Segundo a enfermeira, no início do ano de 2006, os trabalhadores da Unidade exceto dentistas, auxiliar de consultório dentário e nutricionista, definiram em quais atividades educativas coletivas se engajariam para a organização do espaço, da metodologia, dos recursos, enfim, do que é necessário para a realização da ação educativa. Embora a atividade educativa em grupo seja uma atribuição de todos os trabalhadores de saúde, nessa Unidade, na maioria das vezes, é executada, principalmente, pela enfermeira. Trabalhadores de saúde de outras Unidades de Saúde da Família do município e do hospital são convidados para palestrar na

Unidade em estudo. A enfermeira ao falar das atividades educativas observa que “a gente sempre chama outros profissionais de fora para fazer atividade educativa na Unidade. O dr<sup>o</sup>--- porque é diabético, o dr<sup>o</sup> --- porque é pediatra, veio no grupo de gestantes para falar de doenças da infância. A dr<sup>a</sup>—(médica de família) deve ser mais estimulada a fazer, porque eu estou muito atarefada”.

Sob a ótica dos trabalhadores de saúde, a população não valoriza as atividades de promoção da saúde por si mesmas, mas pelos ganhos secundários que podem advir da participação.

*Eu acho que eles são muito interesseiros. Eles trabalham na base do interesse, se você diz, ontem ia ter uma reunião comunitária, se você diz que ia ter uma festa, o posto não ia caber a quantidade de pessoas. Mas como era uma reunião comunitária para estar falando dos interesses deles, como eles gostariam que fosse melhor a consulta, marcação de sangue várias vezes na semana, mas de uma vez na semana, porque só é uma vez na semana, para melhorar o atendimento, dando sugestões, eles não comparecem. Agora se você fizer alguma coisa e diz vai ter bolo, vai ter brinde, vai lotar. (depoimento da técnica de enfermagem)*

*A gente dá exemplo de interesse, porque a gente vê, as mães, quando chega a semana de renda mínima<sup>8</sup>, não precisa dizer que é a semana de renda mínima. A gente vê pelo fluxo. Todo mundo traz o filho para pesar, mas porque só na semana da renda mínima? Porque precisa. As meninas têm que estar preenchendo 100% de pesagem, tem que estar assinando o papel que vai para a assistente social de renda mínima, então vamos levar, tem que pesar as crianças nessa semana. (depoimento da recepcionista)*

A equipe questiona o que oferecer para obter a presença da população. Alguns trabalhadores sugerem ações sob o prisma do benefício concreto, já outros acreditam nas medidas coercitivas. O diálogo entre eles, na entrevista coletiva, exemplifica a situação:

*Enfermeira: A gente tem que pensar o que vamos fazer para as pessoas virem. O que vamos fazer? Fazer um churrasco.*

*Agente Comunitário de Saúde: Oferecer um brinde, porque aí eles viriam.*

*Recepcionista: Faz um jantar. Eu acho que aqui a gente tem um problema sério que é: O povo é politicamente e culturalmente mal acostumado.*

*Enfermeira: A gente tem que tentar mudar isso.*

*Motorista: É um costume cultural, mas o que acontece, nós podemos trabalhar isso e, reverter isso. Agora como? Acho que nós tínhamos que criar alguma coisa para responsabilizar o paciente. Por exemplo: Oh, você não vai vir aqui para tomar vacina, então tudo bem. O termo aqui é esse. Se você não tomar vacina, você vai pagar dessa forma. Eu acho que assim vai começar a mudar, mudar a cara do PSF, a população.*

*Enfermeira: Você diz cortando os direitos, por exemplo, se ele mora numa casa popular, se ele ganha a renda mínima. Você diz em relação a isso.*

*Motorista: Poderia ser.*

<sup>8</sup> Programa Social do Governo Federal em que o pagamento do benefício está atrelado entre outras coisas a pesagem de crianças mensalmente.

A equipe, tendo como premissa que para atrair a população é preciso “oferecer algo”, organiza festival de pipoca com o propósito de aferir o peso e avaliar o cartão de vacinação das crianças de 0-7 anos para captar as crianças faltosas. Em setembro, assisti, em reunião de equipe, a equipe programando outro festival de pipoca, com os mesmos propósitos do evento realizado em Abril/06, em comemoração ao dia das crianças. Essa atividade evidencia que a rotina do serviço não está captando as crianças dessa faixa etária e para captá-las a Unidade está buscando estratégias. Entretanto, essa estratégia não garante a captação dessas crianças faltosas ao serviço, o que leva a questionar se é a melhor estratégia. Para o estreitamento do relacionamento com a comunidade essa atividade possui aspecto positivo, entretanto, tem outros aspectos negativos que são: cancelar os atendimentos da Unidade para outros grupos populacionais e promover uma alimentação não saudável com a distribuição de pipocas e refrigerantes, além de não favorecer melhor conhecimento da população sobre sua saúde, seu corpo e, conseqüentemente a autonomia para cuidar de si. Para enfrentar esse problema com outra estratégia, em agosto, a enfermeira e alguns agentes comunitários de saúde conversaram com os pais das crianças de uma escola infantil da área de abrangência da Unidade. Apesar dessas ações a Unidade pesou somente 64,50% de crianças na faixa etária de 0-7anos. O último festival de pipocas, em outubro/06, atraiu 67 crianças, sendo que 42% dessas crianças estavam fora da faixa etária esperada.

Considerando que as ações educativas podem ser realizadas em muitos contextos, me chamou a atenção não haver registro de articulação da Unidade de Saúde com as igrejas das áreas de abrangência e com os meios de comunicação, principalmente, rádio local.

No mês de maio foram realizadas duas atividades educativas distintas (grupo de gestante e grupo de aleitamento materno) em dias diferentes que, se realizadas em conjunto poderia ter viabilizado uma rica troca de experiências entre as mulheres que estão vivenciando a maternidade nos seus diversos estágios.

Com o quadro acima foi possível visualizar a frequência reduzida com que às atividades educativas coletivas são realizadas. A equipe identifica que as atividades realizadas têm sido insuficientes para mudar a visão da população sobre assistência à saúde tendo em vista que “*eles (população) estão acostumados com o modelo antigo de saúde, o modelo do quero me tratar, quero tomar remédio, só isso*”. (fragmento da fala de uma agente comunitária de saúde na entrevista em grupo).

*Acho que a gente ainda não conseguiu fazer as atividades educativas suficientes, reuniões comunitárias suficientes para mudar a mentalidade das pessoas. Elas não precisam só de consulta. (fragmento da fala da enfermeira na entrevista em grupo)*

As consultas e os procedimentos de enfermagem são predominantes na organização do trabalho.

*O problema do ---- (cita o nome da localidade), da escabiose que está estourando agora, não é de hoje. A gente não consegue sair daqui para fazer o atendimento lá, por causa da quantidade de consultas que é demais. A atividade educativa que a gente tem que fazer e que não consegue fazer. A gente fica na consulta. (fragmento da fala da técnica de enfermagem na entrevista em grupo)*

As atividades educativas parecem centradas essencialmente na transmissão de conhecimentos. A equipe parte do princípio que a população é desinformada, razão pela qual eles precisam ser orientados sobre comportamentos e hábitos para uma vida saudável.

*Você fala e pergunta o que ele entendeu e ele não é capaz de repetir. Como no grupo de adolescentes. Eles não sabiam mais nada do que tinham visto na semana passada. Será que a gente falou, será que eles entenderam alguma coisa. A mesma coisa eu fico preocupada na consulta. Você fala, fala, perde um tempão, perde se ele não sabe o que você explicou. Fico muito preocupada com a gestante que estava freqüentando o curso de gestante. Parece que ela veio uma vez só, no curso, e eu perguntei: você veio em que dia, qual foi o tema. Ela não lembrava nem do tema, imagina se ela ia lembrar de alguma coisa da aula. Então, fiquei muito preocupada. Isso é muito sério. Essa coisa da informação é muito difícil. Às vezes, a gente acha que passou bem a informação, mas será que ele entendeu, a ponto de mudar o hábito dele. De fazer diferente aquilo que ele fazia ou de fazer aquilo que ele não fazia, que a gente sabe, acha que é importante para ele. Mas, às vezes, ele acha que não é importante. (fragmento da fala da enfermeira na entrevista com a equipe)*

A equipe não se questiona sobre a estratégia pedagógica adotada nesses eventos de educação em saúde e nas reuniões comunitárias e esta pode ser uma das prováveis causas da pouca participação popular nessas atividades.

Gomes, M.C.P.A.; Pinheiro, R. (2005:298) assinalam que

*contribuir para a democratização do conhecimento, fazer a saúde ser reconhecida como um direito de cidadania e estimular a organização da comunidade para o efetivo exercício do controle social significam redistribuir os poderes, e isto não parece ser tarefa fácil. O maior desafio dos profissionais da Estratégia da Saúde da Família é concretizar, na prática cotidiana, a superação do monopólio do diagnóstico de necessidades e de se integrar à 'voz do outro', que é mais que a construção de um vínculo/responsabilização. Traduzindo-se em uma efetiva mudança na relação de poder técnico-usuário, evidenciando o ser social, com vida plena e digna como expressão de seu direito. A integralidade da atenção à saúde, em suas ações de promoção, prevenção e assistência poderá, assim, representar um novo modo de 'andar na vida', numa perspectiva que coloca o usuário como sujeito de sua própria história.*



A população pouco comparece às reuniões comunitárias agendadas pela equipe, no entanto, observei que no cotidiano do serviço não se aproveita a presença dos usuários que aguardam o atendimento para estabelecer com eles um diálogo coletivo, isto é, educação em saúde na sala de espera.

Por outro lado, as estratégias de repasse de informação e desenvolvimento das atividades educativas não são problematizadas pelos trabalhadores de saúde, que tendem a depositar na acomodação dos usuários e em seu desinteresse as causas da baixa adesão às atividades educativas e as reuniões comunitárias propostas.

## 6. O PROCESSO DE TRABALHO E A PRODUÇÃO DO CUIDADO

O dia-a-dia da Unidade de Saúde da Família é percebido como burocrático ou como estressante pelos membros da equipe.

*Eu acho um excesso de trabalho, porque envolve muita responsabilidade e a gente, às vezes, tem que dar uma atenção maior. Mas é bom, para quem gosta é bom. (depoimento da enfermeira)*

*O trabalho no PSF é burocraticamente complicado. Muito papel, muito documento, muita coisa para preencher. Em tudo o que a gente trabalha tem que estar pensando em formulário. Isso dificulta bastante, às vezes, o andamento do serviço. Podia ser menos burocrático, mas tem que ser. (recepcionista)*

*Tudo o que a gente faz tem que trabalhar em cima de dados, anotar, porque senão a produção da gente depois, lá no final do ano, não tem aquela produção, não diz o que a gente trabalhou.*

*O papel tem que estar batendo com o que a gente trabalha. Acho muito papel, muita burocracia. Para medir uma pressão hoje tem que pegar o prontuário. É importante, mas só que é muito papel. (depoimento da técnica de enfermagem)*

Peduzzi, M.; Palma, J.J.L. (1996:247) observam que o “tempo gasto com o registro não é um tempo e trabalho desperdiçado, mas instrumento intrínseco ao modelo tecnológico, que engloba as interfaces entre as múltiplas ações” no modelo da prática programática. Tal compreensão, no entanto, parece estar longe do que pensam os trabalhadores entrevistados.

Cada trabalhador de saúde possui atribuições específicas definidas pela Coordenação de Saúde da Família (anexo 10). Entretanto, nem tudo que está prescrito como atribuições das categoriais profissionais é realizado, bem como há atribuições que não estão prescritas e estão incorporadas no processo de trabalho, o que sugere uma autonomia da gerente e equipe para decidir a organização do trabalho.

Assim, com relação às atribuições do médico de família observei, por exemplo, que suas ações estão voltadas prioritariamente para o diagnóstico e tratamento. As intervenções são direcionadas para os indivíduos e, raramente, a família é incluída no projeto terapêutico do paciente. Há pouco envolvimento do médico no processo de programação, planejamento e organização do processo de trabalho, embora esta seja uma de suas atribuições. Na solicitação dos insumos necessários para o adequado funcionamento da Unidade é exigida a assinatura do médico pelo nível central, para que haja uma análise crítica do pedido de reposição de insumos elaborado pelo auxiliar administrativo.

Embora seja preconizada a execução de ações de assistência à mulher, pequenas cirurgias ambulatoriais, entre outras, na prática, as suas ações são restritas a clínica médica e pediatria. Isto é, a médica não realiza atividades de gineco-obstetrícia e cirurgias ambulatoriais, apesar de já ter trabalhado no Centro de Especialidades como ginecologista e dado plantão na obstetrícia do hospital municipal, nos dias de folga da Unidade de Saúde da Família. A médica observa que não tem tempo para esta atribuição, deixando a cargo da enfermeira o atendimento de pré-natal, a coleta de preventivo, diagnóstico e tratamento das doenças sexualmente transmissíveis. Outras situações de saúde ligadas ao aparelho reprodutor feminino são encaminhadas para o ginecologista ou mastologista do Centro de Especialidades.

Não está descrito como sua atribuição, e nem é feito na prática, o acompanhamento do plano terapêutico proposto por médicos especialistas, dos usuários encaminhados para serviços especializados. Apesar do médico de família indicar a internação hospitalar não se sente responsável pelo acompanhamento do usuário.

Os registros do Sistema de Informação de Atenção Ambulatorial (SIAB) revelam um percentual médio anual de encaminhamentos para atendimento especializado, na ordem de 25%. Nos últimos meses, o percentual foi acima de 30%, chegando ao percentual de 38% nos últimos dois meses, o que contradiz a expectativa de resolução de 85% dos problemas de saúde da comunidade.

Alguns profissionais reconhecem que *“tem coisas que a gente pode resolver aqui (na Unidade de Saúde da Família), mas a médica manda para o hospital”*. Para Dejourns (2005:31) *“mesmo quando o trabalhador sabe o que deve fazer, não pode fazê-lo porque o impedem as pressões sociais do trabalho”*, isto é uma fonte, importante e extremamente freqüente, de sofrimento no trabalho.

Já a enfermeira de Saúde da Família é a categoria que possui a maior concentração de atividades administrativas (elaborar relatórios, conferir folhas de ponto, conferir e assinar a solicitação de insumos, entre outras) uma vez que são delegadas as enfermeiras à gerência das Unidades de Saúde da Família. Na descrição das atribuições do enfermeiro observo que as ações de planejamento, gerenciamento, coordenação e avaliação das ações estão mais voltadas para a equipe de enfermagem do que para equipe como um todo. Não lhe é atribuído supervisionar, coordenar e realizar atividades de educação permanente dos agentes comunitários e da equipe de enfermagem. Embora, a enfermeira perceba que *“nem todos sabem o que é PSF e, no seu julgamento “isso atrapalha muito o trabalho”*. Em seu entender, as Coordenações de Programas de

Saúde e da Saúde da Família têm a atribuição de estimular e garantir a educação em serviço, na medida em que não tem tempo para esta atividade. É permitido a enfermeira solicitar exames complementares e prescrever medicações, observadas as disposições legais da profissão. A avaliação de indicadores é uma atribuição restrita à enfermeira. Não é uma rotina sua a avaliação contínua de indicadores quantitativos e qualitativos. Esta ocorre, obrigatoriamente, de seis em seis meses, no Seminário de Avaliação instituído pela Coordenação de Saúde da Família, há três anos. Não percebi preocupação com a qualidade do registro das atividades nos sistemas nacionais de informação. Geralmente, esses dados só são pesquisados para a preparação da apresentação do Seminário.

São atribuições comuns ao médico, à enfermeira e aos agentes comunitários de saúde, o processo de programação e planejamento das ações de saúde. Já a discussão da organização do processo de trabalho é prevista nas atribuições dos técnicos de enfermagem, da recepcionista e do motorista. Entretanto, a enfermeira, a depender do assunto, envolve toda a equipe ou a separa em grupos.

Interessante notar que programação, planejamento, avaliação e organização do processo de trabalho são descritos como momentos distintos.

Além das atividades administrativas, a enfermeira realiza atividades assistenciais e de educação em saúde, reconhecendo que não consegue dar conta de todas as suas atribuições, o que é confirmado por alguns membros da equipe através do comentário: *“A enfermeira não acompanha as coisas que acontecem na Unidade. Está sempre fechada no consultório, atendendo paciente. A gente para falar com ela tem que bater na porta”*.

Pode ser que a sobrecarga vivida pela enfermeira se deva à centralização e à divisão do processo de trabalho.

*Eu tenho uma rotina de visita e os agentes também me sinalizam quem está precisando de visita. Eu tento seguir aquilo. Porque têm as minhas visitas de puerpério, tem a questão da amamentação, tento ir na 1ª semana depois do parto para conseguir resgatar essa coisa da amamentação e segurar. Tento pelo menos fazer uma visita no puerpério para puxar para elas virem até o final do mês do nascimento da criança, para vir na puericultura. E aqui tem muita gestante. Os agentes, geralmente, me passam alguma situação de risco. Essa da escabiose que a gente conversou (gestante desempregada, duas filhas anteriores, residente na casa de um cunhado, foi avisada por ele que é preciso desocupar a casa. O companheiro atual é ajudante de pedreiro, faz alguns biscates. Todos estão com escabiose. A gestante estava construindo um barraco no terreno do cunhado. Só está no tijolo, não tem piso, janela). Pessoas que não querem fazer preventivo, elas já conversaram e tem resistência. Então, eu vou lá para ver se consigo convencer. Então, eu tenho uma lista de pessoas que eu vejo que precisa*

*visitar. Faço a lista. E eles também falam tem fulano para ver, que eles acham importantes, então vamos lá, então. Questão de hipertensão, mas geralmente, gestante, preventivos, diabéticos. Quando eu cheguei aqui procurei visitar todos os acamados porque é uma prioridade já que eles não têm como vir à Unidade. Os acamados, os semi-acamados e esses que têm dificuldades de estarem vindo e não conseguindo se auto cuidar. Aí, eu tento estar mais perto. **Mas não dou conta.** Porque, infelizmente, é um turno só, eu gostaria que fosse pelo menos dois, três. Mas não tem como, nossa agenda tem um turno por semana de visita.*

As técnicas de enfermagem na prática realizam, prioritariamente, atividades que estão voltadas para assistência, como: fazer curativos, nebulização, realizar exames de eletrocardiograma, conservação e aplicação de vacinas, desinfecção e esterilização de materiais, verificação de sinais vitais e medidas antropométricas. Não lhes é atribuída a realização de ações de educação em saúde a grupos específicos e a famílias em situações de risco. Na descrição de suas atribuições o papel da enfermagem é “participar” de atividades de educação em saúde.

Penso que as técnicas de enfermagem possuem conhecimentos técnicos para desenvolver mais ações do que as realizadas.

Embora uma das atribuições do agente comunitário de saúde seja a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à Unidade de Saúde, nem sempre esta ocorre. Os agentes realizam visitas domiciliares e registram em formulário, criado por eles próprios, os resumos das visitas, ao invés de escreverem em prontuários, portanto, a informação nem sempre é compartilhada com a equipe. Com a justificativa de dificuldade de transporte (carro, para deslocamento para áreas mais distantes) não conseguem cumprir a meta de uma visita família/mês, portanto, o cadastramento das famílias raramente é atualizado mensalmente.

Os agentes chamam a atenção da equipe para os indivíduos e famílias expostas à situação de riscos, entretanto, muitas vezes se deparam com a impotência em “modificar” a situação, o que também é fonte de sofrimento no trabalho. Dificilmente, realizam busca ativa ou captação de faltosos, pois a equipe não possui cadastros domiciliares com classificação de risco familiar e individual. Poucos são os usuários que possuem uma atenção diferenciada da Unidade em função da avaliação dos riscos biológico, subjetivo e social aos quais estão submetidos.

Pelo descrito nas atribuições da recepcionista, somente o auxiliar administrativo está autorizado a substituí-la e vice versa. Entretanto, no cotidiano, outras categorias assumem o papel da recepcionista com a única restrição de não dispensar medicamentos. Na medida em que, em suas atribuições, é delegada à recepção (vide

anexo 10) a “*priorização de atendimentos aos idosos, recém-nascidos, gestantes, hipertensos, diabéticos, crianças baixo peso, tuberculosos, pacientes psiquiátricos, hansenícos, emergências e urgências, entre outros grupos de riscos*”, a recepcionista acaba por fazer a triagem da população que demanda por atendimento. Quando possui dúvidas sobre o encaminhamento a ser dado, costuma consultar a médica ou a enfermeira. O universo da clientela a ser priorizada é tão grande que chega a ser irônico estabelecer prioridades, na verdade, significa que não há priorização.

As ações de vigilância epidemiológicas são divididas entre aqueles que notificam e os que fazem à vigilância. Os agentes comunitários de saúde, recepcionista e auxiliares administrativos têm como atribuição a notificação de casos suspeitos ou confirmados de agravos à saúde enquanto que é da responsabilidade da técnica de enfermagem, enfermeira e médico as ações de vigilância epidemiológica. Na realidade quem notifica é o médico e a enfermeira. A Divisão de Vigilância Epidemiológica e a Divisão de Vigilância Sanitária e Saúde Ambiental são acionadas pela equipe para desencadear as ações necessárias frente ao agravo notificado.

A atribuição do agente de serviços gerais restringe-se a tudo que refira a limpeza da Unidade. Não faz parte de suas atribuições participar da programação e planejamento das ações da Unidade, reuniões de equipe e nenhuma atividade relacionada ao usuário. Entretanto, a trabalhadora dessa área participa das reuniões de equipe quando convocada pela enfermeira e auxilia na recepção na ausência da recepcionista. O mesmo ocorre com o motorista, que tem como atribuição precípua dirigir e manter a viatura em condições adequadas de uso.

São atribuições comuns a maior parte dos membros da equipe: programar, participar e realizar as atividades, principalmente, de educação em saúde; buscar recursos na comunidade que possam viabilizar as ações coletivas de educação em saúde, realizar visitas domiciliares (exceto, a auxiliar de serviços gerais, a recepcionista e o auxiliar administrativo) e atender ao usuário conforme competência específica. A escuta qualificada das necessidades dos usuários em todas as ações não está implícita como uma atribuição de todas as categorias profissionais, entretanto, é primordial para proporcionar acolhimento, um atendimento humanizado e o estabelecimento do vínculo com o usuário e responsabilização pelo cuidado integral.

Foi possível perceber a distinção entre as categorias de nível superior e as categorias de nível médio ou técnico. Ainda, os profissionais de nível médio são

considerados como apoio para a concretização dos procedimentos médicos e de enfermagem.

Ações clínicas (assistenciais), epidemiológicas e sócio-ambientais estão claramente previstas nas atribuições de diversas categorias, entretanto, há um predomínio das ações assistenciais (consultas médicas, de enfermagem, curativos, vacinas, etc.). Observei também a preocupação com a dimensão relacional e intersubjetiva, porém com menor peso, considerando o rol das atribuições de cada categoria profissional.

Os trabalhadores de saúde da Unidade consideram que o usuário se nega a entender o que seja a Saúde da Família, entretanto, não investigam o porquê do usuário estar “acostumado” ao modelo assistencial tradicional.

*Eu acho que tem paciente que não quer entender o que é o PSF porque não quer entender mesmo. Porque não é falta de explicar, falar, orientar, de falar como funciona, como é. A gente estava fazendo um curso de agente de saúde. O agente comunitário de saúde tinha que apresentar um seminário para a comunidade. Veio uma porçãozinha. A gente explicou, mas eles pegam? Tem gente que não pega porque já está acostumado com aquele outro tipo de atendimento. Ainda não se acostumou, é, a funcionar, como é que eu vou falar. A entrar, o hábito do PSF, como ele funciona. (depoimento de uma agente comunitária de saúde)*

Na raiz dessas concepções parece haver dificuldades de identificação dos profissionais com a população. Não conseguem se ver no lugar do outro e não reconhecem que eles próprios/cada um de nós, quando buscamos um serviço de saúde, queremos ser atendidos o mais rapidamente possível.

*O PSF funciona direitinho. Só que a população tem, não sei se é o mau hábito ou o mau costume de querer ser atendido na hora. Eles ainda não pegaram aquela filosofia de PSF, que a gente vai agendar as consultas e que o PSF não é para tratar emergência. Então, elas acham que no PSF chegou tem que ser atendido. A gente orienta. Quando é um caso de emergência que está no PSF à gente tenta atender dentro da possibilidade e quando a gente vê que não é possível de ser atendido no PSF, a gente encaminha para a Emergência. (depoimento do médico de família)*

É importante destacar que a concepção de tempo de espera para os usuários é uma e para os trabalhadores de saúde é outra.

*Se eu digo para o paciente que ele vai esperar 15 dias para fazer o exame, ele diz: nossa, até lá, eu já morri. Agora, ele está fazendo rotina. Para mim é difícil atender uma urgência que não está escrito urgente. E para ele, de esperar 15 dias porque ele não quer esperar 15 dias. Mas o PSF trabalha com o tempo. As pessoas têm urgência para tudo. Tudo deles é para ontem. PSF não é para ontem. (depoimento da recepcionista)*

O trabalhador de saúde considera que é possível esperar por atendimento agendado, talvez porque esteja vendo a situação problema pela ótica da organização do serviço e não da demanda do usuário.

*Vim na Emergência porque a consulta no posto é marcada para daqui a 15 dias, 20 dias talvez, eu não sei bem. E aqui se atende, meia hora, quarenta minutos, consegue ser atendido. Se eu chegasse no posto, que é perto da minha casa, ele fosse atendido lá agora, eu preferia lá, sem dúvida. Porque eu moro longe da Emergência. Mas fazer o que? Qual a Emergência, lá? Não tem como ser atendido na hora. (depoimento da responsável de uma criança aguardava atendimento na Emergência)*

*É mês a mês que o Posto marca para gente. Às vezes, até passa um pouquinho de um mês. Aí, eu acho que é uma data muito longa que, se a gente tiver que morrer, morre. (depoimento de um usuário aguardando atendimento na Emergência)*

*Eu informo o paciente que ele tem que fazer curativo na Unidade de Saúde perto da casa dele e não aqui na Emergência. Daqui a pouco, o paciente está de volta na Emergência. Ele fala: ‘ não gostei do curativo, não gostei de como eles me atendem, demoram muito.’ Eles falam sempre isso. Eu digo que eles são impacientes. Curativo é uma sala que não tem ninguém passando mal. A pessoa tem que esperar. Mas eles não têm essa paciência. Infelizmente, a população é isso aí, não tem paciência de esperar. O diálogo também tem muito a ver do paciente procurar aqui para fazer o curativo. A gente não pode ficar de cara feia ou trazer o problema de casa para dentro do serviço. Muitas vezes, os profissionais das Unidades não param nem para perguntar: Como aconteceu isso fulano? Como o senhor está? O senhor está sentindo alguma dor? Como é que é? Isso também valoriza muito o paciente. Pode ser isso também. A pessoa não ter esse diálogo. Tem pessoas que só quer fazer o trabalho, despachou e pronto. Eu penso que a pessoa tem que ter um pouco mais de carinho, paciência com o paciente.(depoimento da auxiliar de enfermagem da sala de curativo do hospital)*

Os depoimentos acima são emblemáticos das contradições e desafios da Estratégia de Saúde da Família. Por um lado é possível destacar uma dificuldade dos trabalhadores de Saúde da Família em acolher o sofrimento dos usuários e uma visão dicotômica entre promoção e assistência. Por outro lado, traduzem também a contradição entre os “tempos lentos” necessários à promoção e à assistência integral à saúde e os “tempos rápidos” ou o “domínio da urgência” como modalidade predominante de subjetivação e sociabilidade na sociedade contemporânea (Lèvy, 2001b; Santos,1999; Azevedo,2005).

Alguns trabalhadores de saúde demonstram dificuldade em analisar a produção do trabalho realizado na Unidade atribuindo aos outros serviços de saúde as dificuldades enfrentadas no cotidiano.

*Nós encaminhamos os usuários para atendimento especializado com o formulário de referência e contra-referência, mas poucos profissionais devolvem o formulário preenchido. (médica de família)*



*O problema não é daqui. É de quem colhe. Não adianta marcar mais de 20 exames que eles não colhem. (repcionista)*

Outras vezes, depositam nos usuários a culpa pelas falhas do sistema. O usuário é atendido na Unidade por ordem de chegada embora exista um agendamento por horário que não é respeitado pelo serviço. A recepcionista explica que “o problema é dos usuários que não obedecem ao horário e chegam mais cedo”.

### 6.1. A RECEPÇÃO COMO PORTA DE ENTRADA

A trajetória do usuário dentro do serviço começa pela recepção.

A recepção é significada pela recepcionista como um “para-raios” por que está aberta ao contato com o público e dá destino a demanda do usuário. Muitas vezes, o usuário chega à recepção com uma postura agressiva, devido à frustração de já ter passado por vários serviços sem resolutividade para sua demanda.

*O paciente chega aqui desgastado, porque a pessoa não se deu o trabalho de falar: isso funciona assim. Ele nem precisa ter vindo aqui. Se ele tivesse sido informado..... A gente pega muito isso todo o dia na recepção. (fragmento da fala de um agente comunitário de saúde na entrevista em grupo)*

*Só quem está na recepção que sabe o que a população descarrega em quem fica ali. Porque tem muita gente que vai embora, fica encaixando e bota não bota. Entra lá, ah já está lá meia hora. A gente só que sabe. (fragmento da fala de uma das técnicas de enfermagem na entrevista em grupo)*

*O paciente já chega aqui estressado, eu mando ele de volta para lá ele já fala grosso comigo. Fulano me mandou para cá, vocês me mandam para lá, quando, às vezes, ele pode resolver lá mesmo. (fragmento da fala recepcionista na entrevista em grupo)*

A recepção é um lugar ocupado por muitos trabalhadores, pelo visto é o único que todos compartilham: agentes comunitários de saúde, jovens do projeto juventude em construção, estagiária administrativa, auxiliar de limpeza, técnica de enfermagem entre outros. Qualquer profissional substitui a recepcionista na sua ausência, exceto a médica e, raramente, a enfermeira.

Embora a recepção seja o lugar das “descargas emocionais” dos usuários, é um lugar ocupado por vários trabalhadores de saúde na ausência da recepcionista, o que me leva a pensar que esses trabalhadores, para manter o equilíbrio psíquico, adotam o rodízio como estratégia defensiva coletiva (Dejours) para lidar com o sofrimento de estar neste lugar. Apesar de ser um lugar “ocupado” fisicamente por muitos, é difícil de ser ocupado no sentido de assumir a responsabilidade pelo cuidado do usuário.

## 6.2. O SISTEMA DE AGENDAMENTO E O ATENDIMENTO DAS CONDIÇÕES AGUDAS E CRÔNICAS

A Unidade de Saúde em estudo trabalha, prioritariamente, com sistema de agendamento. Por isso, a recepção é que define o acesso do usuário que procura o serviço nas condições agudas ou crônicas não agendadas.

A população, já conhecedora desse sistema de agendamento, relata que quando tem um problema de saúde que “não pode esperar pelo agendamento” costuma procurar, geralmente, o hospital. “*Aqui no posto nós só vem quando estamos marcados*”. (depoimento da usuária entrevistada na Unidade de Saúde da Família).

A oferta de serviços é programada por dia da semana o que restringe o acesso dos usuários tanto às consultas quanto aos exames e outros procedimentos de enfermagem.

Os procedimentos, por exemplo, coleta de preventivo, imunização, pesagem de crianças, eletrocardiograma, só são realizados nos dias definidos para tais atividades conforme visto no fluxograma descritor (anexo11), exceto, em raríssimas situações.

Entretanto, não há agendamento para entrega de resultados dos exames realizados e nem agendamento de consultas de retorno, exceto nos casos de hipertensão e nos preventivos. Não é rotina do serviço os agentes comunitários de saúde avisarem sobre a chegada dos exames na Unidade, exceto os preventivos e teste de HIV. Segundo a recepcionista, o tempo para a entrega dos resultados pode variar de uma semana a dois meses, conforme o tipo de exame: “*exames de laboratório comuns demoram uma semana, os especiais, feitos por um prestador terceirizado, demoram quinze dias, o eletrocardiograma vinte dias, o preventivo um mês e meio a dois meses, é sorte... e os resultados de ultrassom, Rx e ecocardiograma são entregues pela Central de Marcação de Exames*”.

O usuário muitas vezes é obrigado a ir à Unidade várias vezes para obtenção de uma resposta para sua demanda por conta dos problemas de organização das rotinas da Unidade de Saúde. Uma senhora queixa-se que era a quarta vez que estava indo a Unidade para pegar o resultado de seu HIV. Na primeira vez, não tinha levado o cartão de aprazamento de consultas em que consta o número do seu prontuário e, como o prontuário não foi localizado para transcrição do resultado, não foi lhe entregue o exame. Nas outras vezes não localizavam onde foi guardado o exame. Uma outra senhora teve que ir duas vezes à Unidade para conseguir agendamento com a nutricionista por que a agenda não estava disponível para marcação. Quando não existe

horário disponível na agenda para atendimento no próprio mês, o usuário é orientado a retornar a Unidade de Saúde na segunda quinzena do mês em vigor, para marcar para o mês seguinte. A organização do processo de trabalho é pouco flexível, o que provoca limites ou barreiras ao acesso ao serviço, pois, o cotidiano da Unidade dificilmente é alterado para o atendimento dos usuários em situações que fujam das normas e rotinas do trabalho. A situação acima é um exemplo das dificuldades que se imputam ao usuário em nome da organização do trabalho.

A agenda é organizada por demanda espontânea do usuário. A Unidade de Saúde não programa o atendimento da população da área de abrangência, ela coloca à disposição da população a agenda. Isto é, por exemplo, ela oferta preventivos, mas não identifica as mulheres que deveriam se submeter a esse procedimento no ano. O mesmo ocorre com hipertensos. A Unidade define que o “hipertenso leve” deve comparecer ao médico de família de três em três meses e pegar o remédio mensalmente durante três meses com a mesma receita, somente é agendado o retorno desse usuário com o médico, na terceira vez que comparece a Unidade, para pegar a medicação. No intervalo entre uma consulta médica e outra, o usuário comparece a Unidade para pegar o medicamento, mas não é auferida sua pressão a não ser que peça. Nesse ínterim o contato do usuário é unicamente com a recepção e com o agente comunitário de saúde quando recebe visita em sua casa.

Já descrevi que nem sempre é viabilizado o atendimento em situações agudas e o exemplo a seguir exemplifica a dificuldade de acesso à Unidade de Saúde.

Uma mãe chegou a Unidade dizendo que a filha estava com febre e com crise de bronquite. Solicitou uma consulta médica. A recepcionista disse que não sabia se seria possível porque já havia 11 pacientes para “a doutora”. A recepcionista foi falar com a médica e esta pediu para a recepcionista ver o prontuário da criança. A recepcionista observou que a última anotação de atendimento médico registrada no prontuário estava datada em 2005 e com esta informação fez o encaminhamento que achava devido sem consultar novamente a médica ou a enfermeira da Unidade. A recepcionista pediu para a mãe retornar no dia seguinte à tarde ou procurar o hospital. A mãe retrucou que no dia seguinte, no turno da tarde a criança faltaria a mais um dia de aula. A recepcionista disse: *“se a senhora achar melhor procure o hospital”*. E, acrescentou *“se a senhora ficar contente com o atendimento do hospital a senhora não precisa vir aqui, caso contrário a senhora pode vir amanhã”*.

Essa fala da recepcionista também expressa as dificuldades da equipe de responsabilização e vínculo com os usuários no cotidiano do trabalho.

Santos (2006:105) chama atenção para importância da confiança das pessoas nos serviços primários de saúde e nos profissionais.

*O fato das pessoas terem segurança de que terão acesso ao serviço quando necessitarem diminui a ansiedade e pode tornar a busca pelo serviço de forma mais adequada. A avaliação de uma criança com febre pela equipe que já conhece a mãe e sua criança pode ser muito mais precisa do que a avaliação feita logo no início do episódio febril em um serviço de pronto-atendimento. Contudo, para isso é necessário que a mãe tenha autonomia e segurança para aguardar até o horário de funcionamento da Unidade de Saúde, e esta autonomia e segurança somente podem ser desenvolvidas ao longo das interações que a mãe (ou as mães de várias comunidades) experimentar (em) com os profissionais e os serviços.*

Embora o último registro no prontuário da criança citada acima tenha sido em 2005, essa Unidade tem mais informações do que o médico da emergência hospitalar. Para a equipe essa demanda de pronto-atendimento traduz, no entanto, falta de conhecimento da população sobre o trabalho de Saúde da Família. Entretanto, a dificuldade de atender os casos agudos pode estar relacionada ao medo do inesperado.

É possível observar no discurso da equipe uma dicotomia entre ações curativas e de promoção/prevenção.

*O modelo do PSF é o modelo que trabalha com a prevenção e promoção e eles (a comunidade) ainda não entenderam isso. Eles acham que o médico é para ser procurado quando eles estão doentes, e não quando está com saúde para poder fazer um acompanhamento, para receber orientações, para tomar determinados medicamentos quando precisa para poder permanecer com saúde. (médica)*

*A gente tem muita dificuldade do paciente entender o que é PSF. Ele ainda não entendeu o que é PSF. Porque todo o dia a gente pega criança queimando em febre, gente ligando para cá dizendo que está passando mal em casa. Gente ligando para as meninas ver a pressão arterial. Gente, emergência não é PSF. PSF é consulta para justamente o paciente não adoecer, para ele ser acompanhado, isso é o que entendo de PSF. Mas a criança só vem quando ela está queimando de dor, está muito ruim, aí vem para o PSF. (recepcionista).*

*O PSF, a filosofia do PSF é a gente prevenir a doença, não é tratar a doença... Então quer dizer. Aqueles pacientes que já estão doentes você até tenta controlar essa doença: a hipertensão, a diabetes, né, mas aqueles que já estão que são muitos, que é a grande maioria, você tem que ter pelo menos orientação do especialista. Você vai tratar dentro de sua possibilidade. (depoimento de um médico de família que dá plantão no hospital municipal)*

Este discurso dos trabalhadores acaba por desimplicá-los da responsabilidade pelo cuidado dos usuários, quando estes são acometidos por problemas agudos de saúde.

### 6.3. OS DESAFIOS DO VÍNCULO

A população da área de abrangência da Unidade é caracterizada pelos trabalhadores da Unidade como “*carente*”, “*pobre*”, “*interesseira*”, “*acomodada com a saúde*”, “*sem informação*” e “*desinteressada*”. O usuário também é considerado “*desobediente*” e “*teimoso*” por não fazer o que é prescrito, como não tomar de forma correta os medicamentos. “*Eles (usuários) não querem se cuidar, não querem tomar banho, não querem se auto cuidar. Querem médicos e remédio*” (fragmento da fala da enfermeira na entrevista em grupo). Outras vezes é considerado “*ignorante*” “*por não querer entender o que é PSF*”, ou ainda “*difícil*” por não querer se tratar na Unidade de Saúde, exigindo dos trabalhadores um esforço contínuo para construir o vínculo do usuário com a Unidade de Saúde.

*É, tem que convencer. Tem aquela história que a Unidade até ganhou o concurso da ação exitosa. A paciente nunca veio aqui à Unidade. Ela mora aqui pertinho e nunca veio. E dizia que não vinha. Aí, de tanto a gente insistir. Não é só o agente de saúde insistir, o médico, a enfermeira na visita, insistir. Aí, ela veio, fez o preventivo dela, aí deu um probleminha, a partir daí passou a usar mais a Unidade, com mais frequência. Agora, ela vem, uma beleza. Tudo é insistir. Tem três anos de funcionamento dessa Unidade e agora que ela passou a usar a Unidade. (fragmento da fala de uma agente comunitária de saúde)*

As questões subjetivas do usuário não parecem ser suficientemente consideradas pela equipe, como as motivações que levam os usuários a buscar ou não o serviço. Quando se referem a estas questões o fazem muitas vezes de modo pejorativo. Para a médica de família “*O pessoal tem mania de correr médico. Toma remédio de um e de outro*”. Perguntei por que a população procura outros médicos. Ela respondeu: “*Tradição, por que tem fama*”.

Sá (2005:82) considera que “*a impossibilidade do sujeito reconhecer no outro algo de si e vice-versa, contribuiria, acredito, para as dificuldades de estabelecimentos de vínculos solidários*”.

Os trabalhadores de saúde, inclusive os que moram nas localidades de abrangência da Unidade, não se identificam com a comunidade, exceto quando, alguns, se colocam na condição de usuário do sistema e pleiteiam a inclusão do médico pediatra na composição da equipe de Saúde da Família.

Parece que esses adjetivos atribuídos expressam a dificuldade de estabelecimento de vínculos positivos entre trabalhadores e usuários.

A população em si é massificadamente reconhecida como um “*problema*” na dinâmica do trabalho por que não atende a demanda da equipe conforme esperado por

ela (equipe). A equipe possui dificuldades em realizar as ações coletivas de promoção à saúde e prevenção de doenças na medida em que a população pouco se faz presente quando convocada para estas ações.

A preocupação com o vínculo do usuário ao serviço de Saúde da Família atravessou as falas dos plantonistas do hospital e usuários evidenciando a fragilidade ou a inexistência dele.

*Tem um colega (médico de família) que é pediatra, eu percebo que a comunidade dele gosta muito dele, ele faz um trabalho legal ali, mas isso é muito particular de pediatra que trabalha em PSF. O pediatra é muito mais detalhista, com essas coisas. O clínico tenta ser objetivo, mas passa muita coisa. O pediatra, já é mais atento, então, esse vínculo na comunidade desse colega existe. E as mães sempre falam dele. O Drº realmente falou isso, ele passou isso assim... Tem aquela coisa de puericultura com a criança, interação com a mãe. O pessoal criou o vínculo. Ele é o único colega que ouço o pessoal mais falar. Tem esse vínculo ali, ele é pediatra também, ele cultivou isso com a comunidade. Mas a maioria, a gente não ouviu falar. Elas também não falam. Falam, ah o médico, a médica da Unidade. Não tem aquela interação. (depoimento de uma plantonista)*

Os plantonistas consideram que os usuários, por não terem vínculo com a Unidade de Saúde da Família e confiança no médico de família, principalmente, no atendimento a crianças, procuram o atendimento da Emergência. A equipe de Saúde da Família, por sua vez, diz que o usuário está acostumado a procurar serviços antes freqüentados. Já os usuários destacaram o “apego” (conforme fala de uma usuária) ao plantonista como uma das razões pela busca de atendimento na Emergência.

Interpretei o apego como a expressão da manifestação do vínculo do usuário com um trabalhador de saúde.

*Ela nasceu com a drª-----. Ela estava de plantão. Ela é tão boa. Ela atende as pessoas com... Eu me apeguei. A gente se apega aquele médico que trata bem a gente, o filho da gente. A gente passa a se apegar e todo o remédio que passa/indica dá certinho. (depoimento de uma mãe que estava na Emergência para atendimento pediátrico porque o filho estava com nariz entupido e com dificuldade para respirar e dormir)*

Uma vez instalada essa relação de “apego” com um trabalhador médico que não o médico de família é difícil atrair esse usuário para a Unidade de Saúde da Família, conforme relato da agente comunitário de saúde: “*Tem paciente que se apega a um médico e só quer ir naquele médico. Você fala, fala, fala para vir a médica da Unidade e não adianta. A gente fala implorando. Nem assim.*”

Esse apego endereçado a um médico é uma resposta à qualidade do cuidado recebido pelo usuário, e pode se verificar no próprio serviço de emergência, no relato de um dos médicos plantonistas:

*Não é o certo. Mas eu já recebi alguns doentes. Isso aí, é uma coisa pessoal, que eu senti que precisava de uma atenção x, e que eles não estavam encontrando e que, às vezes, eu mandava voltar. Mas não é o correto. Aqui não é o setor para isso. Aqui é Emergência. Não é ambulatório. O que acontece muito das vezes, as mães dizendo que tem dificuldade para marcar ou às vezes até uma questão pessoal mesmo. Coisa não evoluiu, não deu certo, não sei, e às vezes acaba que a mãe se identifica com a gente e a gente no fundo fica com pena de ver a situação da criança e quer ajudar. Mas isso não é o certo. Lá uma vez ou outra, um casinho especial, às vezes, eu mandava voltar ... Eu pelo menos, tenho o coração mole para essas coisas. Eu penso, o que me custa explicar, dar uma mão, uma orientação, passar um remedinho. Volto para mim. (depoimento de um médico plantonista)*

Artmann e Rivera (2006:207-208) observam que a possibilidade de vínculo está em relação direta com o acolhimento produzido na Unidade. Apesar da Unidade de Saúde da Família ser um serviço que possibilite um maior vínculo com o usuário, o vínculo não é exclusivo a atenção primária.

*O conceito de vínculo, caracterizado em sua dimensão coletiva, contém o acolhimento como potencial, quando articulado à idéia de uma população adscrita ou vinculada a uma determinada equipe profissional, com um sentido de território. Essa possibilidade de um território populacional estar ligado organicamente a uma equipe contribui para um sentido de permanência, de constância, de regularidade e de confiança que fortalece a noção de vínculo intersubjetivo, a qual abrange a idéia de acolhimento. É importante salientar aqui a idéia de uma relação intersubjetiva sedimentada na confiança, para além da idéia de território.(...) Acreditamos que a possibilidade de um vínculo positivo é processual e depende da natureza do acolhimento.*

Os afetos, os processos identificatórios e os aspectos transferenciais e contra-transferenciais que podem estar presentes nas relações interpessoais entre usuários e trabalhadores de saúde podem interferir no vínculo, e conseqüentemente na produção do cuidado. O usuário pode evitar a comparecer ao serviço de saúde. A agente comunitária de saúde me relata: *tenho uma paciente com duas crianças pequenas, ela não vem. Ela diz que não gosta da Dr.<sup>a</sup> -----(médica de família) e não há nada que convença a vir.* Outro caso é citado pela médica de família que buscou com o diálogo construir o vínculo com a usuária:

*Esse negócio de não gostar do médico, estou falando do meu caso, é uma coisa mesmo... Sei lá, de não ir mesmo com a fachada. Eu na semana passada atendi uma senhora aqui, senhora hipertensa. Já estou aqui na Unidade de Matias há dois anos. Essa paciente tinha registrado no prontuário dela duas consultas, é uma paciente hipertensa, uma senhora de 60 e poucos anos. A primeira consulta no tempo de Dr.<sup>a</sup> ----, a segunda*

*consulta em janeiro quando eu estava de férias, foi Dr. ---- que atendeu. Aí comecei a indagar se ela está tomando remédios. Está pegando medicamento aonde? A senhora toma remédio direitinho? Ah, eu vou ao Centro de Saúde, me trato no Centro de Saúde com doutor cardiologista. Eu disse: Mas a senhora sabe, mesmo indo lá, mesmo que alguém tenha encaminhado a senhora, a senhora é de ----(diz o nome da Unidade de Saúde), a senhora tem que continuar vindo aqui. A senhora tem que pegar os medicamentos aqui. A senhora tem que me ver de três em três meses, pelo menos me olhar. Aí, ela começou a rir. Aquilo me incomodou, olhei assim, danadinha, ela vem aqui justamente quando eu não estava, ah eu imaginei assim: ela procurou saber quem era o médico. Ah, depois eu falei: A senhora vai ter que me aturar. Ela começou a rir. Mas porque a senhora está falando isso? Porque a senhora veio com Dr.ª ----, depois com Dr. ---- e ainda não tinha me dado a honra de me conhecer. Ai, ela falou: Não doutora, não é isso não. Daqui a três meses eu estou aqui de volta. Pode deixar, agora eu pego meus remédinhos aqui, eu vou vir aqui. Não sei o quê, não sei o quê. Mas, realmente não sei por que ela nunca tinha sido atendida por mim, mas ela não vinha. Ela veio aqui no período que eu estava de férias e tinha outro médico aqui atendendo.*

Para alguns trabalhadores a rejeição do usuário ao trabalhador de saúde é visto como algo natural: *“Eles não são obrigados a gostar, realmente. Ninguém é obrigado a gostar de todo mundo. Não tem como agradar todo mundo. Ah, Jesus não agradou a todo mundo. Jesus não agradou, quem somos nós?”*

Freitas (2001:51) chama atenção que *“os grupos se sentem narcisicamente ameaçados quando correm o risco de pôr em evidência seus pontos fracos, que preferem dissimular entre seu membros para manter a sua própria imagem ideal.”*

Por sua vez, existem ranhaduras no vínculo grupal da própria equipe que, certamente, interferem no cuidado ao usuário e da equipe consigo mesma. Alguns trabalhadores queixam-se que *“a médica não abre espaço, não tem tempo de nos atender”*. *“A gente tem que procurar outra Unidade para atendimento médico”*. Também não se sentem atendidos atenciosamente pela técnica de enfermagem quando precisam.

Enriquez (2000:19) afirma que *“em toda organização encontram-se problemas essenciais postos pela instauração do vínculo social. O desejo de morte, o ataque aos laços (Bion), a função de evitar ou negar o outro, a apatia destrutiva, assim como, naturalmente, as tentativas de amor mútuo, de investimento positivo”*.

O autor (2000:21) vai mais além ao afirmar que *“em cada ser humano existe uma falha irremediável, uma ‘angústia original’ que conduz a necessidade de ser protegido, nutrido por um ser fora do comum (chefe ou organização)”*.



#### 6.4. TENSÃO ENTRE A PRODUÇÃO DE PROCEDIMENTOS E PRODUÇÃO DO CUIDADO

O fazer dos trabalhadores de saúde está muito mais voltado para procedimentos (consultas, vacinas, curativos, visitas domiciliares, entre outros) do que para o cuidado, isto é, produção de vínculo, acolhimento, autonomia do usuário no cuidado de si, em suma para as “tecnologias leves” (Merhy).

Há um predomínio na organização do trabalho de consultas e procedimentos individuais e uma dicotomia entre assistência e prevenção, como é possível observar ao resumir as atividades realizadas pelo médico e pela enfermeira desta Unidade de Saúde da Família no quadro abaixo.

**Quadro 12:** Síntese comparativa das ações realizadas pela médica e enfermeira da Unidade em estudo, agosto/2006.

<b>Médica</b>	<b>Enfermeira</b>
-Consultas individuais (clínica médica, pediatria, hipertensos e diabéticos). -Atendimento as urgências -Visita domiciliar	-Consultas individuais (preventivo, puericultura, pré-natal, planejamento familiar) - Visita domiciliar
↓ Atividades voltadas	↓ Atividades voltadas para prevenção
para assistência -Atividades educativas coletivas (raramente, conforme informações apresentadas no quadro 12)	educativas coletivas (com mais frequência)
<u>Clientela Atendida:</u> [ Hipertensos e diabéticos [ Adultos [ Crianças acima de um ano ou doentes.	<u>Clientela Atendida:</u> [ Mulheres [ Adolescentes [ Crianças saudáveis até um ano de vida (puericultura).

Essa divisão do trabalho enquadra alguns usuários nos tipos de atendimentos ofertados e provoca o encaminhamento de outros, para fora da Unidade. Por exemplo, a gestante é encaminhada para o obstetra no Centro de Especialidades, embora pudesse

ser atendida na própria Unidade, pela médica de família, que possui formação técnica na área, senão fosse essa divisão de trabalho.

Em todas as visitas domiciliares em que participei, observei que a intervenção médica sempre gerava uma prescrição medicamentosa ou encaminhamento para especialista. Já a enfermeira e os agentes comunitários de saúde orientavam, ainda que de forma prescritiva, hábitos saudáveis e retorno à Unidade de Saúde.

Esses trabalhadores utilizam-se muito mais das “tecnologias leve-duras” (Merhy) do que das tecnologias leves, prevalecendo o cuidado centrado no trabalho morto, isto é, no instrumental técnico-científico e em exames e medicamentos.

Parece que a formação profissional do trabalhador em saúde pode ser um diferencial no acolhimento e na escuta da necessidade do usuário, que nem sempre implica a prescrição de um exame ou remédio, mas a priorização da relação, no verdadeiro diálogo entre pessoas.

*Particularmente, eu sou um médico muito paciente. É, eu tenho quatro anos de formado, nesses quatro anos eu vi que 60% ou mais do que eu atendo tem a ver com isso. Eu estou fazendo, pós -graduação em Homeopatia. Homeopatia, você tem que ser muito paciente, tem que conversar muito. E a gente aprende de uma forma geral, grande parte não só dos casos especificamente emocionais até os físicos, muitas das vezes, ou até 90%, são causados por algum problema pessoal, desequilíbrios pessoais, familiares, profissionais. Então, no meu caso, especificamente, eu tento dar atenção, e na medida do possível e de acordo com a demanda de outros pacientes, que tenha algum privilégio por ser emergência, mas na medida do possível eu tento orientar, ouvir e escutar.*

*Houve uma vez que uma paciente chegou, uma senhora de 70 anos, eu a chamei, ela sentou, eu não me lembro o nome dela. Foi até aqui no Hospital de Quissamã. ‘Pois não, Senhora, em que posso te ajudar?’ Ela falou: ‘Ah, Dr. ----- eu estou vindo aqui porque o meu marido é aposentado da marinha. Eu tenho três filhos, um está na cidade, outro está em outra e outro em outra. Eu trabalho com isso, eu gosto de assistir isso na TV, eu sou uma pessoa assim, assim e assado.’ Depois de quase 20 minutos, eu perguntei para ela: ‘Mas Dona Fulana, em que posso ajudar? O que a Senhora tem? Por que a Senhora veio aqui?’ Ela olhou para mim e disse: ‘Doutor eu estou tão bem. O que eu precisava mesmo era desabafar?’ ‘Ah, então está bom. Obrigado.’. Saiu dizendo: ‘Esse médico é tão bom!’ A gente faz a nossa parte mesmo que não seja essa intenção. ‘O importante é ter resultado.’ (depoimento de um médico plantonista do hospital)*

Chamou-me a atenção a contradição entre a formação deste médico e sua inserção no serviço de emergência. Nestes tipos de serviços predominam, como se sabe, a utilização de “tecnologias duras e leve-duras”. (Merhy)

A produção do cuidado centrado no usuário e não em procedimentos visa à compreensão da singularidade do sujeito para além dos aspectos biológicos. Não é uma tarefa fácil e nem todos os profissionais se consideram capazes para incluir na clínica a dimensão psicossocial.

Alguns trabalhadores sentem-se não somente despreparados tecnicamente para resolver os problemas dos usuários como para lidar com suas necessidades ou carências de outra ordem, da ordem da afetividade.

A angústia de não saber responder a demanda que vem do outro acaba por transferir para outros trabalhadores de saúde ou outros serviços a responsabilidade pelo cuidado, antes mesmo de compreender a demanda. O diálogo abaixo entre os trabalhadores de saúde da Unidade de Saúde da Família indica esses processos:

*Agente Comunitário de Saúde (ACS): tem paciente que liga para você duas ou três vezes na semana para você ir a casa dele verificar a pressão. Neste mês, eu já fui à casa de uma paciente quatro vezes, até agora. É uma paciente complicada, porque ela teve AVC. Então ela também tem depressão, então é bom dar um pouco de atenção. Mas também tem que cortar. Eu falei: Quando tiver passando mal você procura a Emergência ou você liga para um técnico de enfermagem verificar sua pressão porque eu não posso me responsabilizar, ela disse: ah, eu não sabia. Mas sempre me liga. Não é atribuição do ACS medir pressão. O que acontece se a paciente está realmente passando mal, a gente não pode encaminhar, a gente não pode fazer nada. Hoje, a pressão dela estava 14 x 10. Aí, se ela tivesse realmente passando mal, o que eu ia poder fazer?*

*Técnica de Enfermagem - Nem o técnico. É o médico ou a enfermeira. Eu acho que se ela está passando mal, ela tem que chamar o hospital. Ou quem tem que acompanhar a visita desse paciente que está passando mal, é Dr<sup>a</sup> ---- ou a Enfermeira-----. Eu e a outra técnica de enfermagem não podemos fazer nada. Vou chegar lá, só vou poder conferir a pressão dela e chamar a ambulância. Porque eu não vou poder medicar ela. Não vou poder fazer nada. Só a Dr<sup>a</sup> ----- pode medicar, dar o respaldo. Eles têm que entender que estamos aqui para prevenção, para acompanhar. A gente vai fazer a visita, se eles (ACS) não podem ver a pressão a gente vai ver a pressão, claro que a gente vai ver. Pois, se a pessoa está passando mal realmente tem que chamar o hospital. Porque eles já pegam a mania, ah fulana, estou passando mal, vem aqui em casa. Não é só com ela não. É com todos os ACS.*

*Enfermeira – Esse caso, quando a ACS falei, eu vi que ela não estava passando mal. É uma carência mesmo, é afetividade. Eu queria que você estivesse lá, para conversar com ela. Eu senti que não era passando mal.*

*Agente Comunitário de Saúde - No final do mês o SIAB não que saber se você está cobrindo essa carência, não. Ele quer a quantidade de visita feita.*

*Agente Comunitário de Saúde – O grande problema da cobrança é o número de visitas do ACS. É muito fácil chegar e culpar a gente que não está fazendo 100% de visita. Mas ninguém sabe o paciente que você acompanha, ninguém sabe o problema que você tem com a comunidade.*

Todos os trabalhadores são “operadores do cuidado” (Merhy, 1998), mas nem sempre se reconhecem nesse papel, considerando que o ato de cuidar é exclusivo do médico ou da enfermeira. Por outro lado, como dar atenção ao outro, isto é, promover o cuidado através da escuta, não é mensurado em números (no Sistema de Informação da Atenção Básica-SIAB), para alguns trabalhadores da equipe este ato assume uma importância menor.

Por sua vez, centrar o cuidado no ato médico ou no ato de enfermagem sem relação/integração com outros trabalhadores naquilo em que cada um pode contribuir com sua competência específica é empobrecer a dimensão cuidadora na produção da saúde.

Destaco abaixo o resultado de uma das observações longitudinais para demonstrar como a assistência focada em procedimentos e na dimensão biomédica acaba produzindo a perda da dimensão cuidadora em saúde.

Solicitei para uma usuária que chegou ao serviço de saúde permissão para acompanhá-la durante a sua permanência na Unidade. Obtida a autorização, fiquei ao seu lado desde a sua entrada na recepção até a saída do consultório médico.

A usuária chegou às 9h20min para uma consulta agendada para a médica de família. Na recepção, apresentou a carteira de marcação de consulta. O seu prontuário foi tirado e encaminhado para sala de preparo. Passados 5 minutos ela foi chamada pela técnica de enfermagem que gritou o seu nome. A senhora entrou na sala. Na sala estava uma agente comunitária de saúde com pressão alta e, sentada em uma cadeira do tipo vovô, a auxiliar de limpeza, terminando de medir a glicemia, é diabética, e um outro paciente, pré-adolescente, que a técnica de enfermagem pediu que ele subisse na balança. A técnica de enfermagem não se levantou da cadeira nem para chamar a usuária para entrar na sala e nem para medir a sua pressão. Mediu a pressão da senhora e disse o resultado: pressão 12x7. Enquanto ela media a pressão da senhora, o pré-adolescente subiu e desceu da balança e a técnica disse: “*eu não vi o peso, sobe de novo*”. A senhora disse que sabia que sua pressão estava boa porque não estava sentindo nada. A técnica de enfermagem pediu para a senhora subir na balança. Não falou nada. Anotou essas informações no prontuário da senhora, concluído o atendimento de enfermagem.

É possível observar um contato duro, com pouco diálogo entre a técnica e a paciente, centrado no procedimento técnico. Não se nota proximidade entre a usuária e a trabalhadora de saúde. A mensuração da pressão e do peso parece ser a única razão desse atendimento. É importante destacar a presença de três usuários na sala da enfermagem, numa situação sem pressão da demanda, o que me leva a questionar o por quê? Esse distanciamento do usuário pode ser entendido como uma defesa contra a ansiedade.

Sá (2005:92) discute que “*independentemente das condições objetivas em que o trabalho se realiza, a própria natureza do trabalho em saúde – ter que lidar com a dor,*

*a morte, o sofrimento, os corpos dos outros – é extremamente ansiogênica e, conseqüentemente, produtora de defesas”.*

A autora (2006:92), citando Menzies, destaca ainda que *“as características do trabalho de enfermagem têm a especial capacidade de estimular a emergência de fantasias muito primárias, relativas ainda à primeira infância, e das emoções que as acompanham”.* E cita algumas técnicas de defesas analisadas por Menzies como, por exemplo: *“a fragmentação do relacionamento enfermeira-paciente (cada enfermeira realiza apenas algumas tarefas sobre o conjunto de pacientes evitando entrar em contato com o paciente como ser integral); a despersonalização ou negação das diferenças individuais (por exemplo, referem-se aos pacientes não pelos nomes, mas pelos números dos leitos ou nomes das doenças ou órgãos doentes)”.*

Saímos da sala de preparo e ficamos conversando até chegar a vez do atendimento com a médica, que só aconteceu ao meio dia. Neste tempo, nenhum servidor se dirigiu à paciente, exceto, às 11h30min, quando a recepcionista chamou os pacientes por número para colocar os prontuários por ordem de atendimento, já que a médica, segundo ela, havia “bagunçado” e ela estava de saída do serviço para almoçar.

O motivo da vinda à Unidade foi obter a receita dos medicamentos de hipertensão. De três em três meses tem que vir à consulta com a médica para avaliação. A usuária relata que sabe quando sua pressão está alta, pois sente dor de cabeça e no pescoço e quando isso lhe acontece vai para o hospital. *“Lá eles me dão uma injeção, colocam um remédio de baixo na língua e eu fico no repouso”.* Pergunto por que ela não procura o Posto. Ela responde que *“no Posto nem todos os dias tem médico, a consulta é marcada e não tendo a doutora, as meninas (técnicas de enfermagem ou enfermeira) não atendem”.*

Nesta fala observo que o cuidado da usuária está centrado no ato médico e os outros profissionais estão subjugados em sua competência. A própria organização do serviço acaba por cristalizar no imaginário da população que o hospital/emergência é o lugar para atender “pressão alta”. Fora isso, a usuária se queixa do tempo de espera considerando que há um desrespeito no acordo do horário estabelecido no momento de agendamento da consulta. O serviço agenda os pacientes de 10 em 10 minutos mesmo sabendo que o tempo de consulta muitas vezes é superior a esse intervalo. Com essa organização o serviço acaba por não promover o devido acolhimento ao usuário.

Diz que não gosta de vir neste posto. *“Isso aqui é um castigo. É sempre muito demorado. Se eles marcam 9h40min deveria atender no horário. Com a doutora ---*

(neurologista) é no horário. *Eu perco um tempo danado esperando aqui, quando poderia estar fazendo outras coisas*". Eu e a senhora ficamos sentadas no banco da sala de espera por 2h40min. "Ainda bem que adiantei meu almoço". Pergunto a que horas costuma almoçar e ela responde que entre 10h30min e 11 horas. Diz que pesava 106 kg. Pergunto o que aconteceu? "Estou fazendo dieta". Pergunto se foi a nutricionista quem prescreveu a dieta, ela diz que não se deu bem com a dieta da nutricionista. *"Tinha que pesar a comida, comer em porções, desisti da dieta da nutricionista"*.

De novo, é evidenciado o caráter prescritivo no atendimento da usuária, sem que fossem levadas em conta as condições sócio-econômicas e culturais da mesma. A usuária desistiu do atendimento com a nutricionista, porém não desistiu do desejo de emagrecer. Já emagreceu 12 kg sem acompanhamento médico ou nutricional.

No momento, o atendimento que têm na Unidade está centrado na doença (hipertensão) e no médico. Os trabalhadores de enfermagem não se envolvem no cuidar do usuário hipertenso.

Às 12h00min a médica chama do consultório o nome da paciente. Neste horário os trabalhadores de saúde foram almoçar. Entramos no consultório e a médica estava sentada atrás de uma mesa. A médica não levantou da cadeira em momento nenhum. Pergunta a idade da paciente, ela diz 68 anos e a médica corrige olhando o prontuário. Diz para a senhora que ela só tem 66 anos. A senhora fica desconcertada e diz que tem dois registros. A médica pergunta como ela está. Ela diz que têm sentido muita dor de cabeça e dor nos ossos todos. A médica pergunta sobre a cirurgia de períneo que a usuária havia feito quatro meses atrás. *"A senhora não está sangrando? Já tá tudo bem?" "Um pouco. Estou fazendo uma corrente de oração". "Quando a sr<sup>a</sup> vai ao Dr<sup>o</sup> --- (médico que a operou)?" "Na quarta-feira, se ele estiver lá, eu vou". Médica perguntou: "Ele não marcou o retorno?" "Ele disse para eu ir numa quarta, não disse qual. Estou com idéia de ir nessa"*.

A médica não examina a paciente e orienta-a procurar o médico cirurgião. Não houve nenhum exame físico na consulta.

A dimensão religiosa que emergiu nesse diálogo teve a sua escuta comprometida em função da ênfase médica na doença e na medicalização.

A médica observa que a última vez que a paciente esteve no Posto foi em Julho. *"Já acabou o seu medicamento?"* A senhora diz que não. Pergunta como a paciente está tomando os remédios. A paciente por conta própria alterou a prescrição e observou que com essa sua atitude ela não estava "inchando" mais. Foi repreendida pela médica.

A médica disse: “*A senhora tem que tomar os remédios conforme a receita. A senhora vem aqui se não estiver sentindo bem com o remédio. Vou passar o AAS para afinar o sangue. A senhora vai tomar depois do almoço, é para não dar trombose, o sangue embolar na veia. No caso de dor, tomar dipirona*”. Prescreveu as mesmas medicações da última consulta e entregou a receita para a senhora.

O esquema terapêutico foi definido pela médica sem nenhuma participação ou negociação com a paciente. A prescrição foi repetida sem considerar a relação de “mal estar” que a mesma tinha com a medicação prescrita. Será que a paciente vai tomar o medicamento prescrito? Não foi explorado com a paciente o efeito adverso do qual ela se queixava com o uso do hipertensivo prescrito.

A consulta terminou às 12h10min. Esperamos 2h40min para ficar 10 minutos no consultório médico.

Schraiber apud Sá (2005:56) sinaliza que “*a medicina tecnológica, ao mesmo tempo em que prolonga o ‘tempo tecnológico’, como por exemplo, o do ato cirúrgico, encurta o tempo desarmado, tempo mais simples tecnologicamente, mais barato e mais pessoal; tempo da conversa e da consulta, que restrito, permite maior produtividade do médico*”.

Sáímos do consultório e não havia ninguém na recepção. Os funcionários tinham saído para almoço. A auxiliar de limpeza disse que não estava autorizada a dispensar remédios, só podia agendar consulta ou exame. Pediu para a paciente retornar às 13h30min para pegar os remédios, mas avisou que não havia todos. A senhora disse que pegaria em outro Posto. Não seria o caso de ficar um trabalhador de saúde qualificado para atender as demandas relacionadas à recepção e a farmácia a fim de evitar o usuário ter que retornar a Unidade de Saúde, no mesmo dia?

Neste encontro prevaleceu o descuido e a desresponsabilização. A ênfase do saber médico e a medicalização da doença permearam esse (des) encontro, o que inviabilizou a escuta para além da dimensão biológica.

A comunicação estabelecida entre a médica e a usuária não expressou responsabilização por parte da médica e não favoreceu a autonomia no auto cuidado, por parte da paciente.

As perguntas da médica estavam direcionadas para a doença (pressão ou sangramento). A senhora é idosa. Não caberia investigar outros aspectos? Sobre os medicamentos prescritos pela neurologista, a médica restringiu-se a anotar no prontuário os nomes dos medicamentos e a posologia.

Sá (2005:57) chama atenção que

*a medicina tecnológica produziu - juntamente com as atuais formas de relações entre os indivíduos na sociedade - como característica predominante de seu exercício 'a despersonalização do cuidado e a impessoalidade da prática' (Schraiber,1997:117). No imaginário ora dominante sobre a prática médica, a garantia da qualidade está apoiada não mais na figura do médico, mas na presença de recursos tecnológicos. O papel do médico secundarizou-se.*

A atenção médica disponibilizada nesse atendimento evidencia uma atenção voltada para a doença e não para o sujeito doente portador de uma biografia. Para a “tecnologia dura” ao invés da “tecnologia leve” (Merhy). Prevaleceu a preocupação médica com a remissão dos sintomas e não com a promoção do cuidado com a saúde e outras dimensões da vida.

Restringir o “contato/encontro” com o usuário também pode ser uma defesa frente à ansiedade do que pode vir do outro e que não é apreensível do ponto de vista médico. O medo de se confrontar com o choro, angústias, anseios dos usuários pode ser uma das razões pelas quais os trabalhadores de saúde evitam em entrar em contato com o outro (usuário) e com suas próprias fragilidades e insuficiências.

#### 6.5. O CUIDADO COMO RESPONSABILIDADE COLETIVA DO TRABALHADOR E DO CONJUNTO DE SERVIÇOS DO SISTEMA: DESAFIOS PARA A INTEGRALIDADE

Na equipe existem diferentes compreensões sobre o cuidar

*Eu acho que cuidar está relacionado a toda equipe. Na medida em que o paciente passa ali pela porta a gente tem que olhar de maneira diferente, com o olhar de cuidado, porque a gente não sabe o quê que ele tem, não sabe com que grau de estresse o paciente chegou, então, eu acredito assim que o cuidar é até mesmo dar uma atenção. Às vezes, eu estou ali na recepção e chega um paciente fala alguma coisa comigo, então, eu tenho que ter um olhar de cuidado. Então, eu tenho que acatar o que a pessoa está falando e passar para ---(cita o nome da recepcionista) e procurar. E não de tratar ela, não fala comigo não, porque eu sou motorista, eu não sei de nada. Então, acredito que o cuidar envolve tudo isso, tratar bem as pessoas. (depoimento do motorista na entrevista coletiva)*

*Cuidar também, às vezes, do paciente. Eu tiro por mim. Às vezes, você vai à casa do paciente, tem paciente que você leva até uma hora e se duvidar duas. Tem paciente que não. Porque, às vezes, o paciente não quer se consultar, quer conversar. Igual ao caso que eu e ---(cita o nome da enfermeira), a gente está assistindo. Às vezes, não tem com quem desabafar ou não confia pega a gente, conversa, conversa, desabafa, chora. A gente chora junto também. É cuidar, é olhar mais para dentro em si do paciente, não por que está doente, mas por que quer conversar. (depoimento de uma agente comunitária de saúde na entrevista coletiva)*



A responsabilidade sobre o cuidar não é consenso na equipe de Saúde da Família. Alguns trabalhadores consideram que é uma atividade eminentemente da enfermagem, outros já consideram de equipe.

*Cuidar é bem na área da gente, enfermagem. Enfermeira, auxiliar de enfermagem, técnico, porque o cuidar é também consultar, examinar, mas é orientar, envolve uma série de coisas, é cumprir todos os nossos afazeres. É uma série de coisas e até uma questão de papel mesmo, de notificar de conhecer esses números, para cuidar melhor ainda, os nossos problemas de acordo com nossas prioridades. Mas todo mundo pode falar do cuidar. (depoimento da enfermeira na entrevista coletiva)*

O cuidar enquanto acompanhamento do percurso do usuário pelo sistema de saúde é visto como da ordem do impossível pela equipe da Saúde da Família.

*Agente Comunitário de Saúde: Essa é uma parte até do agente de saúde. Só que são muitas famílias, muita gente, às vezes, se perde o encaminhamento. A gente não vai lembrar que fulano de tal foi à consulta ou não foi. Às vezes, ele fala com a gente isso, já aconteceu várias vezes do paciente falar da consulta, que gostou, não gostou, que não vai voltar mais.*

*Médica: Porque muitos pacientes que eu dou encaminhamento, aquela guia de referência, contra-referência, às vezes, eles deixam aqui para os meninos agendarem, mas às vezes, eles mesmos vão lá. Eles mesmos agendam e a gente não toma conta disso. Eles vão a gente nem toma conhecimento se eles foram ou não foram.*

*Recepcionista: Acho que não tem como fazer esse fluxo. É impossível fazer. Às vezes, sai um paciente do consultório de Dr.<sup>a</sup> ---- com encaminhamentos para 4 coisas: dermat, cardio, gastro, proto. Caramba. Como eu vou acompanhar essas 4 consultas? Eu acho que o certo seria esses profissionais mandarem as contra-referências para Dr.<sup>a</sup> ----- . Porque aí a gente coloca no prontuário: O dermat achou isso, uro...*

*A gente estar fazendo esse fluxo é muito difícil saber isso, até porque como saber se todo mundo foi ou não foi.*

*Técnica de enfermagem: Tem encaminhamento que leva mais de quatro meses para marcação de uma consulta.*

*Recepcionista: Eu acho que os médicos têm que criar o hábito de mandar contra-referência para o colega.*

*Médica: E o paciente que não volta? A gente não sabe se foi ou não foi.*

*Recepcionista: Só com visita do agente.*

*Agente Comunitário de Saúde: Nem sempre a gente lembra.*

*Agente Comunitário de Saúde: Não é que a gente lembra, é porque é muita gente, nós não temos pernas. E o tempo que a gente ia perder. Só se a gente tivesse um mínimo de atividades e famílias.*

*Médica: Eu acho que nem se colocasse uma pessoa só para essa função, ainda assim, ia ficar difícil essa pessoa controlar isso. Uma pessoa, às vezes, leva dois, três encaminhamentos, para marcar para especialistas diferentes.*

Os agentes comunitários de saúde não têm por hábito consultar o prontuário antes de sair para a visita, portanto, só tomam ciência de que o usuário está aguardando por consulta especializada se o usuário comentar algo a respeito.

Não há acompanhamento, pela equipe de saúde, do usuário das áreas de abrangência da Unidade, referido para atendimento em outros serviços do sistema de saúde local.

A equipe de Saúde da Família fica sem saber o diagnóstico e o tratamento definido pelo médico especialista ou plantonista daquele usuário que foi referido para o Centro de Especialidades ou para a Emergência. Esse conhecimento pode se dar ou não pelo relato do usuário em visita domiciliar ao agente comunitário de saúde ou em consulta de retorno na Unidade de Saúde da Família. Entretanto, nem todos os usuários atendidos por médicos especialistas costumam frequentar a Unidade de Saúde da Família ou estão em casa no horário da visita do agente comunitário de saúde para relatar o atendimento recebido e o desdobramento do mesmo. Por conseqüência, esses usuários não têm seus problemas de saúde reconhecidos e até mesmo registrados em prontuário na Unidade de Saúde da Família. Embora isso seja um problema sob a ótica da responsabilização do cuidado isso não é referido pela equipe.

Não existe comunicação entre as Unidades do município para monitorar o usuário nos diversos serviços atendidos, isto é, informar os medicamentos dispensados, os encaminhamentos feitos para atendimentos especializados dentro e fora do município entre outros procedimentos. O que mostra a fragmentação do sistema de saúde local. E o mais agravante é que nenhum serviço se responsabiliza pelo cuidado do usuário.

Cecílio (2001:118) sinaliza que a “*garantia da integralidade do cuidado tem que ser uma responsabilidade do sistema de saúde e não fruto de uma batalha individual, muitas vezes, desesperada, de cada usuário individual*”.

Observei que alguns usuários buscam integrar o cuidado, comunicando e mostrando ao médico de família os exames realizados e medicamentos prescritos por outros médicos.

*Eu costumo fazer assim. Se Dr.<sup>a</sup> ----(médica de família) passa um exame para mim e estou fazendo tratamento com Dr. ---- (endocrinologista) ou com Dr.<sup>a</sup> ---- (neurologista) ou um outro médico, todos os exames que eu faço com Dr.<sup>a</sup> ---- (médica de família) eu pego e mostro ao Dr. ---- (endocrinologista). Se faço com Dr. --- (endocrinologista) eu pego e mostro a Dr.<sup>a</sup> --- (médica de família) - Ai um médico sabe o que está acontecendo. Eu tenho três médicos e faço assim.*

A Unidade de Saúde da Família que deveria coordenar o cuidado não o faz. Cada categoria profissional se responsabiliza por uma parte do atendimento ao usuário, o que aponta para a divisão e a fragmentação do processo de trabalho. Essa forma de

operar o trabalho acaba por diluir a responsabilidade do cuidar do sistema de saúde, principalmente, da equipe de Saúde da Família.

Cecílio (2001:118) chama atenção que *a integralidade do cuidado não se realiza nunca em um serviço: integralidade é objetivo da rede. (...) O cuidado individual, em qualquer serviço de saúde, não importa sua 'complexidade', está sempre atento à possibilidade e à potencialidade de agregação de outros saberes disponíveis na equipe e de outros saberes e práticas disponíveis em outros serviços, de saúde ou não.*

Isso significa compreender que o médico de família é um entre os médicos de saúde da rede e, esgotados o seu conhecimento para atender a um usuário, ele deve acionar uma rede de suporte e vice-versa.

Enquanto o serviço de emergência for a porta principal de acesso ao sistema de saúde, ele precisa se responsabilizar pelo encaminhamento do usuário, entretanto, para tal, é necessário que os serviços funcionem em rede, e que seja do conhecimento de todos os trabalhadores da saúde o funcionamento e a missão de cada estabelecimento e a adesão dos trabalhadores ao projeto assistencial.

*Tem muito a questão do 'feeling', encaminhar para Saúde da Família ou para o especialista. É claro que pego paciente que vejo que não está legal, que no caso está prostrado, com adinamia, a pressão não está tão boa, eu peço exames laboratoriais de uma forma em geral. Fica no repouso de acordo com a avaliação clínica.*

*E com os exames laboratoriais, se for o caso, eu já interno o paciente logo. Uma vez internado, eu peço avaliação do especialista. Por aqui, é muito mais rápido. Se for um caso que existe a necessidade de uma avaliação de um especialista, mas não se confirma uma emergência e nem uma urgência, eu encaminho, realmente, para consultar com o especialista, depois. Ou, se for um caso que não necessita de um especialista, mas, por exemplo: é um paciente que é hipertenso que o tratamento anti-hipertensivo não está fazendo resultado e precisa ser mudado e necessita ser acompanhado mais de perto, eu encaminho para o ambulatório de clínica médica. O médico de lá sempre mais presente, auferindo a pressão e vendo esse medicamento ou outro, está tendo resultado ou não. (depoimento de um médico plantonista)*

Um dos desafios é romper com a fragmentação e o desentrosamento do sistema, em que cada um se responsabiliza por uma parte da assistência.

*Eu não vou poder resolver o problema dele. Eu já fiz muito. Já peguei a carteirinha dessa mãe, eu abri o prontuário da criança para poder marcar o ambulatório para a criança. Eu não tenho que fazer isso. Se ele fosse ser atendido aqui por Dr.<sup>a</sup> ---- eu teria que abrir a carteirinha dele, ver o número da família e marcar para Dr.<sup>a</sup> ---- (fragmento da fala recepcionista na entrevista em grupo)*

Essa conexão com outros serviços poderia se dar através do mecanismo de referência e contra-referência, entretanto, esse dispositivo não conseguiu ser plenamente instituído.

A maior parte dos médicos especialistas não respondem à referência, isto é, os usuários são encaminhados pelos médicos ou enfermeiros de Saúde da Família com um formulário que relata o motivo do encaminhamento e solicita o parecer do especialista. Entretanto, dificilmente, esse formulário é preenchido pelo especialista, por conseguinte não retorna ao médico de origem. Geralmente, o próprio usuário é o porta voz da conduta adotada pelo especialista e o portador da receita prescrita para ciência do médico ou da enfermeira que fez o encaminhamento, isto é, quando retorna à Unidade de Saúde, o que nem sempre ocorre.

A seguir destaco fragmentos de dois atendimentos na Emergência do hospital que exemplificam a antítese da produção do cuidado na rede de saúde local.

Na primeira situação, o usuário procurou a Emergência pelo seguinte motivo declarado:

*Eu tô com uns problemas de saúde, então, eu tô vindo aqui no hospital sempre para vê que eu consigo, assim, uma melhora para mim. É problema de saúde, pressão alta, é colesterol alto, é ... Agora eu tô também com problema de gastrite. Eu vim aqui fazer um exame aí... Tirar uma chapa do pulmão.*

Depois do atendimento o diálogo entre a pesquisadora e o usuário:

*Pesquisadora: O médico olhou o seu raio x?*

*Usuário: Não. Ele mandou passar no especialista para poder mostrar.*

*Pesquisadora: A consulta foi como?*

*Usuário: Eu expliquei o que vim fazer, que é tirar chapa do pulmão, que eu tô com uma chiada quando estou dormindo, eu acho. Minha companheira é que fala, ela acha que é do pulmão. Ela não é médica nem nada, mas ela desconfia que a chiada é do pulmão. Eu estou achando que eu posso ter alguma coisa no pulmão.*

*Pesquisadora: Ele escutou o seu pulmão?*

*Usuário: Não. Ele só pediu o exame.*

*Pesquisadora: Ele olhou o exame?*

*Usuário: Não. Ele disse que tem que ser com o especialista. Ele atendeu na educação. Agora tem que marcar para outro, para poder olhar.*

*Pesquisadora: O Senhor vai marcar isso aonde?*

*Usuário: Ele mandou ver aqui na frente. Eu ainda vou procurar saber aonde.*

Na segunda situação

*Usuária: A minha menstruação está atrasada há quatro meses, só que eu já fiz exame e não está acusando nenhuma gravidez. Só que eles não querem me dar ultra-som para eu poder bater para eu saber o que está acontecendo comigo. Eu vim agora no médico e ele não me deu. Falou que esse negócio não é com ele. Aí me deu um papel para eu poder marcar para um 'medicologista' para mim e eu tô com muito medo. Eu não sei se eu vou marcar, não. Eu tenho medo de dá alguma doença. Eu estou com muito medo.*

*Pesquisadora: Você veio procurar a Emergência por causa do atraso. Antes você procurou o posto de saúde?*

*Usuária: Procurei.*

*Pesquisadora: Qual foi sua recepção no posto?*

*Usuária: Eu primeiro cheguei até o médico de gestante. Falei para ele que eu estava achando que estava grávida. Aí ele pegou mandou fazer o teste. Eu fiz o teste. Aí ele disse que não é nada de gravidez.*

Na medida em que a usuária não sabe o que está se passando com ela, o que está gerando o atraso menstrual, ela sai procurando nos serviços de saúde a resposta porque os trabalhadores de saúde da Unidade de Saúde da Família não ajudaram a esclarecer. Para além do atraso menstrual, no diálogo que estabeleci com esta usuária me chamou a atenção ela amamentar um filho de um ano e oito meses que, segundo ela, praticamente não come comida, além do irmão de três anos. Questiono a responsabilização da Unidade de Saúde da Família com essa família na medida em que a alimentação dessa família se mostra inadequada. Por outro lado, questiono se foi levado em consideração que a amamentação dessas crianças poderia estar interferindo no fluxo menstrual.

Nas situações relatadas para além da demanda por consulta médica, consumo de medicamentos, realização de exames havia necessidades de saúde que não foram escutadas e traduzidas e por tanto atendidas pelo trabalhador de saúde.

A escuta não é um atributo exclusivo nem predominante dos médicos, mas de todos os profissionais de saúde.

Esses atendimentos evidenciam que os trabalhadores de saúde trabalham de forma desarticulada e desintegrada, cada um na sua área de competência, com pouca responsabilização com a população.

Sá (2005:62) acredita que

*a cooperação, assim como a solidariedade e o cuidado nos serviços de saúde depende não só de dispositivos, mas de disposição. Disposição do sujeito para 'se abrir' ao outro, disposição para buscar no outro o que ele não sabe ou o que lhe falta. E isso pressupõe, antes de mais nada, o reconhecimento, pelo sujeito, como aponta Birman (2000), de sua própria insuficiência e precariedade. Não se pode esperar que haja cooperação entre profissionais que se julgam autosuficientes com seus saberes e técnicas, que não tenham a curiosidade genuína de quem sabe que não sabe. Não se pode esperar comportamentos solidários e cuidadores de sujeitos que não conseguem enxergar no sofrimento e fragilidade do outro a sua precariedade.*

Portanto, a falta de comunicação entre serviços de saúde é um sintoma e um desafio para a integralidade do cuidado.

A mudança vai depender da adesão do trabalhador ao projeto organizacional.

Sá (2005:83) destaca que Enriquez observa que

*a tão esperada adesão dos indivíduos aos objetivos ou projeto organizacional pode ser o resultado de dois tipos de processos, que na realidade coexistem nas organizações, e são decorrência de seu sistema imaginário. No primeiro, a organização se apresentaria ao indivíduo como instância capaz de responder a seus desejos narcísicos de reconhecimento e*

*potência, assegurando proteção quanto à quebra de sua identidade e aprisionando-lhe, assim, em um 'imaginário enganoso'; no segundo processo, a organização engendraria o que o autor denomina de 'imaginário motor', favorecendo a criatividade, a capacidade de questionamento e de convivência com mudanças e rupturas, a autonomia dos indivíduos. (...) Assim, toda a organização estará irremediavelmente imersa no dilema entre favorecer uma identidade coletiva entre seus membros – na qual se apóia – e também o exercício da singularidade e autonomia dos sujeitos, do que também não pode prescindir.*

É preciso dialogar sobre as novas maneiras de realizar o trabalho em saúde e reconhecer nos ruídos da organização do trabalho, principalmente, os que denunciam a falta de acolhimento, vínculos de dependência do usuário ao serviço, a não responsabilização pelo cuidado, a dificuldade de adesão etc., as oportunidades para mudanças das práticas em saúde e da relação trabalhador-usuário.

## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A utilização inadequada do serviço de urgência e emergência é um problema para vários países. A atenção primária no município estudado ainda não conseguiu dar resposta positiva para este problema.

Cada sujeito da pesquisa (plantonistas, usuários e trabalhadores de Saúde da Família) apresentou compreensões distintas para a alta demanda de atendimento na Emergência, conforme o lugar em que está implicado ou se vê afetado no sistema de saúde local.

Os plantonistas e trabalhadores de Saúde da Família, por exemplo, consideram que uma das causas para a alta demanda de atendimento na Emergência é a falta de conhecimento da população sobre Saúde da Família, entretanto, os usuários apontam que é a dificuldade de acesso em situações que requer um atendimento que não pode aguardar uma espera, isto é, uma agenda. Entretanto, houve unanimidade em reconhecer as facilidades de acesso organizacional na Emergência.

Estabelecendo um comparativo entre a Emergência da Unidade Hospitalar e a Unidade de Saúde da Família é possível observar que o serviço de emergência possui menos obstáculos de acesso na entrada do usuário e no interior do estabelecimento para obter a assistência necessária (acessibilidade organizacional) do que a Unidade de Saúde da Família.

**Quadro 13:** Quadro comparativo dos serviços prestados na Emergência e na Unidade de Saúde da Família.

<b>Emergência do Hospital Municipal</b>	<b>Unidade de Saúde da Família</b>
Voltada para atendimento à demanda espontânea	Voltada para o atendimento à demanda espontânea desde que agendada e demanda programada
Faz exame laboratorial no ato do atendimento, se houver indicação.	Agenda exame laboratorial
Tem dois clínicos gerais para atendimento de adultos e dois pediatras para crianças	Tem um médico de família
Atende 24 horas todos os dias da semana	Atende somente nos dias úteis da semana nos horários de 8h00min-12h00min 13h30min-16h30min Uma vez/semana 17h00 - 20h00 min
Oferta atendimento médico todos os dias da semana	Oferta atendimento médico somente alguns dias da semana

<b>Emergência do Hospital Municipal</b>	<b>Unidade de Saúde da Família</b>
Não há agendamento (se for preciso são feitos os exames solicitados no próprio hospital e os de maior complexidade fora), entretanto, há espera para ser atendido a depender do volume de pessoas que procuraram o serviço no dia.	Há agendamento para quase todos os procedimentos ofertados na Unidade (consulta, exames laboratoriais, ECG, pesagem). Há espera para realizar o procedimento mesmo no dia agendado.
Após atendimento tem que procurar uma Unidade de Saúde da Família para pegar os medicamentos prescritos	Após consulta pega a medicação com o dispensador na própria Unidade de Saúde, exceto quando não há na Unidade o medicamento prescrito. O usuário é orientado a procurar outra Unidade de Saúde que tenha a medicação prescrita ou o Serviço Social.

“*No posto não tem médico todos os dias*”, conforme aponta uma usuária do serviço de urgência/emergência em sua entrevista, ao contrário do serviço de emergência.

Por sua vez, a Unidade de Emergência tem as portas do serviço abertas vinte e quatro horas todos os dias da semana, diferentemente da Unidade de Saúde da Família, que funciona em horário administrativo e em dias úteis da semana. Portanto, o serviço de emergência facilita ao trabalhador o acesso em horários em que não está em sua atividade laborativa, evitando que perca o dia de trabalho para se consultar ou para acompanhar alguém de seu conhecimento.

A emergência hospitalar tem disponível o serviço de laboratório e RX nas 24 horas do dia, podendo ser acionado a pedido do plantonista em qualquer momento com entrega do resultado em tempo hábil para definição da conduta médica. Se necessário, mantém o usuário em observação ou interna no próprio ou em outro hospital conforme o problema de saúde apresentado. Portanto, o usuário tem garantido a continuidade da assistência caso precise de um maior aparato tecnológico.

Normalmente, os serviços de pronto-socorros, especialmente nas grandes cidades, são conhecidos como desumanos, com longas filas de pessoas aguardando, muitas vezes em pé, com macas em corredores, etc. Essa não é a realidade do município estudado. Os usuários informaram que o tempo máximo que esperam para serem atendidos é em torno de uma hora e trinta minutos. Eles aguardam pelo atendimento, sentados em um ambiente climatizado, com bebedouro e televisão.



A demora para obter o atendimento na Unidade de Saúde da Família é um fator desestimulante para o usuário procurar por este estabelecimento de saúde. Fora isso, existe o agravante que no dia agendado os usuários ficam esperando, às vezes, por horas, por várias razões: o médico chega após o horário do primeiro usuário agendado, o intervalo entre agendamentos é menor que a duração média de cada consulta, não é obedecida a ordem da agenda e sim a ordem de chegada do usuário à Unidade. Desta forma, o tempo de espera de atendimento na Emergência acaba sendo igual ou menor do que na Unidade de Saúde da Família com o diferencial que ele é atendido no mesmo dia em que procura o serviço para um atendimento.

Para o usuário, a espera foi sempre descrita como desagradável. Já para os trabalhadores de saúde a espera é descrita como algo inerente ao serviço público de saúde e cabe ao usuário “aguardar” pelo tempo estabelecido pela organização.

Oliveira (2004:132) chama atenção que o tempo que o usuário reclama não é, necessariamente, o cronológico.

*Mas, é importante que se diga que a percepção do usuário em relação à demora do atendimento pode não estar vinculada somente ao número de horas ou ao número de dias em que ele aguarda para obter o cuidado de saúde desejado. Pode não se limitar ao aspecto quantitativo do tempo medido em horas ou em dias de espera, mas a outros critérios mais subjetivos, que são próprios do usuário e que estão vinculados muito mais à dimensão ou complexidade atribuída por ele à sua experiência de sofrimento do que a qualquer outra coisa.*

A demanda de atendimento de situações ambulatoriais na emergência do hospital está relacionada com a forma operante da rede de saúde. A maior parte dos motivos dos atendimentos na Emergência relacionados pelos plantonistas e pelos usuários deveria ter como lócus privilegiado de atenção a Unidade de Saúde da Família. A população procura uma solução para o que identifica como problema de saúde e, por isso busca, geralmente, atendimento nos serviços com facilidade de acesso, como é o caso do serviço de emergência hospitalar. Portanto, a forma de funcionamento do sistema de saúde acaba por reforçar o imaginário popular que hospital, exames e medicamentos são condições para alívio do sofrimento. Não somente por que o hospital acaba por atender a demanda do usuário como também a Unidade de Saúde da Família não conseguiu fazer a virada do modelo assistencial. A produção de procedimentos prevalece sobre a produção do cuidado.

O modelo de assistência tradicional centrado no médico é ainda hegemônico no município de Quissamã, embora a Unidade de Saúde da Família conte com uma equipe multiprofissional.

Na perspectiva do sistema de saúde, quando se discute a acessibilidade sócio-cultural na avaliação dos serviços de saúde, a formação profissional dos trabalhadores de saúde e a sua atuação desvinculada das condições de vida e de saúde da população é um importante obstáculo.

A compreensão do acolhimento como inclusão e como uma rede de conversações visando possibilidades de atender às necessidades dos usuários ainda não é generalizada para todos os que trabalham na rede. A responsabilização pelo cuidado exige o acolhimento e vínculo do usuário.

Alguns usuários conseguem ser acolhidos nos serviços, incluindo os secundários, mas outros ainda são ignorados. Ignorados porque as equipes não construíram vínculo com eles, pois isso requer uma identificação com os usuários.

Observei que os serviços de saúde possuem dificuldade de acolher e vincular o usuário com transtorno mental, temendo a agressividade dele e também pela visão reducionista biomédica e divisão técnica e social do trabalho. Para muitos trabalhadores cabe ao Serviço de Saúde Mental atender esse usuário. Entretanto, alguns poucos usuários em situação de risco reconhecidamente pela equipe, mobilizavam alguns membros a busca por soluções através de ações intersetoriais.

A construção do vínculo, segundo Campos (2003) está estreitamente relacionada à capacidade da equipe responsabilizar-se pela saúde da população, isto é encarregar-se de seu acompanhamento sistemático e isto não foi observado na Unidade de Saúde investigada.

A equipe de Saúde da Família acha impossível acompanhar a população da área de abrangência pela quantidade de pessoas adscritas, mas também não estabelece nenhuma diferença de atenção a todas as pessoas ou famílias em risco biológico, subjetivo ou social. O acesso é viabilizado em função da capacidade de atendimento do serviço e não pela classificação de risco. Os procedimentos administrativos adotados na Unidade quase sempre desconsideram a singularização do cuidado. Campos (2003) afirma que um serviço de atenção primária que atende a todo o mundo que o demanda e que não consegue distinguir entre os pacientes não faz uma clínica de qualidade.

O modus operandi da equipe de Saúde da Família não se diferencia de um ambulatório clínico tradicional no atendimento ao usuário. Existe mais flexibilidade de horário: folga do médico e da enfermeira, tempo para reunião de equipe, tempo para educação permanente, tempo para visita domiciliar, entretanto, permanece a abordagem individual, prescritiva, apoiada em exames e medicamentos, atendimentos agendados

(10 em 10 min) por clínica: médica (incluindo os hipertensos / diabéticos) pediatria ou por procedimentos (preventivos, puericultura, etc.), trabalho fragmentado apesar da existência de uma equipe multiprofissional. O cuidado não se dá de forma integrada. Poucos são os usuários conhecidos e atendidos por toda a equipe de saúde. Os agentes comunitários de saúde são os trabalhadores de saúde que mais conhecem os sujeitos e a família com risco social e orgânico e o território de abrangência da Unidade de Saúde. Alguns usuários são reconhecidos pela sua patologia ou mazela social. “É hipertenso”. “É diabético”. “É traficante”. Entretanto, é dada, por um lado, pouca relevância para esse conhecimento na produção do cuidado como, por exemplo, não se prioriza consulta e distribuição de medicação para os portadores de doenças crônicas. Alguns trabalhadores de saúde sabem mais sobre a vida do usuário, mas incorporam pouco o contexto de vida do usuário na abordagem clínica. Por outro lado, algumas vezes essas informações limitam o contato da equipe com o usuário. A agente comunitária de saúde refere que não faz visita à mulher de quem suspeita traficar drogas.

O médico de família parece ser um trabalhador que precisa ter crédito diante de sua equipe de trabalho e da população adscrita. Crédito que parece que passa pela relação positiva com o usuário, pela assertividade no diagnóstico e tratamento. No campo de pesquisa algumas falas, tanto de plantonistas como de trabalhadores da equipe de Saúde da Família, demonstraram questionamentos da capacidade desse profissional de saber atender a população nos diferentes estágios de vida.

A educação em saúde enquanto uma ferramenta de promoção da autonomia e autocuidado individual e coletivo não é uma prioridade da equipe de Saúde da Família, embora, no discurso, digam que sim.

O processo de trabalho é centrado em procedimentos, concebido pela equipe como de responsabilidade do médico, principalmente, e da enfermeira. Os demais trabalhadores se colocam como coadjuvantes (isto é, executores de procedimentos: medir pressão, marcar consulta, dispensar medicamentos, etc.) ao serviço e não como co-responsáveis pelo ato de cuidar. Apesar da equipe ser multiprofissional, os trabalhadores de saúde atuam de forma desarticulada e fragmentada.

Parece que a comunicação, condutas estabelecidas, horários agendados, entre outros aspectos, não favorecem a inserção/inclusão da população à Unidade de Saúde da Família. A Unidade de Saúde não consegue absorver as demandas dos usuários nas situações agudas. A Unidade não programa o cuidado aos grupos considerados vulneráveis (hipertensos, diabéticos, desnutridos, gestantes, etc.). É o usuário que

define o seu retorno à Unidade de Saúde baseado no tempo recomendado pela equipe. Os hipertensos devem retornar a consulta médica de três em três meses, entretanto, se eles não retornam, a Unidade de Saúde desconhece e fica sem saber sobre o usuário. A Unidade de Saúde se coloca à disposição para o atendimento, isto é, para agendamento dos usuários que procuram o serviço, mas não trabalha com busca ativa dos usuários em risco enquadrados nos programas de saúde. Por exemplo, disponibiliza agenda para preventivos, entretanto, não identifica quem são as mulheres da área de abrangência da Unidade para a realização do exame. A Unidade não tem controle das mulheres que deveriam fazer exames para a prevenção do câncer de útero e mama no ano. O mesmo ocorre com outros programas de saúde. A equipe quando desperta para a baixa cobertura da população que deveria assistir tem por hábito fazer atividades “campanhistas” para captar os usuários ao serviço. A equipe de saúde não estabelece um contato longitudinal com a população de sua área de abrangência. Costuma fazer encaminhamentos para outros serviços sem nenhum tipo de monitoramento eximindo em responsabilizar-se pelo cuidado.

O usuário é encaminhado para a emergência do hospital para atendimento das situações agudas quando, isto é, quase sempre, não consegue ser incluído na agenda do serviço; é encaminhado para outras Unidades de Saúde da Família para pegar remédios padronizados não existentes na própria Unidade de Saúde; é encaminhado para fazer exames em outros serviços pela incapacidade da Unidade de reconhecer uma urgência e realizar o agendamento sem estabelecimento de prioridade. Enfim, as rotinas administrativas acabam por conduzir o usuário para fora do serviço, sem que haja um acompanhamento da sua trajetória no sistema de saúde.

Com tantos trabalhadores de saúde na relação de cuidado, quem é o gestor do cuidado? No cenário desse sistema de saúde o usuário tem acesso a muitos médicos, entretanto, nenhum toma para si a responsabilidade pelo cuidado: o médico de família do seu território, o médico obstetra que faz interconsulta de pré-natal com a enfermeira, o médico de família importado de outra Unidade de Saúde para realizar atividade educativa, o médico que cobre férias do médico de família, os médicos especialistas e os médicos plantonistas. Cada um com o seu trabalho especializado e individualizado perde a dimensão do usuário em sua totalidade.

O trabalhador mais constante dessa relação é o agente comunitário de saúde, entretanto, os agentes da área de abrangência da Unidade também não são presentes na relação com o usuário, pois não fazem como preconizado uma visita ao mês por família.

Há também que se considerar na gestão em saúde os aspectos intersubjetivos e inconscientes que atravessam as relações entre trabalhadores e trabalhadores e usuários que interferem na produção do cuidado, como os aspectos contra-transferenciais que em alguns momentos podem ser dificultadores da promoção da integralidade do cuidado. Uma outra questão relevante é indagar os limites da validade desse modelo assistencial diante do processo de especialização das profissões e da formação profissional.

Em síntese a organização do processo de trabalho da Unidade de Saúde da Família não promove suficientemente acolhimento, vínculo e responsabilização com os usuários que os favoreçam a buscar o atendimento que necessitam através da Unidade de Saúde da Família. Acredito que se não houver uma mudança na forma de produzir a assistência nas Unidades de Saúde da Família, não haverá uma redução da demanda de atendimentos ambulatoriais na emergência hospitalar e nem uma produção de cuidado com qualidade e resolutividade.

Cabe integrar os serviços em um sistema para que ao invés de serem concorrentes na prestação de serviços de saúde, os serviços possam ser complementares e pôr em evidência os aspectos psicossociológicos que atravessam o trabalho em saúde. Para tal é preciso começar a discussão pela adesão dos trabalhadores ao projeto assistencial.

Para finalizar, concluo que esse estudo possibilitou confirmar outros que apontam a densidade tecnológica, a cultura popular e a dificuldade de acesso aos serviços de atenção primária como fatores que contribuem para a demanda ao serviço de emergência. Também lançou uma luz para o peso dos microprocessos políticos, intersubjetivos e inconscientes no cotidiano do funcionamento dos serviços de saúde, condicionando os limites e possibilidades da produção do cuidado. Tendo em vista que o fator tempo foi um limitante para aprofundar alguns aspectos na análise micropolítica e psicossociológica do trabalho, pretendo, entretanto, futuramente, aprofundar essa análise.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ARTMANN, E; RIVERA, F.J.U. Humanização no Atendimento em saúde e Gestão Comunicativa In: DESLANDES, S.F. (Org) **Humanização dos Cuidados em Saúde-Conceitos, Dilemas e Práticas**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006.
- AZEVEDO, C. **Sob o domínio da urgência: O trabalho de diretores de hospitais públicos do Rio de Janeiro**. São Paulo: s.n., 2005. Tese de doutorado – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.
- AZEVEDO, C.; BRAGA NETO, F.C.; SÁ, M.C. O Indivíduo e a Mudança nas Organizações de Saúde: Contribuições da Psicossociologia. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 18(1): 235-247, jan-fev, 2002.
- BARROS, M. B.de A.et al. Desigualdades na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD-2003. **Ciência&SaúdeColetiva**, ABRASCO, volume11, número4, Outubro/dezembro/2006.
- BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano, compaixão pela terra**. Petrópolis: Vozes, 1999.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção á Saúde. Departamento da Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Série Pactos pela Saúde 2006, v.4, Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- \_\_\_\_\_. **Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 72p (Série A. Normas e Manuais Técnicos)
- \_\_\_\_\_. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde: unidade de aprendizagem – trabalho e relações na produção do cuidado em saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.
- \_\_\_\_\_. Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos. Portal do Ministério da Saúde. Disponível em [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br) Acesso em 06/11/06.
- \_\_\_\_\_. Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde. Disponível em [www.datasus.gov.br](http://www.datasus.gov.br). Acesso em 25/02/06.
- \_\_\_\_\_. Programas de Saúde: Saúde da Família. Disponível em [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br) Acesso em 06/01/05.
- \_\_\_\_\_. Portal do Ministério da Saúde. Programas de Saúde: QualiSUS. Disponível em [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br). Acesso em 25/02/05.
- \_\_\_\_\_. Portaria 1101/GM de 12/06/2002.
- \_\_\_\_\_. Portaria 2048/GM de 05/11/2002.
- \_\_\_\_\_. **Guia Prático do Programa de Saúde da Família**. Brasília, Ministério da Saúde, 2001.
- CALDAS, M.P.; TORNELLI, M.J. o homem-camaleão e modismos gerenciais: uma discussão sociopolítica do comportamento modal nas organizações. In: MOTTA, F.C.P.; FREITAS, M.E. **Vida Psíquica e Organização**, 2ª edição, Rio de Janeiro: Editora FGV, 2000.

- CALIFORNIA HEALTH FOUNDATION. **Overuse of Emergency Departments among insured californians**. October 2006. Disponível em [www.chcf.org](http://www.chcf.org) acesso em 15/12/06.
- CAMPOS, G.W.de S. **Saúde Paidéia**, São Paulo: Editora HUCITEC, 2003.
- CECÍLIO, L.C.O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 13(3): 469-478, jul - set, 1997.
- \_\_\_\_\_. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO R.; MATTOS, R.A.(Org.). **Os Sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO,2001.
- CECÍLIO, L.C.O.; MENDES, T.C. Propostas alternativas de gestão e o protagonismo dos trabalhadores: por que as coisas nem sempre acontecem com os dirigentes desejam? **Saúde e Sociedade**, v.13. n.2, p.39-55, maio - ago,2004.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Código de Ética Médica, Resolução 1246 de 08/01/88. Disponível em [www.cfm.org.br](http://www.cfm.org.br) Acesso em 25/02/05.
- \_\_\_\_\_. Resolução 1451/95 [www.cfm.org.br](http://www.cfm.org.br) Acesso em 25/02/05.
- CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DE SÃO PAULO. Consulta nº 55.820/98 Disponível em [www.cremesp.com.br](http://www.cremesp.com.br) Acesso em 27/02/05.
- \_\_\_\_\_. Urgência e Emergência: Situação crítica no sistema público de saúde. A Revista Ser Médico, **CREMESP**, edição 29, out/nov/dez de 2004.
- 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, L.B.;NEMES,M.I.B.;Mendes-GONÇALVES,R.B. **Saúde do adulto- Programas e Ações na Unidade Básica**, São Paulo:Editora HUCITEC,1996.
- DEJOURS, C. **A Banalização da Injustiça Social**, 6ª edição, Rio de Janeiro: Editora FGV, 2005.
- ENRIQUEZ, E. Vida Psíquica e organização. In: Motta, F.C.P.; Freitas, M.E. (Org.) **Vida Psíquica e organização**, 2ª edição, Rio de Janeiro: Editora FGV, 2000.
- FERREIRA, A. B de H. **Novo Dicionário da Língua Portuguesa**, 2ª edição revista e aumentada. RJ: Nova Fronteira, 1996.
- FEKETE, M.C. Estudo da Acessibilidade na Avaliação dos Serviços de Saúde. In:Santana,J.P.**Desenvolvimento Gerencial de Unidades Básicas do Sistema Único de Saúde**. Brasília: Organização Pan-americana da Saúde, 1997.
- FRANCO, T. B.; MAGALHÃES JUNIOR, H.M. Integralidade na Assistência à Saúde: A organização das Linhas de Cuidado. In: MERHY, E. E et. al. **O Trabalho em Saúde: Olhando e Experienciando o SUS no cotidiano**. 2ª ed. São Paulo: Editora HUCITEC, 2004.
- FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. **Programa de Saúde da Família: Somos contra ou a favor? Só analisando antes, para dizer depois**. Publicado em

09/2000. Disponível em: [www.fcm.unicamp.br/departamentos/preventiva/revista/artigo-merhy](http://www.fcm.unicamp.br/departamentos/preventiva/revista/artigo-merhy). Acesso em 04/01/2005.

- FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Programa de Saúde da Família (PSF): Contradições de um Programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, E. E et. al. **O Trabalho em Saúde: Olhando e Experienciando o SUS no cotidiano**. 2.ed. São Paulo: Editora HUCITEC, 2004.
- \_\_\_\_\_ . O uso de ferramentas analisadoras dos serviços de saúde: o caso do Serviço Social do Hospital das Clínicas da UNICAMP. In: MERHY, E. E et. al. **O Trabalho em Saúde: Olhando e Experienciando o SUS no cotidiano**. 2.ed. São Paulo: Editora HUCITEC, 2004.
- FRANCO, T. B.; BUENO, W.S.; MERHY, E.E. O Acolhimento e os Processos de Trabalho em Saúde: O caso de Betim/MG. In: MERHY, E. E et. al. **O Trabalho em Saúde: Olhando e Experienciando o SUS no cotidiano**. 2.ed. São Paulo: Editora HUCITEC, 2004.
- FREITAS, M.E. A questão do imaginário e a fronteira entre a cultura organizacional e a psicanálise In: MOTTA, F.C.P.; FREITAS, M. E., **Vida Psíquica e Organização**. 2ª edição, Rio de Janeiro: Editora FGV, 2000.
- GIGLIO-JACQUEMOT, A. **Urgências e Emergências em saúde: perspectivas de profissionais e usuários**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005.
- GOMES, M. C. P. A.; PINHEIRO, R. Acolhimento e Vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. **Interface-Comunic, Saúde, Educ.**, v.9, n.17,p.287-301, mar/ago 2005.
- HEIMANN, L. S.; MENDONÇA, M. H. A Trajetória da Atenção Básica em Saúde e do Programa de Saúde da Família no SUS: Uma Busca de Identidade. In: LIMA, N. S. (org). **Saúde e Democracia-História e Perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005.
- LACERDA, A.; VALLA, V. V. As Práticas Terapêuticas de Cuidado Integral à Saúde como Proposta para Aliviar o Sofrimento. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.) **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: Hucitec: ABRASCO, 2004.
- LAPLANCHE, J; PONTALIS, J. B. **Vocabulário da Psicanálise**. 5ª edição. Santos, Martins Fontes Editora, 1970.
- LEMME, A. C. **Ouvindo e Encantando o Paciente**. Rio de Janeiro, Qualitymark, 2005.
- LÈVY, A. **Ciências Clínicas e Organizações Sociais**. Belo Horizonte: Autêntica/FUMEC, 2001a.
- \_\_\_\_\_ . A Psicossociologia: crise ou renovação? In: LÈVY et. al (Orgs.) **Psicossociologia – análise social e intervenção**. Belo Horizonte: Autêntica, 2001b.
- MATTOS, R. de A. Direito à Saúde, Necessidades e Integralidade In: PINHEIRO, R. E.; MATTOS, R. A.(Org). **Construção Social da Demanda: direito à Saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ: ABRASCO, 2005.



- \_\_\_\_\_ . Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.E.; MATTOS, R. A. (Org). **Os Sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001.
- MENDES, E.V. **A atenção primária à saúde**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002a.
- \_\_\_\_\_ . **Os sistemas de serviços de saúde: o que os gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002b.
- \_\_\_\_\_ . **Uma Agenda para a Saúde**. 2ªed. São Paulo: Editora HUCITEC, 1999.
- MERHY, E.E. **Saúde – A cartografia do trabalho vivo**. 2ª edição, São Paulo: HUCITEC, 2005.
- \_\_\_\_\_ . O uso de ferramentas analisadoras para o apoio ao planejamento dos serviços de saúde: O caso do Serviço Social do Hospital das Clínicas da Unicamp. In: MERHY, E. E et.al. **O Trabalho em Saúde: Olhando e Experienciando o SUS no cotidiano**. 2ª edição, São Paulo: Editora HUCITEC, 2004.
- \_\_\_\_\_ . Por uma composição técnica do trabalho em saúde centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. Apontando mudanças para os modelos tecno-assistenciais. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.27, n65, p.316-323, set./dez.2003.
- MERHY, E.E. Em busca do tempo perdido: A micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy, E.M.; Onoko,R. (Org) **Agir em Saúde - Um desafio para o público**. 2ª edição, São Paulo: Editora HUCITEC, 2002.
- \_\_\_\_\_ . **A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência**. Publicado em 1998. disponível em: [www.fcm.unicamp.br/departamentos/preventiva/revista/artigo-merhy](http://www.fcm.unicamp.br/departamentos/preventiva/revista/artigo-merhy). Acesso em 04/01/2006.
- MINAYO, M. C de S. (Org) **Pesquisa Social-Teoria, método e criatividade**. 21ª edição. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.
- O Globo, Jornal. Caderno Economia. 22 de Abril de 2005.
- OLIVEIRA, F. J. A de Por uma perspectiva dos usuários: Avaliação de uma saúde comunitária In: Bordin, R.; FACHIN, R. C.; KLERING, L. R.; GOLDIM, J. R. (Org) **Práticas de Gestão em Saúde: Em busca da qualidade**. Porto Alegre: Dacasa, 1996.
- OLIVEIRA, L. H. de **Cidadão Peregrinos: Os ‘usuários’ do SUS e os significados de sua demanda a prontos-socorros e hospitais no contexto de um processo de reorientação do modelo assistencial - Uma análise a partir de usuários do SUS no município de Juiz de Fora**.Rio de Janeiro:UERJ, 2004.209p. Tese de Doutorado-Instituto de Medicina Social da UERJ.
- PEDUZZI, M.; PALMA, J. J. LA. Equipe de saúde. In: SCHRAIBER, L. M.; NEMES, M.I.B.; MENDES-GONÇALVES,R.B.(Org). **Saúde do Adulto – Programas e Ações na Unidade Básica**. São Paulo: Editora HUCITEC, 1996.

- 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. (Org). **Os Sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001.
- PLASTINO, C.A. O Quinto Rombo: a psicanálise. In: SANTOS, B.S. (org) **Conhecimento Prudente para uma Vida Decente**. São Paulo: Cortez, 2004.
- Quissamã. Prefeitura Municipal. **Plano Diretor de Desenvolvimento Sustentável 2006**. disponível na internet: [www.quissama.rj.gov.br](http://www.quissama.rj.gov.br)
- \_\_\_\_\_ . Secretaria Municipal de Saúde. Relatórios de Gestão. 2005 e 2006. (digitados)
- RIBEIRO, M. C. S. DE A.; BARATA, R. B.; ALMEIDA, M. F. DE; SILVA, Z. P. DE Perfil sociodemográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para usuários e não usuários do SUS–PNAD 2003. **Ciência&SaúdeColetiva**, ABRASCO, volume11, número4, Outubro/dezembro/2006.
- RODRIGUES, L.; KAYANO, R.; LIPPE, T.; SCHRAIBER, L. Interações com os usuários na Unidade Básica de Saúde In: SCHRAIBER, L. M.; NEMES, MI. B.; MENDES-GONÇALVES, R. B. (Org). **Saúde do Adulto – Programas e Ações na Unidade Básica**. São Paulo: Editora HUCITEC, 1996.
- ROUQUAYROL, M. Z.; KERR-PONTES, L. R. S. A medida da saúde coletiva In: ROUQUAYROL, M. Z. **Epidemiologia & Saúde**. 4ª edição, Rio de Janeiro: MEDSI,1993.
- SANTOS, B. de S. **Pela mão de Alice: o social e o político na pós modernidade**. São Paulo: Cortez, 5ª edição. 1999.
- SANTOS, R.C. **Saúde Todo Dia - Uma Construção Coletiva**. São Paulo, HUCITEC, 2006.
- SÁ, M. DE C. **Em busca de uma porta de saída: os destinos da solidariedade, da cooperação e do cuidado com a vida na porta de entrada de um hospital de emergência**. São Paulo: s.n., 2005. Tese de doutorado – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.
- STARFIELD, B. **Atenção Primária – Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.
- TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20 Sup,190-198, 2004.
- TURATO, E.R. **Tratado da Metodologia da Pesquisa Clínico-Qualitativa**. Petrópolis: Vozes, 2003, 2ª ed.

**ANEXO 1**

---

**TERMO DE AUTORIZAÇÃO**

Pelo presente, autorizo a pesquisadora Delba Machado Barros, psicóloga, CRP05/13369, mestranda em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública-FIOCRUZ, sob orientação do Prof<sup>o</sup> Dr<sup>o</sup>Francisco Javier Uribe Rivera e da Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Marilene de Castilho Sá, a realizar no município de Quissamã a pesquisa de campo integrante de seu projeto de dissertação de mestrado, intitulado *Demanda de pronto-atendimento ao serviço de emergência de um hospital geral de uma população coberta pela Saúde da Família: o caso de Quissamã/RJ* cujos objetivos e procedimentos metodológicos são os seguintes:

**Objetivo Geral**

Examinar os condicionantes da demanda ao serviço de emergência em situações consideradas ambulatoriais de uma população coberta pela equipe de Saúde da Família.

**Objetivos Específicos**

1. Descrever a forma de organização e os processos de produção do cuidado e suas condições tecnológicas em duas Unidades de Saúde da Família, com ênfase na dimensão relacional;
2. Identificar as explicações dos médicos da emergência, dos profissionais das Unidades de Saúde da Família a serem pesquisadas e dos seus usuários sobre a demanda na emergência hospitalar nas situações consideradas ambulatoriais;
3. Discutir a partir das percepções dos profissionais e usuários e da observação da rotina dos serviços as principais dificuldades que se colocam quanto ao acesso, vínculo, responsabilização e acolhimento do sofrimento no serviço primário de atenção.

**Procedimentos metodológicos previstos para a pesquisa de campo:**

- Levantamento e análise de documentos oficiais.

- Realização de entrevista semi-estruturada com os usuários, plantonistas da Emergência Hospitalar e profissionais de saúde de duas Unidades de Saúde da Família que constituirão o campo de pesquisa.
- Observação direta e análise da organização e dos processos de produção do cuidado e suas condições tecnológicas, de duas Unidades de Saúde da Família.
- Observação longitudinal do paciente em duas Unidades de Saúde da Família, acompanhando o seu percurso desde sua chegada até sua saída do serviço de saúde.

Todas as entrevistas (individuais e em grupo) e a observação longitudinal dos pacientes serão realizadas com o consentimento livre e esclarecido dos participantes, em termo próprio, segundo as diretrizes e normas estabelecidas pela Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde.

Quissamã, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2006.

---

Drº Armando Alberto Hermínio de Nijs – CPF: 487083057-49  
Secretário Municipal de Saúde de Quissamã.

**ANEXO 2**

---

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

---

**PESQUISA:****Demanda de pronto atendimento no serviço de emergência de um hospital geral de uma população coberta pela Saúde da Família: o caso de Quissamã-RJ.**

Informações aos **Usuários do Serviço de Emergência** do Hospital Mariana Maria de Jesus:

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa que tem como objetivo analisar o porquê da população coberta pela Estratégia de Saúde da Família procurar atendimento na urgência/emergência para situações consideradas ambulatoriais. Sua participação não é obrigatória. Você foi selecionado aleatoriamente entre os pacientes que chegam ao hospital para algum tipo de atendimento.

Essa Pesquisa faz parte de uma dissertação de Mestrado para obtenção do grau de Mestre em Ciências pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) – FIOCRUZ.

Antes de aceitar participar da pesquisa leia atentamente as explicações abaixo que informam sobre o procedimento:

- A sua participação consistirá em conceder uma entrevista individual, de duração aproximada de trinta minutos, na qual será convidado a falar das razões que o levam a procurar o serviço de emergência bem como sobre o atendimento ofertado nas Unidades de Saúde da Família do município.
- Você poderá recusar a participar da pesquisa e poderá abandonar o procedimento em qualquer momento, sem nenhuma penalização ou prejuízo ao seu atendimento no Hospital. Durante a entrevista, você poderá recusar a responder qualquer pergunta que por ventura lhe causar algum constrangimento.
- A sua participação como voluntário ou a de seu responsável não auferirá nenhum privilégio, seja ele de caráter financeiro ou de qualquer natureza.
- A sua participação ou do seu responsável não envolverá nenhum risco. Os benefícios relacionados com a sua participação são a oportunidade de contribuir para um maior conhecimento do atendimento ofertado no sistema municipal de saúde e para a melhoria da assistência prestada pelas Unidades de Saúde.
- As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguraremos o sigilo sobre sua participação. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação e para tal alteraremos os seus dados de identificação para proteger e assegurar sua privacidade.
- Você receberá uma cópia deste termo, onde consta o telefone do pesquisador responsável podendo tirar suas dúvidas sobre a pesquisa e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Pesquisadora responsável:

Delba Machado Barros

Telefone Institucional: (21) 2598-2557 ou (21) 2598-2558

Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/ENSP

Rua Leopoldo Bulhões, nº 1480 Sala 314

Manguinhos – Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-210

Telefone: (21) 2598-2863

Confirmo ter conhecimento do conteúdo deste termo. A minha assinatura abaixo indica que concordo em participar desta pesquisa e por isso dou meu consentimento.

Quissamã, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2006.

Assinatura: \_\_\_\_\_ .

Nome(em letra de forma): \_\_\_\_\_ .

**ANEXO 3**

---

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO****PESQUISA:****Demanda de pronto atendimento no serviço de emergência de um hospital geral de uma população coberta pela Saúde da Família: o caso de Quissamã-RJ.****Informações aos Usuários das Unidades de Saúde da Família:**

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa que tem como objetivo analisar o porquê da população coberta pela Estratégia de Saúde da Família procurar atendimento na urgência/emergência para situações consideradas ambulatoriais. Sua participação não é obrigatória. Você foi selecionado aleatoriamente entre os pacientes que chegam a Unidade de Saúde para algum tipo de atendimento.

Essa Pesquisa faz parte de uma dissertação de Mestrado para obtenção do grau de Mestre em Ciências pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) – FIOCRUZ.

Antes de aceitar participar da pesquisa leia atentamente as explicações abaixo que informam sobre o procedimento:

- A sua participação consistirá em conceder uma entrevista em grupo, de duração aproximada de 1 hora e 30 minutos, na qual será convidado a falar de você, da sua saúde e dos atendimentos recebidos nas Unidades de Saúde do município.
- Você poderá recusar a participar da pesquisa e poderá abandonar o procedimento em qualquer momento, sem nenhuma penalização ou prejuízo ao seu atendimento na Unidade de Saúde. Durante a entrevista, você poderá recusar a responder qualquer pergunta que por ventura lhe causar algum constrangimento.
- A sua participação como voluntário ou a de seu responsável não auferirá nenhum privilégio, seja ele de caráter financeiro ou de qualquer natureza.
- A sua participação ou do seu responsável não envolverá nenhum risco. Os benefícios relacionados com a sua participação são a oportunidade de contribuir para um maior conhecimento do atendimento ofertado pela Unidade de Saúde e para a melhoria da assistência prestada pelo sistema municipal de saúde.
- As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguraremos o sigilo sobre sua participação. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação e para tal alteraremos os seus dados de identificação para proteger e assegurar sua privacidade.
- Você receberá uma cópia deste termo, onde consta o telefone do pesquisador responsável podendo tirar suas dúvidas sobre a pesquisa e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Pesquisadora responsável:

Delba Machado Barros

Telefone Institucional: (21) 2598-2557 ou (21) 2598-2558

Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/ENSP

Rua Leopoldo Bulhões, nº 1480 Sala 314

Manguinhos – Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-210

Telefone: (21) 2598-2863

Confirmo ter conhecimento do conteúdo deste termo. A minha assinatura abaixo indica que concordo em participar desta pesquisa e por isso dou meu consentimento.

Quissamã, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2006.

Assinatura: \_\_\_\_\_ .

Nome (em letra de forma): \_\_\_\_\_ .



**ANEXO 4**

---

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

---

**PESQUISA:****Demanda de pronto atendimento no serviço de emergência de um hospital geral de uma população coberta pela Saúde da Família: o caso de Quissamã-RJ.****Informações aos Usuários das Unidades de Saúde da Família:**

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa que tem como objetivo analisar o porquê da população coberta pela Estratégia de Saúde da Família procurar atendimento na urgência/emergência para situações consideradas ambulatoriais. Sua participação não é obrigatória. Você foi selecionado aleatoriamente entre os pacientes que chegam a Unidade de Saúde para algum tipo de atendimento.

Essa Pesquisa faz parte de uma dissertação de Mestrado para obtenção do grau de Mestre em Ciências pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) – FIOCRUZ.

Antes de aceitar participar da pesquisa leia atentamente as explicações abaixo que informam sobre o procedimento:

- A sua participação consistirá em ser **observado** pela pesquisadora, em todas as fases de seu atendimento na Unidade de Saúde, desde sua chegada a Unidade até o seu atendimento final, inclusive durante o atendimento médico, se para ele for encaminhado.
- Você poderá recusar a participar da pesquisa e poderá abandonar o procedimento em qualquer momento, sem nenhuma penalização ou prejuízo ao seu atendimento na Unidade de Saúde. Durante a entrevista, você poderá recusar a responder qualquer pergunta que por ventura lhe causar algum constrangimento.
- A sua participação como voluntário ou a de seu responsável não auferirá nenhum privilégio, seja ele de caráter financeiro ou de qualquer natureza.
- A sua participação ou do seu responsável não envolverá nenhum risco. Os benefícios relacionados com a sua participação são a oportunidade de contribuir para um maior conhecimento do atendimento ofertado pela Unidade de Saúde e para a melhoria da assistência prestada pelo sistema municipal de saúde.
- As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguraremos o sigilo sobre sua participação. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação e para tal alteraremos os seus dados de identificação para proteger e assegurar sua privacidade.
- Você receberá uma cópia deste termo, onde consta o telefone do pesquisador responsável podendo tirar suas dúvidas sobre a pesquisa e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Pesquisadora responsável:

Delba Machado Barros

Telefone Institucional: (21) 2598-2557 ou (21) 2598-2558

Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/ENSP

Rua Leopoldo Bulhões, nº 1480 Sala 314

Manguinhos – Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-210

Telefone: (21) 2598-2863

Confirmo ter conhecimento do conteúdo deste termo. A minha assinatura abaixo indica que concordo em participar desta pesquisa e por isso dou meu consentimento.

Quissamã, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2006.

Assinatura: \_\_\_\_\_ .

Nome (em letra de forma): \_\_\_\_\_ .

**ANEXO 5**

---

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO****PESQUISA:****Demanda de pronto atendimento no serviço de emergência de um hospital geral de uma população coberta pela Saúde da Família: o caso de Quissamã****Informações aos Médicos Plantonistas da Emergência:**

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa que tem como objetivo geral analisar o porquê da população coberta pela Estratégia de Saúde da Família procurar atendimento na urgência/emergência para situações consideradas ambulatoriais. Sua participação não é obrigatória. Você foi selecionado aleatoriamente entre os médicos plantonistas que trabalham, neste serviço, em dias úteis da semana.

Essa Pesquisa faz parte de uma dissertação de Mestrado para obtenção do grau de Mestre em Ciências pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) – FIOCRUZ.

Antes de aceitar participar da pesquisa leia atentamente as explicações abaixo que informam sobre o procedimento:

- A sua participação consistirá em conceder uma entrevista, de duração aproximada de 1 hora, na qual será convidado a falar sobre o seu trabalho, a rede municipal de saúde e sobre a população atendida na emergência do Hospital Mariana Maria de Jesus.
- Você poderá desistir de participar da pesquisa e retirar seu consentimento a qualquer momento, sem nenhuma penalização ou prejuízo em sua relação com o pesquisador, com o Hospital Mariana Maria de Jesus ou com o Secretário de Saúde. Durante a entrevista, você poderá recusar a responder qualquer pergunta que por ventura lhe causar algum constrangimento.
- A sua participação como voluntário não auferirá nenhum privilégio, seja ele de caráter financeiro ou de qualquer natureza.
- Os riscos relacionados com sua participação são mínimos e não serão maiores do que os encontrados em suas atividades cotidianas no Hospital. Os benefícios relacionados com sua participação são a oportunidade de refletir sobre o trabalho em saúde e de contribuir para a melhoria da qualidade da assistência prestada.
- As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguraremos o sigilo sobre sua participação. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação e para tal alteraremos os seus dados de identificação para proteger e assegurar sua privacidade.
- Você receberá uma cópia deste termo, onde consta o telefone do pesquisador responsável podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Confirmando ter conhecimento do conteúdo deste termo. A minha assinatura abaixo indica que concordo em participar desta pesquisa e por isso dou meu consentimento.

Quissamã, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2006.

Assinatura: \_\_\_\_\_.

Nome(em letra de forma)\_\_\_\_\_.

Pesquisadora responsável:

Delba Machado Barros

Telefone Institucional: (21) 2598-2557 ou (21) 2598-2558

Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/ENSP

Rua Leopoldo Bulhões, nº 1480 Sala 314

Manguinhos – Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-210

Telefone: (21) 2598-2863

**ANEXO 6****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO****PESQUISA:****Demanda de pronto atendimento no serviço de emergência de um hospital geral de uma população coberta pela Saúde da Família: o caso de Quissamã****Informações aos Profissionais da Equipe de Saúde da Família:**

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa que tem como objetivo geral analisar o porquê da população coberta pela Estratégia de Saúde da Família procurar atendimento na urgência/emergência para situações consideradas ambulatoriais. Sua participação não é obrigatória. Você foi convidado a participar da pesquisa juntamente com os demais profissionais que trabalham nessa Unidade de Saúde da Família selecionada como campo de pesquisa.

Essa Pesquisa faz parte de uma dissertação de Mestrado para obtenção do grau de Mestre em Ciências pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) – FIOCRUZ.

Antes de aceitar participar da pesquisa leia atentamente as explicações abaixo que informam sobre o procedimento:

- A sua participação consistirá em conceder uma entrevista em grupo, de duração aproximada de 1 hora e 30 minutos, na qual será convidado a falar sobre o seu trabalho, a rede municipal de saúde e sobre a população atendida na Unidade de Saúde.
- Você poderá desistir de participar da pesquisa e retirar seu consentimento a qualquer momento, sem nenhuma penalização ou prejuízo em sua relação com o pesquisador, com o Secretário Municipal de Saúde ou com a Coordenação do Programa de Saúde da Família. Durante a entrevista, você poderá recusar a responder qualquer pergunta que por ventura lhe causar algum constrangimento.
- A sua participação como voluntário não auferirá nenhum privilégio, seja ele de caráter financeiro ou de qualquer natureza.
- Os riscos relacionados com sua participação são mínimos e não serão maiores do que os encontrados em suas atividades cotidianas na Unidade de Saúde. Os benefícios relacionados com sua participação são a oportunidade de refletir sobre o trabalho em saúde e de contribuir para a melhoria da qualidade da assistência prestada.
- As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguraremos o sigilo sobre sua participação e sobre a Unidade de Saúde. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação e da Unidade e para tal alteraremos os seus dados de identificação e os da Unidade para proteger e assegurar sua privacidade e do serviço.
- Você receberá uma cópia deste termo, onde consta o telefone do pesquisador responsável, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Confirmando ter conhecimento do conteúdo deste termo. A minha assinatura abaixo indica que concordo em participar desta pesquisa e por isso dou meu consentimento.

Quissamã, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2006.

Assinatura: \_\_\_\_\_.

Nome(em letra de forma)\_\_\_\_\_.

Pesquisadora responsável:

Delba Machado Barros

Telefone Institucional: (21) 2598-2557 ou (21) 2598-2558

Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/ENSP

Rua Leopoldo Bulhões, nº 1480 Sala 314

Manguinhos – Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-210

Telefone: (21) 2598-2863

## ANEXO 7

---

### ROTEIRO PARA AS ENTREVISTAS SEMI-ESTRUTURADAS

#### USUÁRIOS:

##### **Recepção da Urgência/Emergência: Entrevista Individual**

- O que está acontecendo com você?
- Por que veio procurar a emergência ao invés do Posto de Saúde<sup>9</sup> mais perto de sua casa?
- Costuma ir ao Posto de Saúde? Com que frequência e em que situações?
- Qual foi a última vez que você foi ao Posto de Saúde? Quanto tempo esperou para conseguir atendimento?
- Sabe o nome de algum profissional que trabalhe no Posto?
- Fale um pouco sobre sua saúde e a saúde de sua família?
- Já foi atendido aqui em outras vezes? Como foi atendido? E depois, foi encaminhado para algum lugar?
- Que horas chegou na Emergência? Quanto tempo esperou para ser atendido?

##### **Unidade de Saúde da Família: Entrevista em Grupo**

- Em que situações vocês procuram o Posto de Saúde e em que situações vocês não procuram? Procuram quem?
- Há quanto tempo vocês se consultam aqui?
- São atendidos sem ter consulta marcada, quando têm alguma urgência?
- Vocês recebem visita da equipe de saúde em suas residências? Em que situações? Com que frequência?
- Falem do atendimento aqui: Como é, o que vocês pensam sobre?
- Quanto tempo em geral esperam entre a marcação e a consulta?

##### **MÉDICOS PLANTONISTAS: Entrevista Individual**

- Que tipo de problema/queixa você mais atende aqui? A que você atribui essa demanda de atendimento na emergência?
- Qual a sua avaliação do grau de urgência e de gravidade dos atendimentos realizados aqui?
- Quando chega uma situação que não é emergência, no serviço de emergência, o que é feito com o paciente?
- Até que ponto essa unidade de emergência se sente responsável por garantir o atendimento do paciente em suas necessidades?
- O serviço de emergência está fazendo a referência para o primeiro nível de atenção? Existe diálogo do Hospital com as Unidades de Saúde da Família?

---

<sup>9</sup> Posto de Saúde é um termo utilizado usualmente pela população para denominar as Unidades de Saúde da Família.

**EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA: Entrevista em Grupo**

- Falem livremente do trabalho no PSF.
- Vocês costumam atender pacientes sem consulta marcada? Existe mecanismo de acolhimento do usuário que chega a Unidade sem consulta marcada?
- Vocês atendem casos de urgência? E o que fazem com esses casos?
- No caso de ausência de um dos membros da equipe para o qual o paciente está agendado o que é feito?
- Após atendimento na emergência ou internação no próprio município ou fora dele, a equipe costuma ir a residência dessas pessoas?
- Existe mecanismo de referência e contra-referência para outras Unidades do município?
- Os pacientes encaminhados para outros níveis de atenção retornam à Unidade de Saúde? Quais as dificuldades para o retorno dos pacientes encaminhados?
- A equipe costuma atender a mesma família? Lembra do nome?
- Quais são as necessidades da população adscrita a essa Unidade de Saúde?



## **ANEXO 8**

---

### **ROTEIRO PARA A OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE**

#### **UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

- As portas da Unidade estão abertas à população adscrita?
- Como funcionam as Unidades de Saúde da Família? Tipo de marcação de horário, turnos de funcionamento, tempo de espera para ser atendido pelo médico e para fazer exames laboratoriais?
- Elaborar fluxograma do processo produtivo das Unidades de Saúde.
- Quais as rotinas existentes? Como se dão o processo de comunicação, a recepção, as orientações, as visitas domiciliares, as reuniões de equipe e as supervisões nas Unidades de Saúde?

**ANEXO 9**

---

**ROTEIRO PARA ANÁLISE DOCUMENTAL****EMERGÊNCIA/URGÊNCIA**

- Livro de registro da Emergência/urgência;
- Murais e Comunicados voltados para a locução com os usuários
- Dados do Sistema de Informação Hospitalar:
  - Atendimentos realizados na Emergência/urgência.

**UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

- Dados do Sistema de Informação Ambulatorial (SIAB)
- Identificar o tipo de acompanhamento dado pela equipe aos casos que merecem atenção especial.
- Agenda de Atendimentos. Que percentual está disponível para atendimentos imprevistos? As consultas são agendas por programas de saúde?
- Relatório de Gestão da Unidade com destaque para organização e funcionamento da Unidade;
- Planejamento Estratégico 2006;
- Murais e Comunicados voltados para a locução com os usuários;
- Documentos oficiais do Programa de Saúde da Família no município.

## ANEXO 10

---

### ATRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

#### **Agente Comunitário de Saúde (ACS)**

Realizar mapeamento de sua área; Cadastrar e atualizar as famílias de sua área; identificar indivíduos e famílias expostas à situação de risco; Realizar visita domiciliar mensal a todas as famílias sob sua responsabilidade; Desenvolver ações básicas de saúde nas áreas de atenção à criança, à mulher, ao adolescente, ao trabalhador e ao idoso, diabetes e hipertensão arterial, sob a supervisão de equipe da Unidade de Saúde; Promover educação em saúde e participar das mobilizações comunitárias; Orientar as famílias para utilização adequada dos serviços de saúde; Informar aos demais membros da equipe de saúde acerca da dinâmica social da comunidade, suas disponibilidades e necessidades; Participar do processo de programação e planejamento local das ações relativas ao território de abrangência da Unidade de Saúde da Família; Executar ações básicas de vigilância epidemiológica e sanitária em sua área de ação, quando necessário; Proceder à visita hospitalar aos pacientes de sua área de abrangência; Notificar doenças de vigilância epidemiológica e grupos de risco e Preencher relatórios diários padronizados.

#### **Auxiliar de Enfermagem**

Desenvolver, com os ACS, atividades de identificação das famílias de risco; Contribuir, quando solicitado, com o trabalho dos ACS no que se refere às visitas domiciliares; Acompanhar as consultas de enfermagem dos indivíduos expostos às situações de risco, visando garantir uma melhor monitoria de suas condições de saúde; Executar, segundo sua qualificação profissional, os procedimentos de vigilância sanitária e epidemiológica nas áreas de atenção à criança, à mulher, ao adolescente, ao trabalhador e ao idoso, bem como no controle da tuberculose, hanseníase, doenças crônico-degenerativas e infecto-contagiosas; Participar da discussão e organização do processo de trabalho da Unidade de Saúde; Participar de atividades de educação em saúde; Participar de Campanhas Municipais programadas pela Secretaria de Saúde; Executar tratamento especificamente prescrito ou de rotina, além de outras atividades de Enfermagem, tais como (Ministrar medicamentos por via oral e parenteral, segundo prescrição; Fazer curativos; Aplicar

oxigenioterapia, nebulização, enteroclisma, enema e calor ou frio; Executar tarefas referentes à conservação e aplicação de vacinas; Realizar testes e proceder à sua leitura, para subsídio de diagnóstico; Executar atividade de desinfecção e esterilização de materiais; Prestar cuidados de higiene e conforto ao paciente e zelar por sua segurança. Verificar sinais vitais e medidas antropométricas; Realizar pré e pós consulta); Manter o local de trabalho limpo e organizado. Executar outras atribuições afins.

### **Enfermeiro de Unidade de Saúde da Família**

Realizar o levantamento e atualização do diagnóstico de saúde e o monitoramento dos indicadores de saúde na sua área de atuação; Planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços de assistência de enfermagem; Consultoria, auditoria e emissão de Parecer sobre matéria de enfermagem; Consulta de Enfermagem, priorizando grupos de risco; Prescrição de assistência de enfermagem; Cuidados de Enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimento de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas; Participação na elaboração, execução e avaliação dos planos assistenciais de saúde; Prescrição de medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde; Prevenção e controle sistemático de danos que possam ser causados à clientela durante a assistência de enfermagem; Prevenção e controle sistemático de infecção hospitalar e de doenças transmissíveis em geral; Assistência de enfermagem a gestantes, parturientes e puérpera; Confeccionar as escalas de férias do pessoal de enfermagem, de modo que não prejudique a rotina do serviço atendendo, se possível, a solicitação do funcionário; Estabelecer meios para avaliação do desempenho funcional dos servidores com a colaboração da Seção de Serviços de Enfermagem; Propor medidas disciplinares para o pessoal de enfermagem e zelar pelo cumprimento das mesmas; Comunicar-se com a Seção de Serviços de Enfermagem sobre seu afastamento e de sua equipe, seja para qualquer finalidade, motivo de doença, cursos, congresso ou férias; com antecedência em casos coletivos; Estabelecer previsão, manutenção e controle dos materiais utilizados pela enfermagem; Dar parecer nos processos referentes à aquisição de material de enfermagem, atestando a realização de manutenção nos materiais utilizados pela enfermagem; Participar dos projetos de construção e organização de novas Unidades e/ou modificações de Unidades já existentes juntamente com o Enfermeiro da Seção de Serviços de Enfermagem; Participar mutuamente com a Seção de Serviços de Enfermagem na elaboração de relatório trimestral das atividades realizadas nos Programas implantados; encaminhar relatório anual das atividades gerais

de enfermagem realizadas em suas Unidades; Cumprir e fazer cumprir as normas internas regimentais da Instituição; Orientar os funcionários recém-admitidos, encaminhando-os aos serviços, conforme lotação prevista; Conferir e encaminhar à Seção de Serviços de Enfermagem, mensalmente, as folhas de ponto da Enfermagem das Unidades; Manter a Seção de Serviços de Enfermagem informada das intercorrências relativas ao desenvolvimento das atividades de Enfermagem; Participar da divulgação de eventos do interesse da Enfermagem; Encaminhar à Seção de Serviços de Enfermagem as situações-problema que necessitam de tomada de decisões superiores; Proceder a remanejamento de pessoal, se necessário; Participar de reuniões quando convocados pela SEMSA; Elaborar escala mensal da equipe de enfermagem, dos Agentes Comunitários de Saúde, fixando-a em local visível; Colaborar nos programas de integração ensino-serviço; Fazer, diariamente, os registros necessários ao desenvolvimento de suas atividades; Fazer, quando solicitado, levantamento dos recursos humanos necessários ao desenvolvimento das atividades de enfermagem; Supervisionar o trabalho desenvolvido na Unidade; Colaborar na implantação de normas, rotinas e procedimentos técnicos; Cumprir normas, rotinas e procedimentos estabelecidos pela Secretaria de Saúde; Enviar dados dos programas em datas pré-estabelecidas pela SEMSA; Cumprir e fazer cumprir o Código de Ética da Enfermagem; Promover a qualidade de vida e contribuir para que o meio ambiente seja mais saudável, com palestras na comunidade e com orientação a grupos familiares; Discutir, de forma permanente, junto à equipe de trabalho e à comunidade, o conceito de cidadania enfatizando os direitos de saúde e as bases legais que os legitimam; Realizar visitas domiciliares aos pacientes de sua área; Oportunizar os contatos com os indivíduos sadios ou doentes, visando promover a saúde e abordar os aspectos de educação sanitária; Participar do processo de programação e planejamento das ações e da organização do processo de trabalho das Unidades de Saúde da Família.

### **Médico de Família**

Prestar assistência integral aos indivíduos sob sua responsabilidade; Realizar visitas domiciliares; Valorizar a relação médico-paciente e médico-família como parte de um processo terapêutico e de confiança; Oportunizar os contatos com indivíduos sadios ou doentes, visando abordar os aspectos preventivos e de educação sanitária; Empenhar-se em manter seus clientes saudáveis, quer venham às consultas ou não; Executar ações básicas de vigilância epidemiológica e sanitária em sua área de abrangência; Executar as ações de assistência nas áreas de atenção à criança, ao adolescente, à mulher, ao

trabalhador, ao adulto e ao idoso, realizando também atendimentos de primeiros cuidados nas urgências e pequenas cirurgias ambulatoriais, entre outros; Promover a qualidade de vida e contribuir para que o meio ambiente seja mais saudável; Discutir de forma permanente – junto à equipe de trabalho e comunidade – o conceito de cidadania, enfatizando os direitos à saúde e as bases legais que o legitimam; Participar do processo de programação e planejamento das ações e da organização do processo de trabalho das Unidades de Saúde da Família.

### **Recepcionista**

Recepcionar os usuários que chegam a Unidade de Saúde, encaminhando-os com a ficha única a pré-consulta ou aos cuidados do auxiliar de enfermagem; agendar as consultas de acordo com o cronograma da Unidade de Saúde; abrir prontuário / ficha única do cliente (ficha clínica ou outra); Priorizar atendimento a idosos, recém-nascidos, gestantes, hipertensos, diabéticos, crianças baixo peso, tuberculosos, paciente Psiquiátrico, hanseníacos, emergências e urgências, entre outros grupos de risco; Orientar os usuários quanto ao fluxo, normas e rotinas de funcionamento do(s) Serviço(s) de Saúde; atender o rádio; Repassar dados diários para SEMSA; Agendar exames e entregar resultados; Participar de reuniões quando convocado pela Unidade de Saúde e pela SEMSA; Cumprir e fazer cumprir as normas, rotinas e procedimentos estabelecidos pela Unidade de Saúde e pela SEMSA; Notificar casos suspeitos ou confirmados de agravos a saúde; Realizar as atribuições do auxiliar administrativo quando na falta dele.

### **Auxiliar Administrativo**

Realizar atividades administrativas que se fizerem necessário na Unidade de Saúde; organizar os prontuários por família; manter organizados os arquivos e fichários; Manter a farmácia organizada para um bom funcionamento da Unidade; Dispensar medicamentos somente com receitas e de acordo com a prescrição médica e de enfermagem (quando devidamente treinado); Participar de reuniões, quando convocados pela Unidade de Saúde e pela SEMSA; Cumprir e fazer cumprir as normas, rotinas e procedimentos estabelecidos pela Unidade de Saúde e pela SEMSA; Fazer, diariamente, os registros necessários ao desenvolvimento de suas atividades; Confeccionar mapas e pedidos de medicamentos e de materiais, contando, controlando faltas, excessos e prazo de validade dos mesmos; zelar pelo Patrimônio Público e organização da Unidade junto à enfermeira, equipe e comunidade; Notificar casos suspeitos ou confirmados de

agravos a saúde; Receber e despachar malotes; Fazer as atas de reuniões; Realizar as atribuições do recepcionista quando na falta dela.

### **Motorista**

Participar da programação das atividades da Unidade de Saúde em que seja necessário a utilização do veículo; Participar de Reunião de Equipe do PSF; Executar a programação das atividades em que o veículo se faz necessário: levar os ACS, Auxiliares de Enfermagem, Enfermeiros e Médicos às Visitas Domiciliares; Transportar vacinas quando necessário; Transportar medicamentos e materiais da Unidade; Transportar usuário para atendimento médico especializado, atividades de grupo (educação em saúde) e reuniões; Realizar atividades administrativas quando solicitado à SMS, PSF, CS, Hospital, CAPS, Conselho Tutelar, NAE, Escolas etc.; Levar funcionário administrativo ou outro do PSF para resolução de problemas da Unidade aos demais setores da Prefeitura ou outras instituições; Levar Auxiliares de Enfermagem para a realização de procedimentos e cuidados de enfermagem nos domicílios; Realizar limpeza, semanalmente, do veículo sob sua responsabilidade ou de acordo com a necessidade; Realizar troca de óleo na data estabelecida para a boa manutenção e vida do motor; abastecer periodicamente o veículo, anotando corretamente o estabelecido pelo Setor de Transporte da PMQ; Manter vigilância permanente quanto à segurança dos pneus e extintor de incêndio; Levar mensalmente o veículo para a supervisão do Setor de Transporte da PMQ e, após esta vistoria, informar ao Coordenador do PSF o resultado, apresentando a Ficha de Registro de Supervisão; Comunicar ao Enfermeiro-Gerente da Unidade de Saúde, qualquer problema referente às suas atividades na equipe e na comunidade; Realizar saídas extras, noturnas e nos finais de semana para o Hospital, quando solicitado, se necessário.

### **Agente de Serviços Gerais**

Realizar a retirada do lixo produzido pela Unidade (de acordo com as normas de prevenção de acidentes e contaminação); Fazer a varredura úmida de todas as dependências da Unidade; Lavar banheiros; Realizar limpeza de portas, janelas, basculantes, paredes, telas, vidros, etc., retirando poeiras e teias de aranha; Realizar limpeza de ventiladores, ar condicionados e seus filtros, refrigeradores, balanças, escadinhas, macas, focos, bancadas, mesas, cadeiras e bancos; limpar molduras de quadros de aviso; Limpar molduras e vidros de quadros e pôsteres educativos fixados nas paredes; Lavar baldes de lixo e lixeirinhas; Manter baldes protegidos com sacos plásticos; Limpar maçanetas das portas; limpar puxadores de gavetas; manter área

externa da Unidade limpa de resíduos como papéis, plásticos, etc.; Varrer calçada da Unidade e lavar quando necessário; Recolher a roupa suja dos consultórios, acondicionando em sacos próprio.

### **Coordenação do PSF/PACS**

Participar do processo de seleção dos profissionais de nível superior e dos Agentes Comunitários de Saúde lotados no Programa, Auxiliares de Enfermagem e / ou Técnicos de Enfermagem; Supervisionar os trabalhos desenvolvidos, buscando acompanhamento e avaliação do impacto das ações, em conjunto com os Supervisores; Estimular e garantir um Programa de Educação Continuada para os profissionais; Avaliar os indicadores, discutindo os mesmos com as equipes; Realizar visita as Unidades de Saúde; Supervisionar e avaliar a solicitação de materiais permanentes necessários aos atendimentos das Unidades de Saúde do PSF; Planejar, juntamente com as equipes, algumas ações a serem desenvolvidas nas Unidades de Saúde, quando necessário; Informar dados provenientes das Unidades de Saúde, encaminhando-os à Secretaria Estadual de Saúde mensalmente; Fazer cumprir as normas administrativas e os princípios do PSF; Facilitar a implantação de protocolos de atendimentos das ações de saúde; Estimular a produção de pesquisa e relatos de experiências nas Unidades de Saúde; Participar de Comissões de Trabalho quando solicitado pelo Secretário ou outro Coordenador para desenvolver Ações de Programação de Saúde e outros; Contribuir com o processo de integração dos diferentes níveis de atendimento aos usuários; Avaliar os impressos utilizados verificando periodicamente sua eficácia e praticidade; Participar de Reuniões de Unidades do PSF quando solicitado ou se fizer necessário por outro motivo como o de resolver problemas junto às Equipes e / ou para estar se inteirando da situação geral da Unidade; Realizar ações de saúde em parceria com outros Programas e /ou Secretárias; Emitir relatório de Avaliação e Desempenho dos funcionários do PSF; Participar de Reuniões com a comunidade (regulares, extraordinária, governo itinerante); Participar de Reuniões do Conselho Municipal de Saúde; outros.

### **Supervisor**

Estabelecer mensalmente com a equipe de saúde ações com base nas prioridades locais; Visitar mensalmente as Unidades de Saúde; Avaliar e discutir com a equipe os dados informados nos Sistemas de Informações utilizados pela SEMSA e propor ações que otimizem a organização do serviço; Supervisionar a execução das ações e elaborar relatórios mensais específicos de supervisão; Colaborar na montagem dos protocolos e acompanhar implantação nas Unidades de Saúde; Estimular e avaliar o cumprimento



das atribuições inerentes ao Programa de Saúde da Família e aos protocolos definidos; Avaliar mensalmente o desempenho de cada membro da equipe dando feedback para a coordenação geral e o próprio funcionário; Fomentar a concepção de trabalho em equipe; Orientar, acompanhar e avaliar as atividades assistenciais e comunitárias realizadas pelas USF; Realizar visitas domiciliares para avaliar grau de satisfação da comunidade pelo trabalho desenvolvido pela equipe de saúde; Consultoria, auditoria e emissão de parecer sobre matéria específica cada área de supervisão; Identificar as situações-problema que fogem a governabilidade de resolução da Unidade de Saúde e comunicar por escrito ao coordenador do PSF; Incentivar, apoiar e avaliar as equipes em desenvolver atividades específicas de assistência a indivíduos, famílias e outros grupos da comunidade a partir do diagnóstico de saúde; Interagir com outros serviços e setores, se necessário; Participar de reuniões, quando necessário; Participar na capacitação das equipes; Executar outras tarefas solicitadas pela coordenação compatíveis com a função.

**Obs.:** A supervisão tem um caráter Pedagógico, Administrativo-Gerencial e Técnico.

## ANEXO 11

### FLUXOGRAMA DESCRITOR DO PROCESSO DE TRABALHO DA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Segundo Franco & Merhy (2004), o fluxograma descritor constitui-se de uma representação gráfica de todas as etapas do processo de trabalho. Deve ser feito com riqueza de detalhes para perceber os aspectos da micropolítica da organização do trabalho e da produção de serviços. Ele é representado por três símbolos, convencionados universalmente: a elipse representa sempre a entrada ou saída do processo de produção de serviços, o losango, indica os momentos em que deve haver uma decisão para a continuidade do trabalho e um retângulo, diz respeito ao momento de intervenção, ação sobre o processo. Ele foi construído a partir da observação do cotidiano da Unidade de Saúde e validado em discussão com a equipe.

