

FERNANDA MARCELINO DE REZENDE

***O IR E VIR DOS USUÁRIOS NAS UNIDADES
DE SAÚDE DA FAMÍLIA***

Belo Horizonte
Escola de Enfermagem da UFMG

2007

FERNANDA MARCELINO DE REZENDE

***O IR E VIR DOS USUÁRIOS NAS UNIDADES
DE SAÚDE DA FAMÍLIA***

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem da
Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito
parcial para a obtenção do título de Mestre em
Enfermagem

Área de concentração: Saúde da Família.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª Maria Rizioneide Negreiros de
Araújo

Belo Horizonte
Escola de Enfermagem da UFMG
2007

Dedico este trabalho com todo meu carinho e amor às pessoas que foram minha família em Divinópolis nos momentos em que eu mais precisei: Eliane, Fabiano, Gabriel, Filipe e Júlia. Obrigada pelo carinho, apoio, cuidado, amor, preocupação e presença constante em minha vida.

Isso será para sempre, sempre, independente de qualquer coisa.

Amo vocês demais.

AGRADECIMENTOS

A Deus e aos Amigos Espirituais e à minha amada Vó Jove que me deram força, coragem e resignação para chegar até o fim. Quantas vezes minhas orações feitas a vocês, abrandaram meu coração.

A minha orientadora Professora Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo que acreditou e apostou na minha idéia desde o começo e que com sua experiência, visão crítica e conhecimento, me instigava e desafiava a cada dia, despertando em mim a vontade de fazer sempre o melhor.

À Secretaria Municipal de Saúde de Divinópolis, na pessoa do Secretário Municipal de Saúde Vanir Alves, à responsável técnica pelas equipes de PSF do município, Dra. Cláudia Cançado, a então coordenadora da Ações Básicas de Saúde, Rosemarie S. Lemos e a ex-coordenadora das ESF do município, a enfermeira Claudini Lacerda.

Aos usuários que aceitaram disponibilizar do seu tempo para a pesquisa, sempre com ótima receptividade e atenção para comigo.

Aos profissionais das Equipes de Saúde da Família Morada Nova, Santos Dumont, Vale do Sol e Santa Lúcia, por me acolherem e se doarem para a concretização deste projeto.

À minha sempre equipe de trabalho, PSF Morada Nova, foi aí que tudo começou, minhas inquietações, nossas vivências e experiências, erros e acertos.

Aos meus amados pais por me darem a oportunidade de ter subido mais um degrau na minha vida acadêmica. Tudo começou pela mão de vocês. Agradeço a presença mesmo que de longe, a preocupação e a confiança que sempre tiveram em mim.

Aos meus irmãos Líli e Jr. que sempre torcem por mim e ultimamente têm sido mais companheiros do que nunca.

Obrigada Elisângela e Carla por estarem sempre juntas dos meninos. Isso me deixa mais tranqüila quando não posso estar por perto.

À Tia Ude, Tia Scheila, Tio Taco e suas famílias, pelo apoio, e amor incondicional. Vocês sabem que são parte constante em minha vida.

Aos primos, em especial Gabriel, Luísa, Babi, Camila, André e Fredinho.

As três jóias mais preciosas da minha vida: Gabriel, Júlia e Filipe, vocês são minha força nos dias cinzentos, me trazem alegria e orgulho por me terem como a Tia Fernanda.

A Eliane, Fabiano, Elvira, Elizeu e família pela acolhida carinhosa.

Ao Daniel por ter me estimulado a começar isso tudo e também por ter me mostrado, mesmo que inconscientemente que sou muito mais forte do que eu imaginava.

Aos colegas de turma do Mestrado, em especial às amigas Elen pela companhia, presença e viagens e à Letícia, agradeço pelas hospedagens, conversas intermináveis e pelas gargalhadas que limpam nossa alma.

As minhas amigas KK, Delminha, Mi e Mel pela presença, ombro nas horas difíceis e risadas nas horas boas.

Ao meu fiel amigo Dil por confiar na minha capacidade enquanto professora e pessoa. Por estar presente mesmo que só pelo telefone.

Ao Álvaro pela presença, presteza, entrosamento, cuidado e carinho sempre.

Aos amigos e professores da UNIPAC – Campus Bom Despacho, em especial à Fabrícia Alex, Andréia e Marisa.

Aos meus ex-alunos da UNIPAC – Campus Bom Despacho e atuais alunos da Fundação Educacional de Divinópolis (FUNEDI), pela compreensão, estímulo e carinho.

Aos amigos e professores do Curso de Graduação em Enfermagem da FUNEDI, em especial ao Richardson, Tarcísio, Heloísa Rennó, Raquel, Fernanda Brito, Juliano e Virgínia pelo estímulo, companheirismo, confiança, ajuda e amizade.

A Neusa, secretária da Secretaria de Estado da Saúde e “fiel escudeira” da Dra. Rizoneide, pela atenção, paciência, carinho e palavras de estímulo.

À Professora Dra. Marília Alves que soube com paciência e sabedoria conduzir-nos na disciplina de Metodologia da Pesquisa II, momento em que estávamos todos desesperados, estressados e na dúvida se iríamos conseguir alcançar ou não nossos objetivos. Aquele abraço me valeu muito.

A CAPES, aos professores e funcionários do CPG da EEUFMG.

RESUMO

A importância em compreender porque certos usuários procuram frequentemente por atendimento nas Unidades de Saúde da Família de Divinópolis e como os profissionais de saúde destas equipes atuam frente às queixas apresentadas por estes usuários, foram o objeto deste estudo. Como referencial teórico foram discutidas as tentativas de mudança do modelo assistencial à saúde, que tenta se organizar a partir da implantação e expansão das Unidades de Saúde da Família como estratégia para melhorar a atenção primária à saúde. Foram selecionados para o estudo, os profissionais médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem das quatro Equipes de Saúde da Família mais antigas da zona urbana do município. Também foram sujeitos do estudo, os usuários que freqüentaram as Unidades da Saúde da Família de três a mais vezes durante um mês, sendo utilizados para a obtenção destes dados as Folhas de Controle Diário de Atendimento de Enfermagem referentes aos meses de março, abril e maio de 2006. A pesquisa de campo foi realizada com a observação direta do trabalho dos profissionais de saúde das Equipes de Saúde da Família e com entrevistas semi-estruturadas com os mesmos e com os usuários selecionados para o estudo. Optou-se por uma abordagem qualitativa em que as concepções e expressões dos sujeitos foram tratadas à luz do Materialismo Histórico Dialético e a organização e a análise dos discursos, foram feitas segundo metodologia do Discurso do Sujeito Coletivo, de Lefèvre e Lefèvre (2005). A análise do material empírico nos permitiu evidenciar que os usuários têm como porta de entrada dos serviços de saúde, a consulta marcada, mas que muitos deles ainda vão às Unidades de Saúde da Família para consulta de livre demanda, o que continua perpetuando o atendimento às condições agudas que afetam a saúde da população. As razões pelas quais os usuários procuram as Unidades de Saúde da Família são variadas e vão desde uma marcação de consulta, até pela necessidade de terem ali, na Unidade Básica de Saúde, um local onde possam conversar, se distrair, sair da rotina. Por sua vez, os profissionais de saúde das Equipes de Saúde da Família procuram na maioria das vezes ouvir estes usuários, esclarecendo suas dúvidas e tentando resolver seus problemas. As idéias de acolhimento ou fortalecimento do vínculo que deve existir entre os usuários e os profissionais de Saúde da Família, devem ser consolidadas dentro das equipes para que uma assistência resolutiva e de qualidade possa ser prestada à comunidade mesmo com os entraves que ainda existem num sistema de saúde em constante construção e reconstrução.

ABSTRACT

The importance to understand why certain people frequently look for attention at the Unidades de Saúde da Família in Divinópolis and how the health professionals act facing the complaints presented are the object of this study. As theory references, were discussed the changing attempts for the health assistance model, which tries its organization from the implantation and expansion of the Unidades de Saúde da Família as strategy to improve the primary health attention. Physicians, nurses as well as assistant nurses were selected from the four earliest Family Health Staff in the municipal urban area. The subjects of the study were the people who attend the Unidades de Saúde da Família for three or more times during a month. To obtain these *data*, the Folhas de Controle Diário de Atendimento de Enfermagem, concerning to the months of March, April and May, in 2006., were examined. The field research was realized under the direct observation of the health professionals by means of semi-structured interview between them and the selected patients. It was chosen for this study a qualitative treatment in which the subjective conceptions and expressions were employed according to the Dialectic Historical Materialism and the discourse organization and analysis according to the Collective Subject Discourse under Lefèvre e Lefèvre (2005). The empirical material analysis made clear that the people enter the health services through a scheduled appointment, but most of them go to the health unities for free demand appointment, which causes the attendance to stand in serious conditions affecting the population. The reasons that lead people to the health unities are several ones: they can be noted from the necessity of scheduling an appointment to the necessity of finding there someone to talk to, to comfort them and help them to get out of routine. At their time, most of the professionals listen to these people, getting them rid of doubts, encouraging them to solve their problems. The ideas of reception, creation or strengthening of the link that exists between patients and professionals should be consolidated in order to provide an efficient attendance in spite of the difficulties found in a constant construction and reconstruction system.

LISTA DE TABELAS

TAB. 1	Profissionais da saúde das ESF, por sexo, Divinópolis 2006.....	41
TAB. 2	Profissionais da saúde das ESF, por faixa etária, Divinópolis 2006.....	41
TAB. 3	Tempo de serviço dos profissionais, Médicos, Enfermeiros, e Auxiliares de Enfermagem nas ESP, Divinópolis 2006.....	44
TAB. 4	Usuários das ESF do estudo, por sexo, Divinópolis 2006.....	45
TAB. 5	Usuários das ESF do estudo, por faixa etária, Divinópolis 2006.....	46
TAB. 6	Usuários das ESF do estudo, por estado civil, Divinópolis 2006.....	46
TAB. 7	Usuários das ESF do estudo, por escolaridade, Divinópolis 2006.....	47

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AC	– Ancoragens
ACS	– Agente Comunitário de Saúde
AE	– Auxiliar de Enfermagem
AIS	– Ações Integradas de Saúde
CONASP	– Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária
DSC	– Discurso do Sujeito Coletivo
ECH	– Expressões-chave
ESF	– Equipe de Saúde da Família
IAD	– Instrumento de Análise do Discurso
IC	– Idéias Centrais
INAMPS	– Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
LD	– Livre demanda
MHD	– Materialismo Histórico Dialético
MPAS	– Ministério da Previdência e Assistência Social
MS	– Ministério da Saúde
PA	– Pressão arterial
PIASS	– Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PNH	– Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão
PREV-SAÚDE	– Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde
PSF	– Programa Saúde da Família
SEMUSA	– Secretaria Municipal de Saúde
SF	– Saúde da Família
SNS	– Sistema Nacional de Saúde
SUS	– Sistema Único de Saúde
UBS	– Unidade Básica de Saúde
USF	– Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	14
2	OBJETIVOS.....	23
3	SAÚDE DA FAMÍLIA E SUA CONTRIBUIÇÃO PARA A MUDANÇA DO MODELO DE SAÚDE VIGENTE.....	24
3.1	FERRAMENTAS DE TRABALHO DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA: ACOLHIMENTO.....	27
4	MODOS ALTERNATIVOS DE ORGANIZAR OS SERVIÇOS DE SAÚDE: CONDIÇÕES AGUDAS E CONDIÇÕES CRÔNICAS.....	33
5	PERCURSO METODOLÓGICO.....	35
5.1	REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO	35
5.2	CENÁRIO DO ESTUDO	37
5.2.1	Sistema de Saúde Municipal	38
5.3	SUJEITOS DA PESQUISA.....	40
5.3.1	Perfil dos informantes.....	40
5.4	COLETA DE DADOS.....	49
5.5	ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS.....	50
5.5.1	Etapas.....	51

6	A SUBJETIVADE PERMEANDO O COTIDIANO EM SAÚDE.....	52
7	SÍNTESE FAZENDO SAÚDE OU PERPETUANDO A DOENÇA.....	59
	REFERÊNCIAS.....	65
ANEXO A1	CARTA AO SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE E DEMAIS RESPONSÁVEIS PELA COORDENAÇÃO DE EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE DIVINÓPOLIS.....	70
ANEXO A2	CARTA AOS PROFISSIONAIS DAS EQUIPES DE PSF QUE IRÃOCOMPOR O ESTUDO	73
ANEXO B1	ROTEIRO PARA OBSERVAÇÃO DE CAMPO.....	74
ANEXO B2	CONSOLIDADO DAS OBSERVAÇÕES DE CAMPO.....	75
ANEXO C	FICHA DE CONTROLE DIÁRIO DO ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM	79
ANEXO D1	TERMO DE ESCLARECIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DIRECIONADO AOS PROFISSIONAIS MÉDICOS, ENFERMEIROS E AUXILIARES OU TÉCNICOS DE ENFERMAGEM QUE COMPÕEM AS EQUIPES SAÚDE DA FAMÍLIA (FSP) QUE FARÃO PARTE DO ESTUDO.....	80
ANEXO D2	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DIRECIONADO AOS USUÁRIOS QUE FARÃO PARTE DO ESTUDO	81

ANEXO E	ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM OS MÉDICOS E ENFERMEIROS E AUXILIARES/TÉCNICOS DE ENFERMAGEM	82
ANEXO F	ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM OS USUÁRIOS.....	83
ANEXO G	INSTRUMENTO DE ANÁLISE DE DISCURSO 2 (IAD).....	84
ANEXO H	INSTRUMENTO DE ANÁLISE DE DISCURSO 2 (IAD2).....	94

1 INTRODUÇÃO

Do início do século XX até o final da década de 50, o sistema de saúde brasileiro era voltado ao combate das doenças transmissíveis, atendendo às necessidades econômicas do país, as quais exigiam uma política de intervenção sanitária. Essa política tinha a finalidade de erradicar ou controlar as doenças que poderiam prejudicar as exportações. Esse modelo era chamado de ‘sanitarismo campanhista’ (MENDES, 1999, 2002).

Com a modificação das práticas sanitárias estabeleceu-se uma associação entre o comportamento humano e o desenvolvimento de doenças ligadas às idéias de pobreza e à assistência social (NEMES, 1990).

Segundo Merhy (1985 *apud* NEMES, 1990, p. 71) “[...] da perspectiva bacteriológica, na qual a polícia sanitária e o campanhismo eram instrumentos básicos, as práticas sanitárias começam a se transformar em práticas médico-sanitária”.

A partir da década de 60, o modelo assistencial passa a valorizar o indivíduo, privilegiando as práticas curativa e especializada em detrimento da saúde pública.

Merhy *et al.* (2004, p. 77-78) ressaltam que

Na década de 70, os governos passaram a viver com a seguinte contradição: de um lado, com crescente déficit público, resultado da crise econômica recessiva, que reduziu sua capacidade de financiamento, com repercussões na menor possibilidade de manutenção das políticas sociais. De outro, sofrem com a majoração dos já custosos serviços de saúde, que se utilizam principalmente da nova tecnologia [...]. Ao mesmo tempo, estes governos têm de dar respostas ao crescente aumento da pobreza, que em períodos de crise, aumentam a demanda para os serviços de saúde pública. Saúde, no contexto das grandes crises, transforma-se em um dos grandes problemas vividos pela maioria da população, resultantes da má distribuição de renda, do desemprego, arrocho salarial [...].

O sistema hospitalocêntrico passa a ser visto como solução de todos os problemas de saúde, a partir da ampliação da rede hospitalar, aumento do número de leitos e investimento em tecnologia.

Em 1975, cria-se o Sistema Nacional de Saúde – SNS, que institucionaliza o modelo médico-assistencial privatista e define as competências das instituições públicas e privadas (MENDES, 1999).

Neste momento, fica estabelecida a dicotomia entre as ações coletivas, coordenadas pelo Ministério da Saúde - MS, e individuais, desenvolvidas pelo Ministério da Previdência e Assistência Social - MPAS (SCOREL, 1998).

Com a organização do Sistema Previdenciário das classes trabalhadoras, nasce o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social - INAMPS, cujo modelo era privilegiador de ações médico-hospitalares, consolidando um sistema de alto custo, que excluía de seus benefícios grande parcela da população.

Frente a um quadro de instabilidade social e econômica mundial, a Organização Mundial de Saúde (OMS) reuniu em 1978, representantes de 144 países para a Conferência Internacional sobre os Cuidados Primários em Saúde em Alma Ata (URSS).

A Declaração de Alma Ata propõe os

cuidados primários de saúde como a grande saída para os problemas do setor, entendendo-os como essenciais, fundados sobre os métodos e uma tecnologia prática, cientificamente viável e socialmente aceitável, universalmente acessíveis aos indivíduos e às famílias da comunidade[...] (OMS, 1978, p. 1).

Ainda dando enfoque específico aos cuidados primários em saúde, a Declaração de Alma Ata, diz que

os cuidados primários de saúde compreendem no mínimo: uma educação concernente aos problemas de saúde que se colocam, assim como os métodos de prevenção e de luta que lhes são aplicáveis, a promoção de boas condições alimentares e nutricionais, um abastecimento suficiente de água saudável, medidas de saneamento básico, a proteção materna e infantil, incluído o planejamento familiar, a vacinação contra as grandes doenças infecciosas, a prevenção e o controle de endemias locais, o tratamento das doenças e lesões comuns e o fornecimento de medicamentos essenciais (OMS, 1978, p. 1).

No Brasil, no ano de 1980, com base técnica no Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento – PIASS, e respaldo da VII Conferência Nacional de Saúde, surgiram o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde – PREV-SAÚDE, coordenado pelos MS e MPAS, o que permitiria uma assistência integral à população. Esse projeto foi inviabilizado por reações que surgiram na burocracia estatal e no setor privado, com a

contribuição do desaquecimento da economia nacional, da crise financeira na Previdência Social e da crise política existente na época (MENDES, 1991).

Segundo Mendes (1999), uma das medidas utilizadas para solucionar esta crise financeira foi a criação do Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária - CONASP, pelo Decreto Lei nº 86.329, de 2 de setembro de 1981, cuja principal finalidade era estudar e propor normas mais adequadas para a prestação de assistência à saúde da população, ou seja, a revisão gradual do modelo médico assistencial da Previdência Social, que se constituía como dominante e se caracterizava por um modelo de saúde pautado na assistência médica individual e curativa.

Com as eleições diretas em 1982, houve intenso questionamento das políticas de saúde e formulação de propostas alternativas. A Nova República se instalou sob o consenso da crise no setor de saúde e da necessidade de sua superação.

Naquele momento, algumas características refletiam a crise sanitária que estava instalada, tais como: desigualdade no acesso aos serviços de saúde; serviços de saúde inadequados, de má qualidade, com baixa produtividade e custos elevados; fraudes contra o sistema previdenciário; insatisfação dos usuários e dos produtores de serviços.

No primeiro ano da Nova República, acatando as propostas elaboradas pelo CONASP, são criadas as Ações Integradas de Saúde – AIS, programa ainda voltado para a atenção médica, porém com os princípios que levavam ao início de uma reformulação sanitária no país:

- a) unicidade administrativa no nível federal: unificação das instituições federais – INAMPS, Hospitais Universitários – ao Ministério da Saúde;
- b) regionalização e hierarquização dos serviços;
- c) integralidade da atenção à saúde, que acaba com a dicotomia saúde individual e saúde coletiva;
- d) descentralização das ações de saúde.

Mesmo com o movimento de expansão das AIS, vistas como uma nova alternativa de ampliação da capacidade instalada da rede pública, principalmente a ambulatorial, não conseguiu fazer com que as ações deixassem de ser centradas no nível federal, existentes nos Estados e representadas pelas Superintendências Regionais do INAMPS, que permaneciam fortalecendo o monopólio com o setor privado.

O Plano Nacional de Desenvolvimento da Nova República (CONFERENCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1986), preconizava que a expansão do Sistema de Saúde deveria ser um processo descentralizado que fortalecesse as estruturas estaduais, municipais e comunitárias na oferta de serviços de natureza local e regional.

Nesse momento, fortemente marcado pela redemocratização do país, a reforma sanitária se processa e organiza-se, então, a 8ª Conferência Nacional de Saúde, o evento político-sanitário que revolucionou o país na década de 80. A partir desta conferência a participação popular começa a fazer parte do cenário político-sanitário do Brasil, processo social que se inicia com as conferências municipais e estaduais até chegar à nacional (CONFERENCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1986).

Segundo Mendes (1991, p. 42), a 8ª Conferência Nacional de Saúde constitui-se como o momento máximo do projeto da reforma sanitária definida por Mendes

como um processo modernizador e democratizante de transformação nos âmbitos político-jurídico, político-institucional e político-operativo, para dar conta da saúde dos cidadãos, entendida como um direito universal e suportada por um Sistema Único de Saúde, constituído sob regulação do Estado, que objetive a eficiência, eficácia e equidade e que se construa permanentemente através do incremento de sua base social, da ampliação da consciência sanitária dos cidadãos, da implantação de um outro paradigma assistencial, do desenvolvimento de uma nova ética profissional e da criação de mecanismos de gestão e controle populares sobre o sistema.

Não resta dúvida de que o Sistema de Saúde no Brasil tem sofrido mudanças significativas nas duas últimas décadas, caracterizado por momentos de avanços e retrocessos.

O artigo 196 da Constituição Federal de 1988 consolida mudanças importantes no modelo político-institucional brasileiro vigente até então, que sai de um regime militar, passando por uma transição democrática. Este artigo define saúde como

um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1991, p. 11).

Essa conquista da saúde como um direito de cidadania foi fruto dos movimentos sociais na busca da instauração de nova política de saúde, que transcendesse a visão micro da saúde incorporando-a dentro das políticas sociais, já que até então, só tinha direito à saúde, quem trabalhasse.

Luz (1994, p.136), analisando as políticas públicas e os movimentos de transformações dessas políticas nas questões relativas à saúde, comenta que

no contexto dessa nova definição, a noção de saúde tende a ser socialmente percebida como efeito real de um conjunto de condições coletivas de existência, como expressão ativa – e participativa – do exercício de cidadania, entre os quais o direito ao trabalho, ao salário justo, à participação nas decisões e gestão de políticas institucionais, etc. Assim, a sociedade teve a possibilidade de superar politicamente a compreensão, até então vigente ou socialmente dominante, da saúde como um estado biológico abstrato de normalidade (ou de ausência de patologias).

Importantes conquistas e decisões políticas vão se tornando marcos históricos visando a mudança do modelo assistencial vigente e nesse momento ocorre a criação do Sistema Único de Saúde – SUS e com o processo de descentralização das ações de saúde nas três esferas do governo, regulamentadas pela Lei Orgânica nº 8.080, em 19 de dezembro de 1990 (BRASIL, 1991).

Outras estratégias foram implementadas buscando a continuidade das conquistas sociais, e nesse sentido foram criados os distritos sanitários e os sistemas locais de saúde. Porém, o que se observou é que essa estruturação dos serviços de saúde não estava sendo suficiente para promover mudanças significativas no modelo de assistência à saúde.

Assim, o Ministério da Saúde coloca em seu plano de Ações e Metas Prioritárias as estratégias dos Agentes Comunitários de Saúde, 1991, e Saúde da Família, 1994, este último

entendido como modelo substitutivo da rede básica tradicional – de cobertura universal, porém assumindo o desafio do princípio da equidade – e reconhecido como uma prática que requer alta complexidade tecnológica nos campos do conhecimento e do desenvolvimento de habilidades e de mudanças de atitudes (BRASIL, 1998, p. 5).

Segundo Mendes (2002, p. 29), o Ministério da Saúde institucionaliza o Programa de Saúde da Família (PSF) como política nacional de atenção primária, na tentativa de organizar os serviços de saúde no país.

A implantação do PSF no Brasil foi idealizada a partir da expansão da atenção primária à saúde, com a criação de novas equipes para atender as áreas descobertas e pela substituição da rede básica tradicional.

Neste sentido, o PSF trabalha a idéia de que a intervenção no ambiente familiar é capaz de alterar o perfil “higiênico” da população e assim, prevenir os agravos à saúde. A capacitação dos recursos humanos é vista como questão estratégica do Programa. A equipe tem suas funções normalizadas pelo Ministério da Saúde, o que determina o processo de trabalho de cada profissional (FRANCO; MERHY, 2004).

Mendes (1996, p. 6 citado por Franco; Merhy, 2004, p. 95), conceitua o Programa de Saúde da Família como

estratégia de saúde que deve ter os excluídos e as regiões mais pobres como prioridade e deve utilizar largamente tecnologias custo/efetivas. [...] uma equipe de saúde da família, em território de abrangência definido, desenvolve ações focalizadas na saúde; dirigidas à família e ao seu habitat; de forma contínua, personalizada e efetiva; com ênfase relativa no promocional e no preventivo mas sem descuidar do curativo-reabilitador; com alta resolubilidade; com baixos custos diretos e indiretos, sejam econômicos, sejam sociais e articulando-se com outros setores que determinam a saúde.

Porém, isso só acontecerá se o objeto da atenção à saúde for deslocado do individual para o coletivo, promovendo a organização geral dos serviços e modificando a prática assistencial dos profissionais em novas bases e critérios. O atendimento curativo do “apaga fogo”, tem que deixar de ser o foco principal de atendimento nas Equipes de Saúde da Família (ESF).

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) considerada uma estratégia de mudança do modelo de assistência à saúde, tem como ponto central a criação de vínculos e de laços de compromisso e de co-responsabilidade entre os profissionais de saúde e a população, dentro de um espaço geograficamente delimitado.

A implantação do PSF no Brasil vem sendo feita a partir da expansão da atenção primária à saúde, com a criação de novas equipes para atender as áreas descobertas e pela substituição da rede básica tradicional.

A Constituição brasileira advoga que a saúde é um direito de cidadania, que deve ser concretizado pelo agir político, sobretudo em sua dimensão social. A efetivação desse direito é uma operação sistêmica de uma política de direitos fundamentais pautada em

compromissos de um lado e do outro está o dever do Estado em garantir o gozo desse direito à população pelas políticas públicas (BARTOLOMEU; CARVALHO; DELDUQUEI, 2003).

Fica claro que a reforma sanitária brasileira foi formulada para romper com o modelo tradicional corporativista, buscando, sobretudo, desestimular a condução privatizante da política setorial para uma articulação das áreas setoriais correlatas das políticas sociais, historicamente trabalhadas em separado. Trouxe portanto, uma concepção do processo-saúde diferente dos até então trabalhados e assim concebeu a saúde como:

Saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a saúde, a educação, o transporte, o lazer, o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país (BRASIL, 1990).

A criação do Sistema Único de Saúde-SUS significou um marco na política da saúde brasileira, que em determinados momentos apresenta percalços e dificuldades na trajetória política, mas que os instrumentos jurídicos têm sido capazes de possibilitar o rompimento desses entraves. Sabe-se que muito ainda tem-se que caminhar, mas os eixos estão traçados e os instrumentos de controle sociais estão instituídos.

A reorganização do sistema de saúde é fruto dos princípios constitucionais que são geradores de mudança. Um desses princípios, a descentralização, vem permitindo que a ação dos municípios seja efetivada principalmente na atenção primária à saúde. Fica implícito que as responsabilidades devem ser compartilhadas nas três esferas de governo: municipal, estadual e federal, para que efetivamente os princípios constitucionais sejam implementados.

Mas o que se tem percebido é que a descentralização tem permitido uma menor atuação do governo, pela falta de gerências adequadas que atendam às reais necessidades de saúde da população. Os municípios ainda apresentam dificuldades de gerenciar seus recursos já que têm uma ‘autonomia vigiada’ que os impede de criar possibilidades para enfrentamento das demandas locais. Junto a isso, ainda se vêem obrigados a seguir normas e parâmetros verticais, que acabam restringindo o poder local pela própria inoperância do sistema.

Mendes (2002) afirma que há evidências de que os serviços de saúde que se organizam a partir da atenção primária à saúde e que os pilares do sistema são os princípios

desenhados por Starfield (2002), são sem dúvida nenhuma mais eficientes, mais eficazes e de melhor qualidade.

Segundo Starfield (2002, p. 28), a atenção primária

[...] aborda os problemas mais comuns da comunidade, oferecendo serviços de prevenção, cura e reabilitação para maximizar a saúde e o bem-estar. Ela integra a atenção quando há mais de um problema de saúde e lida com o contexto no qual a doença existe e influencia a resposta das pessoas a seus problemas de saúde. É a atenção que organiza e racionaliza o uso de todos os recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhora da saúde.

O primeiro contato do indivíduo com o serviço de saúde é o que de fato marca o acesso do usuário a este serviço, ou seja, é a acessibilidade do cidadão para buscar solução para os problemas de saúde ou ainda para interagir saudavelmente com a organização social.

Segundo Franco; Bueno e Merhy (2004, p. 38), é essencial que neste primeiro contato ocorram processos intercessores – como o Acolhimento

Acolhimento é um atributo de uma prática clínica realizada por qualquer trabalhador em saúde, e focá-lo analiticamente é criar a possibilidade de pensar a micropolítica do processo de trabalho e suas implicações no desenho de determinados modelos de atenção, ao permitir pensar sobre os processos institucionais por onde “circulam” o trabalho vivo em saúde, expondo o seu modo privado de agir a um debate público no interior do coletivo dos trabalhadores, a partir de uma ótica usuário-centrada.

É nesse primeiro contato entre usuário e trabalhador em saúde que deveriam ser criadas relações de escuta e responsabilizações mútuas, o que facilitaria a constituição de vínculos, que porventura representariam o controle do sofrimento, tido aqui como a doença em si, e/ou a produção da saúde, a busca de uma melhor qualidade de vida.

Durante todo o tempo em que trabalhei em PSF, deparava-me diariamente com cidadãos que buscam incessantemente os serviços de saúde, às vezes com queixas, outras vezes, sem queixas, porém há uma frequência muito grande, causando de certa maneira um constrangimento à equipe de saúde pela presença desses usuários, denominados de “poliqueixosos”. Essa situação tem trazido certo desconforto nas minhas relações de

trabalho, por considerar que esses usuários têm algo de diferente dos demais e que não sabemos identificá-los com a sua simples presença na Unidade Básica de Saúde-UBS.

Essa procura exagerada de certos usuários pela USF, vem causando-me inquietações. Estes usuários ocupam o sistema e quem precisa de atendimento, muitas vezes não consegue.

Na maioria das vezes são pessoas que mesmo sendo sempre assistidas pela equipe, retornam com frequência apresentando a mesma queixa, sempre com o enfoque na doença. São estes usuários que geralmente não se interessam em participar de nenhuma atividade de promoção da saúde que porventura a equipe desempenhe.

Venho notando que o problema que faz com que este usuário procure tantas vezes pelo atendimento da ESF, vai muito além do físico. É preciso entender as questões subjetivas que permeiam a vida destes usuários para tentar então, entendê-los.

De acordo com Campos (1997, p. 250)

As práticas sanitárias têm particularidades que as distinguem de muitos outros ofícios. No centro da ação do médico, do enfermeiro, do psicólogo ou sanitaria, sempre há um outro diretamente implicado. Cruzamento de subjetividades em um contexto especial: momento singular e angustiante para aqueles objetos da atenção e corriqueiro e previsível para os primeiros encarregados do tratamento. No trabalho em saúde, sempre há uma outra subjetividade diretamente implicada. Proximidade carnal, interferência sobre o corpo e a vida de um outro. Às vezes, até ouve-se o arfar, sente-se o suor, percebe-se o medo, ou o desespero, ou a indiferença do objeto cuidado. O trabalho em saúde assenta-se sobre relações interpessoais todo o tempo.

Este estudo teve como finalidade estudar esses usuários que buscam a Unidade Básica de Saúde com mais frequência, tendo como ponto de partida as queixas relatadas nos prontuários da família, a frequência de suas consultas e ainda aqueles que vêm ao serviço de saúde e que, mesmo sendo atendidos todas as vezes que procuram pela Unidade Básica de Saúde, retornam freqüentemente.

2 OBJETIVOS

O presente estudo teve como objetivos:

- a) Identificar como se processa a entrada do usuário no serviço de saúde (agendamento ou livre demanda);
- b) Analisar as queixas apresentadas pelos usuários que buscam as Unidades Básicas de Saúde com maior frequência;
- c) Verificar qual foi a conduta adotada pela equipe da Unidade Básica de Saúde em relação à queixa apresentada pelos usuários identificados como mais assíduos, no primeiro contato destes com o serviço de saúde.

3 SAÚDE DA FAMÍLIA E SUA CONTRIBUIÇÃO PARA A MUDANÇA DO MODELO DE SAÚDE VIGENTE

No Brasil, desde 1988 com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), mudanças significativas vêm ocorrendo no âmbito da saúde. É um grande desafio para gestores, profissionais de saúde e sociedade como um todo, buscar um novo modelo assistencial que responda aos princípios de universalidade, equidade, integralidade e participação social. Nesse contexto, destaca-se a implantação e expansão da Equipe de Saúde da Família no âmbito da atenção básica de saúde.

A Saúde da Família (SF) surge como uma estratégia para organização do modelo assistencial, constituindo-se assim, como ponto de comunicação da rede integrada destes serviços de saúde. A estratégia propõe a reorganização do atendimento primário pelas ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e pela assistência aos grupos vulneráveis.

A Saúde da Família vem se constituindo numa estratégia essencial no âmbito da Atenção Básica na tentativa de qualificação da atenção à saúde que é um dos principais desafios colocados para a consolidação do SUS.

A estratégia Saúde da Família se reflete na efetivação dos princípios de descentralização e integralidade, pois objetiva a constituição de uma ampla rede assistencial regionalizada, partindo da garantia da atenção básica à saúde em cada município do país, devendo constituir-se como o primeiro nível de atenção à saúde, e estar inserido numa rede assistencial. Dessa maneira, a estratégia Saúde da Família tem sido responsável pela reorientação de toda a rede SUS, evidenciando diferenças loco-regionais do país, e apontando para as necessidades de investimentos, seja na área de apoio diagnóstico, sejam nos demais níveis de complexidade do sistema (SECLLEN; FERNANDES, 2004).

A Saúde da Família tem sido vista então, como possibilidade de transformação do modelo de atenção à saúde no Brasil e tem provocado reflexões e mudanças nas instituições, profissionais de saúde e sociedade num todo. É portanto, uma estratégia que tem colaborado para que a saúde realmente seja um Direito Social.

Seclen e Fernandes (2004) comentam que o grande desafio para a mudança do modelo vigente é, entre outros, a superação da visão fragmentada do homem. Destacam, ainda, a necessidade de contextualizar e compreender os processos de saúde e doença a que estão expostos os indivíduos dentro de tal realidade local, comunitária e familiar.

Tradicionalmente os sistemas de saúde são centrados no indivíduo como unidade de saúde-doença, não considerando o contexto no qual o mesmo esteja inserido. Assim, o hospital ainda é o espaço privilegiado ao atendimento das necessidades de saúde dos cidadãos.

Os autores citados, dizem ainda, que é possível a partir da atuação do PSF, tratar o indivíduo considerando seu espaço familiar como local ideal para o planejamento e desenvolvimento de intervenções terapêuticas, preventivas e de promoção. O enfoque familiar passa a não ser somente a cura da doença do indivíduo, mas a dar ênfase às ações de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças.

Fica claro que a participação ativa das famílias e da comunidade no sentido de promover e proteger sua própria saúde, melhora a eficácia e eficiência do PSF, pois a conscientização das comunidades aumenta para a importância de promover saúde e prevenir doenças, tendo como direito garantido, serviços de saúde que estejam preparados para prestar uma assistência de qualidade aos indivíduos.

Para Starfield (2002), países que fortaleceram os serviços de atendimento primário estão conseguindo avanços significativos em matéria de saúde, tanto no âmbito do próprio sistema como na qualidade de vida da população. Portanto, é esperado que o enfoque da saúde da família fortaleça o atendimento primário e venha de fato contribuir para a melhoria da qualidade da atenção à saúde prestada à população.

O fortalecimento do atendimento primário está sendo permeado pela idéia de vínculo, vínculo este que tem que existir entre os usuários, profissionais de saúde e comunidade.

Não há como pensar em saúde da família sem que haja vínculo entre as partes envolvidas no processo saúde-doença.

Segundo Franco e Merhy (2004, p. 97),

o vínculo é uma das idéias nucleares à proposta do PSF. É por excelência um dos expedientes gerenciais que estrutura o serviço. O Vínculo tem sido usado como um modo de organizar a relação entre equipes assistenciais e sua população usuária. Por si só, essa ferramenta não muda o perfil dos serviços de saúde, sua forma de produção e seu núcleo de trabalho médico-centrado, porque age na arquitetura do programa mas não na sua essência, isto é no modo como se produz o cuidado a partir dos diversos fazeres constituídos no cotidiano, nas relações estabelecidas entre trabalhadores entre si, trabalhadores e conformações tecnológicas do agir em saúde, e entre os trabalhadores e usuários.

Relatos históricos mostram que a idéia de vínculo está ligada ao ato do cuidado. Profissionais de saúde dos séculos XIX e XX, produziam atos de saúde, visando à cura através do cuidado. O profissional se percebia como o responsável pelo problema de saúde do outro.

Em diversos países, hoje, o vínculo é uma diretriz dos modelos de assistência, usado como ferramenta na consolidação de referências nos profissionais e sua responsabilização para uma determinada parcela da população usuária de seus serviços de saúde (FRANCO; BUENO; MERHY, 2004, p. 102).

Segundo Merhy (1994), é no cotidiano dos nossos trabalhos e na coletivização da gestão dos nossos serviços, a fim de resolver os problemas que identificamos no dia-a-dia, que iremos somar construindo um novo proceder em saúde que se orienta pela construção de um vínculo efetivo entre o usuário e os trabalhadores na busca da garantia do acesso dos usuários às ações de saúde, oferta de múltiplas opções tecnológicas para enfrentar os diferentes problemas de saúde, necessidade de acolhimento humanizado dos usuários aos serviços, busca da máxima resolutividade que as ações de saúde possibilitam, impactação dos quadros de morbi-mortalidade a partir da associação mais ampla possível de todas as ações de saúde disponíveis – tecnologicamente, individuais e coletivas – que podemos utilizar no combate do conjunto dos problemas de saúde.

Se não houver este vínculo entre usuários/profissionais/comunidade, estaremos andando na contra- mão, quebrando ao invés de fortalecer, o elo que deve existir entre profissionais das ESF e usuários.

3.1 FERRAMENTAS DE TRABALHO DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA: ACOLHIMENTO

*“Mais do que o gesto, interessa como foi recebido.
Mais do que a palavra, nos influencia como ela foi
ouvida. Mais do que o fato, vale onde, como e
quando ele nos tocou.”*

Lya Luft

Em 2004, o Ministério da Saúde criou a Política Nacional de Humanização da atenção e gestão (PNH), no Sistema Único de Saúde – Humaniza SUS. Essa estratégia visa a colocar os sujeitos como foco da atenção autônoma e de co-responsabilidade entre eles, estabelecendo vínculos solidários entre usuários, profissionais de saúde, gestores e comunidade como um todo.

A humanização deve ser vista não como um programa, mas como política que atravessa as diferentes ações e instâncias do SUS; uma política transversal com a experimentação de todos os saberes e para todos. Para esta transversalidade ganhar concretude é necessário que haja indissociabilidade entre atenção e gestão, ou seja, todos os sujeitos devem estar envolvidos e comprometidos. (BENEVIDES, 2003).

Para Abbês e Massaro, 2004, p. 11,

Constatar os problemas de saúde e os tomar como desafio não é o suficiente para imprimir as mudanças que possam traduzir a saúde como direito e patrimônio público da sociedade. É preciso restabelecer, no cotidiano, o princípio de universalidade, do acesso e a responsabilização das instâncias públicas pela saúde dos indivíduos. Isto deve ser implementado com a conseqüente constituição de vínculos entre profissionais e a população, empenhando-se na construção coletiva de estratégias que promovam mudanças nas práticas dos serviços, onde a defesa e a afirmação de uma vida digna de ser vivida seja adotada como lema.

A Estratégia Saúde da Família busca mudar a forma atual de cuidar da saúde das pessoas. Tem-se tentado fazer com que o SF seja a porta de entrada do usuário no serviço de saúde, num esforço para resolver a maior parte de seus problemas.

A atenção integral e humanizada dada ao usuário que procura a Unidade Básica de Saúde (UBS), está entrelaçada ao acolhimento na medida em que busca receber bem e dar respostas às necessidades de saúde da população.

Apesar da expansão de unidade básicas de saúde e das Equipes de Saúde da Família nos municípios, não se consegue assegurar o acesso com eficácia e atender as necessidades dos cidadãos. Constatado o problema, é preciso que sejam desenvolvidas estratégias para tentar modificar este quadro vigente.

A adoção das novas práticas, com o desenvolvimento de habilidades, capacidade e competências gerenciais, técnicas e de relacionamento ,exigindo ampla mobilização da saúde, dos gestores e da sociedade civil para viabilizar o acesso, com equidade e solidariedade, através do Acolhimento dos cidadãos (SHIMAZAKI, 2004).

De acordo com Costa e Soares (2005, p. 51)

A tecnologia do acolhimento propõe um trabalho de cumplicidade em torno do problema a ser enfrentado; tem como objetivo estabelecer uma relação de confiança e esperança, e que seja possível a existência de relações de vínculo e aceitação. O acolhimento não deve ser visto como um espaço ou um local, mas uma postura ética, uma ação que deve ocorrer em todos os locais e momentos do serviço de saúde. Colocar em ação o acolhimento como diretriz operacional requer uma nova atitude no fazer em saúde.

Segundo Batista (2001, p. 11), o acolhimento deve estar presente em todas as ações das equipes do PSF. Para tanto, é preciso envolver todos os trabalhadores, a fim de que façam uma escuta cuidadosa e qualificada.

A humanização, a escuta, o acolhimento, o vínculo têm que começar dentro da própria equipe de saúde, de modo que as ações executadas por estes profissionais no seu ambiente de trabalho, sejam as que desejariam para si mesmos ou para um familiar ou amigo querido.

Faz-se necessário que nos coloquemos no lugar do outro, outro enquanto indivíduo/pessoa, que pensa, sente e que deseja ser ouvido, respeitado, conduzido ou orientado a algo que lhe traga menos sofrimento e angústia, menor sensação de estar sendo “olhado” e não “enxergado” holisticamente como uma pessoa que espera receber alguma coisa dos profissionais de saúde a quem recorrem.

Muitas vezes este usuário não espera por medicamento, receita, pedido de exames, espera simplesmente não ser mais um que entra e sai da UBS sem sequer ser notado.

Acolher significa, entre outras coisas, “dar crédito a; dar ouvidos a; tomar em consideração”. Em última análise, tomando-se o sistema de saúde como pano de fundo, o Acolhimento pode significar a facilidade de acesso da população aos serviços de saúde e também o oferecimento de assistência adequada (CORDEIRO, 2001, p. 6).

Fazer saúde é cuidar de si mesmo, do outro, da comunidade, é tentar curar, tratar, envolver todos os agentes no processo. Saúde é uma produção coletiva.

Uma pessoa não é uma doença, nem um “caso interessante”, ela tem uma vida, seus hábitos, seu saber, sua maneira de auto-cuidar-se, como também do próximo. Tem uma bagagem de vida que tem que ser respeitada.

É interessante perceber como o acolhimento influencia de forma positiva nas atividades diárias das UBS. Têm-se falado muito sobre este tema que realmente é de relevância, pois com o acolhimento, uma rede de confiança, solidariedade, respeito à vida e ao próximo, é tecida entre a população e os serviços de saúde, entre os próprios membros da equipe de saúde e destes com os cidadãos atendidos, no contexto do SUS.

Fica claro que nas ESF do presente estudo, onde existe o acolhimento, a população que procura atendimento nas USF é melhor esclarecida, orientada e informada. Promove com mais afinco o auto-cuidado, valoriza o serviço, a família, o profissional que o atende e principalmente, consegue perceber que ninguém melhor do que a própria população é capaz de prover seu bem-estar, seja físico, mental ou espiritual.

Nestas unidades foi necessário haver uma organização interna para iniciarem a prática do acolhimento e é interessante perceber como este preparo é feito no serviço mas também internamente em cada profissional de saúde de fato envolvido com a proposta.

Para humanizar a assistência a partir do acolhimento, uma equipe de saúde multidisciplinar tem que saber utilizar suas potencialidades e diferenças da melhor maneira possível. A equipe tem que estar preparada e disposta a compartilhar seus saberes para a superação da fragmentação do conhecimento.

De acordo com Leite, Maia e Sena (1999, p. 5),

A “escuta” que hoje predomina a relação usuário e profissionais de saúde tende a ficar mais refinada à medida que as reflexões que ele faz para dentro da equipe ,mudando atitudes e posturas , ainda ,que aos poucos imprimindo-lhe uma maior movimentação, tende ao crescimento no que diz respeito à integração dos saberes para a solução dos problemas dos usuários .

Sem dúvida, o acolhimento permite à ESF conhecer as demandas e as realidades dos usuários que procuram a UBS, fortalecendo desta forma, o elo que deve existir entre a equipe e a comunidade.

Não é fácil mudar hábitos e costumes arraigados na população e também em alguns profissionais que ainda estão acostumados com as filas de espera de madrugada para marcação de consulta. Existem profissionais que consideram o acolhimento como perda de tempo, não se envolvem com esta prática na tentativa multiprofissional de otimizar o serviço, melhorando sua qualidade de resolução ou pelo menos, de tentativa desta.

O acolhimento tem que ser visto por todos os atores envolvidos no processo: profissionais de saúde, usuários, comunidade, gestores, como uma proposta importante na tentativa de inverter o atendimento existente nas UBS, que prioriza ou priorizava o atendimento à demanda espontânea por ordem de chegada, em detrimento da proposta de uma lógica de atendimento programado e com priorização de risco.

Para Abbês e Massaro (2005, p. 29),

O acolhimento é um modo de operar os processos de trabalho em saúde de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo suas queixas e assumindo uma postura capaz de acolher, escutar e dar respostas mais adequadas aos usuários. Implica prestar atendimento com resolutividade e responsabilização, orientando, quando for o caso, o paciente e sua família em relação a outros serviços para a continuidade da assistência e estabelecendo articulações com estes serviços para garantir o sucesso desses encaminhamentos.

Segundo Furtado (2001, p. 9), o acolhimento se dá na melhoria do cuidado e da resolutividade da assistência. Quanto aos familiares, traduz-se de modo fundamental na escuta, na orientação, na informação e no encaminhamento adequado.

Penso que os usuários que vão procurar atendimento numa UBS, chegam à unidade com a esperança, de pelos menos, serem ouvidos. Buscam alguém que lhes considere enquanto pessoa e perceba que se ele está ali, é porque tem alguma coisa que o incomoda. Ele quer sentir-se à vontade, “aconchegado”, importante ou que pelo menos não seja menosprezado.

Segundo Leite, Maia e Sena-Chompré (1999, p. 13)

O Acolhimento representa, hoje, um desafio na construção de uma proposição de estabelecer um modelo de “porta aberta”. Reconhece-se avanços na mudança da atitude dos profissionais em relação a desenvolver

uma maior competência e sensibilidade para reconhecer às necessidades e demanda dos indivíduos e de grupos populacionais. Contudo, pode-se afirmar que a mobilização interna dos trabalhadores é insuficiente para atender a uma demanda crescente e cada vez mais complexa por serviços de saúde.

Conclui-se que alguns aspectos são críticos para a definição de uma nova prática sanitária que envolve o processo de trabalho, em que ressalta-se a articulação interna da equipe e responsabilização de cada profissional em relação ao processo assistencial. Neste sentido, evidencia-se que o “atender”, “o acolher”, o “dar ouvidos”, não se esgota numa intervenção de saúde. Para esta nova prática de ação sanitária, no sentido de prevenção da vida e de potencialidades de saúde, requer um aparato tecnológico que incorpore novos pensares sustentados em paradigmas que permitam uma visão antecipada do “ser saudável”. Portanto, o acolher deve gerar uma responsabilidade de disponibilizar para o cidadão um determinado trabalho – assistência à saúde – que possa provocar um efeito positivo sobre a situação apresentada. Em última instância, esta deve ser a utilidade do serviço de saúde para a vida das pessoas.

Assim, o reconhecimento de que “muito já se fez” coloca em pauta e nas consciências a necessidade de uma construção permanente e coletiva de novas práticas acionando em todos os níveis: Governo, trabalhadores de saúde e a população.

Para a transformação do processo de trabalho há que se enfrentar as diferentes manifestações e interesses do conjunto dos trabalhadores para os quais estão colocadas novas exigências quanto ao conceito de saúde, necessidade e demandas explícitas pela população e pela instituição.

Citando Franco e Merhy (2004, p. 109)

A verdadeira discussão diz respeito ao fato de os profissionais de saúde, não apenas os médicos, nem apenas os que trabalham diretamente inseridos na assistência, mas todos os que labutam na produção de serviços de saúde, reaprenderem o trabalho a partir de dinâmicas relacionais, somando entre si os diversos conhecimentos. A solidariedade profissional está presente na boa prática de interagir saberes e fazeres e pode mostrar-se eficaz na constituição de modelos assistenciais centrados no usuário.

Falar de humanização, acolhimento, vínculo, no atual contexto de saúde do país, tem que ser por homens e mulheres comprometidos “até a alma”, profissionais que acreditam que mesmo com toda dificuldade enfrentada pela escassez de recursos na saúde, baixos salários, falta de apoio da gestão municipal, entre outros, ainda temos dentro de nós a

capacidade de acreditar na capacidade humana de construir a história e de produzir um mundo melhor, mais humano, justo e solidário.

4 MODOS ALTERNATIVOS DE ORGANIZAR OS SERVIÇOS DE SAÚDE: CONDIÇÕES AGUDAS E CONDIÇÕES CRÔNICAS

De acordo com Mendes (2002), há duas formas para a organização dos sistemas de serviços de saúde no âmbito microeconômico, agregando duas opções: os sistemas fragmentados e os sistemas integrados de serviços de saúde. Os sistemas fragmentados de serviços de saúde, são aqueles que se (des) organizam por um conjunto de pontos de atenção de forma isolada, isto é, não se comunicam entre si, e são frágeis em atenção primária à saúde, não prestando atenção contínua às pessoas. Já os sistemas integrados de serviços de saúde são aqueles organizados através de uma rede integrada de atenção à saúde, organizada pela atenção primária 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 se responsabiliza pelos resultados econômicos e sanitários relativos a essa população.

Para Starfield (2002), a visão distorcida de complexidade leva a uma banalização da atenção primária à saúde e a uma sobrevalorização das práticas que exigem maior densidade tecnológica e são exercitadas nos níveis de “maior complexidade”.

Segundo a Organização Mundial de Saúde apud Mendes (2002), os sistemas fragmentados e sistemas integrados contêm dois modos alternativos de organizar os serviços de saúde: sistemas voltados para a atenção às condições agudas, inerentes à fragmentação, ou sistemas voltados para a atenção a eventos crônicos, próprios da integração.

Menciona também que as condições agudas têm características quanto à duração da condição que é limitada; a manifestação é abrupta; a causa é frequentemente simples; o diagnóstico e o prognóstico são comumente precisos; as intervenções tecnológicas são usualmente efetivas; e o resultado das intervenções leva normalmente à cura.

Já as condições crônicas, têm início da manifestação habitualmente 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 condições crônicas diferem das doenças crônicas, ainda que exista certa relação entre elas, mas o que define a condição crônica é, fundamentalmente, o seu ciclo de vida que deve ser superior a três semanas.

Mendes (2002, p. 19), afirma que:

um dos problemas centrais da crise dos sistemas de serviços de saúde modernos consiste no enfrentamento das condições crônicas na mesma lógica das condições agudas, ou seja, através de tecnologias destinadas a responder aos momentos agudos dos agravos – normalmente autopercebidos pelas pessoas -, através da atenção à demanda espontânea, principalmente, em unidades ambulatoriais de pronto atendimento ou hospitalares. E desconhecendo a necessidade imperiosa de uma atenção contínua nos momentos silenciosos dos agravos, quando as condições crônicas insidiosamente evoluem.

Nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) é comum que as pessoas valorizem e desejem um sistema voltado para a atenção às condições agudas do qual são as grandes vítimas.

Por tudo isso, impõe-se a superação da forma de organização de sistemas de serviços de saúde orientados para eventos agudos por sistemas voltados para a atenção às condições crônicas, com exceção, evidentemente, da atenção às urgências e emergências.

No PSF geralmente observa-se uma relação indevida entre as ações médicas, que são mais voltadas para atender as condições agudas e as ações programáticas, mais voltadas para as condições crônicas. A pressão exercida pela população e muitas vezes pelos gestores de saúde, faz com que uma boa parte das equipes de PSF, continue “apagando incêndio”, ou seja, atendendo condições agudas e deixando de agir conforme os princípios de atenção primários à saúde, que são os pilares do PSF.

Ao mesmo tempo em que a solução para melhorar os cuidados para condições crônicas é complexa, ela pode ser simplificada com a utilização dos componentes estruturais nos diferentes níveis do sistema de saúde e com a garantia do financiamento para as mudanças. Os tomadores de decisão devem implementar as mudanças onde for possível nos níveis micro, meso e macro do sistema; começando pelo uso de algum dos componentes estruturais. Essas mudanças devem, com o tempo, apoiar a adição de mais componentes e, por fim, completar a estrutura do modelo proposto para incrementar os resultados para as condições crônicas. Aqueles que sustentam a inovação experimentam hoje os benefícios, e garantem para o futuro o sucesso da saúde e a prosperidade econômica de seu país.

5 PERCURSO METODOLÓGICO

5.1 REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO

A importância em compreender porque certos usuários procuram frequentemente por atendimento nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e o desafio de buscar compreender na realidade empírica as atividades realizadas pelos profissionais médicos e enfermeiros, levaram-nos à opção pelo Materialismo Histórico Dialético (MHD), como referencial teórico metodológico. O MHD “fundamenta-se na concepção de que o pensamento é reflexo da realidade e leis dos processos que se passam no mundo objetivo, os quais não dependem do pensamento para existirem, mas da ação humana, em muitas circunstâncias” (LEOPARDI *et al.*, 2002, p. 31).

O MHD permite compreender que a concepção da realidade nunca é captada na sua totalidade. Mas nos propicia o estabelecimento de relações entre o teórico e o empírico para fazer a transformação a partir da nova visão construída da realidade.

A dialética materialista compreende os fenômenos como consequência de interações constantes entre natureza e sociedade. É a ação do ser humano que propicia o desenvolvimento do mundo natural.

Egry (1996) comenta que a concepção dialética significa o modo de pensar as contradições na qual a realidade é essencialmente processo, mudança e dever. É essa contradição que permite a constante transformação da realidade pela ação dos homens.

O rompimento de uma prática tradicional introduz no cenário histórico novas regras no interior da sociedade que se deseja transformar. O reconstruir se faz pela geração de novos conhecimentos que processam as mudanças no mundo real.

O princípio da singularidade nos permite através de sucessivas aproximações com a realidade entender a totalidade de um fenômeno.

Egry (1996, p. 30) diz que

O materialismo histórico tem como objeto de estudo a sociedade e as leis gerais de seu desenvolvimento. É materialismo porque sustenta que a produção material é a base sobre a qual se estabelece o modo de viver dos homens, o que determina toda a vida da sociedade. O materialismo histórico atribui caráter histórico aos fenômenos sociais, considerando-os suscetíveis de serem transformados pela ação dos homens.

Sendo assim, a dialética materialista é uma postura, ou concepção de mundo; enquanto um método que permite uma apreensão radical (que vai à raiz) da realidade e, enquanto práxis, isto é, unidade de teoria e prática na busca da transformação e de novas sínteses no plano do conhecimento e no plano da realidade histórica (FRIGOTTO, 1989, p. 73).

No modo tradicional de organizar os dados em pesquisa qualitativa obtém-se a soma do pensamento das pessoas, que compõe uma coletividade. Segundo Lefèvre e Lefèvre, (2005, p. 13-14), “o pensamento, seja individual ou coletivo, não é, ou não se comporta, da mesma forma que um atributo ou variável como peso, altura, etc. que, por pura soma matemática, pode levar a uma descrição de uma coletividade”, ou seja, o modo tradicional considera que um indivíduo tem um pensamento e que uma coletividade de indivíduos também apresenta uma distribuição estatística deste pensamento.

Portanto, o pensamento individual e coletivo poderão ser mais bem descritos se os dados forem coletados, processados e apresentados sob a forma de discursos.

Para fazer a análise do discurso, foi usado como estratégia metodológica deste estudo, o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) que é uma proposta de organização e tabulação de dados qualitativos de natureza verbal, os quais podem ser obtidos de depoimentos, artigos de jornal, matérias de revistas semanais, cartas, papers, revistas especializadas, etc.

Segundo Lefèvre e Lefèvre (2005, p. 18-20), o DSC é construído a partir da análise do material verbal coletado, extraído-se de cada um dos discursos emitidos as Idéias Centrais - IC e/ou Ancoragens – AC, e suas correspondentes Expressões Chave – ECH, consideradas pelos autores como figuras metodológicas. A partir das ECH *compõe-se um ou vários discursos-síntese na primeira pessoa do singular*.

Ainda segundo estes autores, o Sujeito Coletivo expressa uma referência coletiva na medida em que fala pela ou em nome de uma coletividade, e o pensamento de uma coletividade, sobre um determinado tema, reflete o conjunto dos discursos presentes na sociedade e na cultura sobre este tema, do qual os sujeitos se utilizam para se comunicarem, interagirem, pensarem. Assim, o pensamento coletivo se torna um idioma “segundo”, uma segunda língua que constitui condição essencial para a vida humana em sociedade.

Portanto, o DSC tem a finalidade de expressar e representar um pensamento coletivo, a partir de falas individuais de sentido semelhante ou complementar visando a dar à luz ao conjunto de individualidades semânticas componentes do imaginário social e é, em suma, uma forma de fazer a coletividade falar diretamente.

Para confeccionar os DSCs são utilizadas as seguintes figuras metodológicas:

- a) **expressões-chave (ECH):** são pedaços, trechos ou transcrições literais do discurso, que devem ser destacadas de alguma forma pelo pesquisador, seja sublinhando-as, iluminando-as ou colorindo-as, pois elas revelam a essência do depoimento. É com a matéria-prima das ECH que se constroem os Discursos do Sujeito Coletivo.
- b) **idéias centrais (IC):** a idéia central (IC) descreve de forma mais sintética, precisa e fidedigna possível, o sentido de cada um dos discursos analisados e de cada conjunto homogêneo de ECH, que vai dar nascimento posteriormente, ao DSC (LEFÉVRE; LEFÉVRE, 2005). A IC é uma descrição do sentido de um depoimento ou de um conjunto destes.
- c) **ancoragem (AC):** manifestação lingüística explícita de uma teoria, ideologia ou crença, que o autor do discurso professa (LEFÉVRE; LEFÉVRE, 2005).
- d) **discurso do sujeito coletivo (DSC):** é um discurso-síntese redigido na primeira pessoa do singular e composto pelas ECH que têm a mesma IC ou AC (LEFÉVRE; LEFÉVRE, 2005).

Para a elaboração do DSC parte-se dos discursos em estado bruto, sendo que estes são submetidos a uma análise inicial de decomposição, onde são selecionadas as principais AC e/ou IC presentes em cada um dos discursos individuais e em todos eles reunidos.

5.2 CENÁRIO DO ESTUDO

Divinópolis possui atualmente, doze (12) ESF, sendo oito (08) equipes localizadas na zona urbana e quatro (04) na zona rural do município.

O estudo foi realizado em 04 (quatro) Unidades Básicas de Saúde/ Programa de Saúde da Família do município de Divinópolis, dentre as oito ESF da zona urbana, sendo estas: PSF Morada Nova, PSF Santos Dumont, PSF Santa Lúcia e PSF Vale do Sol.

A escolha destas equipes se deu por serem as ESF mais antigas implantadas no município e que tinham uma série histórica mais precisa necessária para a observação de campo e coleta de dados para o referente estudo. As equipes de PSF da zona rural foram excluídas do estudo devido à dificuldade de acesso até as mesmas.

O município localiza-se a 106 Km de Belo Horizonte (capital do Estado de Minas Gerais), apresentando uma extensão territorial de 716 km². Limita-se, ao norte, com os municípios de Nova Serrana e Perdigoão, ao sul, com Cláudio, a leste, São Gonçalo do Pará e Carmo do Cajurú e a oeste, Santo Antônio do Monte e São Sebastião do Oeste. Divinópolis é a sede da Administração Regional do Alto São Francisco e da Associação dos Municípios da Microrregião do Vale do Itapeçerica – AMVI (DIVINÓPOLIS, 1999).

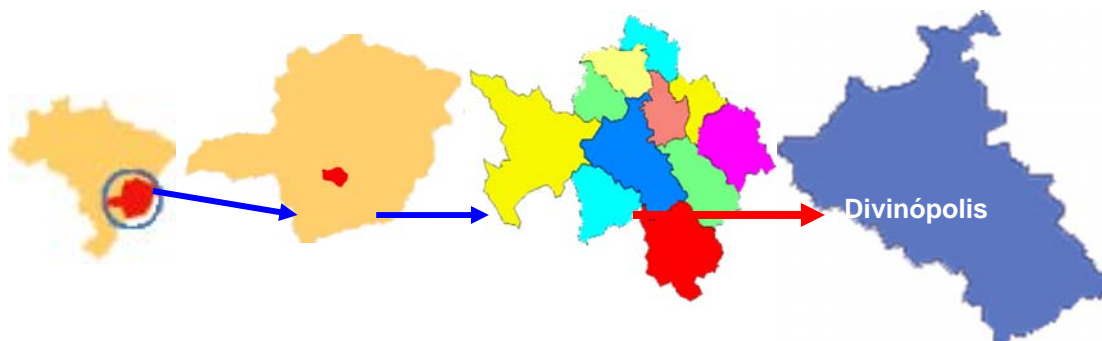


FIGURA 1 – Localização geográfica do município de Divinópolis dentro do Estado de Minas Gerais

Fonte: www.citybrasil.com.br

Baseado em dados do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde 2006, a população do município é de 193.974 habitantes.

5.2.1 Sistema de Saúde Municipal

A Secretaria Municipal de Saúde - SEMUSA - possui uma estrutura organizacional linear, composta pelo Secretário, pela diretoria do Pronto Socorro Regional, por várias divisões de serviços (Administrativa, Saúde Coletiva, Finanças e Controle Orçamentário, Projetos Especiais e Recursos Humanos, Ações Básicas de Saúde, Planejamento e informação em Saúde), pelas gerências de unidades de saúde e por setores diretamente relacionados às divisões.

A rede física instalada de Atenção à Saúde conta com serviços próprios e contratados para atendimento ambulatorial e hospitalar. Destes, 77% integram o Sistema Municipal de Saúde e 23% são de prestadores privados.

O município desenvolve ações em todos os níveis de complexidade do sistema de saúde, com prioridade para as ações básicas de saúde.

O PSF-Divinópolis, como estratégia integrante do nível de atenção primária, foi implantado a partir de 1996, sendo considerado na proposta de reestruturação do modelo assistencial ‘a porta de entrada do sistema de saúde’, juntamente com as demais unidades básicas de saúde (DIVINÓPOLIS, 1999).

A implantação da Estratégia Saúde da Família teve como meta a atenção integral aos indivíduos e às famílias, por meio de um sistema de níveis de complexidade crescente, e a inserção da comunidade no contexto sócio-político, econômico e cultural.

As primeiras Equipes de Saúde da Família (ESF) implantadas e também as que estão em fase de implantação, privilegiam as áreas rurais e periféricas do município de Divinópolis.

Atualmente o Programa de Saúde da Família de Divinópolis está constituído por 12 (doze) ESFs, sendo que 04 (quatro) se encontram na zona rural (cobertura de 100% da população) e 08 (oito) na zona urbana, totalizando uma cobertura de 21,3% da população total do município. Mais 10 (dez) equipes estão em fase de implantação para iniciarem suas atividades até final de 2007.

As Unidades Básicas do PSF são, em sua maioria, casas alugadas e adaptadas para tal finalidade.

Na zona rural, as quatro equipes têm mais de uma unidade, uma vez que possuem várias comunidades distantes geograficamente entre si.

A localização geográfica das Unidades Básicas do PSF foi estabelecida após estudo de acesso dos usuários, como disponibilidade de transporte, distância das unidades de referência e de outras unidades do PSF que fazem limite entre si. Porém, na equipe Vale do Sol, a unidade básica localiza-se muito próxima à linha divisória que a separa da equipe Santa Lúcia, fazendo com que a população se direcione à primeira, desconsiderando o fato de estar cadastrada e “pertencer” à segunda equipe. Esse fato provoca insatisfação no usuário que não compreende a necessidade de se deslocar por um longo trajeto, quando tem uma unidade próxima à sua residência.

As ESF que farão parte do estudo (Morada Nova, Santa Lúcia, Santos Dumont e Vale do Sol) acompanham respectivamente 632, 510, 751 e 626 famílias, de acordo com os dados fornecidos pelas ESF em junho de 2006.

5.3 SUJEITOS DA PESQUISA

Os sujeitos da pesquisa foram os médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem que atuam nas 04 UBS já referidas e os usuários que foram pré-selecionados de acordo com a frequência dos mesmos nas UBS. Foram, portanto selecionados aqueles que estiveram nestas Unidades 03 (três) ou mais vezes durante o mês no ano de 2006, fora de seu agendamento normal. Estes dados foram colhidos, após a análise da Ficha de Controle Diário do Atendimento de Enfermagem (ANEXO B), ficha que é preenchida pelos auxiliares de enfermagem e enfermeiros, onde consta o nome de todas as pessoas que procuram por atendimento nas equipes de Saúde da Família todos os dias do ano (de 2ª a 6ª feira).

Portanto, foram entrevistados 04 (quatro) médicos (as), 04 (quatro) enfermeiros (as), 04 (quatro) auxiliares de enfermagem e 19 (dezenove) usuários.

Quando se trabalha com Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), o importante não é a quantidade e sim a qualidade da amostra. O presente estudo se enquadra na situação em que o pesquisador tem conhecimento aprofundado das características de todo ou de quase todo o universo a ser pesquisado, mas como se trata de um campo extenso, uma investigação qualitativa integral seria muito onerosa e trabalhosa. Sendo assim, foi feita uma escolha intencional dos sujeitos a serem pesquisados (LEFÉVRE, 2005).

5.3.1. Perfil dos Informantes

Fizeram parte do presente estudo 16 profissionais de saúde, dentre estes, 04 médicos, 04 enfermeiros e 04 auxiliares de enfermagem das ESF Morada Nova, Santa Lúcia, Santos Dumont e Vale do Sol, equipes que atuam na zona urbana do município de Divinópolis – MG.

Também participaram da pesquisa, 19 usuários, sendo que desses 19, 04 são pertencentes à área de abrangência da ESF Morada Nova, 05 da ESF Santa Lúcia, 06 da ESF Santos Dumont e 04 da ESF Vale do Sol.

Com relação aos profissionais de saúde que compuseram o estudo, todos os entrevistados (16 pessoas), são funcionários da Secretaria de Saúde da Prefeitura Municipal de Divinópolis e possuem vínculo empregatício de regime estatutário na mesma. Cabe salientar que, todos os profissionais de saúde da rede, são “concursados”, não só os supracitados mas todos os profissionais de saúde da SEMUSA Divinópolis.

TABELA 1

Profissionais de saúde das ESF do estudo, por sexo, Divinópolis 2006.

Sexo	Médicos (as)	Enfermeiros (as)	Auxiliar de Enfermagem (as)	Número
Masculino	01	02	00	03
Feminino	03	02	04	09
Total	04	04	04	12

É interessante notar que 04 dos médicos entrevistados, 03 são do sexo feminino e dos 04 enfermeiros entrevistados, 02 são do sexo feminino e 02 do sexo masculino, o que mostra que a questão do “gênero” em saúde está sendo modificada. Até pouco tempo atrás, a classe médica era predominantemente masculina e a classe de enfermagem era na sua grande maioria constituída por mulheres.

Dos 04 auxiliares de enfermagem que foram entrevistados, todos são do sexo feminino, o que de acordo com as mesmas é justificado pelo fato de que na maioria das ESF do município, os auxiliares de enfermagem são mulheres de média idade que já trabalham na SEMUSA há tempos, desde a época em que eram elas que prestavam quase todos os cuidados em saúde.

TABELA 2

Profissionais de Saúde das ESF do estudo, por faixa etária, Divinópolis 2006.

Faixa Etária	Médicos (as)	Enfermeiros (as)	Auxiliar de Enfermagem	Número
20 a 29 anos	00	00	00	00
30 a 39 anos	02	03	01	06
40 a 49 anos	02	01	00	03
50 a 59 anos	00	00	01	01
Maior igual a 60anos	00	00	02	02
Total	04	04	04	12

Nota-se a predominância de médicos e enfermeiros nas faixas etárias que vão de 30 a 39 anos e de 40 a 49 anos. Geralmente estes profissionais dizem estar realizados por

trabalhar na Saúde da Família e que nesta fase da vida, já realizaram a maioria de suas expectativas profissionais, optando por trabalhar em USF. Os auxiliares de enfermagem, como já explicado, predominam na faixa etária maior que 60 anos, grande parte deles, já trabalhou nos Centros de Saúde antes da criação das ESF no município e dizem estar satisfeitos com o trabalho que fazem e que esperam se aposentar trabalhando numa USF.

Dos 04 profissionais médicos entrevistados, 03 possuem especialização, sendo esta em Saúde da Família.

Dos 04 enfermeiros entrevistados, 03 possuem especialização em Saúde da Família e 01 em Saúde Pública.

Para estes profissionais é muito importante serem especialistas na área em que atuam, “[...] acho que fica mais fácil da gente atuar quando entende o todo e a especialização dá essa visão pra gente[...]” (Enfermeiro ESF 2).

De acordo com as observações de campo feitas durante um dia de trabalho em cada ESF que compõe o estudo, os profissionais são comprometidos com o trabalho que realizam e acreditam na filosofia do PSF, mesmo vivenciando no cotidiano situações recorrentes como: grande demanda de procura por doenças agudas, o que tumultua as USF e dificulta o atendimento de qualidade; modelo ainda muito centrado na doença e focado principalmente no saber do médico, isto geralmente por parte dos usuários; acúmulo de atividades, principalmente no que diz respeito aos enfermeiros das ESF, o que impede que os mesmos estejam mais voltados para as atividades de prevenção e promoção da saúde.

Mesmo com o envolvimento da ESF como um todo, a fim de buscar a saúde e não perpetuar a doença, alguns profissionais demonstram insatisfação por muitas vezes estarem perpetuando o modelo curativo, “apagando incêndio” e tendo tempo necessário para estar mais próximos dos usuários e suas famílias, promovendo hábitos saudáveis de vida e estimulando o auto cuidado.

Segundo as diretrizes do MS, o objetivo do PSF é reorganizar a prática assistencial em novas bases e critérios, substituindo o modelo tradicional de assistência voltado para a cura de doenças e no ambiente hospitalar. A atenção tem que estar centrada na família, para que esta seja entendida e percebida a partir do ambiente em que vive, físico e socialmente, o que vem possibilitando às ESF uma compreensão ampliada ou pelo menos a tentativa desta, do processo saúde/doença e das necessidades de intervenções que vão muito, muito além das práticas curativas como de costume.

A assistência à saúde tal como é praticada hoje é “marcada pelo serviço de natureza hospitalar, focalizados nos atendimentos médicos e tem uma visão biologicista do

processo saúde-doença, voltando-se prioritariamente para ações curativas” (FRANCO; MERHY, 2004, p. 56).

Embora o trabalho da ESF esteja direcionado para práticas multiprofissionais, nada garante que haverá ruptura com a dinâmica médico-centrada, do modelo hegemônico atual. Ainda não há dispositivos potentes capazes de alterarem os fazeres do cotidiano de cada profissional, que em última instância é o que define o perfil da assistência.

De acordo com Starfield (2002, p. 162)

Existem algumas funções que os profissionais não-médicos realizam melhor que os médicos: identificam mais sintomas e sinais em seus pacientes e prescrevem mais terapias não-medicamentosas do que os médicos. Também auxiliam, de forma efetiva, a pacientes para implementar os tratamentos continuados e difíceis em que os efeitos terapêuticos muitas vezes são demorados.

Os profissionais entrevistados afirmam estar trabalhando em SF por opção, por gostarem, mas que também a parte financeira conta muito. Apesar de estarem reivindicando aumento de salários, pois há 05 anos não há reajuste no município, os profissionais não consideram atender melhor porque estão ganhando mais, ou pior porque estão ganhando menos.

Segundo Franco e Merhy (2004, p. 107)

Uma questão muito sentida, diz respeito aos custos/financiamento do programa. O PSF trabalha com a idéia de que altos salários garantem bons atendimentos, viabilizando o trabalho diferenciado do médico e permitindo sua “interiorização”. Sem desconsiderar a importância de remuneração satisfatória dos profissionais de saúde, é um equívoco pensar que isto por si só, garante atendimento acolhedor, com compromisso dos profissionais na resolução dos problemas dos usuários. O modo de assistir as pessoas está mais ligado a uma determinada concepção de trabalho em saúde, a construção de uma nova subjetividade em cada profissional e usuário. Vincula-se à determinação de uma relação nova, que foge ao padrão tradicional em que um é sujeito no processo e o outro o objeto sobre o qual há uma intervenção para a melhora da sua saúde. A nova relação tem que se dar entre sujeitos, quando tanto o profissional quanto o usuário podem ser produtores de saúde.

TABELA 3

Tempo de serviço dos profissionais, Médicos, Enfermeiros, e Auxiliares de Enfermagem nas ESF do estudo, Divinópolis 2006.

Tempo de Serviço	Médico(as)	Enfermeiros (as)	Aux. de Enfermagem	Número
Menos de 1 ano	00	04	03	07
1 - 2 anos	00	00	00	00
2 - 3 anos	00	00	00	00
3 - 4 anos	00	00	00	00
4 - 5 anos	02	00	00	02
Maior que 5 anos	02	00	01	03
Total	04	04	04	12

Atentando-se à tabela acima, observa-se que dos 04 médicos entrevistados, todos 04 estavam trabalhando na mesma ESF há mais de 04 anos. O mesmo não aconteceu com os enfermeiros e nem com 03 dos auxiliares de enfermagem entrevistados. Todos os 04 enfermeiros e 03 auxiliares de enfermagem estavam atuando na ESF há menos de um ano, devido as trocas efetuadas pela coordenação local do PSF.

Esta foi uma grande dificuldade encontrada durante a coleta de dados nas USF e em algumas entrevistas, pois estes profissionais estavam trabalhando nas ESF há 02 meses, época em que a SEMUSA resolveu trocar todos os enfermeiros e quase todos os auxiliares da rede das USF. Dados foram perdidos durante as trocas, como algumas Folhas de Controle Diário de Atendimento de Enfermagem e também era difícil para alguns profissionais recém-chegados já estarem completamente adaptados à rotina da nova ESF e com a população.

Segundo relato dos profissionais envolvidos, a troca foi feita alegando mudar a rotina das equipes o que proporcionaria um “ar novo” às Unidades, o que de certa forma contradiz a idéia de vínculo, quebrando o elo que já existia entre os profissionais de uma mesma equipe e destes com os usuários.

As interações entre profissionais e pacientes contribuem para o estabelecimento de relações de longa duração, que facilitam a efetividade na atenção primária. São os meios pelos quais os profissionais aprendem a respeito de muitos, se não da maioria, dos problemas

dos pacientes e como os pacientes aprendem a respeito da maioria dos aspectos de sua atenção. Embora as interações entre pacientes e profissionais ocorram no decorrer da consulta e do encaminhamento, é a amplitude e a profundidade do contexto que distingue as interações na atenção primária daquelas de outros níveis de atenção (STARFIELD, 2002).

Conforme supracitado, 19 usuários foram entrevistados, seguindo alguns critérios listados abaixo para inclusão na pesquisa.

O critério de inclusão para a seleção dos usuários que fizeram parte da pesquisa foi o seguinte:

- a) Usuário que procura atendimento USF do estudo, mais de 03 (três) vezes durante um mês, sendo que foram considerados para o estudo, os meses de março, abril e maio de 2006;
- b) Homens e mulheres maiores de 18 anos;
- c) Pacientes que são cadastrados nas ESF do estudo;
- d) Pacientes que pertencem à área de abrangência das ESF pesquisadas.

TABELA 4

Usuários das ESF do estudo, por sexo, Divinópolis 2006.

Sexo	Número
Masculino	05
Feminino	14
Total	19

A maioria dos usuários que procuraram a USF mais de 03 vezes durante um mês, é do sexo feminino, pois as mulheres geralmente são donas de casa, não trabalham fora, deixando isto a cargo do marido e dos filhos, para cuidar da casa, dos netos e também dos filhos pequenos.

Fica claro também, que muitas destas mulheres vão a USF para atividades que nem sempre são para elas mesmas, como buscar um remédio para o marido, vizinho, filho, etc.

“Até consultar para o marido tem gente que vem”, disse uma auxiliar de enfermagem de uma das equipes do estudo, enquanto eu estava na unidade fazendo a observação de campo.

TABELA 5

Usuários das ESF do estudo, por faixa etária, Divinópolis 2006.

Faixa Etária	Numero
18 a 29 anos	03
30 a 39 anos	03
40 a 49 anos	02
50 a 59 anos	05
> ou = a 60 anos	06
Total	19

Mais de 50% dos usuários entrevistados está na faixa etária maior que 50 anos de idade. Isso faz sentido já que é a partir desta época que a maioria das doenças crônico-degenerativas aparecem ou tornam-se mais acentuadas, demandando um acompanhamento mais de perto por parte da ESF.

Outro fato interessante relatado pelos entrevistados principalmente os do sexo masculino, é que, após a aposentadoria os mesmos dedicam cuidados antes não dispensados à sua saúde devido a falta de tempo para tal.

TABELA 6

Usuários das ESF do estudo, por estado civil, Divinópolis 2006.

Estado Civil	Numero
Solteiro	06
Noivo	00
Casado	08
Amasiado	01
Separado	02
Viúvo	02
Total	19

Cerca de 42% dos usuários considerados assíduos nas USF são casados o que demanda uma procura por atendimento não somente para a pessoa em si mas também vão à Unidade em busca de solução para os problemas do marido, esposa ou dos filhos. Os usuários

solteiros que correspondem a 31,6% do total de usuários entrevistados, são geralmente acompanhantes dos sobrinhos e também dos pais.

TABELA 7

Usuários das ESF do estudo, por escolaridade, Divinópolis 2006.

Escolaridade	Numero
Analfabeto	03
1º Grau Incompleto	12
1º Grau Completo	01
2º Grau Incompleto	00
2º Grau Completo	03
Superior Incompleto	00
Superior Completo	00
Total	19

Conforme mostra a tabela acima, a maioria dos usuários tem 1º grau incompleto, muitos relataram nas entrevistas que quando pequenos só tinham acesso aos estudos até a antiga 4ª série primária, alguns porque tinham que começar a trabalhar cedo para ajudar no sustento da casa, outros porque moravam na roça. A falta de estudo dificulta a garantia a um emprego, já que o mercado de trabalho vem cobrando a cada dia maior grau de instrução para obtenção de determinados cargos.

Isso pode ser associado ao fato destes usuários em sua maioria, não terem emprego fixo ou serem donas da casa, conforme relatado nas entrevistas, o que faz com que os mesmos procurem a UBS mais frequentemente porque têm disponibilidade para tal e também para obter informações sobre doença, saúde, hábitos saudáveis de vida, etc.

Durante a observação de campo em uma das ESF uma usuária que aguardava para consulta disse: “Eu adoro ver estes cartazes aqui, ensinam muitas coisas pra gente, esse tal de Ministério da Saúde não é bobo é nada. Bobo somos nós, que nem estudá, estudamo direito.”

Para Starfield (2002, p. 292)

Tanto os profissionais quanto os pacientes contribuem para o processo de atenção médica. Quando os pacientes buscam atendimento, eles se apresentam e expressam seus problemas, preocupações e necessidades utilizando o sistema; o profissional tem a responsabilidade de reconhecer os problemas, necessidades ou preocupações do paciente e de formular estas necessidades em um diagnóstico para o qual um manejo adequado pode ser sugerido.

Segundo Franco e Merhy (2004, p. 103), “[...] A ESF deve ser a ‘porta de entrada’ do serviço de saúde, não tendo o PSF um esquema para atendimento da demanda espontânea. É dada ao PSF a missão de mudar o modelo assistencial para a saúde, e essa mudança vai de fato caracterizar-se quando o modelo for centrado no usuário. Contudo, ao que parece, não há real desburocratização do acesso aos serviços, visto que o atendimento às urgências, que é muito importante do ponto de vista do usuário, não se torna ponto forte de sua agenda de trabalho. Os serviços que não conseguem criar esta agenda têm-se mostrado como de baixa credibilidade para os usuários (Chakkour *et al.*, 1992). Assim, o PSF parece cometer o erro da saída.”

Outra questão importante é que mesmo com a tentativa de mudar o paradigma da saúde com a implantação das ESF, apenas por modificar a estrutura, não se garante que a relação dos profissionais com os usuários esteja sendo realizada sobre novos parâmetros de civilidade, de acolhimento e construção de processos mais comprometidos com os usuários, seus cuidados e curas (FRANCO; MERHY, 2004, p. 103).

Para Starfield (2002, p. 303-304)

Do ponto de vista da atenção primária, a necessidade de esclarecimentos é particularmente aguda por causa da maior diversidade de tipos de necessidades que devem ser atendidas. Os médicos da atenção primária não apenas têm que lidar com os problemas atuais, pelo menos metade dos quais são suficientemente vagos para que não possam ser explicados por diagnósticos médicos convencionais (WESTON; BROWN, 1989; POLLACK *et al.*, 1993), mas eles também têm de lidar com seu impacto sobre os futuros padrões de utilização e busca de auxílio por parte do indivíduo, com o manejo de problemas em andamento, e com a promoção oportunista da saúde.

5.4 COLETA DE DADOS

Procedeu-se antes da coleta de dados com os sujeitos envolvidos no estudo, a observação direta do trabalho dos mesmos (roteiro para observação de campo- ANEXO B.1.) realizada nas 04 USF selecionadas, a fim de identificar o fluxo dos usuários nestas UBS, quem atendia ou acolhia estes usuários e para quem os mesmos eram encaminhados.

A partir da observação e das anotações feitas em um diário de campo, a coleta dos dados foi efetuada com a análise das Fichas de Controle Diário de Atendimento de Enfermagem (ANEXO C), em que buscou-se aqueles usuários que procuraram o serviço, 03 (três) ou mais vezes durante um mês. Os meses considerados para a análise foram os meses de março, abril e maio de 2006.

Após os sujeitos que fizeram parte da pesquisa, médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e usuários, terem lido, concordado e assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXOS D.1. e D.2.), procedeu-se à realização das entrevistas semi-estruturadas (ANEXOS E - F) que foram gravadas, mediante consentimento dos sujeitos envolvidos, e transcritas para posterior montagem do Discurso do Sujeito Coletivo.

O diário de campo foi utilizado como instrumento para o registro das observações pertinentes ao funcionamento das UBS, onde foi feito o registro das atividades realizadas com os usuários, bem como suas interpretações sobre as mesmas. As anotações de campo subsidiaram as entrevistas semi-estruturadas com os sujeitos da pesquisa.

Segundo Minayo (2004, p. 100),

Toda observação deve ser registrada num instrumento que convencionamos chamar de diário de campo. Desse caderno constam todas as informações que não sejam o registro das entrevistas formais. Ou seja, observações sobre conversas informais, comportamentos, gestos, expressões que digam respeito ao tema da pesquisa.

Os métodos observacionais são freqüentemente usados na pesquisa de enfermagem quando as variáveis de interesse lidam com eventos ou comportamentos (WOOD; HABER, 2001).

Durante a observação, o pesquisador além de estar simplesmente olhando o que está acontecendo, observa com um olhar treinado em busca de certos acontecimentos específicos que são importantes para seu estudo.

A observação foi realizada durante um dia de trabalho das equipes, em horário integral de funcionamento das mesmas. As visitas domiciliares para entrevistar os usuários que irão compor o estudo foram feitas após a observação de campo, bem como as entrevistas com os profissionais.

A entrevista semi-estruturada com os sujeitos ocorreu no próprio local de trabalho dos profissionais médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, e no domicílio dos usuários, a partir de agendamento prévio.

A entrevista semi-estruturada permite a presença do pesquisador durante as mesmas e, também, oferece aos entrevistados a oportunidade de falar livremente sobre o tema proposto. Para tanto, estas entrevistas foram gravadas mediante autorização do entrevistado.

Este envolvimento do pesquisado com o pesquisador, em pesquisa qualitativa, é entendido como o aprofundamento de uma relação intersubjetiva, em que no ato da entrevista está presente o afetivo, o existencial, o contexto do dia-a-dia, as experiências e a linguagem do senso comum (MINAYO, 2004).

5.5 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

As informações coletadas nas entrevistas individuais com os profissionais de saúde e usuários, foram organizadas de acordo com o processo metodológico do Discurso do Sujeito Coletivo – DSC, proposta de organização e tabulação dos dados qualitativos de natureza verbal, que para o estudo em questão, foram obtidos dos depoimentos dos profissionais de saúde e usuários que foram objeto de estudo desta pesquisa.

De acordo com Lefèvre e Lefèvre (2003), após todas as entrevistas terem sido coletadas, gravadas e transcritas, para a tabulação dos dados deve-se seguir os seguintes passos:

- 1º passo:** copiar na íntegra o conteúdo de todas as respostas referentes à primeira pergunta no Instrumento de Análise de Discurso 1 – IAD 1 – na coluna Expressões Chave;
- 2º passo:** identificar e sublinhar, em cada uma das respostas, com uma cor determinada ou utilizando outro recurso gráfico, as Expressões Chave das Idéias Centrais e, quando houver, com outra cor ou usando outro recurso, as Expressões Chave das Ancoragens;

3º passo: identificar as Idéias Centrais e (quando for o caso) as Ancoragens, a partir das Expressões Chaves, colocando estas idéias Centrais e Ancoragens nas caselas correspondentes;

As ancoragens só são consideradas, na metodologia do DSC, quando estiverem concreta e explicitamente presentes nestes depoimentos, o que nem sempre acontece;

4º passo: identificar e agrupar as Idéias Centrais e as Ancoragens de mesmo sentido ou de sentido equivalente, ou de sentido complementar. Deve-se etiquetar cada grupamento com letras A, B, C, etc;

5º passo: denominar cada um dos grupamentos, A, B, C, etc., o que, na realidade, implica (isentei o em) criar uma Idéia Central ou Ancoragem síntese, que expresse, da melhor maneira possível, todas as Idéias Centrais e Ancoragens de mesmo sentido;

6º passo: é a construção do DSC, utilizando-se o Instrumento de Análise de Discurso 2 – IAD 2. O DSC deve ser construído para cada grupamento identificado no passo 5.

5.5.1 Etapas

- a) a primeira etapa é copiar do IAD 1 todas as expressões chave do mesmo grupamento e “colá-las” na coluna das expressões chave do IAD 2;
- b) a segunda etapa é a construção do DSC, propriamente dito, de cada grupamento. Para construí-lo é necessário “discursivar” ou dar seqüência às expressões chaves obedecendo a uma esquematização clássica, tipo começo, meio e fim ou do mais geral para o menos geral e mais particular. A ligação entre as partes do discurso ou parágrafos deve ser feita por meio da introdução de conectivos que proporcionam a coesão do discurso como: assim, então, logo, enfim, etc. Devem-se eliminar os particularismos de sexo, idade, eventos particulares, doenças específicas, etc., processo denominado desparticularização. Devem-se igualmente eliminar repetições de idéias, mas não da mesma idéia quando expressa de modos ou com palavras ou expressões distintas ainda que semelhantes.

6 A SUBJETIVIDADE PERMEANDO O COTIDIANO EM SAÚDE

As necessidades de saúde da comunidade são variadas e difíceis de especificar com precisão e exatidão, já que a definição de necessidade vai variar de época para época, de lugar para lugar, de costumes para costumes, de pessoa para pessoa.

Nota-se no cotidiano do trabalho em saúde, no dia-a-dia de trabalho das ESF, que estas “necessidades” muitas vezes vão além do desconforto físico. Perpassam por questões subjetivas que são individuais, pessoais, do eu existentes no sujeito.

Este seja talvez um dos grandes desafios dos profissionais que trabalham na Saúde da Família: compreender, entender, estar aberto para a escuta e perceber que não são somente medicamentos, receitas, exames, que vão curar, melhorar a qualidade de vida ou confortar os usuários que os procuram em busca de atendimento.

De acordo com Starfield (2002, p. 315),

Já que a atenção primária está orientada para o atendimento das necessidades das pessoas, deve disponibilizar uma variedade de serviços voltados para essas necessidades existentes na população. As “necessidades” podem ser sintomas, disfunções, desconfortos ou enfermidades; também podem ser intervenções preventivas indicadas ou até mesmo intervenções para promoção da saúde. O desafio é reconhecer situações nas quais uma intervenção é necessária e justificada. A variedade de tipos de problemas de saúde na atenção primária é muito maior do que em qualquer outro tipo de atenção, sendo mais ampla portanto, a variedade de todos os tipos de intervenções. Reconhecer quando os serviços são necessários é um desafio não apenas para aqueles que estão doentes e buscam atendimento.

Essas necessidades, sejam físicas ou não, levam certos usuários a procurarem com frequência a USF, na tentativa de ali, conseguirem solução para seus problemas. Isso acarreta transtorno ao funcionamento da UBS, gerando tumulto nas recepções, nas triagens, durante o acolhimento.

Mesmo sendo orientados com relação ao funcionamento das USF, no que diz respeito às consultas agendadas e às livre demandas, alguns usuários continuam vendo a USF como um pronto-atendimento e retornando sempre à procura de consulta médica, de receita, de pedido de exames, como pode ser percebido nos DSC's,

“Esses usuários a cada consulta são orientados. Orienta no que está ao nosso alcance, apesar da orientação não ser a mesma para todos.

Eu, às vezes oriento o seguinte: esperar um pouco. Pelo menos um dia, ou vem à tarde; espera amanhecer para ver como é que vai, o quê que vai acontecer, aí você volta.

Eu explico tudo. A gente sempre explica o problema da doença dele; qual é. Eu explico o agendamento, o funcionamento, como é a secretaria, como que funciona.

A gente fala muito. A gente frisa muito o agendamento” (DSC 10 – profissionais de saúde).

“Não adianta ter só orientações verbais. Estes pacientes sempre têm que sair ou com pedido de exame, um medicamento ou uma receita, nem que seja de analgésico.

E mesmo assim parece que não tem resultado” (DSC 11 – profissionais de saúde).

Cabe relatar que o modelo assistencial centrado no profissional médico, continua prevalecendo na maioria das ESF, fazendo com que o fluxo assistencial de uma Unidade Básica seja voltado para a consulta médica. Neste caso, o processo de trabalho carece de interação de saberes e práticas, necessárias ao cuidado integral à saúde. Segundo relato do DSC, “Às vezes a maioria passa pela doutora para ouvir mais uma palavra. Dá uma palavra com ela e já resolve meio mundo” (DSC 34 – profissionais de saúde).

Fica claro durante as entrevistas que a complexidade das necessidades é percebida por alguns profissionais de saúde entrevistados de duas formas diferentes: uma delas é que os próprios profissionais de saúde, vêem como problema de saúde da população somente as patologias, sejam físicas ou mentais, o que é percebido neste depoimento do sujeito coletivo,

“Normalmente são os principais de todo o Brasil: hipertensão arterial, diabetes, ansiedade, depressão, problemas respiratórios na grande maioria, as viroses, bronquite, otite, pneumonia, amigdalite, muitos casos de resfriados comuns, gripe, infecção de via aérea superior, rinite, faringite, laringite, tosse, alergias, obesidade, as ínguas, principalmente na fase de inverno.

Doenças infantis, anemia, as parasitoses/verminoses. Doenças Gastrointestinais, as diarréias, vômitos, doenças de pele, são as Tíneas, os parasitas de pele, sarnas e os problemas ortopédicos” (DSC 01 – profissionais de saúde).

Outros profissionais conseguem perceber que os problemas da população estão relacionados às condições de vida em que ela vive,

“As condições do bairro são precárias, devido ao fato de não ter infraestrutura adequada de saneamento e rede de esgoto. As ruas não são calçadas, muita poeira” (DSC 02 - profissionais de saúde).

Visto isto, é fundamental para os profissionais de saúde e para os usuários que exista de fato uma interação de respeito, confiança, trabalho em conjunto, entre os mesmos. Esta proximidade, necessária no atendimento à Saúde da Família, pode fazer ambas as partes compreenderem que as questões subjetivas são muito mais comuns do que imaginamos e que muitas vezes elas são desconsideradas pelos profissionais de saúde, levando o usuário a retornar sempre com a mesma queixa, já tratada com medicamentos várias vezes.

Segundo Starfield (2002, p. 305)

A adequação da interação paciente-médico inclui mais do que a simples transferência de informações. O que os pacientes sabem a respeito de seus problemas e de seus tratamentos é determinado por mais do que aquilo que os profissionais contam a eles. A doença possui significados para o paciente que vão muito além de sua manifestação física porque toda doença produz alguma perturbação na vida de uma pessoa. A cura de uma doença remove a anormalidade física, mas requer a restauração das relações perturbadas pela doença. Se um profissional não se ativer a correlatos não físicos da doença por não explorar seu significado para o paciente, o resultado pode ser insatisfatório. Os pacientes chegam com preconceitos que influenciam a forma como interpretam tanto sua doença como os conselhos médicos. Quando os profissionais exploram com os pacientes o que eles sabem e o que pensam a respeito de sua doença, seus efeitos e seu manejo, estes preconceitos podem ser revelados.

A importância desta interação dos profissionais de saúde com os usuários, pode ser visto tanto nos discursos dos profissionais como no dos usuários a seguir:

“A gente retorna mais na intenção de tentar ajudar de alguma forma a família.

Tenta conversar com muita sensibilidade para eu poder estar perguntando a essa pessoa o que está se passando, como que tem sido o dia- a- dia do paciente. Então começa a chorar dentro do consultório, e aí a gente vai tentando orientar da melhor maneira.

Nós não estamos aqui para criar problemas, nós estamos aqui para resolvê-los” (DSC 16 – profissionais de saúde).

“Olha ponto positivo eu acho que eu acertei muito com a doutora Luz, sabe? Eu acho que ela dá muita assistência, sabe? A hora que ela pega, igual, por exemplo, a minha glicose de vez em quando descontrola muito, aí enquanto ela não controla, ela sempre tá pedindo pra mim ir lá eu acho que ela dá muita assistência. Eu gosto demais dela.

Igual eles queriam que eu largasse ela e passasse pra outro médico por causa da glicose que não tava controlando, aí eu fui no endocrinologista, no ano atrasado. Aí não deu certo e eu voltei pra ela de novo. Sabe? Eu gostei muito dela, acerto muito com ela.

Mais ela é muito boa, ela é muito prestativa, educada com a gente e a eu não tenha nada de queixar nela, só tenho que elogiar ela. Você entendeu como é que é?” (DSC 49 usuários).

Há também os pontos negativos relatados pelos usuários com relação ao atendimento que recebem de alguns profissionais da ESF, isto acaba por afastar de certa forma o usuário da unidade. Às vezes um mal-entendido, cria uma situação conflituosa que causa mágoa e rejeição para ambas as partes. A comunicação deve ser sempre clara, direta e de forma que não ofenda as pessoas.

Percebe-se pelas falas dos usuários que quando estes são pelos menos ouvidos pelos profissionais das ESF, já saem de lá satisfeitos, mesmo que seu problema não tenha sido solucionado por completo.

Exemplos disso são percebidos nos fragmentos dos discursos dos sujeitos:

“Tirando uma enfermeira que eles colocaram lá, o resto eu acho legal. Porque ela é muito burra, muito estúpida, magoa a gente quando a gente vai lá, a Zizi já está cansada de reclamar que ela magoa até as crianças” (DSC 03 – usuários).

“No começo eu levei as meninas lá para tomar as vacinas, fez puericultura, mas depois que eu tive uma briga com o enfermeiro eu não fui mais, não. Sei lá, não gostei muito de lá. Foi até bom que ele saiu de lá. Mas foi só com ele mesmo.

Então eu passei a nem ir lá mais. Fui lá no bairro das Graças porque eu não quero ir em um lugar que eu sou mal atendida, não quero olhar uma pessoa que me xingou, que me humilhou. Porque eu acho que ela fez de mim menos que um cachorro, eu sou isso?” (DSC 18 – usuários).

“Eu sou atendida, mas não é igual era o médico. Acho que é o enfermeiro. Ele fica falando assim “você toda vez que vem aqui tá com a mesma dor, você tem que acostumar com a dor”. Acostumar com a dor? Quem acostuma com dor? Ninguém. Sou gente, mesmo doente eu sou gente” (DSC 19 – usuários).

É essencial a co-participação da família do usuário que procura muito a USF para que o profissional de saúde consiga compreender como é este contexto familiar e em que a família pode ou não ajudar este usuário, como se vê na fala:

“Eu peço para que o agente comunitário entre em contato com alguém da família e verifique o contexto familiar na casa.

Peço para que alguém da família venha para conversar comigo, como que está sendo a questão de vínculo familiar. Tenta resgatar alguém da família e a gente tenta estar conversando com as pessoas da família. Mas muitas vezes a família, às vezes, não nos recebe muito bem com essa questão. Porque a família não quer, na verdade ela sabe que acontece isso, mas ela não quer tomar conhecimento verdadeiro, ela não quer se comprometer com isso. Ela não tem como resolver. Têm muitos casos que eu percebo que a filha vem e está irritada por estar vindo à unidade, por ter sido chamada, ela vem com raiva, tipo assim “ai meu Deus, o que será que a minha mãe ou meu pai fizeram, por que que eu tenho que estar aqui? Mais uma coisa para estar me atrapalhando a vida”. E depois eles interpretam isso de uma forma que eles acham que talvez o pai ou a mãe tivessem cobrado isso deles.

E deixar que esse filho comece a perceber esta questão. Ele reciclar, de repente fazer com que a mãe fosse morar com eles, se isso seria o melhor caminho ou não” (DSC 15 – profissionais de saúde).

A compreensão da dinâmica deste núcleo é potencialmente enriquecedora para o trabalho em saúde.

Quando os pacientes e suas famílias são incorporados às atividades desenvolvidas pela ESF, eles relatam menos desconforto, maior alívio de seus sintomas, menos preocupações com sua doença e maior controle sobre ela (STARFIELD, 2002: 301).

A solidão advinda da saída dos filhos de casa, ficando muitas vezes somente a esposa porque o marido sai para trabalhar, ou quando perdem o companheiro (a), também são questões subjetivas importantes que podem explicar porque muitas vezes estas pessoas vão a USF. A unidade passa a ser para elas, um local de encontro, de distração. Estando lá, não estão sozinhas.

Percebemos isso nas falas dos sujeitos, a seguir:

“Mais freqüente com a terceira idade é a situação do abandono, é a solidão, tem a menopausa. Então esse vazio, a síndrome do ninho vazio, quando os filhos se vão, tem o marido que foi embora, que te trocou por uma mulher mais jovem, faleceu de tanto que bebia, então claro que tem a questão do abandono masculino também.

Eu estou com problema em casa, eu estou com problema com o marido”
(DSC 17 – profissionais de saúde).

“Pra qualquer coisa, às vezes pra conversar
Tem dia que to aqui sozinha aí vou lá procurar alguém pra prosear”
(DSC 43 – usuários).

“Sinto falta quando eu não vou” (DSC 44 – usuários).

A questão da solidão, da carência afetiva, do abandono, da necessidade de estar em meio a outras pessoas, de sentir que ali na unidade, junto à ESF estão seguras, acolhidas, explica porque alguns usuários retornam frequentemente à USF:

“Tem usuário que tem uma demanda de conversar com alguém todos os dias, ele quer trocar uma idéia. O marido sai para trabalhar, os meninos vão para a escola, ela quer conversar com alguém.

Não quer saber sobre doença.

Ela quer conversar sobre coisas da vida, da novela, vem ali fora e conversa com os outros usuários, troca uma idéia, depois vai embora. Vem para conversar, vem com o vizinho, passeando.

Têm alguns, é interessante, alguma síndrome psiquiátrica, eles vêm só para falar um oi mesmo. Chega aqui “oi tudo bom, tudo jóia?” Depois a gente vai procurar e “não, estou de acompanhante.

Tem usuário que vem falar do remédio que está tomando, que está muito bom, ou que aquele outro estava melhor, porque a marca piorou, que o comprimido é grande e não consegue engolir. Tem usuário que fala do anticoncepcional, uns que o leite diminuiu, outras que a libido sexual diminuiu e não quer usar mais, outras que estão menstruando duas vezes por mês. As queixas não são...

Dá uma volta aqui dentro, vê como é que é; na verdade são muito carentes de atenção. É uma atenção que não seja do vizinho.

Para eles mesmos é muito difícil” (DSC 25 – profissionais de saúde).

“Passo lá todo dia pra dar um oi pro povo de lá” (DSC 38 – usuários).

“Todo mundo do bairro que precisa de um acompanhante, e eu posso, eu vou com ele” (DSC 45 – usuários).

Fica claro então que a doença possui significados para o paciente que vai muito além de suas manifestações físicas, porque toda doença produz alguma perturbação na vida de uma pessoa, seja estas perturbações físicas, mentais ou subjetivas conforme mostrado nas falas dos sujeitos coletivos.

Para Starfield (2002, p. 306)

Como os pacientes possuem sistemas de valores diferentes e podem não compartilhar estas metas, a discussão aberta de estratégias para reduzir a doença, a incapacitação e o desconforto podem produzir discordância e conflitos. Muitos dos determinantes da enfermidade e do estado de saúde estão além do controle dos indivíduos. Mesmo aqueles comportamentos individuais comumente tidos como iniciados e mantidos por escolha do indivíduo são fortemente influenciados pelo contexto social e ambiental. Assim, solucionar muitos problemas de saúde requer muito mais do que lidar com os indivíduos apenas; as interações profissional-paciente, muitas vezes, têm de levar em consideração o contexto da população. Como resultado, a solução para muitos problemas de saúde está na ação coletiva que leva à alteração ambiental e social das condições que predisõem e mantêm a doença.

Estamos acostumados pela própria formação acadêmica voltada para o atendimento às doenças, mesmo agora, mais voltada para a importância da prevenção e promoção da saúde, a lidar com questões concretas. O usuário chegou com um sinal ou sintoma, é avaliado, tratado e pronto.

Agora, estar aberto para perceber que as queixas muitas vezes advêm de questões subjetivas, demanda percepção, conhecimento da comunidade, criação de laços de compromisso e responsabilidade entre a própria ESF e desta com os usuários e acima de tudo capacidade de ouvir, não só ouvir-ouvindo mas ouvir-sentindo, colocar-se no lugar do outro que deseja muitas vezes apenas uma palavra de conforto, um aperto de mão, um sorriso.

7 SÍNTESE: FAZENDO SAÚDE OU PERPETUANDO A DOENÇA

A compreensão do porquê certos usuários retornam com frequência às USF, foi analisada dentro de uma concepção dialética e que teve no discurso do sujeito coletivo, a visão de mundo do pesquisador.

Nos discursos emergem as falas dos profissionais de saúde das ESF do estudo e dos usuários considerados como mais assíduos nas Unidades, a partir do levantamento dos dados conforme descrito anteriormente.

A Saúde da Família é vista como a porta de entrada da atenção básica. Tem-se buscado a partir disto, criar vínculos de respeito, atenção, troca de conhecimentos entre os profissionais das equipes e usuários e também fortalecer os laços de proximidade entre os mesmos, o que facilita a interação do usuário com o profissional de saúde.

Segundo Franco e Júnior (2004, p. 129)

A proposta pensada para vencer os desafios de ter uma assistência integral à saúde, começa pela reorganização dos processos de trabalho na rede básica e vai somando-se a todas outras ações assistenciais, seguindo aquilo que nos diz Cecílio & Merhy: "[...] uma complexa trama de atos, de procedimentos, de fluxos, de rotinas, de saberes, num processo dialético de complementação, mas também de disputa, vão compondo o que entendemos como cuidado em saúde. A maior ou menor integralidade da atenção recebida resulta, em boa medida, da forma como se articulam as práticas dos trabalhadores [...]" (Cecílio, L.C. & Merhy, E.E. 2003).

Imaginamos portanto que a integralidade começa pela organização dos processos de trabalho na atenção básica, em que a assistência deve ser multiprofissional, operando através de diretrizes como a do acolhimento e vinculação de clientela, onde a equipe se responsabiliza pelo seu cuidado. Este é exercido a partir dos diversos campos de saberes e práticas, em que se associam os da vigilância à saúde e dos cuidados individuais. Pretende-se recuperar o valor dos atos assistenciais fundantes da clínica. A propedêutica e um dado projeto terapêutico cuidador, na rede básica de assistência a saúde deve ser levada ao limite das suas possibilidades, deixando os exames de maior complexidade para a função real de apoio ao diagnóstico.

A ESF deve ser a “porta de entrada” do serviço de saúde, tendo o PSF um esquema para atendimento da demanda espontânea e para a demanda programada. É dada ao PSF a missão de mudar o modelo assistencial para a saúde, e essa mudança vai de fato

caracterizar-se quando o modelo for centrado no usuário. Contudo, ao que parece, não há real desburocratização do acesso aos serviços, visto que o atendimento às urgências, que é muito importante do ponto de vista do usuário, não se torna ponto forte de sua agenda de trabalho.

A partir do estudo, percebe-se que as duas formas de atendimento acontecem. Os usuários vão à USF com consulta marcada (demanda programada) mas também continuam tendo como porta de entrada das UBS, o atendimento através da demanda espontânea.

Dos 19 usuários entrevistados, 09 afirmaram ir a USF somente com consulta agendada, 05 vão com consulta agendada ou por livre demanda, dependendo da necessidade do momento e os outros 05 afirmaram só ir a USF para atendimento de livre demanda. Segue a fala do sujeito coletivo,

“Procuro ir mais com consulta marcada. Eu marco. Às vezes eu vou lá, marcam a consulta para mim. Agora eles até liberaram para a gente ir lá e marcar. Agora tem que marcar por telefone, mas se não for eu procuro marcar lá. Eu até tenho que marcar outra consulta para mim por causa da minha perna” (DSC 02 – usuários).

“Mais urgente, se for urgente eu vou lá por livre demanda. Também às vezes eu vou sem marcar e eles me atendem. E se a gente quiser também por livre demanda é atendido. Tem época que eu passo mal de diabete eu vou não marco consulta não. Mais é que eu passo mal. Porque eu tenho bronquite e falta muito ar, aí quando falta o ar eu tenho que ir lá pra tomar um vapor e pra doutora Luz receitar uns comprimidos que combate com o meu bronquite. Sempre eu consulto pelo plantão, às vezes tem os menino, que sempre eu levo, às vezes tá passando mal eu levo. Na hora que eles tá passando mal. Porém quando o meu menino adocece, uma coisa que a gente não pode esperar, a gente vai no horário marcado para eles para triagem, é atendido geralmente, a não ser que você chegue mais tarde. Ou em uma emergência a gente tenha que estar indo também é atendido” (DSC 07 – usuários).

Isso demonstra que ainda há confusão por parte dos usuários em entender a diferença entre demanda programada e livre demanda. Durante a observação de campo em uma das equipes, ouvi a seguinte fala: ...“Alguns continuam acreditando que o melhor mesmo é chegar de madrugada, entrar na fila e pegar ficha. Ainda não entenderam o que é PSF, eu já tô cansada de explicar...” (auxiliar de enfermagem ESF 1).

Portanto, mesmo com a tentativa de mudar o paradigma da saúde com a implantação das ESF, apenas por modificar a estrutura, não se garante que a relação dos profissionais com os usuários esteja sendo realizada sobre novos parâmetros de civilidade, de

acolhimento e construção de processos mais comprometidos com os usuários, seus cuidados e curas (FRANCO; MERHY, 2004, p. 103).

O que podemos perceber no dia-a-dia dos serviços de saúde, é que nem sempre a produção do cuidado está comprometida efetivamente com a cura; a promoção e a prevenção ficam alijadas do processo de trabalho das equipes.

A grande procura do usuário para consulta médica, pedido de exames e medicamentos, superlota as USF e dificulta a questão da escuta adequada ao usuário. Não que esta escuta não esteja sendo feita, não é isso, conforme as observações de campo realizadas, percebe-se que as ESF do estudo em sua maioria tentam fazer o acolhimento, tentam promover saúde, mas o que se percebe é que os usuários não valorizam de forma adequada estas atitudes da equipe. Vêm isto como perda de tempo, querem é que seu problema seja resolvido naquela hora e pronto. A culturação pelo modelo curativo está arraigada nos usuários, por ser a forma predominante de assistência prestada na maioria dos serviços de saúde.

Esta forma de agir tanto nossa, quanto dos usuários, foi construída historicamente e um dos grandes desafios que nos é colocado, é justamente reconstruir estas práticas curativistas que continuam perdurando.

É preciso repensar as práticas educativas, desde a formação na Academia até a efetivação do controle social, na medida em que os próprios usuários entendam a importância de eles mesmos cobrarem a melhoria dos cuidados para sua própria saúde.

Durante a observação de campo em uma das ESF do estudo, em meio a um tumulto de usuários brigando para serem atendidos sem estarem marcados, o enfermeiro sai da sala onde realizava o acolhimento para chamar o próximo paciente e é quase agredido pelos demais que aguardavam. O colega muito sem jeito, olha para a auxiliar de enfermagem que fazia a pré-consulta e diz: “Tá vendo, é isso que desanima a gente. O povo não entende que o que estamos fazendo é para melhorar pra eles mesmos. Dá vontade de fazer fila indiana e agendar todo mundo, se for bobagem, fazer o quê?”.

A fala do profissional acima demonstra que ainda falta estrutura, seja física da unidade, seja de pessoal para a equipe, materiais de consumo e permanente, e até trabalho multidisciplinar dentro da própria ESF para que o trabalho junto à população seja realizado de forma eficaz e que garanta um bom atendimento.

Estes valores deverão guiar a formação de um novo paradigma para a organização de serviços. Portanto, para se construir um novo modelo assistencial, isso pressupõe a formação de uma nova subjetividade entre os trabalhadores, que perpassam seu

arsenal técnico utilizado na produção da saúde. O novo modelo deve ser entendido a partir das diretrizes do Acolhimento, Vínculo / Responsabilização e Autonomia para o auto-cuidado. O Acolhimento, em primeiro lugar deve ser visto como a possibilidade de universalizar o acesso, abrir as portas da Unidade a todos os usuários que dela necessitem. 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 encaminhamento seguro quando necessário. 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. Autonomia para o auto-cuidado significa ter como resultado esperado da produção do cuidado, ganhos de autonomia do usuário para “viver a vida”. Esse novo formato de organização da assistência à saúde se dá a partir da reorganização dos processos de trabalho.

Tem que se pensar na forma como esse acolhimento, essa “ausculta” do usuário está sendo feita, se de forma efetiva na tentativa de organizar o serviço e melhorar o atendimento à clientela ou se está sendo feita só pela obrigação de fazê-lo, sem comprometimento ao menos de todos os membros das ESF.

Os profissionais das ESF tentam dar o máximo possível de resolutividade ao usuário, no que tange às suas competências. Tenta dar prosseguimento ao tratamento do usuário mas nem sempre isto é possível.

Verifica-se pelas falas dos usuários que a escuta pela equipe existe, que tentam na maioria das vezes dar uma resposta positiva aos seus problemas e insatisfações mas que também há falhas no sistema. Muitos reclamam da demora para realização de exames, consultas especializadas e que às vezes falta material para realização de uma simples glicemia de jejum nas unidades.

É o que se percebe nos DSC's a seguir,

“Saio sim, muito satisfeito, Graças a Deus. Sempre ouvem a gente. Na maioria das vezes. Em noventa e nove, vírgula nove por cento das vezes eu saio satisfeita. Eu gosto demais” (DSC 16 – usuários).

“Tem vez que a gente vai lá e as coisas que a gente quer não tem, fazer coisa e não tem, fazer um exame e a gente vem embora sem fazer o exame. Igual exame de glicose nunca tem agulha, nunca tem aparelho para fazer exame de glicose” (DSC 23 – usuários).

No que tange às questões subjetivas relacionadas às queixas dos usuários considerados mais assíduos, as ESF tentam traçar estratégias para pelo menos amenizar algumas delas, tais como: estimular participação em Grupos de Terceira Idade, buscar

entender o contexto familiar daquele usuário e por conseguinte, buscar o apoio e a adesão da família no tratamento, estarem disponíveis para escutar este usuário, dentre outras.

É o que se percebe nas falas dos sujeitos:

“Eu peço para que o agente comunitário entre em contato com alguém da família e verifique o contexto familiar na casa”.

Peço para que alguém da família venha para conversar comigo, como que está sendo a questão de vínculo familiar. Tenta resgatar alguém da família e a gente tenta estar conversando com as pessoas da família.

Mas muitas vezes a família, às vezes, não nos recebe muito bem com essa questão. Porque a família não quer, na verdade ela sabe que acontece isso, mas ela não quer tomar conhecimento verdadeiro, ela não quer se comprometer com isso. Ela não tem como resolver. Têm muitos casos que eu percebo que a filha vem e está irritada por estar vindo à unidade, por ter sido chamada, ela vem com raiva, tipo assim “ai meu Deus, o que será que a minha mãe ou meu pai fizeram, por que que eu tenho que estar aqui? Mais uma coisa para estar me atrapalhando a vida”. E depois eles interpretam isso de uma forma que eles acham que talvez o pai ou a mãe tivessem cobrado isso deles.

E deixar que esse filho comece a perceber esta questão. Ele reciclar, de repente fazer com que a mãe fosse morar com eles, se isso seria o melhor caminho ou não” (DSC 15 – profissionais de saúde).

“Na unidade você não tem uma assessoria do psicólogo, do assistente social dentro da unidade. Você tem uma referência. Numa outra unidade que demora muito, a demanda é muito grande. Então muitas das vezes você, é um profissional que tem que fazer o papel do assistente social, do psicólogo, do fisioterapeuta, da nutricionista, muitas vezes é assim” (DSC 19 – profissionais de saúde).

“A gente tem feito uma parceria com Conselho Municipal do Idoso, ele tem feito um trabalho agora no CAPT, então, para toda qualquer pessoa acima de sessenta anos no município de Divinópolis agora é oferecido um atendimento gratuito lá no CAPT. Então a gente tem passado isso para eles, os documentos que precisa, os horários que têm de ginástica” (DSC 20 – profissionais de saúde).

As queixas apresentadas pelos usuários são variadas. Percebe-se que o enfoque ainda é muito na doença e pouco nas atividades de prevenção e promoção à saúde que as equipes promovem, tais como os Grupos de Hipertensos e Diabéticos, por exemplo.

As relacionadas às questões subjetivas são muitas e presentes em grande número das falas dos usuários durante as entrevistas. Alguns destes usuários vêm nas UBS um local onde podem conversar, distrair, sair da rotina, contar seus segredos aos profissionais de saúde que lá trabalham, vão até de acompanhante de outro usuário, só para estarem em meio às pessoas da unidade. De acordo com o DSC,

“Geralmente eu vou lá pra procurar pressão, eu procuro mesmo pro controle da minha diabetes, para tomar vacinas, sabe? Cuidar da minha pressão porque eu tenho problema de pressão alta, aí de vez em quando tem que estar olhando. Eu faço curso de hipertensos. Mas quando eu vou consultar ela olha a pressão, olha a glicose, é mais por conta disso. Às vezes eu vou num dia que eu to passando mal, eu vou pra fazer aquele exame do dedo e tomo insulina” (DSC 37 – usuários).

“Passo lá todo dia pra dar um oi pro povo de lá” (DSC 38 – usuários).

“Pra qualquer coisa, às vezes pra conversar
Tem dia que to aqui sozinha aí vou lá procurar alguém pra prosear”
(DSC 43 – usuários).

Fica claro então que, em saúde, estão presentes problemas complexos e para resolvê-los, trabalhos multiprofissionais em conjunto devem agir produzindo o cuidado. Sem esquecer que a produção de saúde requer intervenções específicas, a partir de problemas que se apresentam.

Portanto, onde quer que estejamos, somos sempre alvos de algumas insatisfações, com as quais precisamos saber lidar. Temos que “administrar” o nosso relacionamento, pois depende muito de nós mesmos nos dar bem ou não com a outra pessoa.

Precisamos, então, encontrar meios de melhor conviver com as outras pessoas, quer seja no trabalho, na família ou na sociedade de forma geral.

Este seja talvez um dos maiores obstáculos à prestação de uma atenção primária de qualidade e resolutiva. Os profissionais de saúde precisam saber lidar com uma adversidade enorme de problemas e situações que lhes são colocadas, mesmo quando não são de fato, preparados para isto.

REFERÊNCIAS

- ABBES, C.; MASSARO, A. Acolhimento com classificação de risco. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA, 2., 2004, Belo Horizonte. **Humanização da atenção à saúde**. Belo Horizonte: UFMG, 2004.
- BARA, A.; ZAUHY, C.; CONDEIXA, D. G. In: SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. **Acolhimento**: o pensar, o fazer, o viver. São Paulo: Palas Atena, 2001. p. 129.
- BARRIS, K.; BATISTA, C. Apresentação: Programa Saúde da Família e o Projeto Acolhimento. In: SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. **Acolhimento**: o pensar, o fazer, o viver. São Paulo: Palas Atena, 2001. p. 11.
- BARTOLOMEU, C. E. F.; CARVALHO, S.; DELDUQUE, M. C. A saúde é um direito! **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro. v.127, n. 65, p. 184-191, set./dez. 2003.
- BATISTA, K. B. C. Programa Saúde da Família e o Projeto Acolhimento. Apresentação. In: SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. **Acolhimento**: o pensar, o fazer, o viver. São Paulo: Palas Atena, 2001. p. 11.
- BENEVIDES, R. **Marco teórico da política nacional de humanização**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde, 1990. **Atenção primária à saúde**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/saude>. Acesso em: 10 jun. 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia prático do Programa de Saúde da Família**. Brasília, 2001. 126 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Monitoramento da implantação e funcionamento das equipes de saúde da família no Brasil – 2002, Minas Gerais**. Brasília, 2002. Mimeografado.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família**: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília, Ministério da Saúde, 1998. 34 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde/INAMPS. **Coletânea de legislação básica**: nova política de financiamento do SUS. Brasília: INAMPS, 1991. 95 p.
- CAMPOS, G. W. S. **Saúde paidéia**. São Paulo: HUCITEC, 2003. 185 p. (Saúde em debate, 150).
- CAMPOS, G. W. S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E. E.; Onocko, R. **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: HUCITEC, 1997. cap. 7, p. 229-266. (Saúde em debate, 108). (Didática, 6).

CECÍLIO, L. C. O.; MERHY, E. E. **A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar**. Campinas, SP, 2003. Mimeografado *apud* FRANCO, T. B.; JÚNIOR, H. M. 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**. São Paulo: HUCITEC, 2004. cap. 4, p. 125-133.

CHAKKOUR et al. **Satisfação da clientela da rede de serviços do município de Paulínia**. Campinas (SP), 1992. Mimeografado.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., 1986, Brasília, DF. **Boletim...** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1986. 4 p.

CORDEIRO, F. Apresentação: a importância do acolhimento no Projeto Cabeça Feita. In: SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. **Acolhimento: o pensar, o fazer, o viver**. São Paulo: Palas Atena, 2001. p. 6. estava 2004

COSTA, B. C. O.; SOARES, K. A. C. P. **Acolhimento: a percepção de usuários, profissionais de saúde e gestores do serviço público de Martinho Campos e Virgínia**. 2005. 50 f. Monografia – Curso de Odontologia em Saúde Coletiva ABO-MG, Belo Horizonte, 2005.

DIVINÓPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano municipal de saúde**. 1999.

EGRY, E.Y. **Compreendendo a dialética na aproximação com o fenômeno saúde-doença**. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP, [s. d.]. 24 f. Mimeografado.

EGRY, E.Y. **Saúde coletiva: construindo um novo método em enfermagem**. São Paulo: Ícone, 1996. 144 p.

ESCOREL, S. **Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998. 208 p.

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**. São Paulo: HUCITEC, 2004. cap. 2, p. 37-54.

FRANCO, T. B.; JÚNIOR, H. M. 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**. São Paulo: HUCITEC, 2004. cap. 4, p. 125-133.

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**. São Paulo: HUCITEC, 2004. cap. 3, p. 100-103.

FRIGOTTO, G. In: FENELON, D. R.; FAZENDA, I. C. A. **Metodologia da pesquisa educacional**. São Paulo: Cortez, 1989. p. 69-90.

FURTADO, L. A. C. F. Apresentação: o acolhimento no Projeto Resgate Cidadão. In: SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. **Acolhimento: o pensar, o fazer, o viver**. São Paulo: Palas Atena, 2001. p. 9-10.

GONTIJO, C. C. F. **Projeto para implantação do Programa de Saúde da Família do município de Divinópolis**. Divinópolis, 1998. 26 f. Mimeografado.

GREY, M. Métodos de coletas de dados. In: LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001. cap. 12, p. 174-185.

LEFÉVRE, F.; LEFÉVRE, A. M. C. **O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos)**. Caxias do Sul: EDUCS, 2005. 256 p. (Diálogos).

LEITE, J. C. A.; MAIA, C. C. A.; SENA-CHOMPRÉ, R. R. Acolhimento: perspectiva de reorganização da assistência de enfermagem. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 50., 1998, Salvador, BA. **Cuidar: ação terapêutica da enfermagem**. Salvador: ABEn - Seção Bahia, 1998.

LEITE, J. C. A.; MAIA, C. C. A.; SENA-CHOMPRÉ, R. R. Acolhimento: reconstrução da prática de enfermagem em unidade básica de saúde. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 3, n. 1/2, p. 2-6, jan./dez., 1999.

LEOPARDI, M. T. *et al.* **Metodologia da pesquisa em saúde**. 2. ed. Florianópolis: UFSC/Pós-Graduação em Enfermagem, 2002.

LUFT, Lya. In: SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. **Acolhimento: o pensar, o fazer, o viver**. São Paulo: Palas Atena, 2001. p. 1.

LUZ, M. T. As conferências nacionais de saúde e as políticas de saúde da década de 80. In: GUIMARÃES, R.; TAVARES, R. **Saúde e sociedade no Brasil: anos 80**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994.

MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1996. p. 273-276.

MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde**. 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 1999. 300 p.

MENDES, E. V. **Atenção primária à saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002. 89 p.

MENDES, E. V. **Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. 4. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1999. 310 p.

MENDES, E. V. **As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal**. Brasília: Ministério da Saúde, 1991.

MERHY, E. E. **O capitalismo e a saúde pública: a emergência das práticas sanitárias no Estado de São Paulo**. Campinas: Papyrus, 1985. 116 p. (Krisis) *apud* NEMES, M. I. B. Ação programática em saúde: recuperação histórica de uma política de programação. In:

SCHRAIBER, L. B. **Programação em saúde hoje**. São Paulo: HUCITEC, 1990. cap. 2, p. 65-116.

MERHY, E. E. **A cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: HUCITEC, 2005. 189 p.

MERHY, E. E. Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em modos de fabricar os modelos de atenção. In: MERHY, E. E. et al. **O trabalho em saúde: olhando experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: HUCITEC, 2004. cap. 1, p. 15-35.

MERHY, E. E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida. In: CECÍLIO, L. C. O.; MERHY, E. E.; CAMPOS, G. W. S. **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1994. cap. 3, p. 124.

MERHY, E. E. *et al.* **O trabalho em saúde: olhando experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: HUCITEC, 2004. 296 p.

MINAYO, M. C. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8. ed. São Paulo: HUCITEC, 2004. 269 p.

NEMES, M. I. B. Ação programática em saúde: recuperação histórica de uma política de programação. In: SCHRAIBER, L. B. **Programação em saúde hoje**. São Paulo: HUCITEC, 1990. cap. 2, p. 65-116.

OLIVEIRA, J. A. A.; TEIXEIRA, S. M. F. **(Im) previdência social: 60 anos de história da Previdência no Brasil**. Petrópolis: Vozes; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1986. 356 p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE- OMS- **Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial**. Genève (Suíça); Brasília: Noncommunicable Diseases and Mental Health, c2003. 105 p.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ – OMS. **La déclaration d’Alma-Ata**, 12 set. 1978. p. 1-2.

POLLACK, M. Manager mental health, medicaid, and medical cost offset, **New Directions Ment Health**, p. 27-40, 1993.

SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. **Acolhimento: o pensar, o fazer, o viver**. São Paulo: Palas Atena, 2001. 130 p.

SECLEN, J.; FERNANDES, A. S. (Org.). **Experiências e desafios da atenção básica e saúde familiar: caso Brasil**. Brasília: OMS: OPAS: Ministério da Saúde, 2004. 180 p. (Série Técnica Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde, n. 8).

SHIMAZAKI, M. E. **Acolhimento: solidariedade e equidade**. Belo Horizonte: Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais, 2004. 16 p.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726 p.

STOTT, N. C.; DAVIS, R. H. The exceptional potential in each primary care consultation. **JR Coll. GP**, v. 29, n. 201, p. 201-205, 1979.

TEIXEIRA, C. **O futuro da prevenção**. Salvador: Casa da Qualidade, 2001.115 p. (Saúde coletiva, 3).

WESTON, W.; BROWN, J. The importance of patients beliefs. In: STEWART, M.; ROTER, D. (Ed.). **Communicating with medical patients**. Newbury Park, CA: Sage Publ., 1989. 77-85.

WOOD, G.; HABER, J. **Pesquisa em Enfermagem: Métodos, Avaliação Crítica e Utilização**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001. 330 p.

ANEXO A1**CARTA AO SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE E DEMAIS RESPONSÁVEIS
PELA COORDENAÇÃO DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA
DE DIVINÓPOLIS**

Divinópolis, 28 de Novembro de 2005

Ilmo Sr. Vanir Alves de Andrade
D.D. Secretário Municipal de Saúde de Divinópolis

Prezado Senhor,

Para obtenção do título de Mestre em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, é necessário que eu realize uma pesquisa científica na área que escolhi para estudo, sendo esta o Programa de Saúde da Família.

A pesquisa tem como título provisório: “O Ir e Vir dos Usuários nas Equipes de Saúde da Família”.

Para o desenvolvimento deste estudo, solicito a V.S. autorização para realizá-lo em quatro equipes de Saúde da Família do município de Divinópolis, sendo estas os PSF's Morada Nova, Santa Lúcia, Santos Dumont e Vale do Sol. Como critério para escolha destas equipes, levei em consideração tempo de atuação das mesmas e por estarem localizadas na zona urbana, o que facilita na coleta de dados.

Para o presente estudo, realizarei observação do trabalho destas equipes e entrevista pré-agendada com os médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem que compõem as mesmas, além dos usuários que procuram atendimento nestas equipes 03 (três) ou mais vezes durante um mês.

A data para o início da coleta está prevista para fevereiro de 2006, podendo perdurar até março ou abril, conforme necessário.

Todas as informações obtidas que serão utilizadas para este estudo, serão mantidas em sigilo.

Sendo enfermeira e trabalhando na rede básica do município durante quase 03(três) anos, percebo que esta pesquisa trará benefícios para as ESF implantadas e para as que serão futuramente, já que é um desafio para os profissionais de saúde, atender, compreender e tentar dar um atendimento resolutivo para estes usuários que estão frequentemente procurando atendimento nas Unidades Básicas de Saúde.

Peço a colaboração de V.S., colocando-me a disposição para qualquer esclarecimento e solicito seu acordo neste documento.

Atenciosamente,

Fernanda Marcelino de Rezende (tel.: (31) 9847-9857)
Enfermeira COREN MG 106.362
Mestranda em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da UFMG
Orientadora: Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo

Divinópolis, 28 de Novembro de 2005

Ilma Sra. Cláudia Cançado Gontijo Ferreira
Coordenadora das Equipes de PSF da Secretaria Municipal de Saúde de Divinópolis

Prezada Senhora,

Para obtenção do título de Mestre em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, é necessário que eu realize uma pesquisa científica na área que escolhi para estudo, sendo esta o Programa de Saúde da Família.

A pesquisa tem como título provisório: “O Ir e Vir dos Usuários nas Equipes de Saúde da Família”.

Para o desenvolvimento deste estudo, solicito a V.S. autorização para realizá-lo em quatro equipes de Saúde da Família do município de Divinópolis, sendo estas os PSF's Morada Nova, Santa Lúcia, Santos Dumont e Vale do Sol. Como critério para escolha destas equipes, levei em consideração tempo de atuação das mesmas e por estarem localizadas na zona urbana, o que facilita na coleta de dados.

Para o presente estudo, realizarei observação do trabalho destas equipes e entrevista pré-agendada com os médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem que compõem as mesmas, além dos usuários que procuram atendimento nestas equipes 03 (três) ou mais vezes durante um mês.

A data para o início da coleta está prevista para fevereiro de 2006, podendo perdurar até março ou abril, conforme necessário.

Todas as informações obtidas que serão utilizadas para este estudo, serão mantidas em sigilo.

Sendo enfermeira e trabalhando na rede básica do município durante quase 03(três) anos, percebo que esta pesquisa trará benefícios para as ESF implantadas e para as que serão futuramente, já que é um desafio para os profissionais de saúde, atender, compreender e tentar dar um atendimento resolutivo para estes usuários que estão freqüentemente procurando atendimento nas Unidades Básicas de Saúde.

Peço a colaboração de V.Sra., colocando-me a disposição para qualquer esclarecimento e solicito seu acordo neste documento.

Atenciosamente,

Fernanda Marcelino de Rezende (tel.: (31) 9847-9857)
Enfermeira COREN MG 106.362
Mestranda em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da UFMG
Orientadora: Profa. Dra. Maria Rizeide Negreiros de Araújo

Divinópolis, 28 de Novembro de 2005

Ilma Sra. Rosemarie Silva Lemos
Coordenadora das Ações Básicas de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de
Divinópolis

Prezada Senhora,

Para obtenção do título de Mestre em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, é necessário que eu realize uma pesquisa científica na área que escolhi para estudo, sendo esta o Programa de Saúde da Família.

A pesquisa tem como título provisório: “O Ir e Vir dos Usuários nas Equipes de Saúde da Família”.

Para o desenvolvimento deste estudo, solicito a V.S. autorização para realizá-lo em quatro equipes de Saúde da Família do município de Divinópolis, sendo estas os PSF's Morada Nova, Santa Lúcia, Santos Dumont e Vale do Sol. Como critério para escolha destas equipes, levei em consideração tempo de atuação das mesmas e por estarem localizadas na zona urbana, o que facilita na coleta de dados.

Para o presente estudo, realizarei observação do trabalho destas equipes e entrevista pré-agendada com os médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem que compõem as mesmas, além dos usuários que procuram atendimento nestas equipes 03 (três) ou mais vezes durante um mês.

A data para o início da coleta está prevista para fevereiro de 2006, podendo perdurar até março ou abril, conforme necessário.

Todas as informações obtidas que serão utilizadas para este estudo, serão mantidas em sigilo.

Sendo enfermeira e trabalhando na rede básica do município durante quase 03(três) anos, percebo que esta pesquisa trará benefícios para as ESF implantadas e para as que serão futuramente, já que é um desafio para os profissionais de saúde, atender, compreender e tentar dar um atendimento resolutivo para estes usuários que estão freqüentemente procurando atendimento nas Unidades Básicas de Saúde.

Peço a colaboração de V.Sra., colocando-me a disposição para qualquer esclarecimento e solicito seu acordo neste documento.

Atenciosamente,

Fernanda Marcelino de Rezende (tel.: (31) 9847-9857)

Enfermeira COREN MG 106.362

Mestranda em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da UFMG

Orientadora: Profa. Dra. Maria Rizeide Negreiros de Araújo

ANEXO A2

CARTA AOS PROFISSIONAIS DAS EQUIPES DE PSF QUE IRÃO COMPOR O ESTUDO

Divinópolis, de de

Aos profissionais Médico, Enfermeiro e Auxiliar de Enfermagem do PSF _____

Prezados colegas,

Para obtenção do título de Mestre em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, é necessário que eu realize uma pesquisa cujo tema de minha escolha foi sobre Programa de Saúde da Família.

A pesquisa tem como título provisório: “O Ir e Vir dos Pacientes nas Unidades de Saúde da Família”. e para a realização da mesma, precisarei fazer uma entrevista com os profissionais médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem das equipes que irão compor o estudo. Também serão entrevistados, os usuários que procuram a UBS de três a mais vezes durante um mês.

Como enfermeira que sou e pelo trabalho em Saúde da Família, despertei-me para a necessidade de compreender porque certos usuários procuram com tanta frequência as Unidades de Saúde da Família. Esta situação acaba trazendo certo desconforto para os profissionais que o atendem e também para o usuário que na maioria das vezes, não sai da UBS satisfeito.

É interessante perceber que alguns, ou melhor, a maioria destes usuários, vai ao PSF por problemas que vão além dos físicos, e que nós, profissionais de saúde, não conseguimos identificar quais são estes problemas com a simples presença destes, na unidade.

Para tanto, gostaria de contar com a colaboração de vocês que serão peça-chave para a realização da pesquisa.

A data prevista para a coleta de dados é em fevereiro de 2006. Entrarei em contato com as equipes, agendando previamente as entrevistas e após cada profissional e usuário envolvido ter lido, concordado e assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Cabe lembrar ainda, que os dados coletados serão usados para fins científicos e o sigilo com relação aos nomes dos envolvidos, será mantido.

Coloco-me a disposição para qualquer esclarecimento e desde já agradeço.

Fernanda Marcelino de Rezende
Enfermeira COREN MG 106.362
Tel. contato: (31) 9847-9857 e (37) 3221-0406
Orientadora: Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo

ANEXO B1

ROTEIRO PARA OBSERVAÇÃO DE CAMPO

1. Como se processa a entrada do usuário nas UBS?
2. Existe acolhimento nestas UBS? Quem o faz?
3. O usuário que retorna freqüentemente a UBS é atendido por algum membro da Equipe de Saúde da Família? A quem ele se dirige ao chegar à unidade?

ANEXO B2

CONSOLIDADO DAS OBSERVAÇÕES DE CAMPO

Pergunta	Anotações
<p>Como se processa a entrada do usuário nas Unidades Básicas de Saúde (UBS)?</p>	<p>ESF 1: O usuário entra na UBS de duas formas: através das consultas agendadas pelas ACS's (cada uma marca 02 consultas/dia, dando preferência para hipertensos, diabéticos, gestantes, crianças menores 05 anos, somando 08 consultas agendadas); a outra forma é pela livre demanda (geralmente a população é orientada a procurar a UBS para passar pela triagem), “quando seu problema pode esperar coisa crônica, sabe”, escutei uma ACS falando para um usuário. Quando os pacientes já saem da consulta médica com retorno marcado, a marcação é feita imediatamente com a AE na pós-consulta. Os pacientes que chegam para consulta de livre demanda, passam pela enfermeira da unidade, que avalia, o que cabe a ela resolver, se tem necessidade de passar pelo médico naquele dia mesmo ou se pode agendar/ aguardar vaga por uma consulta. A AE quando necessário, também faz a triagem.</p> <p>ESF 2: A entrada do usuário acontece sob a forma de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 8 consultas agendadas pelas ACS (4 ACS, cada uma agenda 2 consultas/dia). • 8 vagas para livre demanda (mas geralmente, as vagas não são todas preenchidas, diz as AE). <p>Chegando a ESF, já havia algumas poucas pessoas na porta da mesma, aguardando sua abertura. Os usuários ficam aguardando por atendimento na sala de espera, sentados. Chegamos à USF por volta das 07h35min h da manhã. Alguns aguardam numa varanda do lado de fora. Todas as 4 ACS encontravam-se na UBS, separando as fichas dos usuários a serem atendidos. A AE divide-se entre a sala de vacinas e a sala de pré e pós-consulta. As fichas de usuários agendados ficam sobre 1 mesa existente na recepção. (M3, M2, M4 e M1). De vez em quando, as ACS fazem um rodízio para atendimento das consultas agendadas.</p>

	<p>ESF 3: O usuário entra na Unidade, através de consultas agendadas pelos ACS e consultas de livre demanda.</p> <p>Todos os dias, a médica atende 2 consultas agendadas pelas ACS = 8. Mas, de acordo com a agente, cerca de 30. “Ela enche todo dia duas folhas”.</p> <p>Havia muitas pessoas a espera de atendimento. São 2 salas, 1 serve como recepção, onde fica uma AE marcando as puericulturas e preventivo (esta AE é novata e encontra-se “perdida” com relação aos procedimentos).</p> <p>Na outra sala (são interligadas) há uma mesa, balança, aparelho PA, arquivos e computador. Nesta segunda sala são feitas as pré-consultas. O espaço interno da recepção onde pacientes ficam aguardando atendimento, é pequeno. Do lado de fora da Unidade, há uma cobertura de amianto onde os demais pacientes ficam sentados aguardando; há uma televisão que fica ligada para quem aguarda atendimento.</p> <p>Em um consultório, a médica atendia e no outro, o enfermeiro.</p> <p>A sala de vacinas está com a geladeira sendo descongelada no momento, e que chega para vacinar é orientado a retornar mais tarde.</p> <p>Os usuários encontravam-se agitados, reclamando da demora e dos profissionais da Unidade.</p> <p>ESF 4:</p> <p>O combinado entre a equipe é que cada ACS marque 2 consultas/dia, o que vem causando atrito entre a mesma. De acordo com conversa das AE's, as ACS não respeitam esta quantidade e chegam a agendar até 4 pacientes/dia. Todo usuário que chega ao PSF, mesmo sendo livre demanda, geralmente é atendido (+/- 16 consultas médicas/manhã).</p> <p>Os retornos acontecem de acordo com a necessidade, 1 a 2 tardes/semana, 2 pacientes/ACS.</p>
<p>Existe acolhimento nestas UBS? Quem o faz?</p>	<p>ESF 1:</p> <p>Nas primeiras horas do dia, é um pouco tumultuado, mas mesmo assim, existe acolhimento. Nenhum paciente sai da UBS sem ter sido pelo menos orientado pela AE ou pela enfermeira. Nesta ESF, as ACS não ficam na recepção, como acontece em outra equipe do estudo. Pode acontecer de alguma ACS estar na UBS e porventura, se necessário, também faz o acolhimento. Este usuário é atendido, é ouvido pelo menos. Geralmente pela AE e enfermeira.</p>

	<p>ESF 2: Geralmente quem faz o “acolhimento” é a ACS que está na recepção naquele dia ou a AE. Quando o paciente vem para a LD, só é pesado, são anotados data e idade do mesmo no prontuário e a AE questiona o mesmo ou a mãe, o que ele tem. Esta “triagem” é feita pela AE na sala de espera em meio aos pacientes. Nem coloca as mãos no paciente. Não percebi nenhuma prioridade para atendimento das LD.</p> <p>ESF 3: O “acolhimento” é uma “triagem”, feito geralmente por uma das AE’s. Após conversar com o usuário, a AE encaminha o mesmo conforme sua necessidade para o enfermeiro ou médica ou agenda consulta. Se for urgência, o paciente deve aguardar até que as consultas agendadas já tenham sido atendidas.</p> <p>ESF 4: Geralmente, pelo enfermeiro, porque as AE’s desconsideram suas queixas, “já não agüento mais”, disse uma delas, e passa a “bola = paciente para frente”. Retornos freqüentes estão sendo associados à deficiência do atendimento na atenção secundária</p>
<p>O usuário que retorna freqüentemente a UBS é atendido por algum membro da Equipe de Saúde da Família? A quem ele se dirige ao chegar à unidade?</p>	<p>ESF 1: O usuário fica aguardando na recepção até ser chamado primeiramente pela AE que faz a pré-consulta dos pacientes já agendados para aquele dia ou encaminha para a enfermeira ou para a médica, caso seja necessário atendimento de urgência. Se o paciente puder esperar, ele é orientado a voltar à tarde quando acontecem os agendamentos das consultas que é feito na UBS pela AE.</p> <p>ESF 2: Quando os usuários chegam à UBS, geralmente procuram primeiro sua ACS. A AE vai chamando os pacientes pelo nome (de acordo com a seqüência de marcação) e pedindo/apontando para que o mesmo sente-se em uma cadeira na sala de espera UBS (no meio todos outros pacientes) e lá fazem à medição da PA e pesam o usuário. Às 8:00 h, o enfermeiro chegou, cumprimentou a todos e dirigiu-se à sala onde atende.</p>

ESF 3:

AE recebe paciente e avalia. Alguns procedimentos são executados pela própria e o usuário é orientado e liberado

→ passa para o enfermeiro (consulta enfermeiro resolutiva encaminha o que acha necessário para o médica avaliar).

A AE de fora separa os prontuários, a AE de dentro é quem atua e faz a pré-consulta, encaminhando o paciente ou não, de acordo com a necessidade.

ESF 4:

A UBS, no momento, conta com 2 AE, que ficam na recepção da unidade. Geralmente, elas fazem o 1º contato com o paciente, mas todos são triados pela enfermeira.

Nota-se certa falta de paciência das AE's com os pacientes e discordância entre elas, ou seja, discutem na frente dos pacientes.

“O velho impasse: ACS X AE acontece”.

ANEXO C

FOLHA DE CONTROLE DIÁRIO DE ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM

ANEXO D1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DIRECIONADO AOS PROFISSIONAIS MÉDICOS, ENFERMEIROS E AUXILIARES OU TÉCNICOS DE ENFERMAGEM QUE COMPÕEM AS EQUIPES SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF) QUE FARÃO PARTE DO ESTUDO

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Estou desenvolvendo uma pesquisa para obtenção do título de Mestre em Enfermagem junto à Escola de Enfermagem da UFMG. A pesquisa tem como título:

“O IR E VIR DOS PACIENTES NAS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA (PSF)” e tem como objetivos: identificar como se processa a entrada do usuário no serviço de saúde (agendamento ou livre demanda); analisar as queixas apresentadas pelos usuários que buscam as Unidades Básicas de Saúde com maior frequência; verificar qual foi a conduta adotada pela equipe da Unidade Básica de Saúde em relação à queixa apresentada pelos usuários identificados como mais assíduos. Houve algum momento de “ausculta”, de acolhimento, criação de vínculo entre os profissionais da UBS e estes usuários; e por fim, analisar a estrutura familiar destes pacientes que retornam com tanta frequência à procura de atendimento nas Unidades Básicas de Saúde, identificando em que a família pode influenciar nesta procura.

Para a coleta de dados, realizarei observação de campo e entrevista individual, semi-estruturada, junto aos médicos, enfermeiros e auxiliares ou técnicos de enfermagem que fazem parte das equipes que foram selecionadas para o estudo. A entrevista será gravada para garantir a fidedignidade dos dados, sendo garantidos o anonimato e o sigilo das informações. A utilização dos dados desta pesquisa será somente para fins científicos e divulgados na defesa da dissertação, eventos científicos e revistas da área de saúde.

Você poderá fazer todas as perguntas que julgar necessário para o esclarecimento de suas dúvidas acerca dos riscos, benefícios, procedimentos e outros, tendo a liberdade de retirar-se do estudo, se assim o desejar, sem penalização alguma, bem como ter acesso ao conteúdo de sua entrevista transcrita.

Eu _____
R.G. nº _____, aceito participar como voluntário (a) do referido estudo, e afirmo que fui devidamente informado (a) sobre a finalidade e objetivos do estudo.

Divinópolis, _____ de _____ de 200 ____

Assinatura do participante: _____

Nome da pesquisadora: Fernanda Marcelino de Rezende – Tel: (31) 9847-9857

Nome da orientadora: Prof. Dra. Maria Rizoneide N. de Araújo – Tel: (31) 3261-5790

COEP – Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – Tel: (31) 3248-9364

ANEXO D2**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DIRECIONADO AOS
USUÁRIOS QUE FARÃO PARTE DO ESTUDO****UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO****Caros usuários,**

Sou enfermeira e estou desenvolvendo uma pesquisa para obtenção do título de Mestre em Enfermagem junto à Escola de Enfermagem da UFMG. A pesquisa tem como título: **“O IR E VIR DOS PACIENTES NAS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA (PSF)”**.

Esta pesquisa pretende identificar como você, usuário, é atendido na Unidades de Saúde da Família da qual faz parte (agendamento ou livre demanda); analisar as queixas que os levam a buscar as Unidades Básicas de Saúde com maior frequência; verificar qual foi a conduta adotada pela equipe da Unidade Básica de Saúde em relação à queixa que você apresentou (Você foi atendido por algum profissional da Equipe de Saúde da Família, alguém escutou qual foi o motivo que te levou à UBS?); e por fim, analisar a sua estrutura familiar, identificando em que a família pode influenciar nesta procura.

Neste sentido, precisamos da sua colaboração para responder a um questionário de 03 questões, que será gravado, após vocês terem lido, concordado e assinado este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Gostaríamos que respondessem com sinceridade pois o trabalho e o resultado dele só dependem de vocês.

A entrevista será gravada para garantir a fidedignidade (verdade) dos dados, sendo garantidos o anonimato e o sigilo das informações. A utilização dos dados desta pesquisa será somente para fins científicos e divulgados na defesa da dissertação, eventos científicos e revistas da área de saúde.

Você poderá fazer todas as perguntas que julgar necessário para o esclarecimento de suas dúvidas acerca dos riscos, benefícios, procedimentos e outros, tendo a liberdade de retirar-se do estudo, se assim o desejar, sem penalização alguma, bem como ter acesso ao conteúdo de sua entrevista transcrita.

Eu _____
R.G. nº _____, aceito participar como voluntário (a) do referido estudo, e afirmo que fui devidamente informado (a) sobre a finalidade e objetivos do estudo.

Divinópolis, _____ de _____ de 200 ____

Assinatura do participante: _____

Nome da pesquisadora: Fernanda Marcelino de Rezende – Tel: (31) 9847-9857

Nome da orientadora: Prof. Dra. Maria Rizioneide N. de Araújo – Tel: (31) 3261-5790

COEP – Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – Tel: (31) 3248-9364

ANEXO E**ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM OS MÉDICOS E ENFERMEIROS E
AUXILIARES/TÉCNICOS DE ENFERMAGEM**

1. Identificação

Nome: _____

Médico () Enfermeiro ()

Data de nascimento: ___/___/___

Tempo de trabalho na unidade de PSF: _____

Tem alguma especialização? Em que?

2. Quais são os principais problemas de saúde da comunidade (área de abrangência) que você atende?

3. Aqui na sua UBS, existem usuários que buscam atendimento várias vezes com queixas ou sintomas comuns fora do agendamento da consulta?

4. Quais orientações você repassa a estes usuários que retornam repetidamente ao PSF a procura de atendimento?

ANEXO F**ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM OS USUÁRIOS**

Idade: _____ anos

Sexo: _____

Estado civil: _____

Quantas pessoas moram na mesma casa: _____

Ocupação: _____

Escolaridade: _____

1. Conte para mim, como funciona o atendimento na USF da qual você faz parte? Você geralmente procura a USF com consulta marcada ou livre demanda?
2. Quando você vai à UBS, é atendido? Algum membro da equipe escuta por qual motivo você procurou a USF?
3. Por quais queixas você geralmente procura a USF?
4. Há algum ponto positivo ou negativo que gostaria de ressaltar com relação a ESF/USF da qual você faz parte?

ANEXO G – PROFISSIONAIS DE SAÚDE

INSTRUMENTO DE ANÁLISE DE DISCURSO 2 (IAD 2) PERGUNTA 1

- A. Os principais problemas de saúde da comunidade (área de abrangência) que os profissionais das Unidades de Saúde da Família atendem, são focados, em grande parte, nos atendimentos curativos.

Expressões-chave	DSC 01
<p>M1: Os principais problemas são hipertensão arterial, diabetes, ansiedade, depressão, problemas respiratórios na grande maioria, otite, pneumonia, amigdalite, resfriados comuns, muitos casos, gripe.</p> <p>M2: Infecção de Via Aérea Superior</p> <p>M3: Normalmente são os principais de todo o Brasil: obesidade, as ínguas, principalmente agora nessa fase de inverno.</p> <p>M4: Diabetes, hipertensão, os problemas respiratórios.</p> <p>E1: Doenças infantis, anemia, as parasitoses.</p> <p>E2: Rinite, Faringite, Laringite, Bronquite, doenças Gastrintestinais, as diarréias, vômitos, as verminoses, doenças de pele, são as Tineas, as Parasitárias, os parasitas de pele, sarnas.</p> <p>E3: Problema ortopédicos.</p> <p>E4: Diabetes, hipertensão, problemas respiratórios, verminoses.</p> <p>A.E.1: Gripe</p> <p>A.E.2: Tosse, cólicas renais</p> <p>A.E.3: Viroses, alergias.</p> <p>A.E.4: Diabetes, hipertensão, problemas respiratórios, verminoses.</p>	<p>Normalmente são os principais de todo o Brasil: hipertensão arterial, diabetes, ansiedade, depressão, problemas respiratórios na grande maioria, as viroses, bronquite, otite, pneumonia, amigdalite, muitos casos de resfriados comuns, gripe, infecção de via aérea superior, rinite, faringite, laringite, tosse, alergias, obesidade, as ínguas, principalmente na fase de inverno.</p> <p>Doenças infantis, anemia, as parasitoses/verminoses. Doenças Gastrintestinais, as diarréias, vômitos, doenças de pele, são as Tineas, os parasitas de pele, sarnas e os problemas ortopédicos.</p>

- B. Os principais problemas de saúde da comunidade estão ligados às condições precárias de infra-estrutura dos bairros onde a população reside.

Expressões-chave	DSC 02
<p>E2: Devido ao bairro não ter estrutura adequada, baixa infra-estrutura de saneamento, rede de esgoto.</p> <p>A.E.3: As ruas aqui não são calçadas,</p>	<p>As condições do bairro são precárias, devido ao fato de não ter infra-estrutura adequada de saneamento e rede de esgoto. As ruas não são calçadas, muita poeira.</p>

muita poeira, as condições do bairro são precárias.	
---	--

C. Agregados aos problemas de saúde da comunidade, aparecem ao grupos populacionais e procedimentos de prevenção de doenças.

Expressões-chave	DSC 03
A.E.1: Crianças, gestantes, vacinas	Crianças, gestantes, vacinas

D. Os principais problemas de saúde da comunidade estão ligados à alta rotatividade da mesma.

Expressões-chave	DSC 04
A.E.3: Então tanto criança quanto adulto a rotatividade delas é muito grande.	A rotatividade tanto das crianças quanto dos adultos é muito grande.

1. PSF 1: M1= médica; E1= enfermeira; AE1= auxiliar enfermagem
2. PSF 2: M2= médico; E2= enfermeiro; AE2= auxiliar enfermagem
3. PSF 3: M3= médica; E3= enfermeiro; AE3= auxiliar enfermagem
4. PSF 4: M4= médica; E4= enfermeira; AE4= auxiliar enfermagem

INSTRUMENTO DE ANÁLISE DE DISCURSO 2 (IAD 2) PERGUNTA 2

A. Sim, existem muitos casos de usuários que buscam por atendimento sem estarem agendados.

Expressões-chave	DSC 05
M1: Sim, temos muitos casos. M2: Tem. M3: Sim. M4: Existem. E3: Sim. A.E.2: Tem. A.E.3: Demais. É o que mais tem. A.E.4: Isso é o que mais acontece.	Sim, existem e temos muitos casos.

B. Diariamente existem usuários que buscam atendimento várias vezes com queixas ou sintomas comuns fora do agendamento da consulta.

Expressões-chave	DSC 06
E1: Diariamente. A.E.1: Cinco vezes ao dia.	Diariamente, até cinco vezes ao dia.

C. O usuário chega sem estar agendado devido à doença que o acometeu nas últimas 24 horas.

Expressões-chave	DSC 07
E2: Em toda unidade tem aquele usuário que vai chegar e não vai estar agendado. Porque existe uma demanda natural da doença que acometeu ele nas últimas vinte e quatro horas.	Devido a uma demanda natural da doença que acometeu o usuário nas últimas 24 horas, em toda unidade sempre vai chegar usuário sem estar agendado.

D. Algumas doenças mais comuns levam o usuário a buscar atendimento nas Unidades de Saúde da Família (USF) fora do agendamento da consulta.

Expressões-chave	DSC 08
E2: Geralmente são as doenças respiratórias ou gastrointestinais, que são as de evolução rápida. Além dos acidentes de trabalho.	Geralmente as doenças de evolução rápida que são as respiratórias e as gastrointestinais, além dos acidentes de trabalho.

E. Não existem usuários que buscam atendimento várias vezes com queixas ou sintomas comuns fora do agendamento da consulta.

Expressões-chave	DSC 09
E4: Não. Não tem tanto não.	Não, não tem tanto não.

INSTRUMENTO DE ANÁLISE DE DISCURSO 2 (IAD 2) PERGUNTA 3

A. Os usuários são orientados a cada consulta.

Expressões-chave	DSC 10
M1: Esses usuários a cada consulta são orientados. M2: A gente sempre explica o problema da doença dele; qual é. E1: Orienta no que está ao nosso alcance. E2: Orientação não é a mesma para todos. E4: Eu explico o agendamento, o funcionamento, como é a secretaria, como que funciona. A gente fala muito. A gente frisa muito o agendamento. Eu explico tudo.	Esses usuários a cada consulta são orientados. Orienta no que está ao nosso alcance, apesar da orientação não ser a mesma para todos. Eu, às vezes oriento o seguinte: esperar um pouco. Pelo menos um dia, ou vem à tarde; espera amanhecer para ver como é que vai, o quê que vai acontecer, aí você volta. Eu explico tudo. A gente sempre explica o problema da doença dele; qual é. Eu explico o agendamento, o funcionamento,

A.E.2: Eu, às vezes oriento o seguinte: esperar mais um pouco. Pelo menos mais um dia, ou vem à tarde; espera amanhecer para ver como é que vai, o quê que vai acontecer, aí você volta.	como é a secretaria, como que funciona. A gente fala muito. A gente frisa muito o agendamento.
--	--

B. Não adianta só orientações verbais. O paciente tem que sair com algo mais da unidade (receita, pedido de exame, analgésico, etc).

Expressões-chave	DSC 11
M1: Não adianta ter só orientações verbais. Estes pacientes sempre têm que sair ou com pedido de exame, um medicamento ou uma receita, nem que seja de analgésico. M2: E mesmo assim parece que não tem resultado.	Não adianta ter só orientações verbais. Estes pacientes sempre têm que sair ou com pedido de exame, um medicamento ou uma receita, nem que seja de analgésico. E mesmo assim parece que não tem resultado.

C. Se os usuários não saírem da USF com alguma coisa, seja receita, pedido de exame, medicamento, eles continuam retornando à USF várias vezes.

Expressões-chave	DSC 12
M1: Senão no outro dia eles estão de novo procurando a unidade. Dentro de um mês eles retornam à unidade várias vezes sem agendamento. M2: Eles vêm sem agendamento. M3: Principalmente no grupo da terceira idade, quando eu vou verificando esse retorno repetidas vezes à unidade.	Eles vêm sem agendamento. No outro dia eles estão de novo procurando a unidade. Dentro de um mês eles retornam à unidade várias vezes sem agendamento. Principalmente no grupo da terceira idade, quando eu vou verificando esse retorno repetidas vezes à unidade.

D. As Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) são orientadas pelos profissionais médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem, a marcar consulta para os usuários, a fim de que os mesmos não procurem a USF sem agendamento.

Expressões-chave	DSC 13
M2: A gente fala com a agente comunitária para marcar a consulta para eles.	A gente fala com a agente comunitária para marcar a consulta para eles.

E. As ACS são orientadas pelos demais profissionais da Equipe de Saúde da Família (ESF) a fazer busca ativa ao usuário que retorna freqüentemente a USF para tentar detectar o porquê desta procura.

Expressões-chave	DSC 14
M3: Começo a pedir ao agente comunitário para que ele faça uma busca ativa.	Começo a pedir ao agente comunitário para que ele faça uma busca ativa.

- F. O ACS durante a visita domiciliar verifica o contexto familiar do usuário e pede para que alguém da família do mesmo vá a USF conversar com os profissionais da ESF.

Expressões-chave	DSC 15
<p>M3: Verifique o contexto familiar na casa. Eu peço para que o agente comunitário entre em contato com alguém da família e peço para que alguém da família venha para conversar comigo, como que está sendo a questão de vínculo familiar. Tenta resgatar alguém da família e a gente tenta estar conversando com as pessoas da família. Mas muitas vezes a família, às vezes, não nos recebe muito bem com essa questão. Porque a família não quer, na verdade ela sabe que acontece isso, mas ela não quer tomar conhecimento verdadeiro, ela não quer se comprometer com isso. Ela não tem como resolver. Têm muitos casos que eu percebo que a filha vem e está irritada por estar vindo à unidade, por ter sido chamada, ela vem com raiva, tipo assim “ai meu Deus, o que será que a minha mãe ou meu pai fizeram, por que que eu tenho que estar aqui? Mais uma coisa para estar me atrapalhando a vida”.E depois eles interpretam isso de uma forma que eles acham que talvez o pai ou a mãe tivessem cobrado isso deles. E deixar que esse filho comece a perceber esta questão. Ele reciclar, de repente fazer com que a mãe fosse morar com eles, se isso seria o melhor caminho ou não.</p>	<p>Eu peço para que o agente comunitário entre em contato com alguém da família e verifique o contexto familiar na casa. Peço para que alguém da família venha para conversar comigo, como que está sendo a questão de vínculo familiar. Tenta resgatar alguém da família e a gente tenta estar conversando com as pessoas da família. Mas muitas vezes a família, às vezes, não nos recebe muito bem com essa questão. Porque a família não quer, na verdade ela sabe que acontece isso, mas ela não quer tomar conhecimento verdadeiro, ela não quer se comprometer com isso. Ela não tem como resolver. Têm muitos casos que eu percebo que a filha vem e está irritada por estar vindo à unidade, por ter sido chamada, ela vem com raiva, tipo assim “ai meu Deus, o que será que a minha mãe ou meu pai fizeram, por que que eu tenho que estar aqui? Mais uma coisa para estar me atrapalhando a vida”.E depois eles interpretam isso de uma forma que eles acham que talvez o pai ou a mãe tivessem cobrado isso deles. E deixar que esse filho comece a perceber esta questão. Ele reciclar, de repente fazer com que a mãe fosse morar com eles, se isso seria o melhor caminho ou não.</p>

- G. Os profissionais da USF orientam o que está ao alcance deles na tentativa de ajudar o usuário e seus familiares, perguntando aos familiares do usuário como é o dia-a-dia do mesmo.

Expressões-chave	DSC 16
<p>M3: Para eu poder estar perguntando a essa pessoa o que está se passando, como que tem sido o dia a dia do paciente. Tenta conversar com muita sensibilidade, e não também, nós não estamos aqui para criar problemas, nós estamos aqui para resolvê-los. Para ajudar de alguma forma a família</p> <p>M4: A gente retorna mais na intenção de</p>	<p>A gente retorna mais na intenção de tentar ajudar de alguma forma a família. Tenta conversar com muita sensibilidade para eu poder estar perguntando a essa pessoa o que está se passando, como que tem sido o dia a dia do paciente. Então começa a chorar dentro do consultório, e aí a gente vai tentando orientar da melhor maneira.</p>

tentar ajudar. Começa a chorar dentro do consultório, e aí a gente vai tentando orientar da melhor maneira.	Nós não estamos aqui para criar problemas, nós estamos aqui para resolvê-los.
--	---

H. As situações de abandono, solidão, menopausa, abalam emocionalmente os usuários, principalmente as pessoas de 3ª idade.

Expressões-chave	DSC 17
M3: Mais freqüente com a terceira idade é a situação do abandono, é a solidão, tem a menopausa. Então esse vazio, a síndrome do ninho vazio, quando os filhos se vão, tem o marido que foi embora, que te trocou por uma mulher mais jovem, faleceu de tanto que bebia, então claro que tem a questão do abandono masculino também. M4: “Eu estou com problema em casa, eu estou com problema com o marido.”	Mais freqüente com a terceira idade é a situação do abandono, é a solidão, tem a menopausa. Então esse vazio, a síndrome do ninho vazio, quando os filhos se vão, tem o marido que foi embora, que te trocou por uma mulher mais jovem, faleceu de tanto que bebia, então claro que tem a questão do abandono masculino também. “Eu estou com problema em casa, eu estou com problema com o marido.”

I. Os profissionais de saúde das USF preferem se omitir quando a família não se compromete com o problema do seu membro que procurou pela consulta na USF.

Expressões-chave	DSC 18
M3: Prefiro me omitir.	Prefiro me omitir.

J. Nas USF não há acessória multiprofissional direta. Para conseguí-la é necessário encaminhar o usuário para uma unidade secundária de referência, o que demanda tempo.

Expressões-chave	DSC 19
M3: Na unidade você não tem uma acessória do psicólogo, do assistente social dentro da unidade. Você tem uma referência. Numa outra unidade que demora muito, a demanda é muito grande. Então muitas das vezes você, é um profissional que tem que fazer o papel do assistente social, do psicólogo, do fisioterapeuta, da nutricionista, muitas vezes é assim.	Na unidade você não tem uma acessória do psicólogo, do assistente social dentro da unidade. Você tem uma referência. Numa outra unidade que demora muito, a demanda é muito grande. Então muitas das vezes você, é um profissional que tem que fazer o papel do assistente social, do psicólogo, do fisioterapeuta, da nutricionista, muitas vezes é assim.

K. São feitos pedidos de exames para confirmar ou não um diagnóstico.

Expressões-chave	DSC 20
M3: A gente tem feito uma parceria com Conselho Municipal do Idoso, ele tem feito um trabalho agora no CAPT, então, para toda qualquer pessoa acima de	A gente tem feito uma parceria com Conselho Municipal do Idoso, ele tem feito um trabalho agora no CAPT, então, para toda qualquer pessoa acima de

sessenta anos no município de Divinópolis agora é oferecido um atendimento gratuito lá no CAPT. Então a gente tem passado isso para eles. A gente passa os documentos que precisa, os horários que têm de ginástica.	sessenta anos no município de Divinópolis agora é oferecido um atendimento gratuito lá no CAPT. Então a gente tem passado isso para eles, os documentos que precisa, os horários que têm de ginástica.
--	---

- L. Os profissionais de saúde orientam os usuários e seus familiares sobre os locais que oferecem atividades ao idoso. São criadas parcerias entre as ESF e estes órgãos.

Expressões-chave	DSC 21
M4: Eu parto do princípio da queixa e se essa queixa tiver algum sentido clínico a gente corre atrás de exames, mesmo que o exame não dê nada seria uma prova diagnóstica de que a pessoa está bem.	Eu parto do princípio da queixa e se essa queixa tiver algum sentido clínico a gente corre atrás de exames, mesmo que o exame não dê nada seria uma prova diagnóstica de que a pessoa está bem.

- M. Os profissionais de saúde das ESF tentam ajudar o usuário que procura atendimento nas USF, orientando-os que nem sempre o problema que apresentam é físico, pode ser emocional.

Expressões-chave	DSC 22
M4: Na hora que você percebe que o problema já não é tanto físico, aí você tenta ajudar a parte emocional da melhor maneira possível. Eu gosto muito de colocar o problema na frente da pessoa. Falo “o seu problema talvez seja de origem emocional, você deve estar com problema”, aí a pessoa mesma reflete e começa a conversar falando que “eu tenho mesmo um problema emocional”.	Eu gosto muito de colocar o problema na frente da pessoa. Na hora que você percebe que o problema já não é tanto físico, aí você tenta ajudar a parte emocional da melhor maneira possível. Falo “o seu problema talvez seja de origem emocional, você deve estar com problema”, aí a pessoa mesma reflete e começa a conversar falando que “eu tenho mesmo um problema emocional”.

- N. Todas as vezes que os usuários vão as USF, são atendidos por algum membro da equipe.

Expressões-chave	DSC 23
E1: Todas as vezes eles são atendidos. A.E.1: Em primeiro lugar, eles ficam tudo tipo assim atendido.	Em primeiro lugar, eles ficam tudo tipo assim atendido. Todas as vezes eles são atendidos.

- O. Os profissionais das ESF escutam as queixas dos usuários.

Expressões-chave	DSC 24
E1: A gente escuta a queixa.	A gente escuta a queixa.

P. Há usuários que demandam conversar com alguém todos os dias. São carentes de atenção.

Expressões-chave	DSC 25
<p>E2: Tem usuário que tem uma demanda de conversar com alguém todos os dias. O marido sai para trabalhar, os meninos vão para a escola, ela quer conversar com alguém. Ele quer trocar uma idéia. Não quer saber sobre doença. Ela quer conversar sobre coisas da vida, da novela, vem ali fora e conversa com os outros usuários, troca uma idéia, depois vai embora. Tem usuário que vem falar do remédio que está tomando, que está muito bom, ou que aquele outro estava melhor, porque a marca piorou, que o comprimido é grande e não consegue engolir. Tem usuário que fala do anticoncepcional, uns que o leite diminuiu, outras que a libido sexual diminuiu e não quer usar mais, outras que estão menstruando duas vezes por mês. As queixas não são...</p> <p>Têm alguns, é interessante, alguma síndrome psiquiátrica, eles vêm só para falar um oi mesmo. Chega aqui “oi tudo bom, tudo jóia?” Dá uma volta aqui dentro, vê como é que é; na verdade são muito carentes de atenção. É uma atenção que não seja do vizinho.</p> <p>A.E.1: Vem para conversar, vem com o vizinho, passeando. Depois a gente vai procurar e “não, estou de acompanhante”. Para eles mesmos é muito difícil.</p>	<p>Tem usuário que tem uma demanda de conversar com alguém todos os dias, ele quer trocar uma idéia. O marido sai para trabalhar, os meninos vão para a escola, ela quer conversar com alguém. Não quer saber sobre doença. Ela quer conversar sobre coisas da vida, da novela, vem ali fora e conversa com os outros usuários, troca uma idéia, depois vai embora. Vem para conversar, vem com o vizinho, passeando. Têm alguns, é interessante, alguma síndrome psiquiátrica, eles vêm só para falar um oi mesmo. Chega aqui “oi tudo bom, tudo jóia?” Depois a gente vai procurar e “não, estou de acompanhante. Tem usuário que vem falar do remédio que está tomando, que está muito bom, ou que aquele outro estava melhor, porque a marca piorou, que o comprimido é grande e não consegue engolir. Tem usuário que fala do anticoncepcional, uns que o leite diminuiu, outras que a libido sexual diminuiu e não quer usar mais, outras que estão menstruando duas vezes por mês. As queixas não são...</p> <p>Dá uma volta aqui dentro, vê como é que é; na verdade são muito carentes de atenção. É uma atenção que não seja do vizinho. Para eles mesmos é muito difícil.</p>

Q. São muito diversificados os usuários que freqüentam as USF.

Expressões-chave	DSC 26
<p>E2: É muito diversificado esses usuários que freqüentam aqui.</p>	<p>É muito diversificado esses usuários que freqüentam aqui.</p>

R. Os usuários vêm os profissionais das ESF como confidentes alguém em quem eles podem confiar, contar seus segredos.

Expressões-chave	DSC 27
<p>E2: Uma atenção de uma pessoa que ele pode falar, mas que não vai comentar com</p>	<p>Uma atenção de uma pessoa que ele pode falar, mas que não vai comentar com</p>

ninguém. É um segredo, é secreto.	ninguém. É um segredo, é secreto.
-----------------------------------	-----------------------------------

S. Os usuários encontram dificuldade em conseguir uma vaga para consulta em um serviço de referência ou pagar consulta particular com um especialista.

Expressões-chave	DSC 28
E3: Ele tente talvez em uma vaga de desistência num serviço nosso que é a Policlínica, ou que tente pagar uma consulta particular. Normalmente têm alguns serviços aqui que fazem com um preço mais barato. Mas normalmente a dificuldade dele partir da unidade básica para o especialista é mais difícil.	Normalmente a dificuldade de ele partir da unidade básica para o especialista é mais difícil. Ele tente talvez em uma vaga de desistência num serviço nosso que é a Policlínica, ou que tente pagar uma consulta particular. Normalmente têm alguns serviços aqui que fazem com um preço mais barato.

T. Os usuários são orientados quanto ao auto-cuidado.

Expressões-chave	DSC 29
E4: E eu dou informações do quê que ele pode fazer para melhorar a saúde dele. Por exemplo, o quê que ele pode, tomar mais líquido, alguma coisa que ele pode fazer para melhorar a saúde dele. Não procurar ficar doente primeiro.	E eu dou informações do quê que ele pode fazer para melhorar a saúde dele, não procurar ficar doente primeiro. . Por exemplo, o quê que ele pode, tomar mais líquido, alguma coisa que ele pode fazer para melhorar a saúde dele.

U. O usuário vai a USF sem estar doente.

Expressões-chave	DSC 30
A.E.1: Porque não está doente. Vêm não é para eles, não é doente, não.	Porque não está doente. Vêm não é para eles, não é doente, não.

V. A USF é um local aonde os usuários vão para conversar; é um “ponto estratégico de bate-papo”.

Expressões-chave	DSC 31
A.E.1: Porque aqui é um ponto estratégico de bate-papo.	Porque aqui é um ponto estratégico de bate-papo.

W. É feita a pré-consulta para avaliar as queixas do momento dos usuários.

Expressões-chave	DSC 32
A.E.3: A gente primeiro olha os dados vitais, vê qual que é o problema do momento. Então a gente vê no momento o quê que precisa, olha os dados vitais, pega o quê que está acontecendo.	A gente primeiro olha os dados vitais, vê qual que é o problema do momento, o quê que precisa. Pega o quê que está acontecendo.

X. Não podem ser desconsideradas as queixas dos usuários que retornam freqüentemente a procura de atendimento nas USF.

Expressões-chave	DSC 33
A.E.3: Porque de repente a gente acha que está vindo aqui demais, mas vamos ver por que, às vezes agora, naquele momento está precisando mesmo, não é?	: Porque de repente a gente acha que está vindo aqui demais, mas vamos ver por que, às vezes agora, naquele momento está precisando mesmo, não é?

Y. Os usuários são avaliados de acordo com a sua necessidade pelo membro da ESF capacitado para tal.

Expressões-chave	DSC 34
A.E.3: Para a gente estar passando para ela. Às vezes passa para o Renato primeiro, o Riso avalia melhor do que a gente e estar passando para ela. A.E.4: Na maioria das vezes eu passo para a enfermeira. E ela resolve; tenta resolver uma parte. Às vezes a maioria passa pela doutora para ouvir mais uma palavra. Dá uma palavra com ela e já resolve meio mundo.	Na maioria das vezes eu passo para a enfermeira. E ela resolve; tenta resolver uma parte. Às vezes passa para o Renato primeiro, o Riso avalia melhor do que a gente para a gente estar passando para ela. Às vezes a maioria passa pela doutora para ouvir mais uma palavra. Dá uma palavra com ela e já resolve meio mundo.

**ANEXO H –
INSTRUMENTO DE ANÁLISE DE DISCURSO 2 (IAD 2) PERGUNTA 1
USUÁRIOS**

A. O usuário gosta e está satisfeito com o atendimento que recebe no Programa Saúde da Família (PSF)

Expressões-chave	DSC 01
<p>U1: A médica é muito boa, a Serena é muito boa, as atendentes, tudo bom.</p> <p>U2: Eu acho que funciona bem. Tirando isso eu não tenho nada que reclamar, não.</p> <p>U4: Pelo menos quando eu vou lá sou muito bem atendida, sabe? Eu acho que eles atendem muito bem.</p> <p>U6: Eu acho bom.</p> <p>U7: Funciona muito bem, Nossa Senhora, se esse médico que chegou agora for bom igual à Brilho está bem, nós estamos bem.</p> <p>U8: Eu não tenho nada que reclamar do PSF, sempre fui bem recebida.</p> <p>U9: O atendimento lá é muito bom.</p> <p>U10: Até então pelo que eu pude utilizar até hoje foi um atendimento bom.</p> <p>U12: Pra mim, até hoje que eu frequento lá tá bom, funciona perfeitamente.</p> <p>U13: Muito bom, eu gosto do atendimento deles. Muito bom.</p> <p>U14: É bom. Gosto.</p> <p>U15: Eu acho bom, normal, né? Normal, né?</p> <p>U16: Pelo pra mim, todas as vezes que eu procuro, eles têm me atendido bem. Sempre quando eu procuro, essa semana mesmo meu marido procurou, ele foi bem atendido, gosto muito da equipe dali, né?</p> <p>U17: Olha, é bom atendimento.</p> <p>U18: Uai, todas vez que eu vou lá eu sou bem atendido. A médica é muito boa, as enfermeiras são muito boas e toda vez que eu vou lá eu sou bem atendido, você entendeu?</p> <p>U19: Pra mim é bom porque todas as vezes que chego lá eu sou bem atendida. E sempre quando eu chego lá, tanto faz eu, como meu marido, meus filhos são bem atendidos.</p>	<p>É bom. Gosto. Normal, né?</p> <p>Eu não tenho nada que reclamar do PSF, sempre fui bem recebida. Eu acho bom.</p> <p>Pelo menos quando eu vou lá sou muito bem atendida, sabe? Eu acho que eles atendem muito bem. Até então pelo que eu pude utilizar até hoje foi um atendimento bom.</p> <p>Pelo pra mim, todas as vezes que eu procuro, eles têm me atendido bem, pois sempre quando eu procuro, essa semana mesmo meu marido procurou, ele foi bem atendido, gosto muito da equipe dali, né?</p> <p>A médica é muito boa, a Serena é muito boa, as atendentes, tudo bom. Nossa Senhora, se esse médico que chegou agora for bom igual à Brilho está bem, nós estamos bem. Uai, todas vez que eu vou lá eu sou bem atendido. A médica é muito boa, as enfermeiras são muito boas e toda vez que eu vou lá eu sou bem atendido, você entendeu?</p> <p>E sempre quando eu chego lá, tanto faz eu, como meu marido, meus filhos são bem atendidos.</p> <p>Pra mim, até hoje que eu frequento lá tá bom, funciona perfeitamente.</p>

B. Os usuários vão a USF para marcar consulta; consultam geralmente com consulta marcada.

Expressões-chave	DSC 02
U1: Consulta marcada. U2: Agora eles até liberaram para a gente ir lá e marcar. U4: Eu marco. Às vezes eu vou lá, marcam a consulta para mim. Eu até tenho que marcar outra consulta para mim por causa da minha perna. U5: Consulta marcada. Agora tem que marcar por telefone. U6: Consulta marcada lá. U8: Com consulta marcada. U9: A gente vai com consulta marcada. U10: Procuo ir mais com consulta marcada. U12: Consulta marcada. U13: Vai com consulta marcada. U14: Mas se não for eu procuro marcar. U15: Às vezes por consulta marcada. U17: Consulta marcada.	Procuo ir mais com consulta marcada. Eu marco. Às vezes eu vou lá, marcam a consulta para mim. Agora eles até liberaram para a gente ir lá e marcar. Agora tem que marcar por telefone, mas se não for eu procuro marcar lá. Eu até tenho que marcar outra consulta para mim por causa da minha perna.

C. Alguns profissionais das ESF desagradam os usuários.

Expressões-chave	DSC 03
U2: Tirando uma enfermeira que eles colocaram lá, o resto eu acho legal. Porque ela é muito burra, muito estúpida, magoa a gente quando a gente vai lá, a Zizi já está cansada de reclamar que ela magoa até as crianças.	Tirando uma enfermeira que eles colocaram lá, o resto eu acho legal. Porque ela é muito burra, muito estúpida, magoa a gente quando a gente vai lá, a Zizi já está cansada de reclamar que ela magoa até as crianças.

D. O Agente Comunitário de Saúde (ACS) marca ou marcava consulta para os usuários durante as visitas domiciliares.

Expressões-chave	DSC 04
U2: A Serena vem cá direto, aí ela marca para a gente. U4: A Sol quando ela marcava, sempre eu marcava com ela. U5: A Lua que marcava.	A Serena vem cá direto, aí ela marca para a gente. A Sol quando ela marcava, sempre eu marcava com ela ou com a Lua.

E. O usuário não tem conhecimento do funcionamento do PSF por procurar pouco por atendimento na USF.

Expressões-chave	DSC 05
U3: Eu consulto pouco ali, aí eu não sei.	Aí eu não sei, pois consulto pouco ali.

F. Os usuários sabem qual é o horário de funcionamento das USF.

Expressões-chave	DSC 06
U5: Lá começa às sete horas e vai até cinco horas.	Lá começa às sete horas e vai até cinco horas.

G. Os usuários vão a USF para passar na triagem/livre demanda, quando passam mal ou quando há alguma intercorrência.

Expressões-chave	DSC 07
U6: Também às vezes eu vou sem marcar e eles me atendem. U9: E se a gente quiser também por livre demanda é atendido também. U10: Porém quando o meu menino adocece, uma coisa que a gente não pode esperar, a gente vai no horário marcado para eles para triagem, é atendido geralmente, a não ser que você chegue mais tarde. Ou em uma emergência a gente tenha que estar indo também é atendido. U11: Tem época que eu passo mal de diabete eu vou não marco consulta não. U14: Mais urgente, se for urgente eu vou lá. U16: Sempre eu consulto pelo plantão, às vezes tem os menino, que sempre eu levo, às vezes ta passando mal eu levo. Na hora que eles ta passando mal. U18: Mais é que eu passo mal. Porque eu tenho bronquite e falta muito ar, aí quando falta o ar eu tenho que ir lá pra tomar um vapor e pra doutora Luz receitar uns comprimidos que combate com o meu bronquite. U19: Não. É por livre demanda.	Mais urgente, se for urgente eu vou lá por livre demanda. Também às vezes eu vou sem marcar e eles me atendem. E se a gente quiser também por livre demanda é atendido. Tem época que eu passo mal de diabete eu vou não marco consulta não. Mais é que eu passo mal. Porque eu tenho bronquite e falta muito ar, aí quando falta o ar eu tenho que ir lá pra tomar um vapor e pra doutora Luz receitar uns comprimidos que combate com o meu bronquite. Sempre eu consulto pelo plantão, às vezes tem os menino, que sempre eu levo, às vezes tá passando mal eu levo. Na hora que eles tá passando mal. Porém quando o meu menino adocece, uma coisa que a gente não pode esperar, a gente vai no horário marcado para eles para triagem, é atendido geralmente, a não ser que você chegue mais tarde. Ou em uma emergência a gente tenha que estar indo também é atendido.

H. O usuário elogia o atendimento da médica que o atende na USF.

Expressões-chave	DSC 08
U7: Todo mundo está sentindo saudade dela já! A Brilho é boa demais. Tinha dia que a gente ficava com dó, se tivesse criança aqui ela nem ia almoçar. Ficava aí sem almoço por causa dos pacientes. Era boa demais.	Todo mundo está sentindo saudade dela já! A Brilho é boa demais. Tinha dia que a gente ficava com dó, se tivesse criança aqui ela nem ia almoçar. Ficava aí sem almoço por causa dos pacientes. Era boa demais.

I. O usuário não precisa aguardar muito tempo na USF para ser atendido.

Expressões-chave	DSC 09
U9: A gente chega lá e não espera muito para ser atendido.	A gente chega lá e não espera muito para ser atendido

J. O usuário reclama que é difícil conseguir atendimento na saúde pública.

Expressões-chave	DSC 10
U10: Certas horas têm, como todo atendimento à saúde pública, tem as suas saturações. U17: Tem algumas falhas, sabe? Mas não tem muito a reclamar não.	Tem algumas falhas, sabe? Certas horas têm, como todo atendimento à saúde pública, tem as suas saturações. Mas não tem muito a reclamar não.

K. O usuário afirma procurar frequentemente a USF para consultar.

Expressões-chave	DSC 11
U11: É muitas vez que eu consulto. Eu sou cliente lá, né?	Eu sou cliente lá, né? É muitas vez que eu consulto.

L. O usuário vai a USF para atividades de prevenção e de promoção à saúde, como fazer controle da pressão arterial e da glicemia.

Expressões-chave	DSC 12
U13: Vai fazer controle de diabete. U15: É às vezes mesmo, só mesmo pra ver pressão, essas coisas. Vai fazer controle de diabete.	É às vezes mesmo, só mesmo pra ver pressão, essas coisas. Vai fazer controle de diabete.

M. O usuário diz procurar pouco a USF com consulta agendada.

Expressões-chave	DSC 13
U16: Pra consultar mesmo, assim de consulta marcada, é muito raro eu consultar.	Pra consultar mesmo, assim de consulta marcada, é muito raro eu consultar.

N. Sempre que o usuário vai a USF ele é atendido.

Expressões-chave	DSC 14
U19: A médica me olha todas as vezes, porque meu caso é especial.	A médica me olha todas as vezes, porque meu caso é especial.

INSTRUMENTO DE ANÁLISE DE DISCURSO 2 (IAD 2) PERGUNTA 2

A. O usuário é bem recebido, é ouvido e atendido quando vai à USF.

Expressões-chave	DSC 15
<p>U1: O médico. Muito bem recebida. U2: Sou muito bem atendida. U4: A Doutora escuta. Ela pergunta o quê que eu estou sentindo. Aí ela marca lá, olha a pressão direitinho. Mas eles olham bem. U6: Pela moça da triagem e pela médica. U7: Sim, todas as vezes. Doutora Brilho que me ajudou muito. U8: A Graça, mas é atendido. U9: Sim. O atendimento lá é muito bom. U10: Geralmente, quando o caso é mais simples, é pelo enfermeiro mesmo. Ou auxiliar de enfermagem. U12: Sim, sou atendido. A Estrela, enfermeira chefe lá. Escutam. Atenciosamente. U13: Na hora. U14: Sou. U15: Geralmente por quem ta lá fora na recepção, a enfermeira, as agentes. Sou ouvido. U16: Escuta, sempre escuta, né? U17: Sou. Sempre que eu vou eu sou. Tranquilidade, né? Aí geralmente é a Tranquilidade, outra hora é a agente de saúde que tiver lá, também me atende. U18: Sou. Eu não sei o nome delas todas, mas o mais é a enfermeira que atende. E depois se eu precisou olhar a pressão, a glicose, que eu tava com problema na glicose eu procuro a Tranquilidade. E ela me atende bem. U19: Sempre sou atendida Geralmente é a enfermeira, a dona Tranquilidade, né? E depois ela passa pra médica</p>	<p>Sou muito bem atendida todas as vezes. Muito bem recebida. Sempre que eu vou eu sou. Na hora escutam atenciosamente. Geralmente por quem ta lá fora na recepção, a enfermeira, as agentes, o médico, pela moça da triagem. Sou ouvido. Escuta, sempre escuta, né? Geralmente, quando o caso é mais simples, é pelo enfermeiro mesmo, a Estrela, enfermeira chefe lá. Ou auxiliar de enfermagem, a Graça, mas é atendido. Eu não sei o nome delas todas, mas o mais é a enfermeira que atende. E depois se eu precisou olhar a pressão, a glicose, que eu tava com problema na glicose eu procuro a Tranquilidade. Aí geralmente é a Tranquilidade. E ela me atende bem. Geralmente é a enfermeira, a dona Tranquilidade, né? E depois ela passa pra médica, doutora Brilho que me ajudou muito. A Doutora escuta. Ela pergunta o quê que eu estou sentindo. Aí ela marca lá, olha a pressão direitinho. Mas eles olham bem. Outra hora é a agente de saúde que tiver lá, também me atende. O atendimento lá é muito bom.</p>

B. O usuário sai, na maioria das vezes, satisfeito da USF.

Expressões-chave	DSC 16
<p>U1: Saio satisfeita. U4: Eu gosto demais. U6: Saio satisfeita. U7: Saio sim, muito satisfeito, graças a Deus. U8: Saio. U10: Na maioria das vezes. Em noventa e nove, vírgula nove por cento das vezes eu saio satisfeita.</p>	<p>Saio sim, muito satisfeito, graças a Deus. Na maioria das vezes. Em noventa e nove, vírgula nove por cento das vezes eu saio satisfeita. Eu gosto demais.</p>

C. O usuário não tem nada do que reclamar da USF.

Expressões-chave	DSC 17
<p>U2: Não tenho nada que reclamar. U3: Mas das meninas eu não tenho nada que reclamar. Delas, não.</p>	<p>Não tenho nada que reclamar. Nem das meninas eu não tenho nada que reclamar. Delas, não</p>

D. O usuário não vai à USF porque já foi mal-tratado por um membro da ESF.

Expressões-chave	DSC 18
<p>U2: Eu passei a nem ir lá mais. Fui lá no bairro das Graças porque eu não quero ir em um lugar que eu sou mal atendida, não quero olhar uma pessoa que me xingou, que me humilhou. Porque eu acho que ela fez de mim menos que um cachorro, eu sou isso? U3: No começo eu levei as meninas lá para tomar as vacinas, fez puericultura, mas depois que eu tive uma briga com o enfermeiro eu não fui mais, não. Sei lá, não gostei muito de lá. Foi até bom que ele saiu de lá. Mas foi só com ele mesmo.</p>	<p>No começo eu levei as meninas lá para tomar as vacinas, fez puericultura, mas depois que eu tive uma briga com o enfermeiro eu não fui mais, não. Sei lá, não gostei muito de lá. Foi até bom que ele saiu de lá. Mas foi só com ele mesmo. Então eu passei a nem ir lá mais. Fui lá no bairro das Graças porque eu não quero ir em um lugar que eu sou mal atendida, não quero olhar uma pessoa que me xingou, que me humilhou. Porque eu acho que ela fez de mim menos que um cachorro, eu sou isso?</p>

E. O usuário quer ser atendido dignamente mesmo estando doente.

Expressões-chave	DSC 19
<p>U2: Sou gente, mesmo doente eu sou gente. U11: Eu sou atendida, mas não é igual era o Marcos. Acho que é o enfermeiro. Ele fica falando assim “você toda vez que vem aqui tá com a mesma dor, você tem que acostumar com a dor”. Acostumar com a dor? Quem acostuma com dor? Ninguém. Sou gente, mesmo doente eu sou gente.</p>	<p>Eu sou atendida, mas não é igual era o Marcos. Acho que é o enfermeiro. Ele fica falando assim “você toda vez que vem aqui tá com a mesma dor, você tem que acostumar com a dor”. Acostumar com a dor? Quem acostuma com dor? Ninguém. Sou gente, mesmo doente eu sou gente.</p>

F. O usuário elogia a maioria da ESF, salvo algumas exceções.

Expressões-chave	DSC 20
U2: A médica é muito boa, as enfermeiras também, tirando essa que está lá. U13: Mudou de médico, me falaram que é muito bom, eu não sei o nome dele.	A médica é muito boa, mudou de médico, me falaram que é muito bom, eu não sei o nome dele. As enfermeiras também, tirando essa que está lá.

G. O usuário procura pouco a USF.

Expressões-chave	DSC 21
U3: Tem vez que saio. Tem vez que não. É igual eu estou te falando, têm poucas vezes que eu fui lá. U10: Eu sempre procuro estar utilizando o mínimo possível.	Eu sempre procuro estar utilizando o mínimo possível. É igual eu estou te falando, têm poucas vezes que eu fui lá. Tem vez que saio. Tem vez que não.

H. O usuário não tem feito controle regular da pressão arterial (PA), sempre que vai a USF, ela está elevada.

Expressões-chave	DSC 22
U4: Minha pressão está sempre alta, todas as vezes que eu vou lá está alta.	Todas as vezes que eu vou lá minha pressão está sempre alta.

I. Nem sempre o que é desejado é conseguido na USF. Faltam materiais para realização de exames como os de glicemia digital.

Expressões-chave	DSC 23
U5: Tem vez que a gente vai lá e as coisas que a gente quer não tem, fazer coisa e não tem, fazer um exame e a gente vem embora sem fazer o exame. Igual exame de glicose nunca tem agulha, nunca tem aparelho para fazer exame de glicose.	Tem vez que a gente vai lá e as coisas que a gente quer não tem, fazer coisa e não tem, fazer um exame e a gente vem embora sem fazer o exame. Igual exame de glicose nunca tem agulha, nunca tem aparelho para fazer exame de glicose.

J. O usuário vai pouco à USF porque não considera importante a participação nos grupos operativos.

Expressões-chave	DSC 24
U5: E fica só na reunião eu quase nunca vou.	E fica só na reunião eu quase nunca vou.

K. O usuário reclama da demora do atendimento na USF, exige paciência para esperar.

Expressões-chave	DSC 25
U8: Demora um pouco, tem que ter paciência. Às vezes demora até demais.	Demora um pouco, tem que ter paciência. Às vezes demora até demais.

L. O atendimento na USF não é demorado.

Expressões-chave	DSC 26
U9: A gente chega lá e não espera muito para ser atendido.	A gente chega lá e não espera muito para ser atendido

M. Os casos mais complicados são repassados para o médico da equipe.

Expressões-chave	DSC 27
U10: Quando eles vêm que o caso é um pouco mais complicado, como já aconteceu, eles já passam para o médico. Porque fica a critério dele mesmo estar analisando e me dando um parecer.	Quando eles vêm que o caso é um pouco mais complicado, como já aconteceu, eles já passam para o médico. Porque fica a critério dele mesmo estar analisando e me dando um parecer.

N. Mesmo passando mal, o usuário não procura atendimento na USF.

Expressões-chave	DSC 28
U13: Depois do outro eu não tenho voltado lá. Até hoje eu passei mal, mas eu não tenho voltado lá.	Até hoje eu passei mal, mas eu não tenho voltado lá. Depois do outro eu não tenho voltado lá.

O. O problema do usuário nem sempre é resolvido na USF.

Expressões-chave	DSC 29
U15: Só que nem sempre resolvem meu problema.	Só que nem sempre resolvem meu problema.

P. O usuário geralmente vai a USF para pegar receita e levar as crianças quando necessário.

Expressões-chave	DSC 30
U16: Geralmente para pegar receita e por causa das crianças.	Geralmente para pegar receita e por causa das crianças.

Q. O usuário vai diariamente a USF para algum procedimento.

Expressões-chave	DSC 31
U17: Que eu vou mais é tomar insulina.	Que eu vou mais é tomar insulina.

INSTRUMENTO DE ANÁLISE DE DISCURSO 2 (IAD 2) PERGUNTA 3

A. O usuário procura a USF para consultar.

Expressões-chave	DSC 32
U1: Para consultar. U6: E tem o meu menino que operou. E o meu marido também já consultou lá. U7: Eu venho para consultar, hoje eu vim para consultar mesmo.	Eu venho para consultar, hoje eu vim para consultar mesmo. E tem o meu menino que operou. E o meu marido também já consultou lá.

B. O usuário vai a UBS para se distrair, sair da rotina.

Expressões-chave	DSC 33
U1: Distrair a cabeça, sair da rotina.	Para distrair a cabeça, sair da rotina.

C. Os usuários vão a USF quando passam mal, por qualquer motivo, com queixas variadas.

Expressões-chave	DSC 34
U2: Porque eu sou epilética, tenho vários tipos de tonteiras, e às vezes eu fico indecisa se é pela epilepsia ou se é porque eu estou doente mesmo. E eu vou lá porque a gente não tem só epilepsia, tem vários tipos de doenças, tem pressão alta, tenho labirintite, e algumas coisas que eu não lembro agora, só mesmo quando eu estou sentindo. Igual agora principalmente, eu preciso ir lá porque meu pé está doendo demais. U5: Não sei o quê que é, não está ferido ainda não. Ele incha e dói demais. E parece que por baixo do pé está cheio d'água, não sei como. E parece que é uma água quente, eu piso no chão e parece que tem uma água queimando. U9: Eu sou assim, me dá um “negocinho” eu já vou, porque eu sou muito cismada. Eu fico com medo. U10: Só mesmo quando adocece ou a gente está passando mal, tem que ir. U11: Eu tenho problema de prótese, eu tenho problema de joelho, eu tenho problema naquele dedo grande ali... Não é osso gasto. Falei que sou diabética. U13: Tonteira, aceleração do coração, só isso. U18: E por causa do bronquite. E pressão. Glicose também. U19: Meu caso mais mesmo é pneumonia.	Porque eu sou epilética, tenho vários tipos de tonteiras, e às vezes eu fico indecisa se é pela epilepsia ou se é porque eu estou doente mesmo. E eu vou lá porque a gente não tem só epilepsia, tem vários tipos de doenças, tem pressão alta, glicose, tenho labirintite, tenho problema de prótese, eu tenho problema de joelho, eu tenho problema naquele dedo grande ali... Não é osso gasto. Falei que sou diabética, aceleração do coração, e por causa do bronquite e algumas coisas que eu não lembro agora, só mesmo quando eu estou sentindo. Igual agora principalmente, eu preciso ir lá porque meu pé está doendo demais. Não sei o quê que é, não está ferido ainda não. Ele incha e dói demais. E parece que por baixo do pé está cheio d'água, não sei como. E parece que é uma água quente, eu piso no chão e parece que tem uma água queimando. Mas meu caso mais mesmo é pneumonia. Eu vou lá tossindo e com febre. Não tenho dor nas costas nem no peito, só tossindo e com febre. Só mesmo quando adocece ou a gente está passando mal, tem que ir. Eu sou assim, me dá um “negocinho” eu já vou, porque eu sou muito cismada. Eu fico com medo.

Mais é pneumonia, eu vou lá tossindo e com febre. Não tenho dor nas costas nem no peito, só tossindo e com febre.	
---	--

D. Dependendo da patologia que o usuário apresenta ele se sente discriminado pelos profissionais de saúde e pela comunidade.

Expressões-chave	DSC 35
U2: E têm pessoas que não gostam de atender os epiléticos, vários clínicas não gostam porque acham que talvez é da epilepsia ou às vezes a pessoa está doente realmente, mas os epiléticos são aborrecidos, não é?	Têm pessoas que não gostam de atender os epiléticos, vários clínicas não gostam porque acham que talvez é da epilepsia ou às vezes a pessoa está doente realmente, mas os epiléticos são aborrecidos, não é?

E. O usuário diz precisar ir à USF mas está receoso porque tem medo de ser mal tratado por um profissional da ESF.

Expressões-chave	DSC 36
U2: E eu estou com medo de ir lá porque tem um elefante lá que Deus me livre.	E eu estou com medo de ir lá porque tem um elefante lá que Deus me livre.

F. As pessoas procuram a USF para atividades de prevenção e promoção à saúde: vacinação, controle da PA e da glicose, participar dos grupos operativos de hipertensos e diabéticos.

Expressões-chave	DSC 37
U3: Para tomar vacinas. U4: Geralmente por causa pressão, eu faço curso de hipertensos. Mas quando eu vou consultar ela olha a pressão, olha a glicose, é mais por conta disso. U6: Porque eu tenho problema de pressão alta, aí de vez em quando tem que estar olhando. U12: Eu vou lá pra procurar pressão, cuidar da minha pressão e a minha diabete. U17: Eu procuro mesmo pro controle da diabetes, sabe? Às vezes eu vou num dia que eu to passando mal, eu vou pra fazer aquele exame do dedo e tomo insulina.	Geralmente eu vou lá pra procurar pressão, eu procuro mesmo pro controle da minha diabetes, para tomar vacinas, sabe? Cuidar da minha pressão porque eu tenho problema de pressão alta, aí de vez em quando tem que estar olhando. Eu faço curso de hipertensos. Mas quando eu vou consultar ela olha a pressão, olha a glicose, é mais por conta disso. Às vezes eu vou num dia que eu to passando mal, eu vou pra fazer aquele exame do dedo e tomo insulina.

G. O usuário vai diariamente a USF para cumprimentar as pessoas que trabalham lá.

Expressões-chave	DSC 38
U3: Passo lá todo dia pra dar um oi pro povo de lá.	Passo lá todo dia pra dar um oi pro povo de lá.

H. Os usuários vão a USF para buscar remédio, receita ou pedido de exame.

Expressões-chave	DSC 39
<p>U3: Uma vez elas precisaram de um remédio de bronquite.</p> <p>U8: De um remédio, para ver se ela me arruma no caso de um machucado.</p> <p>U14: Mais é receita assim, sabe?</p> <p>U16: Geralmente para pegar receita por causa das crianças. Pra mim, pro meu marido...</p>	<p>Geralmente para pegar receita por causa das crianças, uma vez elas precisaram de um remédio de bronquite.</p> <p>Mais é receita assim sabe, pra mim, pro meu marido... de um remédio, para ver se ela me arruma no caso de um machucado.</p>

I. Vão a USF porque tiveram boas referências dos profissionais de saúde que ali trabalham.

Expressões-chave	DSC 40
U6: A médica de lá é muito boa.	A médica de lá é muito boa.

J. Vão a USF procurar atendimento odontológico.

Expressões-chave	DSC 41
U8: Para saber de dentista, marcar.	Para saber de dentista, marcar.

K. A frequência das idas dos usuários a USF varia conforme a necessidade.

Expressões-chave	DSC 42
<p>U8: Geralmente eu estava indo mais. Mas é difícil eu ir ao posto. Eu vou quando eu preciso.</p> <p>U10: Com uma frequência assim. Varia muito. Porque há meses em que eu vou quatro, cinco, até mais vezes. Por causa da criança em meses mais frios. Meses mais quentes eu já vou menos, porque ele não gripa, não ataca a adenóide, uma coisa assim.</p> <p>U17: Quase todo dia eu vou lá. De manhã. Porque eu tomo insulina duas vezes, de manhã eu vou lá e à noite eu que aplico.</p>	<p>Com uma frequência assim, varia muito. Quase todo dia eu vou lá. De manhã porque eu tomo insulina duas vezes, de manhã eu vou lá e à noite eu que aplico.</p> <p>Há meses em que eu vou quatro, cinco, até mais vezes. Por causa da criança em meses mais frios. Meses mais quentes eu já vou menos, porque ele não gripa, não ataca a adenóide, uma coisa assim.</p> <p>Geralmente eu estava indo mais. Mas é difícil eu ir ao posto. Eu vou quando eu preciso.</p>

L. Vão a USF para qualquer coisa quando estão sozinhos, inclusive para conversar.

Expressões-chave	DSC 43
<p>U15: Pra qualquer coisa, às vezes pra conversar.</p> <p>U18: Tem dia que to aqui sozinha aí vou lá procurar alguém pra prostrar.</p>	<p>Pra qualquer coisa, às vezes pra conversar</p> <p>Tem dia que to aqui sozinha aí vou lá procurar alguém pra prostrar.</p>

M. O usuário sente falta quando não vai a USF.

Expressões-chave	DSC 44
U17: Sinto falta quando eu não vou.	Sinto falta quando eu não vou.

N. Vão a USF como acompanhantes de outros usuários.

Expressões-chave	DSC 45
U19: Todo mundo do bairro que precisa de um acompanhante, e eu posso, eu vou com ele.	Todo mundo do bairro que precisa de um acompanhante, e eu posso, eu vou com ele.

O. O usuário não está fazendo uso do medicamento que está fazendo falta para ele.

Expressões-chave	DSC 46
U7: Porque eu já estou a bastante tempo sem tomar remédio, então eu estou sentindo que o remédio está fazendo falta para mim.	Porque eu já estou a bastante tempo sem tomar remédio, então eu estou sentindo que o remédio está fazendo falta para mim.

P. O usuário vai a USF marcar consulta para outra pessoa.

Expressões-chave	DSC 47
U8: Igual marca a consulta e vou para o outro.	Igual marca a consulta e vou para o outro.

INSTRUMENTO DE ANÁLISE DE DISCURSO 2 (IAD 2) PERGUNTA 4

A. O usuário vê como ponto positivo da USF o bom tratamento que recebe dos profissionais de saúde de lá, sempre esclarecem as dúvidas de quem procura a unidade.

Expressões-chave	DSC 48
U1: Para mim tudo normal, atendem bem a gente. U2: Não tem nada de ruim, porque a médica me trata muito bem, tanto eu quanto a minha mãe. Não tenho nada para falar de ruim, é muito bom, atendem muito bem, os remédios eu dou muito certo com eles, não tem nada para falar, não. U3: Negativo? Não. U4: Eu não tenho nada que reclamar, não. Nem bom nem ruim. Eu acho bom. Não posso falar que está ruim, pelo comigo não. Nunca achei que eu fosse mal atendida, que estivesse com algum problema, nunca. Graças a Deus. Não tenho nada que queixar não. Na minha	Negativo? Não. Na minha opinião eu não tenho nada que reclamar, não. Não lá pra mim tudo é bom, o atendimento todos são ótimos, explicam as coisas, tudo normal, atendem bem a gente. Tudo de bom! Até hoje eu não tenho nada a reclamar não. Se eu falar que eu acho que tem algum ponto ruim eu to mentindo. Porque pra mim lá toda vez que eu fui lá eu fui bem atendido, nunca vi conversa atravessada nem nada. Comigo tem acontecido sempre que eu precisei, sou bem atendida. Eu acho bom o tratamento de lá, eles tratam a gente bem. Não tem nada que reclamar da doutora Karina, eu acho ela ótima,

<p>opinião.</p> <p>U5: Eu acho bom lá, o atendimento eu acho bom. Eles tratam a gente bem. Não é ruim para atender.</p> <p>U6: Eu acho bom o tratamento de lá, eles tratam a gente bem.</p> <p>U7: Não, nada. Não tem nada a dizer. Eu acho que é muito bom.</p> <p>Mas para a gente está bom demais.</p> <p>U9: Ali não. Os médicos te atendem bem, os enfermeiros, os agentes também têm a maior atenção com a gente.</p> <p>U10: Positivo, o que eu acho lá de positivo, geralmente é assim: eu gosto de expor em itens. Geralmente a parte da enfermagem é um ponto super positivo, mesmo te cabendo ou não eles procuram te ajudar, o pessoal que te atende muito bem. Como todo mundo tem suas desavenças com uns, com outros, mas são pessoas muito educadas com a gente, têm o atendimento nota dez e ajudam a gente demais da conta.</p> <p>Os positivos são todos. Muito boas pessoas, muito educados, procuram te ouvir, te ajudar o máximo possível, estar te esclarecendo o maior número de dúvidas possíveis.</p> <p>U12: Até hoje eu não tenho nada a reclamar não.</p> <p>U13: Tudo de bom!</p> <p>Se eu falar que eu acho que tem algum ponto ruim eu to mentindo. Porque pra mim lá toda vez que eu fui lá eu fui bem atendido, nunca vi conversa atravessada nem nada.</p> <p>Então de ruim eu não tenho nada pra falar.</p> <p>U14: Complicado. Sempre que eu procuro me atendem. Não tenho nada de queixar não.</p> <p>U16: Então assim ultimamente eu não tenho nada a reclamar, não. Sabe, ultimamente não.</p> <p>Mas às vezes antigamente a gente escutava muita gente reclamar.</p> <p>U17: Comigo tem acontecido sempre que eu precisei, sou bem atendida. Não tem nada que reclamar da doutora Karina, eu acho ela ótima, excelente.</p> <p>U19: Não lá pra mim tudo é bom, o</p>	<p>excelente.</p> <p>Não posso falar que está ruim, pelo comigo não. Nem bom nem ruim, nunca achei que eu fosse mal atendida, que estivesse com algum problema, nunca. Graças a Deus. Não tenho nada que queixar não. Os remédios eu dou muito certo com eles, não tem nada para falar, não.</p> <p>Não tem nada de ruim, porque a médica me trata muito bem, tanto eu quanto a minha mãe. Os médicos te atendem bem, os enfermeiros, os agentes também têm a maior atenção com a gente, então para a gente está bom demais.</p> <p>Positivo, o que eu acho lá de positivo, geralmente é assim: eu gosto de expor em itens. Geralmente a parte da enfermagem é um ponto super positivo, mesmo te cabendo ou não eles procuram te ajudar, o pessoal que te atende muito bem. Como todo mundo tem suas desavenças com uns, com outros, mas são pessoas muito educadas com a gente, têm o atendimento nota dez e ajudam a gente demais da conta.</p> <p>Os positivos são todos. Muito boas pessoas, muito educados, procuram te ouvir, te ajudar o máximo possível, estar te esclarecendo o maior número de dúvidas possíveis.</p> <p>Então assim ultimamente eu não tenho nada a reclamar, não. Sabe, ultimamente não mas às vezes antigamente a gente escutava muita gente reclamar.</p>
---	---

atendimento todos são ótimos, explicam as coisas. Eu não tenho nada de reclamar.	
--	--

B. O usuário já se acostumou com os profissionais da USF, têm um bom relacionamento com os mesmos.

Expressões-chave	DSC 49
<p>U2: E se eu já tive alguma coisa as meninas, a gente já se acostumou com elas.</p> <p>U17: Olha ponto positivo eu acho que eu acertei muito com a doutora Luz, sabe? Eu acho que ela dá muita assistência, sabe? A hora que ela pega, igual, por exemplo, a minha glicose de vez em quando descontrola muito, aí enquanto ela não controla, ela sempre tá pedindo pra mim ir lá eu acho que ela dá muita assistência. Eu gosto demais dela.</p> <p>Igual eles queriam que eu largasse ela e passasse pra outro médico por causa da glicose que não tava controlando, aí eu fui no endocrinologista, no ano atrasado. Aí não deu certo e eu voltei pra ela de novo. Sabe? Eu gostei muito dela, acerto muito com ela.</p> <p>U18: Mais ela é muito boa, ela é muito prestativa, educada com a gente e a eu não tenha nada de queixar nela, só tenho que elogiar ela. Você entendeu como é que é?</p>	<p>Olha ponto positivo eu acho que eu acertei muito com a doutora Luz, sabe? Eu acho que ela dá muita assistência, sabe? A hora que ela pega, igual, por exemplo, a minha glicose de vez em quando descontrola muito, aí enquanto ela não controla, ela sempre tá pedindo pra mim ir lá eu acho que ela dá muita assistência. Eu gosto demais dela.</p> <p>Igual eles queriam que eu largasse ela e passasse pra outro médico por causa da glicose que não tava controlando, aí eu fui no endocrinologista, no ano atrasado. Aí não deu certo e eu voltei pra ela de novo. Sabe? Eu gostei muito dela, acerto muito com ela.</p> <p>Mais ela é muito boa, ela é muito prestativa, educada com a gente e a eu não tenha nada de queixar nela, só tenho que elogiar ela. Você entendeu como é que é? E se eu já tive alguma coisa as meninas, a gente já se acostumou com elas.</p>

C. Aponta a equipe odontológica como um ponto positivo da ESF.

Expressões-chave	DSC 50
<p>U3: Eu gosto lá mesmo é a parte da dentista. A dentista e a ajudante dela são uns amores de pessoas.</p>	<p>Eu gosto lá mesmo é a parte da dentista. A dentista e a ajudante dela são uns amores de pessoas.</p>

D. Aponta como ponto negativo a não realização e/ou demora para conseguirem alguns exames mais específicos e também consultas com especialistas.

Expressões-chave	DSC 51
<p>U5: Eu estou falando que é ruim quando a gente vai fazer um exame e não tem.</p> <p>U12: Só tem os pontos ruins é esse negócio de marcar um exame e demorar demais, né? Igual eu marquei pra ortopedia, tem quase dois anos que eu fiz o pedido e até hoje não apareceu. E oculista também demora.</p>	<p>Só tem os pontos ruins é esse negócio de marcar um exame e demorar demais, né? Eu estou falando que é ruim quando a gente vai fazer um exame e não tem.</p> <p>Igual eu marquei pra ortopedia, tem quase dois anos que eu fiz o pedido e até hoje não apareceu. E oculista também demora.</p>

E. Acha que a sede da USF poderia ser melhor localizada.

Expressões-chave	DSC 52
U6: De ruim é que é muito longe, poderia ser aqui mais perto. Só isso.	De ruim é que é muito longe, poderia ser aqui mais perto. Só isso.

F. Reclama por não haver médicos especialistas, atendendo na USF.

Expressões-chave	DSC 53
U6: Poderia melhorar mais os médicos, ginecologistas.	Poderia melhorar mais os médicos, ginecologistas.

G. A estrutura física da USF poderia ser melhorada; a prefeitura deveria construir um posto melhor.

Expressões-chave	DSC 54
U7: Eu só acho que a prefeitura deveria construir um posto melhor.	Eu só acho que a prefeitura deveria construir um posto melhor.

H. Não há como apontar pontos positivos ou negativos porque raramente procura a USF, vai lá só quando realmente precisa.

Expressões-chave	DSC 55
U8: É difícil a gente falar porque eu quase não vou, igual eu estou te falando, só se for caso de precisão. Então eu faço o possível para não procurar.	É difícil a gente falar porque eu quase não vou, igual eu estou te falando, só se for caso de precisão. Então eu faço o possível para não procurar.

I. Acha o atendimento da USF melhor do que o atendimento dos Centros de Saúde.

Expressões-chave	DSC 56
U9: Eu acho melhor do que os outros postos normais, lá a gente é mais bem atendido. A gente vai nesses postos normais e eles nem olham na sua cara. U15: Nada a declarar, melhor do que ir no centro de saúde. U18: E eu acho que esse posto pra nós aqui do bairro foi uma coisa muito boa, melhor que o outro que já tinha.	Nada a declarar, melhor do que ir no centro de saúde. Eu acho melhor do que os outros postos normais, lá a gente é mais bem atendido. A gente vai nesses postos normais e eles nem olham na sua cara. E eu acho que esse posto pra nós aqui do bairro foi uma coisa muito boa, melhor que o outro que já tinha.

J. Aponta a falta de educação e desrespeito dos próprios usuários como ponto negativo.

Expressões-chave	DSC 57
U10: Agora como ponto negativo, algumas vezes seria até mesmo por causa dos próprios usuários, porque eles querem chegar pronto e acabou. Então algum ou outro fica irritado e passa para a gente um	Agora como ponto negativo, algumas vezes seria até mesmo por causa dos próprios usuários, porque eles querem chegar pronto e acabou. Então algum ou outro fica irritado e passa para a gente um

ponto negativo. Porque geralmente quando a gente é atacado a gente perde a calma. Esse para mim é o único ponto negativo.	ponto negativo. Porque geralmente quando a gente é atacado a gente perde a calma. Esse para mim é o único ponto negativo.
---	---

K. A sobrecarga de atendimento na USF é um ponto negativo porque leva à demora no atendimento.

Expressões-chave	DSC 58
U10: E também a falta do posto mesmo lá do bairro Nações que está sobrecarregando a gente. Porque às vezes a gente vai e não tem como e volta de tarde. Você vai e é atendida, mas uma coisa poderia ser resolvida mais cedo ou mais rápido, demora mais um pouco pela sobrecarga. Esses são alguns pontos negativos.	E também a falta do posto mesmo lá do bairro Nações que está sobrecarregando a gente. Porque às vezes a gente vai e não tem como e volta de tarde. Você vai e é atendida, mas uma coisa poderia ser resolvida mais cedo ou mais rápido, demora mais um pouco pela sobrecarga. Esses são alguns pontos negativos.

L. O usuário reclama que é discriminado e humilhado pelos profissionais da ESF pelo fato de ser pobre.

Expressões-chave	DSC 59
U11: Eu não sou muito de sorte lá não. Não tenho sorte lá não, nunca tive. Eu sou mal atendida. Eles fazem pouco caso da gente. Porque a gente é mais pobre. Mais pobre, eu ando de muleta, a gente é mais pobre, eles humilham a gente demais. Eu sou humilhada, eu sinto humilhada. É, eu sinto humilhada. Eles me humilha demais. Eles não atende a gente com carinho, dá com o portão na gente. Eu tenho que ser franca, não é não?	Eu não sou muito de sorte lá não. Não tenho sorte lá não, nunca tive. Eu sou mal atendida. Eles fazem pouco caso da gente. Porque a gente é mais pobre. Mais pobre, eu ando de muleta, a gente é mais pobre, eles humilham a gente demais. Eu sou humilhada, eu sinto humilhada. É, eu sinto humilhada. Eles me humilha demais. Eles não atende a gente com carinho, dá com o portão na gente. Eu tenho que ser franca, não é não?

M. O usuário diz estar passando dificuldades financeiras porque sobrevive com a renda de um salário mínimo que o marido recebe.

Expressões-chave	DSC 60
U11: Eles fala que com o salário do meu esposo dá pra nós viver. Como que dá? Mas que condição que eu tenho? E tem dia que eu passo falta das coisa. Tem que eu desmaio aqui em casa. Eles têm que correr, arrumar um copinho de leite pra mim e me dar pra mim voltar, porque o alimento não tá me sustentando.	Eles fala que com o salário do meu esposo dá pra nós viver. Como que dá? Mas que condição que eu tenho? E tem dia que eu passo falta das coisa. Tem que eu desmaio aqui em casa. Eles têm que correr, arrumar um copinho de leite pra mim e me dar pra mim voltar, porque o alimento não tá me sustentando

N. Não consegue seguir a dieta prescrita pelo médico para diabetes porque a renda do marido não é suficiente para tal.

Expressões-chave	DSC 61
U11: Eles tirou o arroz, tudo quanto é tipo de massa eles tirou de mim. Eu só como fruta, verdura, pedacinho de carne, o dia que tem. Porque a gente que é pobre não é todo dia que tem. Eles mandou comer um pedacinho de carne no meio da verdura. Porque eu não posso comer massa, não posso comer arroz, né?	Eles tirou o arroz, tudo quanto é tipo de massa eles tirou de mim. Eu só como fruta, verdura, pedacinho de carne, o dia que tem. Porque a gente que é pobre não é todo dia que tem. Eles mandou comer um pedacinho de carne no meio da verdura. Porque eu não posso comer massa, não posso comer arroz, né?

O. Sempre teve atendimento da ESF em casa quando houve necessidade.

Expressões-chave	DSC 62
U13: Meu pai morou aqui em casa antes de falecer uns seis mês, quando passava mal, eles vinham aqui em casa.	Meu pai morou aqui em casa antes de falecer uns seis mês, quando passava mal, eles vinham aqui em casa.

P. Houve melhora do atendimento na USF, antes as pessoas reclamavam demais da equipe.

Expressões-chave	DSC 63
U16: Melhorou muito. Melhorou muito ali. Antes era mais complicado. Agora não. Mas às vezes antigamente a gente escutava muita gente reclamar.	Melhorou muito. Melhorou muito ali. Antes era mais complicado. Agora não. Mas às vezes antigamente a gente escutava muita gente reclamar.

Q. O usuário reclama porque não é bem atendido pelos profissionais da ESF.

Expressões-chave	DSC 64
U16: Reclamando do atendimento, reclamando das pessoas, dessas meninas, das agentes. Sempre eu já escutei.	Reclamando do atendimento, reclamando das pessoas, dessas meninas, das agentes. Sempre eu já escutei.

R. Os usuários reclamam que muitas vezes são mal informados, mal orientados pelos profissionais da ESF e por isso, acabam perdendo consultas com especialistas e exames que demoraram para serem marcados.

Expressões-chave	DSC 65
U17: E ponto negativo é o seguinte: às vezes se você fala uma coisa com os funcionários lá, depois eles teima com a gente que não falou. Igual semana passada aconteceu, eu liguei lá porque a doutora Luz tinha marcado retorno pra essa minha filha pra sábado agora. Deu no sábado. Aí eu liguei lá pra saber como é que fazia, se tinha que remarcar. Aí eles falaram	E ponto negativo é o seguinte: às vezes se você fala uma coisa com os funcionários lá, depois eles teima com a gente que não falou. Igual semana passada aconteceu, eu liguei lá porque a doutora Luz tinha marcado retorno pra essa minha filha pra sábado agora. Deu no sábado. Aí eu liguei lá pra saber como é que fazia, se tinha que remarcar. Aí eles falaram comigo que não

comigo que não era para remarcar, era pra ir lá terça-feira, depois não queria atender a menina porque falou que ela não tava com consulta marcada, que ninguém falou isso lá. Sendo que eu liguei e falei assim “eu vi aí pra remarcar” aí falou que não precisava nada, era só ela ir lá. Aí tem uns pontos que às vezes a pessoa passa por esquecido, sabe? Eu to achando que tem muita gente que tá vacilando demais no serviço. Umas coisas que elas não podem, igual a doutora Luz falou que ia marcar pra mim um endocrinologista, porque eu to inchando muito, aí ela falou que ia marcar. Aí levei os documentos que ela pediu. Passou muito tempo, eu fiquei uns tempos sem ir lá, aí chegou uma agente aqui que tinha saído pra mim, que eu tinha que ir no outro dia consultar o que faz cirurgia plástica.

E eu tinha falado com ele um dia que essa pinta aqui tava inflamando, aí eu queria que a doutora Luz olhasse pra mim. Aí ninguém falou nada comigo não, marcou o cirurgião plástico e mandou pra mim sendo que eu não sabia. Aí eu falei com que não, eu não to esperando cirurgião, eu to esperando endocrinologista. Aí ela falou “então tá errado, eu levei o seu pra outra pessoa e o de outra pessoa eu trouxe pra você”. Quer dizer, eu perdi e a outra perdeu. Porque a outra falou assim “eu cheguei lá com endocrinologista pra ela e ela falou que não, que tava esperando cirurgião”. Ela falou que eu tava com dois caroços. Eu falei que não, aí a Tranquilidade chegou e falou “porque eu ia te xingar porque você não quis o cirurgião que nós marcamos pra você”, mas eu não sabia. Ninguém falou nada comigo. Umas falhas assim, igual eu podia ter consultado, agora ontem chegou de novo pra mim, a Tatá ligou pedindo mais documentos pro endocrinologista, não conseguiu marcar porque tava faltando. Faltando, é porque os comprovantes de endereço tava no nome do meu marido, aí eles não aceitaram. Aí ontem voltou os papel. Então eu acho que é falta assim, sabe?

era para remarcar, era pra ir lá terça-feira, depois não queria atender a menina porque falou que ela não tava com consulta marcada, que ninguém falou isso lá. Sendo que eu liguei e falei assim “eu vi aí pra remarcar” aí falou que não precisava nada, era só ela ir lá. Aí tem uns pontos que às vezes a pessoa passa por esquecido, sabe? Eu to achando que tem muita gente que tá vacilando demais no serviço. Umas coisas que elas não podem, igual a doutora Luz falou que ia marcar pra mim um endocrinologista, porque eu to inchando muito, aí ela falou que ia marcar. Aí levei os documentos que ela pediu. Passou muito tempo, eu fiquei uns tempos sem ir lá, aí chegou uma agente aqui que tinha saído pra mim, que eu tinha que ir no outro dia consultar o que faz cirurgia plástica.

E eu tinha falado com ele um dia que essa pinta aqui tava inflamando, aí eu queria que a doutora Luz olhasse pra mim. Aí ninguém falou nada comigo não, marcou o cirurgião plástico e mandou pra mim sendo que eu não sabia. Aí eu falei com que não, eu não to esperando cirurgião, eu to esperando endocrinologista. Aí ela falou “então tá errado, eu levei o seu pra outra pessoa e o de outra pessoa eu trouxe pra você”. Quer dizer, eu perdi e a outra perdeu. Porque a outra falou assim “eu cheguei lá com endocrinologista pra ela e ela falou que não, que tava esperando cirurgião”. Ela falou que eu tava com dois caroços. Eu falei que não, aí a Tranquilidade chegou e falou “porque eu ia te xingar porque você não quis o cirurgião que nós marcamos pra você”, mas eu não sabia. Ninguém falou nada comigo. Umas falhas assim, igual eu podia ter consultado, agora ontem chegou de novo pra mim, a Tatá ligou pedindo mais documentos pro endocrinologista, não conseguiu marcar porque tava faltando. Faltando, é porque os comprovantes de endereço tava no nome do meu marido, aí eles não aceitaram. Aí ontem voltou os papel. Então eu acho que é falta assim, sabe?

Então o lado negativo que eu acho é esse.	Então o lado negativo que eu acho é esse.
---	---

S. Faz-se necessário haver mais um médico atendendo na USF porque a demanda é muito grande e acaba sobrecarregando a médica da equipe que já atende na unidade.

Expressões-chave	DSC 66
U18: Eu acho, de acordo com a quantidade de gente que a doutora Luz atende, precisava mais de um médico. Porque tem dia que a gente vai lá e tá cheio e ela é uma médica só. Mas tá precisando mais de um médico lá porque tem dia que é muita gente e uma médica só, né? Então eu achava que era pôr mais um médico lá ou uma médica, boa igual ela!	Eu acho, de acordo com a quantidade de gente que a doutora Luz atende, precisava mais de um médico. Porque tem dia que a gente vai lá e tá cheio e ela é uma médica só. Mas tá precisando mais de um médico lá porque tem dia que é muita gente e uma médica só, né? Então eu achava que era pôr mais um médico lá ou uma médica, boa igual ela!

T. Opta consultar pelo convênio particular do que procurar atendimento na USF.

Expressões-chave	DSC 67
U16: Até que; apesar que eu mexo pouco lá agora, né? Eu to achando mais fácil consultar pela plantão médico, que eu já ligo, já vou, eu faço o exame lá mesmo.	Até que; apesar que eu mexo pouco lá agora, né? Eu to achando mais fácil consultar pela plantão médico, que eu já ligo, já vou, eu faço o exame lá mesmo.

U. Reclama da lentidão das Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) para desenvolverem suas tarefas.

Expressões-chave	DSC 68
U17: E às vezes muita lentidão, sabe? Você pede elas pra fazer as coisas e parece que elas esquecem daquilo. Mas comigo não. Tem acontecido com a minha filha.	E às vezes muita lentidão, sabe? Você pede elas pra fazer as coisas e parece que elas esquecem daquilo. Mas comigo não. Tem acontecido com a minha filha.

V. Admite que erros acontecem.

Expressões-chave	DSC 69
U17: Mas não é falta grave não. O erro humano sempre acontece.	Mas não é falta grave não. O erro humano sempre acontece.

R467i Rezende, Fernanda Marcelino de.
O ir e vir dos usuários nas unidades de saúde da família [manuscrito] /
Fernanda Marcelino de Rezende.
– 2007.
112 f., enc. : il. p & b, tabs.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.

Área de concentração: Saúde da Família.

Bibliografia: f. 66-69.

Anexos: f. 70-112.

1. Saúde da família – Teses. 2. Equipe de assistência ao paciente – Teses.
3. Qualidade dos cuidados de saúde – Teses. 4. Atenção primária à saúde –
Teses. 5. Centros de saúde – Teses. 6. Serviços de atendimento – Teses.
7. Prática profissional – Teses. 8. Recursos humanos na saúde. 9. Acolhimento.
10. Satisfação do paciente. I. Araújo, Maria Rizioneide Negreiros de.
II. Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Enfermagem. III. Título.

NLM: WY 108