

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO - DOUTORADO**

TATIANA VASQUES CAMELO DOS SANTOS

**ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE: perspectivas de profissionais e
usuários.**

**BELO HORIZONTE
2012**

TATIANA VASQUES CAMELO DOS SANTOS

ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE: perspectivas de profissionais e usuários.

Tese apresentada ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem – Nível Doutorado - da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do Título de Doutora em Enfermagem.

Área de Concentração: Saúde e Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Planejamento, Organização e Gestão de Serviços de Saúde e de Enfermagem

Orientador (a): Cláudia Maria de Mattos Penna

BELO HORIZONTE

2012

Santos, Tatiana Vasques Camelo dos.
S237a Acesso aos serviços de saúde [manuscrito]: perspectivas de
profissionais e usuários / Tatiana Vasques Camelo dos Santos. - - Belo
Horizonte: 2012.
151f.: il.
Orientadora: Cláudia Maria de Mattos Penna.
Área de concentração: Saúde e Enfermagem.
Tese (doutorado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de
Enfermagem.
1. Acesso aos Serviços de Saúde. 2. Necessidades e Demandas de
Serviços de Saúde. 3. Saúde da Família. 4. Pesquisa Qualitativa. 5.
Dissertações Acadêmicas. I. Penna, Cláudia Maria de Mattos. II.
Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. III. Título.

NLM: WA 300



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS – UFMG
ESCOLA DE ENFERMAGEM

Tese intitulada “Acesso aos serviços de saúde: perspectivas de profissionais e usuários”, de autoria de Tatiana Vasques Camelo dos Santos, defendida em 4 de outubro de 2012, avaliada pela banca examinadora constituída pelos seguintes professores:

Profª Drª Cláudia Maria de Mattos Penna – orientadora – EE/UFMG

Profª Drª Marta Inez Machado Verdi - UFSC

Profª Drª Silvana Martins Mishima - USP

Profª Drª Marília Alves – EE/UFMG

Profª Drª Maria José Menezes Brito – EE/UFMG

*Dedico este trabalho aos meus queridos pais,
marido e filhos. Vocês são a razão de minha
existência.*

AGRADECIMENTOS

A Deus em primeiro lugar, a fé que tenho em Ti me permitiu superar todas as dificuldades e desafios, Tu és meu refúgio e Aquele que me dá força;

A meu marido e filhos, por compreenderem meus momentos de ausência e me apoiarem durante a trajetória;

Aos meus pais, por me transmitirem os valores que tenho e pelo exemplo de vida que são;

Ao meu padrasto Mauro, pelo carinho incondicional e pela presença e estímulo constantes;

Às minhas ajudantes, Lourdes, Aline e Maura, a quem confiei minha casa e meus filhos nos momentos em que precisei de me ausentar;

À minha orientadora, professora Cláudia Maria de Mattos Penna, por ter aceitado me orientar, por ter compreendido meus momentos e pelos ensinamentos;

À professora Marília Alves, por ter enxugado minhas lágrimas, pelos abraços e palavras de estímulo;

Aos professores Francisco Lana, Carla Spagnol, pelos simples cumprimentos no corredor, pelos sorrisos desavisados, a postura de vocês muito me confortou;

Aos membros da banca examinadora pelas valiosas contribuições;

Às colegas de trajetória: Selma, Simone, Érika, Daniela, Larissa, Meire, Danúbia, pelo apoio, companheirismo e amizade durante os encontros;

Aos diretores da Faculdade do Futuro, Flávio e Beatriz Almeida, Rosângela Perígolo por compreenderem e me apoiarem incondicionalmente durante esses anos;

Aos professores e colegas da Faculdade do Futuro pela lealdade e amizade;

Às amigas, Patrícia Dolabela, Scheila Spínola, Lidiane Kohler e Genaine Mendes, por me motivarem a continuar e pela presença constante em todos os momentos ;

Aos meus alunos que são fonte de minha inspiração para a busca do saber;

A todos os profissionais da Secretaria Municipal de Saúde de Manhauçu pela colaboração na pesquisa e pela amizade conquistada no caminho;

E aos usuários, um obrigada especial, por sua disponibilidade e por me permitirem a descoberta de conhecê-los e desvendá-los.

“A ciência, como um todo, não é nada mais do que um refinamento do pensar diário”

Albert Einstein

RESUMO

SANTOS, Tatiana Vasques Camelo dos. **Acesso aos serviços de saúde: perspectivas de profissionais e usuários.** Orientadora: Cláudia Maria de Mattos Penna. 2012. 150 f. Tese (Doutorado em Enfermagem). Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2012.

Trata-se de um estudo de caso qualitativo, de caráter descritivo, fundamentado na Sociologia Compreensiva do Cotidiano. Tem como objetivo geral: analisar o acesso aos serviços de saúde na perspectiva dos usuários e profissionais de saúde, e específicos; descrever as situações cotidianas que demandam a utilização dos serviços de saúde; identificar as tecnologias de trabalho dispensadas pelos profissionais de saúde aos usuários; Compreender, na percepção dos usuários e profissionais, a resolutividade das ações desenvolvidas no âmbito dos serviços de saúde. O estudo foi realizado em três unidades de Estratégia de Saúde da Família e na Unidade de Pronto Atendimento situadas no município de Manhuaçu - MG. Foram sujeitos deste estudo 25 profissionais atuantes nas unidades de saúde que serviram como cenário e mais 17 usuários do sistema de saúde. Os dados foram coletados a partir de entrevistas semi-estruturadas e observação e ocorreram em dois momentos: a primeira etapa da coleta dos dados ocorreu nos meses de fevereiro a abril de 2010, e a segunda realizada nos meses de novembro e dezembro de 2010. Os dados, após transcritos, foram analisados mediante análise de conteúdo proposta por Bardin. A análise dos dados permite inferir que boa parte dos atendimentos em saúde no município ocorre a partir da demanda espontânea dos usuários, o que reafirma de certa maneira o modelo médico-centrado voltado para a doença. Isso porque o interesse que se apresenta é por consulta, geralmente médica, com encaminhamento para especialistas e distribuição gratuita de medicamentos. Evidenciou-se que os profissionais deparam-se com manifestações de doenças que são fortemente influenciadas pelo contexto social. Neste sentido, pode-se conferir que as demandas sociais são presentes e percebidas pelos profissionais atuantes nas unidades de ESF, sendo eles sensíveis a elas, porém parecem não possuir dispositivos tecnológicos para saná-las, até porque exigirão atividades em conjunto com outros setores da sociedade. Constatou-se que o acesso aos serviços de saúde dá-se pelas dimensões: contextos econômico, social e geográfico, demandas social, cultural e biológica, dentre outras, acolhimento e vínculo com o serviço, serviços ofertados e crenças. A partir disso, foi elaborada a Matriz Multidimensional de Avaliação do Acesso, que permite avaliar as forças de atração e repulsa em cada uma das dimensões que conduzem o usuário a acessar / utilizar o serviço. Permite a identificação de quais forças, naquele momento específico, estariam se sobrepondo as demais e estariam levando o usuário a buscar, e em que condições, o serviço de saúde. Sugere-se que estudos sejam feitos de forma a testar a operacionalização da análise a partir da Matriz bem como contemplar novas nomenclaturas, para dar conta de formalizar os diagnósticos que recaiam sobre as forças sociais e culturais, no intuito de conjugar todas as tecnologias disponíveis que influenciam diretamente a questão do acesso, com vistas à resolutividade.

Descritores: Acesso aos serviços de saúde; Necessidades e demanda de serviços de saúde; Estratégia de Saúde da Família.

ABSTRACT

SANTOS, Tatiana Vasques Camelo dos. **Access to health services: The perspectives of health professionals and users.** Orientadora: Cláudia Maria de Mattos Penna. 2012. 150 f. Thesis (Nursing Doctorate). Nursing School, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2012.

This is a qualitative case study, descriptive in character, based on the Comprehensive Sociology of Everyday Life. Its general objective is: To analyze access to health services from the perspective of users and health professionals and the specific ones are: To describe everyday situations that require the use of health services; To identify the technological work dispensed by health professionals to users; To understand the perception of users and professionals in the resolution of the actions undertaken within the health services. The study was conducted in three units of the Family Health Strategy Unit and the Emergency Department located in the municipality of Manhuaçu - MG. The participants of this study were 25 professionals working in the health units that served as a backdrop and 17 users of the health system. Data were collected from semi-structured interviews and observation and occurred in two stages: the first stage of data collection took place from February to April 2010, and the second one held in the months of November and December 2010. The data after transcripts were analyzed using content analysis proposed by Bardin. The data analysis allows us to infer that much of health care in the municipality occurs from the spontaneous demand of users, in a way that reaffirms the medical model-centered facing the disease. For the interest that presents itself is by appointment, usually medical, and referral to specialists and free distribution of medicines. It was evident that professionals face with manifestations of diseases that are strongly influenced by social context. In this sense, one can see that social demands are present and perceived by professionals working in the units of FHS who are sensitive to them, but do not seem to possess technological devices to solve them, because even require joint activities with other sectors of society. It was found that access to health services is given by the dimensions: geographical context, context and social demands, bonding with the host service, services offered, biological demands, beliefs / cultural demands and other demands. From this, it was developed the Matrix Multidimensional Assessment of Access, which allows evaluating the forces of attraction and repulsion in each of the dimensions that lead a user to access / use the service. It allows the identification of forces which, at that particular moment, would be overlapping the others, and would be leading the user to search for and under what conditions the health service. It is suggested that studies should be done in order to test the operationalization of the analysis from the Matrix and contemplate new nomenclatures, to account for formalizing the diagnoses that would fall on the social and cultural forces, in order to combine all available technologies that influence directly the issue of access, with a view to solving.

Keywords: Access to health services; Needs and demand of health services; Family Health Strategy.

SUMÁRIO

I) INTRODUÇÃO	9
I.2) Objetivos	15
II) Acesso, acessibilidade, utilização e acolhimento: noções terminológicas	16
III) PERCURSO METODOLÓGICO	
III.1) Tipo do Estudo	23
III.2) Cenário	31
III.3) Sujeitos	36
III.4) Coleta e Análise dos dados	40
IV) INFLUÊNCIA DAS DEMANDAS COTIDIANAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE	
IV.1) Contradições da Atenção Primária em Saúde: “ações prescritas” x “ações reais”	48
IV.2) Influência do contexto social.	55
IV.3) Idade e gênero como determinantes do acesso.	59
IV.4) SUS e Saúde Suplementar: cenários complementares para o acesso.	65
IV.5) Aspectos geográficos x Universalidade do Acesso	69
V) O FAZER COTIDIANO E TECNOLOGIAS DE TRABALHO DOS PROFISSIONAIS E SUA RELAÇÃO COM ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE.	
V.1) O Fazer Cotidiano e tecnologias médicas	73
V.2) O Fazer Cotidiano e tecnologias da equipe de Enfermagem.	81
V.3) O Fazer Cotidiano do NASF.	88
V.4) O Fazer Cotidiano do ACS: construção cotidiana de vínculo entre comunidade e equipe.	92
VI) DEMANDAS, ACESSIBILIDADE E A RESOLUTIVIDADE DOS SERVIÇOS	
VI.1) O olhar dos profissionais sobre a resolutividade.	100
VI.2) Cuidado que se espera e o que se recebe: o olhar dos usuários	105
VII) MATRIZ MULTIDIMENSIONAL DE ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE	117
VIII) CONSIDERAÇÕES FINAIS	121
IV) REFERÊNCIAS	128
ANEXOS E APÊNDICES	

I. INTRODUÇÃO

A reorganização da oferta de serviços, requerida a partir da implantação de unidades de Estratégia de Saúde da Família (ESF) como porta de entrada aos serviços de saúde, pôs em evidência a questão do acesso aos serviços, que vem sendo discutido em diversos segmentos do setor, tornando-se assunto de relevância nacional.

A proposição do Sistema Único de Saúde (SUS) impôs uma nova lógica organizacional de reestruturação do sistema de atenção. A primeira delas que se pode destacar é a transferência, aos municípios, da responsabilidade da oferta de serviços de saúde, de forma planejada e organizada em rede de assistência a partir da descentralização, que colocou a esfera municipal como a principal responsável pela gestão da rede de serviços de saúde e pela prestação direta da maioria das ações e programas de saúde. Como destacam Leuvcovitz *et al* (2001), o processo de descentralização em saúde predominante no Brasil foi do tipo político-administrativo envolvendo não apenas a transferência de serviços, mas também de responsabilidades, poder e recursos da esfera federal para estadual e municipal.

No intuito de implementar, em todos os municípios, a atenção à saúde ao alcance de todos, reorientar o modelo assistencial e garantir maior integração e racionalidade na utilização dos níveis de maior complexidade assistencial, em 1994, o governo federal criou o Programa da Saúde da Família (PSF). Já em 1997, o Programa passou a ser entendido como uma Estratégia que visava à reversão do modelo assistencial vigente (BRASIL, 1997):

“Embora rotulado como programa, o PSF, por suas especificidades, foge à concepção usual dos demais programas concebidos no Ministério da Saúde, já que não é uma intervenção vertical e paralela às atividades dos serviços de saúde. Pelo contrário, caracteriza-se como uma estratégia que possibilita a integração e promove a organização das atividades em um território definido, com o propósito de propiciar o enfrentamento e resolução dos problemas identificados.” (BRASIL, 1997, p.9)

A ESF foi pensada como mecanismo de rompimento do comportamento passivo das unidades básicas de saúde, entendendo o indivíduo como singular e como parte integrante de um contexto mais amplo que é a família e a comunidade (BRASIL, 2006).

Em 2006, o governo federal emitiu a portaria nº 648 estabelecendo a ESF como estratégia prioritária do Ministério da Saúde para organizar a Atenção Primária (BRASIL, 2006), possibilitando o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade reafirmando os princípios básicos do SUS: universalização, equidade, descentralização, integralidade.

À ESF cabe desenvolver ações qualificadas e resolutivas, balizadas na concepção centrada na vigilância em saúde e na promoção da qualidade de vida. O objetivo da ESF, segundo Merhy & Franco (2000, p.146), refere-se à:

"reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientado para a cura de doenças no hospital. A atenção está centrada na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, o que vem possibilitando às equipes da Família uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções que vão além de práticas curativas".

Esses autores ressaltam quatro princípios básicos da ESF:

(a) caráter substitutivo: alteração das práticas convencionais de assistência por um novo processo de trabalho, concentrado na vigilância à saúde;

(b) integralidade e hierarquização: adoção da Unidade de Saúde da Família como primeiro nível de ações e serviços do sistema local de saúde;

(c) territorialização e adscrição da clientela: incorporação do território enquanto espaço de abrangência definida;

(d) equipe multiprofissional: composição realizada por um médico generalista ou médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde.

Cabe às Unidades de ESF a realização da atenção contínua nas necessidades básicas, com uma equipe multiprofissional habilitada para desenvolver as atividades, sob o enfoque das famílias, em uma perspectiva de ação integral em que todos os membros de uma família são acompanhados. O programa intervém sobre os fatores de risco aos quais a população está exposta e ainda estimula a organização da comunidade para efetivo exercício de controle social.

A ESF elege a família como núcleo social alvo e agrega ainda os princípios da responsabilidade social, interdisciplinaridade e intersetorialidade, além da vigilância em saúde. O MS, ao incentivar a ESF como principal porta de entrada

do SUS, enfatiza a necessidade do estabelecimento de vínculo entre profissionais da saúde e comunidade; bem como o envolvimento do usuário na programação em saúde.

“Sabe-se que o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde se inicia pelas portas de entrada do SUS e se completa na rede regionalizada e hierarquizada” (BRASIL, 2011a). A partir desta concepção, foi definida a organização de Redes de Atenção à Saúde (RAS) como estratégia para um cuidado integral e direcionado às necessidades de saúde da população. (BRASIL, 2011b)

As RAS constituem-se em arranjos organizativos formados por ações e serviços de saúde com diferentes configurações tecnológicas e missões assistenciais, articulados de forma complementar e com base territorial, e têm diversos atributos, entre eles, destaca-se a atenção básica estruturada como primeiro ponto de atenção e principal porta de entrada do sistema.

Neste sentido, as unidades de ESF devem contribuir com o funcionamento das RAS, sendo a modalidade de atenção e de serviço de saúde com o mais elevado grau de descentralização e capilaridade. Esta deve ser resolutiva e atuar como fonte de coordenação do cuidado, organizando o fluxo dos usuários e atuando como o centro de comunicação entre os diversos pontos de atenção e deve reconhecer as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, contribuindo para que a programação dos serviços de saúde parta das necessidades de saúde dos usuários. (BRASIL, 2011b)

Resultados de pesquisas realizadas em serviços de saúde de Belo Horizonte e de outros municípios do Estado de Minas Gerais, no entanto, evidenciaram que, apesar do discurso de mudança de atenção em saúde em municípios distintos com a implantação da ESF, um efetivo trabalho em equipe que reconheça a integralidade no atendimento das necessidades da população, as desigualdades do processo saúde e doença ainda não foram superadas. (PENNA, 2007, 2009)

Estes dados apontam que, apesar das propostas de uma rede de atenção à saúde e complementar entre o público e privado; atendimento a uma demanda organizada, sem negligenciar necessidades individuais, prestado por uma equipe interdisciplinar, centrado na clientela; com a coparticipação desta na busca de soluções para os problemas coletivos; a inclusão e o acesso à atenção, às

práticas de integralidade não têm sido desenvolvidas de forma satisfatória no setor saúde, o que coloca em evidência a questão do acesso em saúde. (PENNA, 2007, 2009)

Acesso está relacionado à capacidade de um grupo para buscar e obter atenção, sendo considerado como a possibilidade de utilizar serviços de saúde quando necessário (Giovanela, 1996). Travassos (2006) cita que o acesso expressa as características da oferta que facilitam ou obstruem a capacidade de as pessoas usarem serviços de saúde quando deles necessitarem.

Reis (2009) considera que os determinantes do acesso à saúde estão relacionados às características que, de um lado, referem-se à oferta dos serviços e do outro à demanda da população por cuidados de saúde, além de haver uma inter-relação entre estes. Sendo assim, as necessidades de saúde das pessoas, suas características sociodemográficas e culturais são entendidas como fatores determinantes para utilização dos serviços, bem como os aspectos relacionados aos serviços, como: características dos profissionais, experiência profissional e tipo de prática exercida.

Evidencia-se, portanto, que o acesso aos serviços de saúde envolve aspectos que extrapolam a racionalidade de previsão da assistência à saúde, principalmente se relacionados à resolutividade das ações desenvolvidas. Fica claro que a questão do acesso aos serviços de saúde enfatiza a importância da relação estabelecida entre profissionais de saúde e usuários, assim como as estratégias utilizadas por ambos para conseguirem atender suas necessidades.

Isso demonstra o quão complexa é a teia que determina as ações em saúde, especialmente na Saúde Pública, através de um modelo assistencial que prevê a concepção ampliada de saúde, no qual fatores socioculturais são considerados como determinantes na condição de saúde dos indivíduos.

Apesar de a lógica do modelo assistencial atual estar pautada na realidade da saúde, da educação, da família, da comunidade para intervir efetivamente nos possíveis agravos e suas consequências, mediante uma abordagem integral, percebendo o corpo e suas “patologias” a partir de uma concepção ampliada de saúde, distanciada da visão fragmentada, biologicista e biomédica, evidencia-se que são comuns as situações em que os usuários demandam aos serviços de saúde ações que se distanciam deste enfoque e legitimam o modelo cartesiano,

no qual o corpo humano é considerado uma máquina que pode ser analisada por meio de suas peças (CAPRA, 1982).

Um estudo de Oliveira *et al* (2008) confirma a visão biomédica de alguns usuários em relação às ações desenvolvidas nas unidades de saúde, assim como evidencia a tendência ao consumo da consulta médica, atribuindo a esse atendimento a resolução de suas demandas, ou seja, a hegemonia da atenção em saúde centrada no médico, ainda persiste:

“... o mercado impõe o consumo de tecnologias e subtrai da compreensão do usuário a noção do que traduz uma necessidade necessária e uma necessidade de mercado. Além disso, determina essa situação no campo da saúde a hegemonia do modelo tecnoassistencial biologicista (onde a organização do trabalho consiste basicamente no consumo de tecnologias duras) e sua influência sobre a população durante séculos, resultando em uma percepção e compreensão de que o consumo de tecnologias (exames, procedimentos e tratamentos sofisticados) significa acesso a saúde.” (OLIVEIRA et al, 2008, p. 104)

Independentemente dos motivos que influenciam a busca do atendimento, o fato é que os serviços precisam dar respostas às necessidades que se apresentam. Para tanto, é requerido o conhecimento prévio das demandas para fins de planejamento. Porém, existe a impossibilidade em realizar um cálculo preciso sobre como mensurar a demanda por serviços de saúde ou mesmo definir as reais necessidades de saúde de uma população (PINHEIRO, 1999), pois a procura por serviços de saúde é caracterizada por variáveis biológicas e subjetivas. As primeiras referem-se aos quadros de agravo ou doença, e as subjetivas estão intimamente relacionadas aos fatores cognitivos do processo de se sentir “doente”, a percepção do usuário sobre sua própria saúde. Também são subjetivos os motivos pelos quais os usuários aderem ou não a determinado serviço ou programa a eles ofertados, os quais são decisivos para a resolutividade das demandas apresentadas.

Sobre isso, Rodrigues (2007) considera que a existência do homem não é simples sobrevivência biológica, “o fundamental dela reside em um segundo plano da experiência, que normalmente os antropólogos chamam de simbólico e que envolve as mitologias, os ritos, as religiões, as línguas, os costumes, os saberes”.

Pode-se entender, portanto, que a saúde e a doença têm uma realidade independente de suas definições biomédicas e são objetos de representações e práticas diversas que variam segundo as sociedades e ainda dentro destas (GIGLIO-JACQUEMOT, 2005).

Desta maneira, pode-se inferir que o processo de saúde-doença é determinado de acordo com as classes sociais, características do trabalho e estilos de vida. Estas, por sua vez, sofrem influência de fatores mais subjetivos, sobretudo as crenças que permeiam os comportamentos da sociedade.

Neste sentido, as práticas em saúde são desafiadoras, pois, simultaneamente, entrelaçam a subjetividade do portador da necessidade e a legitimação ou não dessa necessidade por quem a atende. A partir deste entendimento, pode-se perceber a urgência de uma reflexão ampla de como profissionais e usuários se enxergam neste contexto, levando-se em consideração que a realidade biológica da doença, tal como identificada pelo profissional de saúde, não corresponde à realidade de quem sofre da doença (GIGLIO-JACQUEMOT, 2005).

Diante disso, emerge a necessidade de estudos sobre a forma em que os serviços de saúde estão organizados para o atendimento destas demandas, bem como a capacidade resolutiva destes. O levantamento sobre como ocorrem estes momentos de encontro, nos quais se efetivam as práticas de saúde e a compreensão que os membros de uma comunidade têm sobre os serviços que lhe são ofertados tornam-se relevantes.

Sabe-se também que, para muitos municípios brasileiros de médio e pequeno porte, há dificuldades no sentido da capacidade de planejamento do sistema; da regulação de prestadores e da construção de redes assistenciais adequados para o atendimento das necessidades da população, que garantissem um atendimento integral e resolutivo, já que não é possível garantir o atendimento de média e alta complexidade em todos os municípios brasileiros (SOUZA, 2001).

No intuito de garantir o acesso universal às ações em saúde na lógica do novo modelo de atenção, que contempla a assistência integral e a unificação das ações curativas e preventivas voltadas para a redução do risco da doença e de outros agravos, que envolvem promoção e prevenção da saúde, criaram-se as regiões de saúde e os fluxos de referenciamento e pactuação das atividades de assistência ambulatorial e hospitalar, de vigilância sanitária e de epidemiologia e controle de doenças. Essas ações, como destacam Ugá *et al* (2001) visam a assegurar a explicitação do pacto entre gestores, às relações intermunicipais, traduzindo as responsabilidades de cada município na garantia de acesso da população aos serviços de saúde e a reorganização das ações e serviços.

Evidencia-se que é grande o desafio de garantir a oferta de serviços de média e alta complexidade a todos os municípios brasileiros, de forma que haja adequação planejada entre a oferta de saúde ao perfil das necessidades e prioridades da população, pois estas demandas geralmente ultrapassam a esfera municipal ou microrregional, principalmente nos municípios de pequeno e médio porte.

Entende-se que o SUS prevê a prestação de assistência universal e integral, de forma equânime e de boa qualidade à população, entretanto são grandes os desafios para efetivação de tais princípios. Sabendo-se que as demandas são crescentes, a oferta de serviços se torna cada vez mais complexa. Estas questões lançam luz sobre como ocorre o acesso aos serviços de saúde, principalmente nos municípios de médio porte, considerados referência para municípios de pequeno porte. Estes, além de preverem acesso oportuno à sua população específica, precisam de, ainda, ofertar serviços de média e alta complexidade aos demais municípios da microrregião, através das pactuações. Estas questões evidenciam os desafios que estes municípios enfrentam para concretizar a universalidade e integralidade da assistência, mantendo o acesso de forma adequada, oportuna e de acordo com as necessidades da população.

A partir das considerações supracitadas, questiona-se:

- Como ocorre o acesso aos serviços de saúde na percepção de usuários e profissionais de saúde?
- Quais são as situações cotidianas que demandam a utilização dos serviços de saúde?
- Como os profissionais de saúde se colocam diante destas demandas e quais tecnologias se utilizam para resolvê-las?
- Como usuários e profissionais entendem a resolutividade das ações desenvolvidas no âmbito da saúde?

O presente estudo debruça-se sobre os diferentes modos de reconhecer a saúde e doença com base nas diferenças culturais e sociais de usuários e profissionais de saúde, considerando que o êxito das ações dependerá, e muito, de que todos os envolvidos neste processo estejam dispostos a transcendê-las. Entende-se que a oferta de serviços deverá ser oportuna e adequada às

necessidades da população e não depender da simples existência deles devido à imprevisibilidade dos eventos que ocorrem nos processos de saúde-doença.

Pretende-se reconhecer as relações cotidianas existentes entre a oferta de serviços e tecnologias disponíveis, relacionadas aos profissionais e as demandas assistenciais apresentadas pelos usuários. Neste sentido, a compreensão dos mecanismos de acesso ou não da população usuária aos serviços públicos de saúde, como também o tipo de atendimento e tratamento dispensados a ela é de fundamental importância para elucidar a resolutividade do acesso aos serviços de saúde.

I. 1 OBJETIVOS:

GERAL

- Analisar o acesso aos serviços de saúde na perspectiva de usuários e profissionais de saúde.

ESPECÍFICOS:

- Descrever as situações cotidianas que demandam a utilização dos serviços de saúde;
- Identificar as tecnologias de trabalho dispensadas por profissionais de saúde aos usuários;
- Compreender, na percepção de usuários e de profissionais, a resolutividade das ações desenvolvidas no âmbito dos serviços de saúde.

II. Acesso, acessibilidade, utilização e acolhimento: noções terminológicas.

O Texto Constitucional Brasileiro, em seu artigo 196, considera que saúde é 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”.

A universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência é um dos princípios do SUS, descrito na Lei 8.080/90. Jesus e Assis (2010) citam que o acesso universal além de ser uma garantia constitucional, representa a bandeira de lutas dos movimentos sociais, caracterizando-se como direito de cidadania.

A partir desta concepção, acesso aos serviços de saúde pode ser entendido como um dispositivo transformador da realidade, compreendido como um direito individual e coletivo adquirido constitucionalmente, explicitando a construção do sistema e a conformação das práticas em saúde de maneira participativa. (JESUS e ASSIS, 2010)

Os autores afirmam que a construção do acesso nesse sentido se dá pela participação cidadã e pela organização e controle social, entendendo-os como elementos de transformação política. Esta definição permite caracterizar que a doença e o processo de ser saudável e adoecer são resultados da expressão social e individual e das contradições sociais.

Sob este enfoque, todos os cidadãos devem ter suas necessidades atendidas para que se assegurem a efetivação do acesso dentro do Sistema Público de Saúde. Desta forma, o acesso torna-se o “local de acolhimento do usuário no momento de expressão de sua necessidade e, de certa forma, os caminhos percorridos por ele no sistema na busca da resolução dessa necessidade” (JESUS e ASSIS, 2010). Neste sentido, a concepção do acesso aos serviços de saúde é ampliada para muito além do que a “porta de entrada” dos serviços.

Acesso em si, não consiste na disponibilidade dos serviços ou recursos, e sim no fato de eles serem utilizados por aqueles que deles necessitam. Desta forma, o acesso aos serviços de saúde se concretiza pelo seu uso e não pela sua existência. (VARGAS *et al*, 2011). Correa *et al* (2011) afirmam que não se consegue o acesso à saúde apenas pelo número de portas de entrada existentes

na rede ou pelo volume da demanda, mas também pela qualidade do serviço prestado, entendida como a oferta de cuidados em conformidade com padrões preestabelecidos e preferências da sociedade para quem os serviços estão dirigidos (DONABEDIAN, 1990). São levados em conta também os aspectos relacionados ao modo de vida de cada comunidade, com vistas ao atendimento integral de suas necessidades, o que irá propiciar a melhoria das condições de saúde.

Travassos e Martins (2004) referem que acesso é um conceito complexo, muitas vezes empregado de forma imprecisa e pouco claro na sua relação com o uso de serviços de saúde. Jesus e Assis (2010) descrevem que uma das definições de acesso refere-se ao ato de ingressar, podendo ser entendido como a “porta de entrada”, na perspectiva de ingresso ou entrada no sistema.

Acesso aos serviços de saúde pode ser entendido como a primeira etapa a ser vencida pelo usuário quando parte em busca da satisfação de uma necessidade de saúde (EVANGELISTA *et al*, 2008). Pinheiro (2002) alega que a questão do acesso é determinada pela relação da percepção das necessidades de saúde da população, da conversão destas necessidades em demanda e destas em uso. Sendo assim, considera que o acesso permeia desde a percepção de problemas de saúde por parte dos usuários até o processo de tomada de decisão na procura de serviços pelos indivíduos.

Por outro lado, o acesso pode ser considerado como a possibilidade de utilizar serviços de saúde quando necessário. Expressa, também, as características da oferta que facilitam ou obstruem a capacidade de as pessoas usarem serviços de saúde quando deles necessitam (TRAVASSOS, 2006). Esse termo relaciona-se, portanto, à disponibilidade de recursos, à capacidade destes de produzir serviços e às características da população, subjugando as necessidades que dela poderão advir.

Travassos (2004) considera acesso como uma dimensão do desempenho dos sistemas de saúde associada à oferta, relacionado não só à questão da entrada nos serviços de saúde, mas também com as características dos cuidados recebidos e dos resultados destas ações.

Acesso aos serviços de saúde, segundo o DECS, refere-se à possibilidade de os indivíduos adentrarem e utilizarem os serviços de atenção à saúde, com vistas à resolução de problemas que afetem a saúde. Dentre os fatores que

influem nesta possibilidade, incluem considerações geográficas, arquitetônicas, de transporte, financeiras entre outras.

Giovanella e Fleury (1996) referem que o acesso está relacionado à capacidade de um grupo para buscar e obter atenção. Neste sentido, o termo faz inferência ao ajuste entre as necessidades dos clientes e a capacidade de oferta de serviços, com qualidade dos serviços de saúde.

Penchansky e Thomas *apud* Travassos (2004) se utilizam do termo acesso como um conceito geral que sumariza um conjunto de dimensões específicas que descrevem a adequação entre os clientes e o sistema de cuidados de saúde, tais como disponibilidade, acessibilidade, acomodação, capacidade financeira e aceitabilidade. Para os autores, disponibilidade refere-se à relação entre o volume e o tipo de serviços existentes, e o volume de clientes e o tipo de necessidades. Já o termo acessibilidade trata da relação entre localização da oferta e a localização dos clientes, tomando em conta os recursos para transporte, o tempo de viagem, a distância e os custos. Acomodação ou adequação funcional estabelece a relação entre o modo como a oferta está organizada para aceitar clientes e a capacidade/habilidade dos clientes em acomodarem-se a estes fatores e perceberem a conveniência deles. A capacidade financeira é entendida como a relação entre os preços dos serviços segundo o mantenedor, o depósito requerido para entrada de clientes e a capacidade de pagar, ou a existência de seguro-saúde por parte do cliente. Entende-se por aceitabilidade a relação entre as atitudes dos clientes sobre os profissionais e as características das práticas dos provedores de serviços, assim como a aceitação pelos provedores de prestar serviços àqueles clientes.

Outros autores também se utilizam do termo acessibilidade para indicar o grau de facilidade com que as pessoas obtêm cuidados de saúde. Donabedian (2003) considera que a acessibilidade ao cuidado de saúde é um importante determinante da qualidade deste e o conceitua como a capacidade de obtenção de cuidado de forma fácil e conveniente quando necessário.

Segundo Travassos e Martins (2004), o termo acessibilidade refere-se às características dos serviços e dos recursos de saúde que facilitam ou limitam seu uso por potenciais usuários, o que significa considerar acessibilidade como o grau de ajuste dos recursos de atenção à saúde e os da população no processo de busca e obtenção da atenção.

Evangelista e Barreto (2008) descrevem acessibilidade como a relação funcional entre o conjunto de obstáculos (resistência) à busca e obtenção de atenção (distância, problemas de ordem financeira, formas de organização) e o correspondente poder de superação desses obstáculos por parte da população (poder de utilização).

Donabedian *apud* Silva Junior *et al* (2010) associa o termo acessibilidade à duas dimensões: sócio-organizacional e geográfica. A primeira corresponde às características da oferta de serviços e intervém na relação entre características dos indivíduos e o uso dos serviços, facilitando ou dificultando o acesso. Já a dimensão geográfica reflete a distância percorrida pelos usuários até a obtenção dos cuidados de saúde englobando distância linear, tempo de locomoção e os custos relacionados ao tratamento.

A partir destes conceitos, pode-se considerar que o acesso pode ser compreendido na perspectiva do ingresso, da entrada no sistema, relacionado à utilização, enquanto a acessibilidade relaciona-se com as características de oferta de serviços de saúde que contribuem de forma positiva ou negativa para a utilização dos serviços por parte dos usuários (SILVA JUNIOR *et al*, 2010).

O termo utilização representa o conceito de uso, sendo compreendido como todo contato direto (consultas médicas e hospitalizações) ou indireto (realização de exames ou diagnósticos) com os serviços de saúde (TRAVASSOS e MARTINS, 2004). Para as autoras, o processo de utilização é resultante da interação do comportamento do indivíduo que procura cuidados e do profissional que o conduz dentro do sistema.

Para Mendonza-Sassi e Béria (2001), ao medir a utilização dos serviços, está se estudando a acessibilidade deles e relacionando-os ao acesso, visto que este se concretiza pelo uso / utilização dos serviços e não simplesmente por sua existência.

Andersen (1995), em uma revisão sobre a utilização de serviços, desenvolveu um modelo teórico que apresenta o acesso como um dos elementos da organização dos sistemas de saúde, desde a entrada ao serviço de saúde até o recebimento de cuidados subsequentes. Esse modelo deixa claro que a influência do acesso no uso de serviços de saúde é mediada por fatores individuais, definidos como: fatores predisponentes, fatores capacitantes e necessidades de saúde.

Os fatores predisponentes são aqueles relativos às características individuais que podem aumentar a chance de busca por serviços de saúde, referem-se ao conjunto de variáveis sociodemográficas e familiares como idade, sexo, nível de escolaridade e raça.

Os fatores capacitantes referem-se à capacidade de um indivíduo procurar e receber serviços de saúde. Eles estão diretamente ligados; por um lado, às condições econômicas individuais e familiares e, por outro, à oferta de serviços na comunidade onde o indivíduo reside. Os fatores de necessidade de saúde referem-se tanto às percepções subjetivas das pessoas acerca de sua saúde, quanto ao estado de saúde objetivo dos indivíduos.

A partir disso, o conceito torna-se multidimensional, composto por dois elementos: “acesso potencial” e “acesso realizado”. O autor refere que acesso potencial caracteriza-se pela presença, no âmbito dos indivíduos, de fatores capacitantes do uso de serviços, enquanto acesso realizado representa a utilização de fato desses serviços e é influenciado por outros fatores além dos que explicam o acesso potencial.

Como apontado anteriormente, o autor considera que o uso de serviços depende dos fatores predisponentes, das necessidades de saúde e de fatores contextuais; postula, também, que a utilização dos serviços de saúde pelas pessoas se dá em função de sua predisposição em utilizar estes serviços, fatores que permitem ou impedem a sua utilização e a necessidade de cuidados. Dentre os predisponentes, fatores demográficos, como idade e gênero representam imperativos biológicos e sugerem a possibilidade de que as pessoas irão necessitar de serviços de saúde.

O autor faz referência, ainda, à estrutura social e diz que esta pode ser mensurada por meio de um amplo leque de fatores. Estes determinam a condição da pessoa na comunidade, a sua capacidade para lidar com os problemas, com o controle dos recursos para tratar estes problemas e como está submetido o ambiente físico, saudável ou insalubre. Considera que as redes sociais, interações sociais, crenças e cultura deveriam se enquadrar como componentes da estrutura social.

Segundo Andersen (1995), as crenças são atitudes, valores e conhecimentos que as pessoas têm sobre saúde e serviços de saúde as quais influenciam a percepção da necessidade e da utilização de serviços de saúde. O

autor acredita que as crenças fornecem um meio de explicar a necessidade de saúde percebida e, conseqüentemente, a utilização dos serviços de saúde, contribuindo desta forma para o entendimento de alguns tipos de utilização dos serviços de saúde.

Apreende-se que a utilização caracteriza os aspectos do acesso, permitindo identificar os tipos de serviços e cuidados demandados, bem como as características de oferta de serviços. Já acesso volta-se não só para identificação de padrões de uso, mas também para explicá-los. Pois, além de identificar os padrões de uso, torna-se salutar reconhecer como e em que momento ocorrem, do mesmo modo discutir quais significados estão a eles relacionados.

Pode-se dizer o termo acesso é conceito contexto dependente, relacionado à dimensão do desempenho dos sistemas de saúde, associada ao uso, à oferta de serviços e à adequação destes às condições sociais e de saúde da população, bem como às percepções e às perspectivas de quem os busca.

Sendo assim, o acesso aos serviços de saúde lança luz sobre a importância da relação estabelecida entre profissionais de saúde e usuários e as estratégias utilizadas por ambos para conseguirem atender suas necessidades. Cecílio (2001) sugere que as necessidades de saúde estão organizadas em cinco grandes grupos: necessidade de boas condições de vida; necessidade de ser alguém singular com direito à diferença; garantia de acesso a todas as tecnologias que melhorem e prolonguem a vida; necessidade de ser acolhido e ter vínculo com um profissional ou equipe e necessidade de autonomia e autocuidado na escolha do modo de “andar a vida”.

Estas questões perpassam pelo acolhimento, entendido como a relação entre a forma como os serviços organizam-se para receber os clientes e a capacidade destes para se adaptar a essa organização (TRAVASSOS e MARTINS, 2004).

O acolhimento apresenta-se como importante recurso tecnológico de intervenção sobre um estado de desequilíbrio de saúde-doença. Estas ações constituem a dimensão viva do trabalho em saúde que vai além das questões puramente técnicas e ancora suas bases nas relações e nos comportamentos (MERHY, 2002). O acolhimento surge a partir das relações que se estabelecem entre usuário e profissionais no atendimento e está ligado à utilização dos recursos disponíveis para a solução dos problemas dos usuários (LIMA, 2007).

Takemoto (2007) destaca que o acolhimento tem como objetivo ampliar o acesso dos usuários ao serviço, humanizar o atendimento e funcionar como dispositivo para a reorganização do processo de trabalho pontuando problemas e oferecendo soluções e respostas pela identificação das demandas dos usuários, rearticulando o serviço em torno delas.

Desta forma, o acolhimento evidencia as dinâmicas e os critérios de acesso a que os usuários estão submetidos, podendo ser utilizado como um dispositivo interrogador das práticas cotidianas, permitindo captar ruídos nas relações que se estabelecem entre usuários e trabalhadores para que se estabeleça um processo de trabalho centrado no interesse do usuário.

III. PERCURSO METODOLÓGICO

III. 1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo de caso qualitativo, de caráter descritivo, fundamentado na Sociologia Compreensiva do Cotidiano. Optou-se por este desenho por entender que a apreensão dos objetivos propostos só seria possível a partir de uma abordagem que permitisse a aproximação do investigador aos fenômenos de interesse do estudo e aos investigados, os seja, as relações estabelecidas entre os diversos sujeitos nos momentos de encontro durante a busca pelo acesso aos serviços de saúde.

A abordagem qualitativa é pertinente, pois como Marconi e Lakatos (2007) salientam, os estudos qualitativos desenvolvem-se em uma situação natural, sendo rica em dados descritivos ao focalizar a realidade de forma complexa e contextualizada. Minayo (2007) cita que estes estudos não têm a pretensão de alcançar a verdade, afirmando o que é certo ou errado. Em pesquisas deste cunho, a preocupação primeira é com a compreensão lógica que permeia a prática que se dá na realidade. Preocupa-se com um nível de realidade que não pode ser quantificado. A autora salienta que:

“o método qualitativo é o que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam”. (MINAYO, 2007, p.57)

Justifica-se a utilização desta abordagem por considerar que as questões que envolvem o acesso aos serviços de saúde ultrapassam a objetividade dos atos que o compõem, portanto é necessária a utilização de uma abordagem que permita apreender a realidade subjetiva que o permeia. Neste sentido, a abordagem qualitativa é relevante, pois incorpora o significado e a intencionalidade como sendo inerentes aos atos e às estruturas sociais (MINAYO, 2007), permitindo, assim, uma aproximação com a complexidade dos fenômenos. Neste sentido, a pesquisa qualitativa pode contribuir para interpretação dos dados já que:

“visa compreender a lógica interna de grupos, instituições e atores quanto a: (a) valores culturais e representações sobre a sua história e temas específicos; (b) relações entre indivíduos, instituições e movimentos sociais; (c) processos históricos e de implementação de políticas públicas e sociais” (MINAYO, 2007, p. 23)

Para Chizzotti (2006), o pesquisador, ao adotar a orientação qualitativa, dedica-se à análise dos significados que os indivíduos dão às suas ações, no meio em que constroem suas vidas e suas relações. Neste estudo, trata-se, portanto, de incorporar à compreensão dos sentidos que os atores sociais atribuem ao acesso e utilização dos serviços de saúde, bem como os vínculos (in)dissociáveis que estabelecem no contexto específico na qual ocorrem as práticas de saúde.

Utilizou-se para fundamentação da análise dos dados empíricos a Sociologia Compreensiva do Cotidiano, que privilegia a compreensão e a inteligibilidade como propriedades específicas dos fenômenos sociais, pois entende-se que:

“a multiplicidade da sociedade é dificilmente explicada pelo simples procedimento racionalista, e exatamente por isso, o cotidiano deve ser relatado e observado como sendo ele um vetor do conhecimento capaz de compreender a estrutura social”. Maffesoli (2007)

Para Minayo (2007), embora haja diferentes métodos e desenhos para operacionalização das abordagens compreensivas nas pesquisas em saúde, existem elementos comuns entre elas:

“(a) seu foco é a experiência vivencial e o reconhecimento de que as realidades humanas são complexas; (b) o contato com as pessoas se realiza nos próprios contextos sociais; (c) a relação entre o investigador e os sujeitos investigados enfatiza o encontro intersubjetivo, face a face e a empatia entre ambos; (d) os resultados buscam explicitar a racionalidade dos contextos e a lógica interna dos diversos atores e grupos que estão sendo estudados; (e) os textos provenientes de análises compreensivas apresentam a realidade de forma dinâmica e evidenciam o ponto de vista dos vários atores ante um projeto social sempre em construção e em projeção para o futuro; e (f) suas conclusões não são universalizáveis, embora a compreensão de contextos peculiares permita inferências mais abrangentes que a análise das microrrealidades e comparações” (MINAYO, 2007, p. 100)

Entre os estudiosos do cotidiano, enquanto lócus privilegia as ações humanas, Maffesoli (2007) compreende que a dinâmica societal é imperfeita e, por isso, necessita de instrumentos igualmente flexíveis e moventes, pois há um conflito de valores existentes nela, que não se pode negar. Neste sentido, cita que “O estilo cotidiano constitui-se em cruzamento de ações e palavras que, para ser descrito, requer uma multiplicidade de painéis indicadores que estejam aptos a situá-lo de maneira tão completa possível” (p. 209).

As questões do acesso aos serviços de saúde, bem como a forma como os profissionais se posicionam neste contexto, são permeadas pelas interpretações simbólicas que os usuários fazem do seu processo saúde e doença e da posição que os profissionais entendem ocupar diante deles. Desta forma, infere-se que só é possível entender esta realidade a partir da ótica dos sujeitos, sem que haja a imposição dos conceitos positivistas.

Maffesoli (2007) nega a amplitude da palavra conceito, considerando o termo “noção” mais apropriado para designar com destaque as concepções, as aflições e as perspectivas dos sujeitos. Segundo ele, o termo conceito “unifica, simplifica, reduz” já o termo noção “exprime o desejo e a preocupação intelectual sem que, com isso, coaja ou apenas tangencie. A noção permite que fiquem juntas, cada uma delas guardando certa autonomia, coisas que foram feitas em pedaços” (p. 75).

Para o autor “noção”, lembra a “moldura de um quadro, que tem como função destacar a pintura, e, portanto o gênio do artista”. A partir deste entendimento, o autor salienta que o pensador cristaliza o que está na cabeça de outras pessoas, cabendo ao investigador não criar, e sim destacar os fatos do cotidiano. Para Chizzotti (2006), o pesquisador deverá despojar-se de preconceitos para assumir uma atitude aberta a todas as manifestações que observa, a fim de alcançar uma compreensão global dos fenômenos.

Maffesoli (2007) refere que deve ser reconhecida a heterogeneidade acerca do mesmo objeto, evitando que uma verdade local se transforme em realidade universal. Para tanto, defende a noção do pluralismo funcional que entende a vida corrente como feita de uma multiplicidade de situações, diversos entrecruzamentos, de atividades comunicacionais e instrumentais, tudo isso sendo individualmente dotado de importância e eficácia. A partir desta afirmativa, percebe-se que o autor pode contribuir para o entendimento das necessidades e das ações em saúde, pois permite valorizar o minúsculo, os ruídos silenciosos que permeiam as relações entre os sujeitos envolvidos, usuários e profissionais.

A Sociologia Compreensiva entende que a exposição dos dados não tem por finalidade ditar o *dever ser* e sim reconhecer a importância da ideologia, tomando conhecimento da eficácia da forma, da analogia, da metáfora e observando o retorno de uma visão cíclica. Segundo Maffesoli (2007), somente assim é que poderemos compreender a existência em seu aspecto plural (p.186).

Para Chizzotti (2006), os dados não são coisas isoladas, pois se dão em um contexto fluente de relações, que não se restringem às percepções sensíveis e aparentes, mas se manifestam em uma complexidade de oposições, de revelações e de ocultamentos (p.84).

Maffesoli (2007) entende que a profundidade está ao certo na superfície das coisas, portanto o protagonismo dos fatos está ligado a quem os vivencia e não a quem os conta. Desta forma, entende-se que se deva atribuir maior importância às situações ou às realidades do que às teorias (p.207).

Para tanto, utiliza-se a concepção do que o autor refere como pluralismo causal, quando para um mesmo fato social pode haver uma multiplicidade de causas, refutando assim o causalismo. Não há, portanto, uma ditadura de causa e consequência para dar conta de explicar o vivido, pois há no cotidiano uma infinidade de relações subjetivas e obscuras.

Pode-se considerar então que o pluralismo permite uma visão em profundidade da trama da vida social e constitui o fundamento da vida cotidiana, onde existe o equilíbrio conflitual, a relativização de atos e de discursos. Desta forma, entendemos que, no momento da fala dos sujeitos, há uma multiplicidade de gostos, de angústias, de desejos, que compõem seu discurso de forma complexa. Estes aspectos subjetivos, entretanto, são repletos de informações relevantes para a compreensão dos dados que, segundo esta teoria, são passíveis de reflexão e de análise.

Confirmando esta idéia, Maffesoli (2007) cita que existe uma interdependência de todos os elementos do fato social no qual as representações coletivas, as relações, os papéis sociais, assim como a vida cotidiana têm a sua importância, mas só adquirem sentido pelas relações que estabelecem entre si. Sendo assim, as concepções não se reduzem a um fator único que pode compor uma visão esquemática da sociedade. Desta forma, a opção por este referencial é pertinente, visto que o objeto deste estudo é permeado pelas relações existentes entre os diversos sujeitos de forma a desvendar e elucidar as forças de atração e repulsão nelas estabelecidas.

O autor mostra que o que constitui a estruturação individual ou coletiva não é, decerto, o princípio da identidade, mas a contradição e a alteridade. Acredita que o ceticismo popular, o senso comum, as experiências e as vivências deverão ser levadas em conta na abordagem das sociedades e que o progresso científico

e técnico e suas múltiplas aplicações na vida cotidiana não trouxeram melhora qualitativa à existência, talvez por terem excluído de suas interpretações os fatores ora descritos.

A partir do entendimento de que são exatamente as pessoas que realizam o encontro, deveriam estar nelas todos os esforços, pois são as pessoas e as relações que elas estabelecem entre si que são capazes de conduzi-las aos objetivos comuns. São elas que reproduzem certos conhecimentos, que são capazes de reordenar certas lógicas consideradas irracionais dentro do sistema; são elas as peças moventes e pensantes e, portanto, deveriam ser priorizadas. Neste sentido, o autor destaca que cabe à sociologia servir à apreensão profunda da dinâmica dos valores culturais. A sociologia compreensiva deve ser parte do se integrar ao mistério da existência, o que a fará participar do que o autor chama “transcendência imanente”, que brota do próprio corpo social.

Salienta-se, ainda, que o discurso sobre o social deva escutar, com atenção redobrada, o discurso do social, uma vez que acredita que o rigor excessivo termina por afastar do real, pois o que segue bem construído pode cegar quanto à labilidade das coisas. Isto posto, fica explícito o olhar que foi lançado sobre os dados, sendo eles vistos de forma abrangente e transversal. As noções, sentimentos, motivações que brotaram dos discursos foram igualmente importantes e tratados a partir da mesma lógica, a da compreensão.

O meio de investigação utilizado foi o estudo de caso. Refere-se ao levantamento com mais profundidade de determinado caso e visa à descoberta, enfatiza a interpretação do contexto, retrata a realidade de forma ampla e representa diferentes pontos de vista em dada situação (MARCONI e LAKATOS, 2007). Minayo (2007) considera que os estudos de caso evidenciam ligações causais entre intervenções e situações da vida real para compreender os esquemas de referência e as estruturas de relevância relacionadas a um evento ou fenômeno por parte de um grupo específico.

Para Yin (2010), o método do estudo de caso permite que os investigadores retenham as características holísticas e significativas dos eventos da vida real – como os ciclos individuais da vida, o comportamento dos pequenos grupos, dentre outros. Para o autor, o estudo de caso é uma investigação empírica que investiga um fenômeno contemporâneo em profundidade e em seu contexto da vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o

contexto não são claramente evidentes (p.39). Pode-se dizer que o estudo de caso examina as inter-relações entre as variáveis para prover o mais completo entendimento do caso em análise, o que significa produzir uma profunda descrição do objeto estudado.

Desta forma, justifica-se a utilização deste método, pois se entende que a compreensão das percepções sobre acesso aos serviços de saúde, de usuários e profissionais faça parte da vida cotidiana de ambos, sendo estes considerados um pequeno grupo que partilha do mesmo território e seus atos representam o retrato da vida real, sendo dotados de complexidade e de eventos significativos para o entendimento dos fenômenos. A partir desta delimitação, opta-se pela utilização do estudo de caso único, pois neste tipo de estudo, o objetivo é captar as circunstâncias e as condições de uma situação diária ou de um lugar comum (YIN, 2010, p. 72), e, portanto, é capaz de oferecer informações sobre as experiências que as pessoas partilham em relação ao acesso aos serviços de saúde.

Além disso, justifica-se a utilização do método estudo de caso por se tratar de acontecimentos contemporâneos e por responder a perguntas relacionadas a “como” ocorrem os fenômenos, não exigindo controle dos eventos comportamentais, por isso o uso da abordagem qualitativa mostra-se pertinente.

No que se refere aos objetivos, segundo Becker (1999), em geral, o estudo de caso é realizado com duplo propósito. Por um lado, busca alcançar uma compreensão abrangente do grupo em estudo e, por outro lado, tenta desenvolver declarações teóricas mais gerais sobre regularidades do processo e estruturas sociais. Nessa ótica, segundo o autor:

“o estudo de caso não pode ser concebido segundo uma mentalidade única para testar proposições gerais, tendo que ser preparado para lidar com uma grande variedade de problemas teóricos e descritivos. Os vários fenômenos revelados pelas observações do investigador têm que ser todos incorporados ao seu relato do grupo e em seguida receber atribuição de relevância teórica.” (p.118)

Neste sentido, Yin (2010) cita que uma das críticas mais frequentes à utilização dos estudos de caso refere-se ao fato de que este não permite generalizações. Porém, destaca que estudos de caso, assim como os experimentos, são generalizáveis às proposições teóricas e não às populações ou aos universos e enfatiza que a meta é expandir e generalizar teorias e não

enumerar frequências. Sobre esse tópico, Chizzotti (2006) salienta que o caso é tomado como unidade significativa do todo e, por isso, suficiente tanto para fundamentar um julgamento fidedigno quanto propor uma intervenção. Vale ressaltar, como destaca Pope (2009), que as estruturas analíticas advindas de estudos de caso são, de fato, sínteses das evidências disponíveis, combinadas de maneira que ajudam a descrever e explicar como os diferentes elementos dos casos em estudo se encaixam. Pelos motivos ora expostos, evidencia-se a cientificidade do método, o que permite sua utilização em estudos deste cunho.

Yin (2010) salienta, porém, a importância de manter-se elevada a qualidade dos estudos de caso; para isso, oferece a realização de quatro testes de julgamento da qualidade destes estudos.

O primeiro diz respeito à validade do constructo, que é a identificação das medidas operacionais corretas para os conceitos estudados. Para alcançá-la, o autor sugere que o pesquisador se utilize de múltiplas fontes de evidência, estabeleça um encadeamento de evidências, e tenha informantes-chave para revisão do rascunho do relatório do estudo de caso. Para o atendimento deste requisito de qualidade, os dados serão coletados a partir de entrevistas e observação, registrados em banco de dados (transcrição das entrevistas e diário de campo) de forma a garantir a confiabilidade deles.

O segundo item trata da validade interna, ou seja, a busca do estabelecimento da relação causal pela qual se acredita que determinadas condições levem a outras, porém é utilizada somente em estudos explanatórios ou causais, não sendo aplicada em estudos descritivos ou exploratórios, portanto não se aplica neste estudo.

O terceiro item destacado por Yin (2010) para manutenção da qualidade dos estudos de caso refere-se à validade externa, aquela que define o domínio para o qual as descobertas do estudo podem ser generalizadas. Como o estudo de caso debruça deliberadamente sobre uma situação específica, procurando descobrir a que há nela de mais essencial e característico, é capaz então de interrogar situações, confrontar a situação examinada com outras já conhecidas ou com teorias. Desta forma, contribui para a construção de novas teorias ou para o estabelecimento de questões para futuras investigações.

O quarto e último item listado pelo autor diz respeito à confiabilidade, ou seja, à demonstração de que as operações de um estudo – como os

procedimentos para a coleta de dados – podem ser repetidas com os resultados. O objetivo é garantir que se um pesquisador, posteriormente, seguir o mesmo procedimento e conduzir o mesmo estudo de caso, ele deverá obter os mesmos achados e as mesmas conclusões. Para tanto, salienta-se a descrição pormenorizada das etapas da pesquisa e a utilização de um banco de dados (YIN, 2010).

Yin (2010) enumera os cinco componentes essenciais na elaboração de estudos de caso:

- 1) as questões do estudo: para a elaboração de perguntas de estudo pertinentes, o pesquisador deve primeiramente debruçar-se sobre a literatura disponível de forma a aproximar-se dos eventos que compõem o fenômeno e, com isso, elaborar questões específicas. Conforme foi afirmado anteriormente, o estudo de caso é indicado para responder as perguntas "como" e "por quê", mais do que estabelecer frequências ou incidências. Ele trata de eventos contemporâneos, em situações onde os comportamentos relevantes não podem ser manipulados. Neste estudo, as perguntas de pesquisa encontram-se delimitadas na introdução.
- 2) as proposições: ressalta-se que o estudo de caso requer um problema que convoque a compreensão holística de um evento ou de uma situação em questão usando a lógica indutiva, ou seja, do particular ou do específico para o geral. Desta forma, parte-se do pressuposto de que as pessoas buscam acesso aos serviços de saúde por motivos que vão além da dor ou sofrimento físico e, em contrapartida, os profissionais parecem não possuir tecnologias de trabalho que respondam efetivamente às queixas subjetivas, visto que as ações que pautam sua prática são voltadas para resolução de aspectos objetivos e mensuráveis. Infere-se, também, que as relações subjetivas e simbólicas dos sujeitos implicam a utilização dos serviços de saúde, sendo estas as proposições do estudo.
- 3) as unidades de análise (o caso): dizem respeito ao que será examinado dentro do escopo do trabalho e sua definição contribui na decisão de onde procurar evidências relevantes, visto que não é possível estudar todos os aspectos, de todos os ângulos de um evento. A partir disso, delimita-se a seguinte unidade de análise: o acesso aos serviços de saúde a partir da percepção de usuários e profissionais e a relação que estes estabelecem

para resolução das necessidades de saúde apresentadas pelos primeiros, sendo este o “caso” a ser estudado. É importante salientar que estas relações ocorrem em um contexto dinâmico e mutável que é a organização dos serviços de saúde.

- 4) a lógica que une os dados às proposições: a utilização de múltiplas fontes de evidência é primordial na tentativa de apreender o máximo de facetas do mesmo fenômeno e assegurar a abrangência dos achados. Os dados serão coletados a partir de entrevistas e observação participante, conforme explicitado posteriormente.
- 5) os critérios para interpretação das constatações: os dados serão analisados mediante análise de conteúdo à luz do referencial teórico proposto; as técnicas analíticas estão listadas posteriormente.

Depois de cumpridas estas etapas, o pesquisador deverá expor seus achados no relatório de estudo de caso, que pode ter estilo narrativo. As finalidades desse relatório são apresentar os múltiplos aspectos que envolvem o fenômeno, mostrar sua relevância, situá-lo no contexto em que acontece e indicar as possibilidades de ação para modificá-lo (CHIZZOTTI, 2006).

III. 2 CENÁRIO

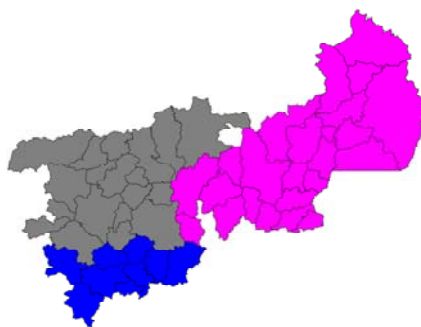
O estudo foi realizado no município de Manhuaçu, situado na região leste do Estado de Minas Gerais e constituído por 8 distritos: Manhuaçu, Dom Corrêa, Palmeiras do Manhuaçu, Ponte do Silva, Realeza, São Pedro do Avaí, Sebastião do Sacramento e Vilanova. (IBGE, 2010). No contexto da divisão macrorregional mineira, insere-se na Região II correspondente à Zona da Mata, ocupando uma área de 628 km, cuja sede urbana pode ser acessada pela BR-116 (Rio Bahia) e pela BR-262, que liga o município de Belo Horizonte a Vitória, capital do Estado do Espírito Santo. A principal atividade econômica do município é a agropecuária, tendo o café como principal produto agrícola.

A população de Manhuaçu está em torno 79.635 habitantes, dos quais 64.866 residem em áreas urbanas e 14.769 na área rural (IBGE, 2010). Por sua localização geográfica e pelo grau de desenvolvimento alcançado, o município constitui-se numa referência regional, qualificando-se como sede módulo - assistencial e de microrregião de saúde, pertencente a macrorregião Leste do Sul.

Macrorregião LESTE DO SUL

Microrregiões

■ Ponte Nova
■ Manhuaçu
■ Viçosa



A microrregião de Manhuaçu atende a 24 municípios: Abre Campo, Alto Caparaó, Alto Jequitibá, Caputira, Chalé, Conceição de Ipanema, Durandé, Ipanema, Lajinha, Luisburgo, Manhuaçu, Manhumirim, Martins Soares, Matipó, Mutum, Pocrane, Reduto, Santa Margarida, Santana do Manhuaçu, São João do Manhuaçu, São José do Mantimento, Sericita, Simonésia e Taparuba, que juntos somam uma população de 325.857 habitantes.

Microrregião Manhuaçu

PDR

■ Manhuaçu
→ Polo Micro



A Secretaria Municipal de Saúde de Manhuaçu foi criada em 1986. Em 1999, foi implantada a primeira unidade de ESF. Atualmente, o município conta com dezesseis equipes ESF, sendo seis equipes na área urbana, seis equipes rurais e quatro equipes consideradas mistas, que oferecem cobertura às áreas rurais e urbanas concomitantemente. Além destas unidades, o município também possui uma equipe da Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS), o que confere cobertura à atenção primária a 76,8 % da população.

As unidades de ESF do município contam com o apoio de duas equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), que desenvolvem ações no território

de responsabilidade destas para ampliar e aperfeiçoar a atenção primária à saúde. Cada equipe do NASF de Manhuaçu é composta por 1 psicólogo, 1 nutricionista, 1 farmacêutico, 1 educador físico, 2 fisioterapeutas e 1 assistente social. Esses profissionais atuam de forma integrada à rede de serviços de saúde, a partir da responsabilização compartilhada junto às equipes de ESF, identificando as demandas em conjunto com os profissionais das unidades de ESF através de um processo de acompanhamento longitudinal de responsabilidades.

Vale ressaltar que o atendimento dos profissionais do NASF não se refere à especialidade. O trabalho destes profissionais tem o enfoque maior no apoio à atenção primária, através do compartilhamento de responsabilidades e do desenvolvimento de ações promotoras de saúde junto à comunidade. Cabe, também, a esses profissionais acionar outras instâncias governamentais quando necessário, tendo em vista o desenvolvimento de ações que se integrem a outras políticas sociais como: educação, esporte, cultura, trabalho, lazer, entre outras.

O Sistema de Saúde de Manhuaçu conta ainda com um serviço de saúde bucal com 12 cirurgiões dentistas. É importante ressaltar que se encontra em fase de implantação o serviço de odontologia em unidades de ESF Rural nos distritos de Sacramento e Ponte do Silva.

A atenção especializada é composta por uma Policlínica Especializada, conhecida Casa Azul, a qual oferece atendimentos em diversas especialidades, além do Centro Viva Vida (CVV), inaugurado com a finalidade primordial de reduzir a mortalidade materno-infantil. Ressalta-se que o acesso a estes serviços é garantido através do encaminhamento das Unidades de ESF de Manhuaçu e das outras cidades que têm o município de Manhuaçu como referência. Há ainda o serviço de reabilitação física, serviço de atenção ambulatorial ao paciente ostomizado e um Centro de Apoio Psicossocial II (CAPS II).

Os atendimentos de urgência e de emergência são realizados na Unidade de Pronto Atendimento, já a atenção hospitalar é realizada através do único Hospital do município, filantrópico, de abrangência microrregional.

Para a realização desta pesquisa, serviram como cenário três unidades de ESF: uma que atende à população rural (ESF 1), uma com atendimento à população urbana (ESF 2) e outra que atende tanto à população urbana quanto à rural (ESF 3), no intuito de apreender realidades culturais e socioeconômicas

variadas. Como lócus para a pesquisa, utilizamos, também, uma unidade de Pronto Atendimento (UPA), por ser considerada uma importante porta de entrada do sistema de saúde, pois a ela é demandada grande parte dos problemas de saúde da população, e o NASF.

Para delimitar a quais unidades de ESF seria dirigido o estudo, utilizou-se como critério de inclusão apresentar, no início da coleta dos dados, em janeiro de 2010, equipes completas, compostas no mínimo por médico, enfermeiro e auxiliar de enfermagem e que apresentassem maior demanda de serviços, averiguadas a partir do número de famílias cadastradas.

Unidade de ESF 1

Esta unidade possui 1.106 famílias cadastradas, totalizando 3.832 pessoas, das quais 1.988 são do sexo masculino, 1.844 do sexo feminino, e 525 pessoas cobertas com algum plano de saúde. Esta unidade oferece cobertura a 6 ruas, 2 avenidas e 36 córregos (ANEXO I). A equipe é composta por 9 agentes comunitários, 3 auxiliares de enfermagem, 1 enfermeira e 1 médica. Os agentes comunitários revezam-se diariamente a partir de uma escala. Esta foi a única unidade estudada que possui sede própria - atendendo, portanto, todos os requisitos exigidos legalmente - e que possui serviço de odontologia. Existem nesta unidade 110 famílias (396 pessoas) classificadas como sem risco social e clínico, 492 famílias (1.869 pessoas) como risco baixo, 288 famílias (1.036 pessoas) em risco médio, e 64 famílias (244 pessoas) consideradas como risco alto.

Unidade de ESF 2

Segundo o consolidado das famílias cadastradas do ano de 2009 (ANEXO II), fornecido pela Secretaria Municipal de Saúde em janeiro de 2010, a unidade possui 1.337 famílias cadastradas, totalizando 4.661 pessoas cobertas assistencialmente. Destas, 2.285 homens e 2.376 mulheres, e 2.048 pessoas possuem cobertura de algum plano de saúde. A equipe é composta por 1 enfermeira, 1 médico, 1 auxiliar de enfermagem e 8 agentes comunitários de saúde (ACS). A unidade funciona em propriedade alugada, devidamente adaptada e oferece cobertura a 5 bairros. Nesta unidade, aproximadamente 853 famílias ou 2.843 pessoas foram classificadas como sem risco, 265 famílias

representando 1.018 pessoas como risco baixo, 174 famílias – 590 pessoas como risco médio e 15 famílias, 41 pessoas como risco alto.

Unidade de ESF 3

A unidade é considerada mista por oferecer cobertura a moradores da zona urbana e rural; atende a 2 bairros localizados na área urbana da cidade, 5 córregos e 1 distrito. Possui 1.256 famílias cadastradas, totalizando 4.500 pessoas, sendo 2.212 homens e 2.288 mulheres, e possui 659 pessoas cobertas com algum tipo de plano de saúde (ANEXO III). A unidade é localizada em uma casa alugada, adaptada, situada em rua sem saída, próxima a uma escola / creche municipal. Existem nesta unidade 400 famílias (1.207 pessoas) classificadas como sem risco social e clínico, 318 famílias (1.177 pessoas) como risco baixo, 355 famílias (957 pessoas) em risco médio, e 79 famílias (259 pessoas) consideradas como risco alto.

▪ UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA)

Esta unidade foi escolhida como cenário por oferecer atendimento geral, em diversas patologias e tipos de cuidado, diferenciando-se pelo grau de complexidade da assistência prestada. Por ser considerada porta de entrada aos serviços de saúde, relaciona-se diretamente com a questão do acesso aos serviços de saúde. Esta unidade abrange todas as unidades de ESF's do município, uma policlínica e é referência para os municípios vizinhos que não possuem Pronto Atendimento e/ou hospital.

Ressalta-se que, no período da coleta de dados, a unidade situava-se no bairro Todos os Santos, junto à Secretaria de Saúde e ao Centro de Atendimento Psicossocial (CAPS II). A equipe era composta por 8 técnicos de enfermagem por cada turno de 12 horas, 2 enfermeiros no serviço diurno, 1 enfermeiro no serviço noturno, 1 enfermeiro responsável técnico que trabalha no período vespertino, 2 médicos por plantão e 1 administradora, responsável pelo controle burocrático da unidade. Atualmente, esta unidade situa-se em região central da cidade localizada ao lado do hospital de referência para internação.

• NASF

O NASF não possui uma estrutura física definida, ou seja, não possui sede para onde poderiam ser encaminhados os casos. Os profissionais que o

compõem dividem-se e se organizam de forma a prestar atendimento nas diversas unidades de saúde, onde cada profissional contribui com sua especialidade para o aperfeiçoamento das ações de saúde no território de abrangência das ESF's.

O NASF foi implantado em Manhauçu em julho de 2008 e, desde então, desenvolve ações em grupos, em atividades previamente agendadas, não sendo prioridade o atendimento individualizado ou clínico, mas quando necessário o fazem. A finalidade primordial do NASF é o fortalecimento do cuidado aos usuários do SUS de forma integral, humanizada e continuada, buscando sempre o atendimento das necessidades de saúde, contribuindo, assim, para a resolutividade das ações no nível primário.

O NASF em Manhauçu é composto por 2 equipes com 6 profissionais de nível superior de ocupações não coincidentes, na qual cada equipe presta apoio e matriciamento a 8 unidades de ESF. Cada membro da equipe cumpre 40 horas semanais de trabalho, exceto o profissional fisioterapeuta, que cumpre 20h. Desta forma, cada profissional visita cada uma das unidades 1 vez por semana, cumprindo 4 horas de trabalho em cada unidade de ESF e dedicam 1 dia da semana para reunião de planejamento das atividades.

III. 3 SUJEITOS

Minayo (2006) diz que, na pesquisa qualitativa, a preocupação na seleção da amostra deve estar voltada para o aprofundamento e abrangência da compreensão de um determinado grupo social em vez de buscar números capazes de levar a uma simples generalização dos resultados. Sobre isso, Demo (2008) salienta que nas pesquisas qualitativas a preocupação mister deverá ser a busca da intensidade do fenômeno e não a sua extensão. Para isso, os estudos devem ser dirigidos a pequenos grupos, pois, para ele, um estudo qualitativo jamais será representativo da sociedade inteira, mas a representatividade poderá ser substituída pela exemplaridade. Neste sentido, o autor destaca que os depoimentos não se somam e sim *“potencializam-se, exponencializam, multiplicam, saltam, emergem. É neste contexto que se poderia dizer: pesquisa qualitativa não permite generalizar extensivamente, mas intensivamente”* (p. 156). Seguindo a mesma lógica, Pope (2009) salienta que, em geral, a amostragem qualitativa é diferente da amostragem estatística, pois se relaciona à seleção de

sítios que respondam a uma pergunta de pesquisa, enquanto a última refere-se à identificação de uma amostra estatisticamente representativa. Além disso, ressalta que uma amostra qualitativa ideal é a que reflete a totalidade das múltiplas dimensões do objeto estudado.

O critério utilizado para a composição da amostra dos usuários – todos maiores de idade - foi buscar atendimento ou que fossem dirigidas visitas domiciliares no período da coleta de dados em uma das Unidades de Saúde que serviu como cenário. Já para os profissionais o critério foi: fazer parte da equipe de saúde das unidades selecionadas e aceitar voluntariamente participar da pesquisa.

A amostragem dos profissionais foi composta pela representatividade de todas as categorias profissionais atuantes nas unidades de saúde delimitadas. A abordagem junto aos profissionais foi feita durante as atividades realizadas na unidade, quando eram explicitados os objetivos e métodos da pesquisa. As entrevistas foram agendadas e realizadas no próprio local de trabalho, por preferência dos informantes.

Já em relação à composição da amostra dos usuários, esta se deu através da amostragem por saturação de dados. Segundo Fontanella (2008), a amostragem por saturação é uma ferramenta conceitual frequentemente empregada nos relatórios de investigações qualitativas em diferentes áreas do campo da saúde. Refere-se à suspensão de inclusão de novos participantes quando os dados obtidos passam a apresentar, na avaliação do pesquisador, certa redundância ou repetição, não sendo considerado relevante persistir na coleta de dados.

Minayo (2007) entende por critério de saturação o conhecimento formado pelo pesquisador, no campo, de que conseguiu compreender a lógica interna do grupo ou da coletividade. A autora também ressalta que a validade da amostra está na sua potencialidade de objetivar o objeto empiricamente, em todas as suas dimensões.

Neste sentido, a abordagem aos sujeitos ocorreu de forma equitativa entre as unidades de saúde, até que fosse observada a reincidência e a complementaridade das informações, ou seja, a ocorrência da saturação dos dados. A partir da oitava entrevista com os usuários, observou-se certa recorrência nos depoimentos, porém, para apreender outras possibilidades de

discurso, retornou-se às unidades em busca de novos depoimentos, procedendo-se a novas entrevistas com um usuário de cada unidade de saúde escolhida como cenário, até que na décima sétima pode-se confirmar a ocorrência da saturação dos dados.

Os usuários foram abordados na ocasião da espera por atendimento e nas ocasiões das visitas domiciliares. Neste momento, os sujeitos eram questionados se gostariam de participar da pesquisa, quando então eram explicitados a eles os objetivos e os métodos da pesquisa. As entrevistas com os usuários foram realizadas em sala reservada na própria unidade de saúde mediante agendamento, exceto dois usuários da zona rural que foram entrevistados em sua residência. No momento em que eram realizadas as visitas domiciliares, a pesquisadora acompanhava como observadora. Estes usuários, ao serem questionados sob o horário e o local em que poderiam ser feitas as entrevistas, optaram em respondê-la naquele momento.

Compuseram a amostra 42 sujeitos, sendo 25 profissionais atuantes nas unidades de saúde que serviram como cenário (do PA: 3 enfermeiros, 1 médico e 2 auxiliares de enfermagem; das unidades de ESF: 3 enfermeiros, 3 médicos, 3 auxiliares de enfermagem e 6 agentes comunitários de saúde (ACS) e do NASF: 1 profissional educador físico, 1 fisioterapeuta, 1 assistente social, 1 psicólogo). E mais 17 usuários do sistema de saúde: 4 da ESF Rural, 4 da ESF mista, 4 da ESF urbana e 5 do PA. O quadro a seguir apresenta a descrição dos sujeitos da pesquisa:

QUADRO DE DESCRIÇÃO DOS SUJEITOS

PROFISSIONAIS						
Nº DA ENTREVISTA	UNIDADE	SEXO	PROFISSÃO	TEMPO DE FORMAÇÃO	TEMPO DE ATUAÇÃO NA UNIDADE	Nº DE UNIDADES DE TRABALHO
1	UPA	F	Enfermeira	3 anos	3 anos	1
2	UPA	F	Médica	9 anos	3 anos	3
3	UPA	F	Auxiliar de Enfermagem	24 anos	9 anos	1
4	UPA	F	Enfermeira	3 anos e 3 meses	2 anos e 3 meses	1
5	UPA	F	Enfermeira	2 anos	1 ano	1
6	UPA	F	Auxiliar de Enfermagem	10 anos	5 anos	1
7	ESF 1	F	Médica	26 anos	5 anos e 7 meses	4
8	ESF 1	F	Enfermeira	5 anos	3 anos	1

9	ESF 2	F	Enfermeira	6 anos	6 anos	2
10	ESF 2	M	Médico	26 anos	20 anos	4
11	ESF 3	M	Médico	3 anos	3 anos	4
12	ESF 3	F	Enfermeira	6 anos	6 anos	1
13	NASF	F	Assistente Social	2 anos	1 ano e 1 mês	1
14	NASF	F	Educadora Física	8 anos	2 anos	1
15	NASF	M	Psicólogo	5 anos e meio	2 anos	2
16	NASF	F	Fisioterapeuta	6 anos	1 ano e 3 meses	2
17	ESF 1	F	Auxiliar de Enfermagem	22 anos	16 anos	1
18	ESF 1	F	ACS	1 ano e 9 meses	1 ano e 9 meses	1
19	ESF 3	F	ACS	7 anos	7 anos	1
20	ESF 3	F	ACS	4 anos	4 anos	1
21	ESF 3	F	Auxiliar de Enfermagem	4 anos	1 ano e 6 meses	1
22	ESF 1	F	ACS	1 ano e 9 meses	1 ano e 9 meses	1
23	ESF 2	F	ACS	2 anos	2 anos	1
24	ESF 2	F	ACS	5 anos	5 anos	1
25	ESF 2	F	Auxiliar de Enfermagem	6 anos	4 anos	1

USUÁRIOS				
Nº DA ENTREVISTA	UNIDADE	SEXO	IDADE	PROFISSÃO
1	UPA	M	36 anos	Motorista
2	ESF 1	F	39 anos	Doméstica
3	ESF 1	M	83 anos	Carpinteiro
4	UPA	M	36 anos	Contador
5	UPA	F	40 anos	Faxineira
6	UPA	F	44 anos	Empregada doméstica
7	UPA	F	36 anos	Faxineira
8	ESF 1	F	52 anos	Lavradora
9	ESF 1	F	39 anos	Lavradora
10	ESF 3	F	22 anos	Dona de casa
11	ESF 3	F	59 anos	Servente Escolar
12	ESF 3	F	53 anos	Dona de Casa
13	ESF 2	F	40 anos	Professora
14	ESF 2	F	33 anos	Dona de Casa
15	ESF 2	F	44 anos	Dona de casa
16	ESF 2	F	39 anos	Doméstica
17	ESF 3	F	33 anos	Babá

É importante ressaltar que foi garantido o anonimato dos informantes, os quais foram identificados a partir das siglas: Enf. (enfermeiro), Méd. (médicos), Aux. Enf. (auxiliares de enfermagem), Físio (fisioterapeuta), Assist. (assistente

social), Psic. (psicólogo), Nut. (nutricionista), U (usuários), ACS (Agente Comunitário de Saúde) seguido de código numérico (enf. 1, usuário 2, etc).

Este trabalho foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais, a partir do parecer nº 0501.0.203.000-09 (ANEXO IV) e os dados foram coletados após autorização formal do gestor municipal de saúde e dos informantes, formalizada mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e Termo de Consentimento Informado (APENDICES III e IV) atendendo a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

III. 4 COLETA E ANÁLISE DOS DADOS

Yin (2010) sugere que, nos estudos de caso, o pesquisador realize o que se pode chamar de fase exploratória do caso, ou seja, a delimitação e a contextualização de onde e como ocorrem os fenômenos para que se possa estimar as fontes de evidência mais pertinentes e adequadas a responder as questões de pesquisa e só então se proceda a coleta de dados. A fase exploratória desta pesquisa ocorreu em janeiro de 2010, período anterior à coleta de dados empíricos, quando foram feitas visitas à Secretaria Municipal de Saúde para levantamento de dados referentes à organização dos serviços e ao número de famílias cadastradas em cada unidade de ESF. Estes dados foram passados pelo setor de Coordenação da Atenção Primária que concedeu o relatório final da Conferência Municipal de Saúde, realizada em novembro de 2009, da qual constava o diagnóstico de saúde do município, subdivido por áreas de cobertura, bem como o consolidado das famílias cadastradas em cada unidade de ESF.

Averiguaram-se, a partir destes dados, quais unidades de ESF possuíam maior número de famílias cadastradas e que, portanto, fariam parte da pesquisa, de forma a atender os critérios previamente estabelecidos. Observou-se que a unidade de ESF Rural, com maior demanda, não possuía equipe completa naquele momento, o que impossibilitou a sua inclusão, tendo ela sido substituída pela unidade Rural que apresentava a segunda maior demanda e que atendia ao critério estipulado em relação à formação da equipe.

Na mesma época, em reunião com o Gestor Municipal de Saúde obteve-se o conhecimento sobre os projetos em fase de implantação, como mudança do local da sede do PA e a implantação do serviço de saúde bucal em duas unidades

de ESF Rural. Por este motivo, optou-se em realizar a coleta dos dados empíricos em dois momentos distintos, no intuito de apreender a influência destas mudanças na relação do acesso aos serviços de saúde. Desta forma, a primeira etapa da coleta dos dados ocorreu nos meses de fevereiro a abril de 2010 e a segunda realizada nos meses de novembro e dezembro de 2010, dois meses após a implantação dos novos serviços. A coleta dos dados ocorreu primeiramente na Unidade de Pronto Atendimento, atendendo a solicitação do Gestor Municipal de Saúde, devido às alterações que brevemente seriam realizadas naquele setor.

Em relação às técnicas para coleta dos dados empíricos, Yin (2010) sugere que estudos de caso se utilizem de múltiplas fontes de evidência, pois assim o investigador conseguirá abordar uma variação maior de aspectos comportamentais e, provavelmente, seus achados serão mais acurados, além de contribuir para a confiabilidade das evidências do estudo de caso. Desta forma, optou-se pela coleta de dados a partir da utilização de duas fontes: observação e entrevista.

A observação é obtida por meio do contato direto do pesquisador com o fenômeno observado, para recolher as ações dos atores em seu contexto natural, a partir de sua perspectiva e seus pontos de vista (CHIZZOTTI, 2006, p. 90). Tal prática permite uma interação entre pesquisador e pesquisado e, portanto, enriquece o fornecimento de dados relevantes para pesquisa, visto que neste tipo de observação o pesquisador participa, interage com os sujeitos em todas as situações possíveis, acompanhando as ações cotidianas e interrogando sobre as razões e significados dos seus atos.

Para Chizzotti (2006), o pesquisador deverá partilhar da cultura, das práticas, das percepções e experiências dos sujeitos da pesquisa, procurando compreender a significação social por eles atribuída ao mundo que os circunda e aos atos que realizam.

Os dados provenientes da observação serviram como subsídio para análise das falas dos sujeitos, pois como destaca Pope (2009), não pode se ter a certeza de que tudo o que os sujeitos dizem fazer é o que realmente fazem. Demo (2008) também compartilha deste pensamento e cita que depoimento não é feito para acreditar-se nele, cabendo, portanto, ao pesquisador duvidar dos achados e analisá-los sob a ótica de desvendar o que estes pretendem dizer no

fundo, apesar do que dizem na superfície. Yin (2010) corrobora este raciocínio ao relatar que as respostas dos entrevistados estão sujeitas aos problemas comuns de parcialidade, tais como má lembrança e articulação pobre ou inexata e, por isso, é indicado relacionar os dados da entrevista com outras fontes de informação.

Neste sentido, as técnicas observacionais são de grande valia, pois permitem visualizar o comportamento das pessoas, bem como suas relações e interações com os demais e, desta forma, possibilitar melhor análise dos achados das entrevistas. Yin (2010) salienta que a evidência observacional é frequentemente útil para proporcionar informação adicional sobre o tópico estudado.

Para realização da observação, primeiramente, ocorreu uma conversa com os profissionais responsáveis por cada unidade, durante a qual eram explicitados os objetivos da pesquisa e os aspectos relevantes que seriam observados. Enfatizou-se, neste momento, que a observação dirigia-se à compreensão dos fenômenos de interesse do estudo e que os personagens que compunham os atos seriam mantidos em anonimato. Após esse procedimento inicial, os profissionais responsáveis apresentavam a unidade e os demais profissionais à pesquisadora. Vale aqui mencionar a disponibilidade com que todos receberam a pesquisadora, todos, sem exceção, contribuíram de forma significativa para apreensão dos fenômenos. Parecia haver, a partir do momento da exposição dos objetivos da pesquisa, o compartilhamento dos mesmos propósitos. Esta identificação permitiu que a entrada no campo de investigação ocorresse de forma harmoniosa contribuindo para captação da realidade.

As observações foram feitas nas salas de espera e no interior das unidades, a partir de um roteiro semiestruturado de observação (APENDICE I). Na Unidade de Pronto Atendimento, a pesquisadora se comportou, inicialmente, como usuária, sentada na sala de espera como se pretendesse ser atendida. Desta maneira, pode ouvir de usuários desabafos, relatos sobre o que os motivavam a estar ali e a forma como se sentiam naquele momento. Além disso, foram observados a dinâmica de funcionamento interno da unidade, os diálogos entre os profissionais - como estes se portavam diante das demandas, quais atitudes eram tomadas frente a cada uma delas - e também a movimentação de usuários internados. Nas unidades de ESF, o procedimento foi o mesmo. Durante

este período de observação, a pesquisadora comportou-se como expectadora, porém, interagia com os atores, estabelecendo com eles diálogos e conversas rotineiras sobre o tempo, os filhos, a casa, o trabalho e, também, sobre o tema central da pesquisa. Posteriormente, eram feitos a aproximação e o convite para a realização da entrevista.

As observações foram registradas em diário de campo, através de notas de observação (NO). Nelas, consta a descrição minuciosa do que foi observado - a partir da cronologia dos eventos - a descrição das pessoas envolvidas, os diálogos, os comportamentos não verbais, os gestos, bem como as impressões do pesquisador sobre os dados observados.

A outra técnica utilizada para coleta de dados foi a entrevista. Optou-se pela entrevista semiestruturada, que é descrita por Minayo (2005) como aquela que pode combinar perguntas fechadas e abertas, em que o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão sem se prender à indagação formulada. A autora destaca que, para as ciências sociais, a entrevista se torna um instrumento privilegiado pela possibilidade de a fala ser reveladora de condições estruturais de valores, normas e símbolos, sendo capaz de revelar modelos interiorizados e refletir caráter histórico específico das relações sociais.

Para realização das entrevistas utilizou-se de um roteiro semiestruturado (APENDICE II). Para Minayo (2007), entende-se por roteiro uma lista de temas que desdobram os indicadores qualitativos de uma investigação; e por ele ser semiestruturado deve desdobrar os vários indicadores considerados essenciais que contemplem a abrangência das informações esperadas. Estes tópicos servem de orientação para a realização da entrevista ao mesmo tempo em que permite flexibilidade nas conversas, no intuito de absorver a ocorrência de novos temas. Confirmando esta idéia, Pope (2009) considera que as entrevistas semiestruturadas são conduzidas com base em uma estrutura flexível, com questões abertas que definem a área a ser explorada com base nos objetivos do estudo.

Yin (2010) cita que as entrevistas são fontes essenciais de informação para os estudos de caso e as considera como conversas guiadas que deve ocorrer de maneira fluida. Para tanto, o pesquisador deve conduzir a entrevista de forma a atender as necessidades da linha de investigação, ao mesmo tempo em que apresenta as questões de forma amigável, e não ameaçadora, permitindo que o

entrevistado sinta-se à vontade para falar o que pensa e o pesquisador consiga apreender o lado subjetivo dos fenômenos buscando depoimentos que se transformam em dados relevantes (DEMO, 2008).

As entrevistas com os profissionais, por uma questão de facilidade de acesso, foram as primeiras a serem realizadas. Inicialmente, houve contato telefônico com cada enfermeira responsável pelas unidades delimitadas e, posteriormente, era solicitado o agendamento das entrevistas. Para entrevista dos profissionais do NASF, o contato foi a coordenadora do Núcleo, que informou o dia e horário das reuniões semanais do grupo, quando era possível encontrar todos os profissionais.

Yin (2010) destaca que o entrevistador deve submeter-se à programação e à disponibilidade do entrevistado, não à sua própria. Desta forma, por preferência dos informantes, todos os profissionais foram entrevistados em seus ambientes de trabalho, em dia e horário agendados.

As entrevistas junto aos usuários ocorreram após a permanência de certo tempo nas unidades, pois, como citado anteriormente, antes da realização da entrevista ocorria uma conversa informal, uma situação “quebra-gelo” com os sujeitos e, somente depois, é que eram explicitados os objetivos da entrevista e feito o convite. Ressalta-se a importância que as enfermeiras das unidades tiveram para o êxito das entrevistas. Primeiro por contribuírem apresentando a pesquisadora aos usuários internados ou em situação de espera pelo atendimento e, em segundo, por cederem espaço reservado no interior das unidades para realização das entrevistas. É importante frisar que todos os usuários convidados foram perguntados sobre onde e quando gostariam de realizar a entrevista, porém, de forma unânime, preferiram realizá-la neste primeiro contato.

Todas as entrevistas foram gravadas em áudio, transcritas e registradas em banco de dados. Yin (2010) cita que a gravação certamente permite uma interpretação mais acurada de uma entrevista, pois, como destaca Chizzotti (2006), na pesquisa qualitativa todos os fenômenos são igualmente importantes e preciosos: a constância das manifestações e sua ocasionalidade, a frequência e a interrupção, a fala e o silêncio, logo são necessários encontrar o significado manifesto e o que permaneceu oculto, é preciso ultrapassar sua aparência imediata para descobrir sua essência. Desta forma, entende-se que a gravação e

transcrição integral das falas (incluindo hesitações, risos, silêncio) dos sujeitos contribuem para uma análise mais aprofundada dos achados.

Os dados, depois de transcritos, foram investigados mediante análise de conteúdo proposta por Bardin (2010): um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens (BARDIN, 2010, p. 40). A autora enfatiza que não se trata de um instrumento e sim um leque de apetrechos marcado por uma grande disparidade de formas e adaptável a um campo muito vasto.

Bardin (2010) cita que a análise de conteúdo possui duas funções: uma função heurística na qual a análise de conteúdo enriquece a tentativa exploratória e aumenta a propensão à descoberta; e uma função de administração da prova, na qual as hipóteses, no caso as proposições, servem de diretrizes para serem verificadas no sentido da confirmação ou de inferência.

A autora relata que o método de análise de conteúdo beneficia a análise das comunicações mediante dois critérios: a quantidade de pessoas implicadas na comunicação e a natureza do código e do suporte das mensagens. Para tanto, cita que a preocupação deste tipo de análise é a inferência e que a partir dela pode-se regressar às causas. A autora destaca, também, que a intenção da análise de conteúdo é a inferência de conhecimentos e recorre a indicadores quantificáveis ou não. Neste sentido, permite sua utilização em estudos qualitativos.

Nas análises qualitativas, Bardin (2010) refere que esta recorre a indicadores não frequenciais suscetíveis de permitir inferências. Exemplifica que a presença ou a ausência pode constituir-se em um índice tanto ou mais frutífero que a frequência da aparição (p. 140).

A análise de conteúdo é feita mediante a descrição analítica, que funciona segundo procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, ou seja, realizar o tratamento das informações contidas nas mensagens dos informantes.

Bardin (2010) descreve as diferentes fases da análise de conteúdo: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, inferência e interpretação. A pré-análise consiste em sintetizar e tornar operacionais as idéias iniciais, tendo por objetivo a organização. Nesta fase, faz-se inicialmente a leitura flutuante que consiste em estabelecer o contato com os documentos a analisar e

conhecer o texto, deixando-se invadir por impressões e orientações (BARDIN, 2010). A partir de então, estabelece-se a constituição do corpus, os quais são entendidos como o conjunto dos documentos tidos em conta para serem submetidos à análise.

A exploração do material, segunda fase da análise de conteúdo, consiste essencialmente em operações de codificação. A codificação corresponde a uma transformação dos dados empíricos e pode ser feita por recorte, agregação e enumeração de forma a atingir uma representação de conteúdo ou da sua expressão (BARDIN, 2010).

A análise de conteúdo pode ser realizada mediante a investigação “dos significados”, a partir da análise temática. O “tema” é geralmente utilizado como unidade de registro para estudar motivações de opiniões, de atitudes, de valores, de crenças (BARDIN, 2010) e, portanto, seu uso é pertinente neste estudo.

Esta técnica de análise de conteúdo pode ser aplicada a dados advindos de respostas abertas, na qual deve ser realizada a decodificação de temas para apreensão dos significados. Destaca-se que o interesse desta análise não está na simples descrição de conteúdos, mas sim no que estes podem explicitar depois de tratados. Objetiva-se, porém, em evidência as avaliações (opiniões, juízos, tomadas de posição conscientes ou não) e as associações subjacentes de um indivíduo, a partir de seus enunciados (BARDIN, 2010).

Bardin (2010) salienta que o tema não é de ordem linguística, o que permite que qualquer fragmento possa remeter para diversos temas. Para a autora, fazer uma análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem a comunicação e cuja presença pode significar alguma coisa para o objetivo. Ainda salienta que o tema, enquanto unidade de registro, corresponde a uma regra de recorte do sentido e não da forma, não permitindo que exista uma definição de análise temática da mesma maneira que existe uma definição de unidades linguísticas.

A autora ressalta, ainda, que nas análises qualitativas o importante é conhecer aquilo que está por trás das falas sobre as quais o pesquisador se debruça em busca de outras realidades e, para tanto, faz-se necessária a delimitação das unidades de codificação ou de registro. Neste estudo, realizou-se primeiramente a decifração estrutural de cada entrevista. A autora sugere que, neste momento, o pesquisador deve utilizar-se de suas competências e saberes.

Nesta primeira aproximação com os dados empíricos, procura-se compreender o interior da fala numa tentativa de imersão no mundo subjetivo do outro (BARDIN, 2010). Para tanto, o pesquisador deve conscientizar-se da particularidade de cada entrevista visto que cada uma delas se constrói segundo uma lógica específica, uma vez que se trata de um discurso espontâneo. Ao pesquisador, caberá neste momento procurar a dinâmica pessoal que rege o processo mental do entrevistado.

O autor ainda salienta que a leitura exaustiva do material empírico neste momento da análise não se trata de uma simples leitura, logo se faz necessário, eventualmente, lançar mão de perguntas como auxílio do tipo: “o que esta pessoa está a dizer realmente? O que não diz ela?...” (p. 94) de forma a responder qual a lógica interna da entrevista e ser capaz de resumi-la em uma temática de base. Após esta fase de decifração, o pesquisador deverá comparar os dados que se assemelham ao mesmo tema. Para tanto, o pesquisador deve buscar aproximações entre os conteúdos das entrevistas, estabelecendo assim as categorias temáticas.

A análise categorial funciona por operações de desmembramento do texto em unidades, segundo reagrupamentos analógicos. A categorização refere-se à operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento. Pode-se dizer que esta caracteriza a passagem de dados brutos em dados organizados. As categorias são rubricas ou classes que reúnem um grupo de elementos sob um título genérico, agrupamento esse efetuado em razão das características comuns destes elementos.

A categorização temática aqui utilizada refere-se a aproximações semânticas, ou seja, deu-se a partir da aproximação dos temas comuns evidenciados nas falas. Os temas foram agrupados a partir da distribuição de fragmentos das falas dos sujeitos, identificando, através de inferências, as que tinham relação direta com os objetivos traçados no estudo. Desta forma, surgiram 3 categorias analíticas: Influência das demandas cotidianas na atenção à saúde; processo e tecnologias de trabalho dos profissionais e sua relação com acesso aos serviços de saúde; e demandas, acessibilidade e resolutividade dos serviços.

IV) INFLUÊNCIA DAS DEMANDAS COTIDIANAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

Demanda é aqui entendida como o desejo do usuário de buscar atenção e cuidados e tem influencia direta sobre o acesso, visto que a obtenção deste relaciona-se à disponibilidade de recursos, à capacidade destes de produzir serviços e às características da população, subjugando as necessidades que dela poderão advir.

Andrade *et al* (2011) salientam que demanda refere-se à liberdade e à autonomia de escolha do consumidor de acordo com suas preferências. Os autores citam que a procura de cuidados de saúde se manifestará quando um indivíduo considera ter uma necessidade e deseja receber tratamento. Sendo assim, as demandas apresentadas influenciam a dinâmica da utilização dos serviços de saúde e possui inúmeras variáveis.

Considera-se que a demanda por serviços de saúde é irregular e imprevisível, pois não há como prever quando e com que frequência os usuários irão sentir necessidade de buscar atenção. Em contrapartida, enfatiza-se que a compreensão de tais necessidades permitirá a previsão de um melhor cuidado das pessoas. Moraes *et al* (2011) destacam que o cuidado em saúde deve ser planejado considerando as necessidades que se apresentam aos serviços de saúde os quais devem estar preparados para lidar com elas.

Deste modo, esta categoria auxilia a compreensão das necessidades de saúde trazidas pelos usuários ao lança luz sobre as demandas apresentadas aos serviços de saúde de Manhuaçu e os fatores que influenciam a busca pelos serviços.

IV. 1) Contradições da Atenção Primária em Saúde: “ações prescritas” x “ações reais”

Pode-se notar, a partir da análise dos dados, que boa parte dos atendimentos em saúde no município ocorre a partir da demanda espontânea dos usuários, o que reafirma, de certa maneira, o modelo médico-centrado voltado para a doença. Na compreensão dos profissionais, a principal demanda apresentada é para consulta, geralmente médica, em busca de encaminhamento para especialistas e da distribuição gratuita de medicamentos:

[...] Consulta... consulta...procuram mesmo pela consulta! Tudo que você imaginar. (risos) [...] ACS 24

[...] Ah, medicamento (referindo-se a demanda)... medicamento, de ter muita receita mesmo, medicamento de hipertensão, e consulta, muita consulta, o que mais enche a unidade mesmo é consulta, e questão de pegar medicação. [...] AUX. ENF 21

[...] É a lei do mínimo esforço, eles querem é tomar remédio, e mesmo assim, se o remédio tiver no SUS entendeu? [...] MÉD 11

[...] Ah, eles vem buscar tudo (refere a demanda dos usuários), eles vem buscar dentista, é vacina, é exame de rotina, é tudo, tudo eles vem procurar, na verdade eu acho assim, que eles vem procurar coisas que eu nem sei se é aqui, porque postinho assim, é atenção primária né? ... Eles pede muita coisa de especialista, eles sentem muita falta. [...] ACS 22

O mesmo discurso é corroborado pelos usuários:

[...] Eu venho quase sempre, uma vez por mês né? É mais em busca de exame mesmo ou se estiver precisando mesmo [...] U 9

[...] Eu venho aqui de vez em quando buscar remédio, consultar, pegar remédio. [...] U 10

[...] Eu só venho aqui quando preciso do remédio... e quando eu preciso consultar....Porque minha médica é outra né? Mas pra mim ir lá eu tenho que pegar o encaminhamento aqui! De todo jeito eu tenho é que vim aqui! Eu venho aqui porque pra eu consultar com a doutora lá tem que vir aqui pegar um papel, senão eu não consigo, e tem que marcar pra eu ir lá, agendar né? Aí de todo jeito eu tenho que vir aqui. [...]U 12

Nota-se que os usuários requerem a liberação de medicamentos, a solicitação de exames e consultas, bem como encaminhamentos para profissionais de outras especialidades.

Os profissionais confirmam que muitos usuários demonstram interesse nas intervenções terapêuticas – medicamentosas e de diagnóstico, exigindo, algumas vezes, que sejam remetidos à média complexidade, como no caso do encaminhamento para os especialistas:

[...] às vezes já chegam pedindo, olha eu quero ir no médico de cabeça, eu quero ir no médico de olho, eles já chegam pedindo...risos... Ou já chega assim, ah eu vim pedir ultrassom, ah eu quero um exame completo... ah eu quero um ultrassom, um raio X, uma endoscopia... [...] MÉD 7

Estes dados permitem inferir que os usuários recorrem às unidades de ESF no intuito de solicitar ações terapêuticas médico-centradas, em contraposição à visão usuário-centrada proposta pela atenção primária.

Acredita-se que estas demandas se justifiquem pelo fato de a população ter convivido durante décadas com a prestação de serviços pautada no modelo biomédico, médico-centrado, medicalizado e associado a pagamento. Sair do consultório, portanto, com uma solicitação de exame, ou com um receituário repleto de medicamentos, para o usuário, é sinônimo, muitas vezes, de bom atendimento.

Em contrapartida, é possível inferir a partir da percepção do usuário que as situações relacionadas aos programas desenvolvidos pelas unidades, como hipertensão, diabetes, preventivo, vacinação, são difundidas e já aceitas pela comunidade, que relaciona a utilização dos serviços de saúde com a oferta das ações desenvolvidas nestes programas, como no caso da realização de consultas e da distribuição de medicamentos. Estas ações já parecem validadas e valoradas por eles:

[...] É por conta de pressão alta, eu sou diabética, colesterol alto, tenho triglicéride alto, agora to com problema de nem pisar no chão, isso assim, se eu tenho que internar porque a pressão sobre demais, eu tenho infarto, derrame, tudo por causa da pressão. [...] U 8

[...] Eu tenho problema de pressão alta, tenho é... como é que eu falo? ...vou te falar uma coisa, de memória eu sou péssima, é...eu tomo remédio pra depressão, e é só, e...uma vez ou outra alguma coisa né? Que a gente passa mal, aí a gente vem [...]U 11

[...] só quando to bem doente mesmo... é mais pra consulta, mas minha família não, meu pai e minha mãe são hipertensos e eles vão, porque o postinho fornece o remédio. [...] U 17

Desta forma, as Unidades de Saúde da Família, caracterizadas como a porta de entrada para os serviços de saúde e responsáveis pela operacionalização dos preceitos da atenção primária, geralmente, atendem a demandas individuais e atêm-se aos programas de atendimento prioritariamente das doenças. No Brasil, a Atenção primária caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. Tais ações são desenvolvidas por meio do

exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe. Além disso, são dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. (BRASIL, 2006, p. 10).

Starfield (2002) cita que este nível de atenção:

“oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa (não direcionada para a enfermidade) no decorrer do tempo, fornece atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros. A atenção primária aborda os problemas mais comuns na 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 (STARFIELD, 2002, p. 26).

A atenção primária no Brasil prioriza as ações de eliminação da hanseníase, o controle da tuberculose, da hipertensão arterial, do diabetes mellitus, a eliminação da desnutrição infantil, a saúde da criança, a saúde da mulher, a saúde do idoso, a saúde bucal e a promoção da saúde. (BRASIL, 2006, p. 11) e, desta forma, acaba por influenciar diretamente a oferta e a demanda por serviços de saúde nas unidades de ESF. Constata-se, portanto, que grande parte das demandas referidas por usuários e profissionais condiz com o atendimento a estes programas.

Porém, os dados indicam que ainda não há um total conhecimento, por parte dos usuários, da concepção de clínica ampliada e dos serviços que podem ser oferecidos na APS. Tal constatação favorece a valorização e a solicitação do encaminhamento a especialistas. Do mesmo modo, a oferta de serviços, por parte dos profissionais, parece estar voltada para ações curativas e, por vezes, preventivas, porém ainda sem instituir os princípios doutrinários da atenção primária em suas práticas, a partir do desenvolvimento efetivo de ações voltadas para promoção da saúde e vigilância em saúde.

Aliado a essas impressões, sabe-se que o imperativo tecnológico do século XX tem sido responsável por uma tendência à especialização e à inferioridade do generalista (STARFIELD, 2002). Neste sentido, torna-se óbvio o desafio dos

profissionais para a criação de vínculo com os usuários, de forma que estes passem a confiar nas ações daqueles, pois parte-se do princípio de que não é o usuário que deve ser treinado para rever suas questões e sim os profissionais que deverão estar aptos para ajudá-lo na resolução de seus problemas e sensibilizá-lo sobre suas questões.

Verdi e Capone (2005) destacam que é comum, nas práticas em saúde, os sujeitos serem responsabilizados pelas ações comportamentais individuais. As autoras descrevem que o indivíduo, muitas vezes, é apontado como o responsável pelo próprio adoecimento, logo há um risco em transformar problemas sanitários complexos em desvios de conduta individuais, quando na verdade, no processo de ser saudável e adoecer, há a corresponsabilização dos profissionais. Deste modo, a relação estabelecida entre profissionais e usuários é de fundamental importância para a resolução das necessidades de saúde apresentadas, desde que estas sejam assistidas de forma a transcender a objetividade dos discursos.

Sob este aspecto, Starfield (2002) salienta que, na atenção primária, o paciente é conhecido pelo médico, sendo que a entrada no sistema é dada pelo paciente, frequentemente com queixas muito pouco específicas e vagas. A autora cita ainda que a atenção primária envolve o manejo de pacientes que, geralmente, têm múltiplos diagnósticos e queixas confusas que não podem ser encaixadas em diagnósticos conhecidos e à oferta de tratamentos que melhorem a qualidade global da vida e de seu funcionamento. Desta forma, exige uma intervenção diferenciada, que se distancie da prática clínica cartesiana pautada na solicitação de exames diagnósticos e ressalte a importância do conhecimento de fatores extrínsecos, considerando os determinantes de saúde e doença, que favorecem o aparecimento dos sinais físicos inicialmente apresentados pelos usuários.

Constatou-se que há certo desajuste entre as demandas requeridas pelos usuários aos serviços de atenção primária e a percepção que os profissionais julgam que eles necessitam:

[...] Porque na verdade às vezes os pacientes que vem até a unidade, na verdade, a doença que eles acham que eles têm não é exatamente uma doença, mas eu acho que a... é o meio cultural deles, né? [...] ENF 9

[...] era pra atender aqueles casos que realmente são necessários serem atendidos mas infelizmente, devido á...eu acho mais que culturalmente né?

Da população, essa baixa cultura da população, que qualquer coisa tem que procurar o médico, aliás não é qualquer coisa, as pessoas confundem muito isso, elas ao invés de procurar um médico ao necessário, elas procuram a toa, porque tem o serviço, é de graça, acha que o médico está ali, acha que o médico ganha muito bem, e que a obrigação dele é atender, deu um espirro corre pro posto, não pode esperar pra ver se esse espirro vai evoluir, então é culturalmente....então a gente tem um volume muito grande de atendimento,... Eu faço uma média de 30 atendimentos dia de consulta médica, tem dia que dá 40, tem dia que dá 20, mas a média é 30, então nesses 30 se você olhar, você vê assim, que 5 atendimentos realmente precisavam de atendimento, talvez nem tanto, talvez coisa de 3 a 5 no máximo, mais que isso não...de pessoas que realmente buscam o posto porque precisavam ser atendidos, talvez uns outros 5 que você poderia atender com certa tranquilidade, é uma coisa que poderia esperar, mas poderia ser feito ali...o restante não! O grande restante poderia esperar, poderia aguardar, mas infelizmente, como eu disse... é culturalmente né? [...] MÉD10

Evidencia-se que, na visão dos profissionais, os usuários demandam atendimento de forma equivocada. Para eles, este desequilíbrio está vinculado aos fatores culturais presentes nas comunidades. Sabe-se que a questão cultural perpassa e influencia as demandas aos serviços de saúde, bem como a sua utilização.

Neste sentido, Oliveira (2002) destaca que a doença é uma experiência que não se limita à alteração biológica pura, mas esta lhe serve como substrato para uma construção cultural. Na tentativa de explicar o referido “desajuste” entre o adoecimento referido pelo usuário e o seu não reconhecimento por parte do profissional, Oliveira (2002) se utiliza dos termos “illness” e “disease” para caracterizar as diferenças existentes em tais concepções.

Para o autor, illness equivale à “perturbação”, entendida como a forma que os indivíduos e os membros de sua rede social percebem os sintomas, os categorizam e dão atributos a eles. Esta experiência permite que esse sentimento seja articulado por meio de formas próprias de comportamento, consequentemente fazendo-o percorrer caminhos específicos em busca da cura. Pode-se, portanto, considerar que illness é a resposta subjetiva do indivíduo à situação de doença, uma resposta que engloba aspectos individuais, sociais e culturais à experiência de estar doente (OLIVEIRA, 2002).

Por outro lado, disease é a forma como a experiência da doença (illness) é reinterpretada pelos profissionais de saúde à luz de seus modelos teóricos e que os orienta em seu trabalho clínico. Desta forma, caracteriza-se como uma disfunção biológica capaz de ser diagnosticada através dos dispositivos

tecnológicos clássicos e que requer intervenção terapêutica na qual a formação biomédica dá conta de responder efetivamente. A partir destes conceitos, pode-se inferir que uma das atribuições principais do médico é, então, “traduzir” o discurso, os sinais e os sintomas do paciente para chegar ao diagnóstico da doença, ou seja, decodificar illness em disease (OLIVEIRA, 2002).

Percebe-se que a experiência da doença é moldada culturalmente, o que determina a maneira como se percebe e os caminhos percorridos para superá-la. Sabe-se que o meio social influencia diretamente a forma do sentir-se doente, seja pelos modismos recorrentes e frequentes nas mídias televisivas tão amplamente enraizadas na cultura brasileira através das telenovelas, seja pela relação de status advindo de um determinado diagnóstico, como no caso do “estresse”. O estresse, tão atual e moderno, refere-se à incapacidade de as pessoas responderem a todas as demandas nas quais são requeridas, emprego, jornadas duplas de trabalho, equilíbrio de dívidas, enfim, uma infinidade de solicitações sociais que impõem aos indivíduos um ritmo de vida acelerado. Como consequência, estes não conseguem designar certo tempo para o lazer ou atividades associadas ao prazer. Dito isto, fica claro o status que não é embutido no fato de ser ou se encontrar sob situação de estresse, visto que o significado atribuído a esta palavra diz respeito a comportamentos requeridos e aceitos pela sociedade, desta forma, é validado por ela. Este é somente um exemplo do tanto que o meio social influencia a forma como os indivíduos sentem-se doentes, percebem seus sintomas, expressam seus sinais, o que vem a demandar a utilização dos serviços de saúde.

Trata-se, portanto, do reconhecimento de que a realidade simbólica permite ao usuário atribuir significados a partir de sua experiência individual e segundo as normas sociais e culturais do seu grupo. Em contrapartida, percebe-se certa incapacidade dos profissionais de saúde em lidarem com estas situações. Reitera-se que é de fundamental importância o reconhecimento que fatores culturais desempenham um papel crítico na prática de saúde em todos os âmbitos, inclusive no sistema formal de prestação de serviços médicos. Caberá repensar as práticas de saúde atualmente realizadas nos espaços de encontro e discutir as tecnologias disponíveis para amenizar este, aqui considerado, desajuste, visto que nem todas as necessidades se convertem em demandas, mas todas as demandas se referem a algum tipo de necessidade que requer

intervenção. Neste sentido, as demandas aos serviços de saúde compreendem a tradução das necessidades sentidas pelos usuários e interferem na utilização dos serviços de saúde.

IV. 2) Influência do contexto social:

Evidenciou-se que os profissionais deparam-se com manifestações de doenças que são fortemente influenciadas pelo contexto social. Observa-se que as demandas sociais são presentes e percebidas pelos profissionais das unidades de ESF, sendo eles sensíveis a elas, porém parecem não possuir dispositivos tecnológicos para saná-las, até porque exigirão atividades em conjunto com outros setores da sociedade.

[...] a gente esbarra muito é no problema social, problema de desnutrição, problema de saneamento básico, problema de uma água não ser tratada, o problema de natalidade excessiva numa determinada família [...] MÉD 11

Infere-se que estas demandas sociais são solicitadas junto aos serviços de saúde por estes possuírem ligação direta junto à população. Neste sentido, as unidades de Saúde são a representação do Estado junto à sociedade e o espaço onde são solicitados todos os seus apelos. Durante a coleta de dados, observou-se que muitos buscam as unidades de saúde para referirem seus problemas, seja de ordem familiar ou social (NO):

[...] ah, eu acho que pra melhorar mais é.... eu acho que é trabalho né? O trabalho é que tá muito difícil né? As portas não abrem entendeu? Acho que o que tinha que melhorar mais era o trabalho em Manhauçu. Que tá difícil! Nosso Deus! Um serviço pra pessoa trabalhar.... aqui em Manhauçu, então eu acho que fica muito difícil, ainda mais a gente que tem filho né? Eu to aqui já faz mais que um ano e eu nunca arrumei um serviço na vida, nunca trabalhei fora, a minha renda é só do bolsa família, eu só trabalho dentro de casa, dentro de casa e eu não faço mais nada... o pai das criança mora lá em cima no Santa terezinha, e ajuda quando quer... eu estou no barraco, sem nada, não tem luz, to dormindo no escuro sem pagar luz, pagar água, ele não quer ajudar com a água, não quer ajudar com nada [...] U 10

Este relato foi resposta à pergunta “o que pode melhorar no atendimento?”. Trata-se de uma jovem, de 22 anos e 3 filhos menores de 3 anos, que como bem retrata a fala, necessita de ações cuidadoras que ultrapassem o limite das ações oferecidas formalmente nas unidades de ESF.

Aliado a estes problemas de ordem social, observa-se que a maioria dos usuários, considerados “SUS-dependentes” possuem baixa escolaridade e atuam de forma autônoma, como lavradores ou em serviços domésticos. A renda familiar da maioria dos entrevistados não ultrapassa dois salários mínimos e as famílias são compostas por no mínimo três pessoas dependentes desta renda. Constatou-se também que muitos usuários vinculam-se às unidades de ESF para recebimento da Bolsa Família, que faz parte da renda de muitos entrevistados:

[...] uma outra coisa que eu precisava de perguntar é que transferei o meu bolsa família praqui, ...e eu quero saber como é que faço né? [...] U 8

[...] Pesagem, bolsa família, reunião do bolsa família, eu acho bom isso! [...] U 10

A partir deste delineamento, pode-se esperar falta de esclarecimento nas questões relacionadas à higiene, que contribuem para o aparecimento de verminoses, assim como dificuldades para tomada correta dos medicamentos, ação que influencia no controle e na cura de determinadas doenças:

[...] o problema de porqueira mesmo, de pessoas que você vai lá e explica e a pessoa não entende, continua com gato, cachorro, porco dentro de casa, então assim, a gente tem esse problema aqui entendeu? Tem uns 2 ou 3 aqui que é até difícil controlar a pressão, que tem que ir morar coma filha senão não vai tomar remédio direito [...] MÉD 11

Situações como esta ultrapassam a capacidade dos serviços e dos profissionais de saúde, por isso exigem ações conjuntas para resolução. Caberão, nestes casos, as intervenções multissetoriais e a inserção dos indivíduos em projetos sociais, de trabalho e lazer, bem como a sua participação ativa como corresponsável nestas ações.

Os profissionais parecem estar conscientes da importância que o meio social e familiar exercem sobre o processo de sentir-se saudável e adoecer:

[...] hoje mesmo, tem uma senhora aqui.. o prontuário dela está enorme ...ela tá aqui dia dia dia dia...agora a questão, cada vez é um problema que ela tem. Hoje ela tá porque o filho juntou com uma mulher que ela não tava muito interessada que tem uma filha que é deficiente, morando na casa dela, e tal e tal e tal ...então ela vem me conta isso tudo, a gente ouve e....aí começa, dor aqui, dor ali, sabe? [...] MÉD 7

Demonstram que reconhecem a influência dos determinantes sociais para avaliação da condição de saúde:

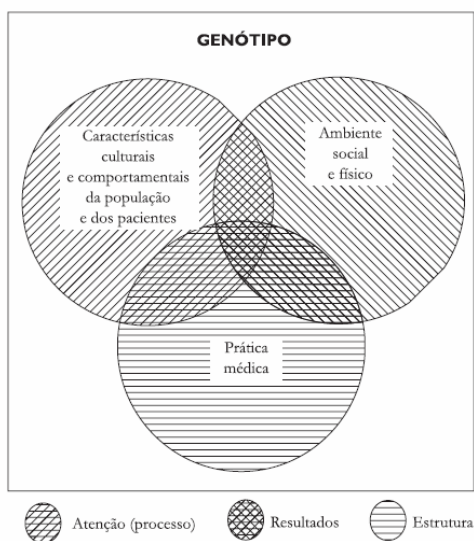
[...] O que a gente resolve de verdade aqui é parte da doença e tenta prevenir a que podem surgir. Mas só que tem o caso da carência, sei lá... da falta de dinheiro, num é? Isso tudo é muito difícil da gente ta resolvendo, a gente tenta, pede a assistente social pra ta intervindo, mas nessa parte assim a gente fica meio sem saber o que fazer, porque não depende exatamente da unidade ou da equipe, né? É mais sério ainda porque depende de uma ajuda. [...] ENF 9

[...] a condição sócio-econômica e cultural deles é muito ruim... saneamento básico, outras coisas que faltam, porque por exemplo eu tenho um bairro aqui em cima, é um bairro clandestino, como em toda cidade tem bairro clandestino, então não tem infraestrutura, e por não ter infraestrutura, como é que a população se previne? Não tem rua, não tem saneamento, não tem nada entendeu? Não tem uma latrina direito, não tem uma água tratada, então isso complica, então você vai ter uma criança pequena com um monte de patologia que muitas vezes você não vai encontrar num bairro melhor. [...] MÉD 11

Estes relatos evidenciam a necessidade de se levar em consideração fatores que ultrapassavam o entendimento reducionista de que a saúde seria equivalente à ausência de doença, com a aceitação de que a etiologia da doença é multicausal (ALBUQUERQUE E OLIVEIRA, 2002).

Starfield (2002) descreve que a saúde de um indivíduo ou de uma população é determinada por sua combinação genética, mas grandemente modificada pelo ambiente social e físico, por comportamentos que são cultural ou socialmente determinados e pela natureza da atenção à saúde oferecida.

Figura 1.1
Determinantes do estado de saúde.



Fonte: Starfield (1973).

Alguns destes fatores operam diretamente (como água contaminada ou fatores de risco à segurança em casa) e, alguns, indiretamente, por meio de

elementos de mediação que envolvem comportamento, estresses sociais e acesso à atenção médica (STARFIELD, 2002). Vale salientar que a doença, quando surge, afeta as condições ou as relações sociais em que o ser humano vive e, desta forma, pode ser entendida como fenômeno social que deve ser estudado enquanto tal e enquanto fenômeno só é completamente explicado mediante a apresentação de um contexto social (LAKATOS, BRUTSCHER, 2000).

Para tanto, faz-se necessária a parceria com as demais instâncias públicas, como as Secretarias de Educação, Trabalho, Urbanismo e Lazer, pois delas dependem a resolução, ou pelo menos amenização, dos problemas que se apresentam. Neste sentido, constatou-se que os profissionais recorrem, por intermédio dos profissionais do NASF, principalmente a assistente social, a estes setores:

*[...] o NASF é uma equipe que ajuda a gente aqui na unidade... Tem assistente social, tem psicólogo, tem a educadora física, farmacêutico... pra essa equipe que a gente demanda o que não conseguiu resolver, eles vem aqui pra dar uma olhada no caso, aí se eles não conseguirem resolver, eles vão pros órgãos mais específicos, aí assim, no mesmo dia que eles forem avaliar a família ou o paciente ao todo, eles vem pra gente tentar, orientar, dar uma conversa pra ver onde é que agora a gente vai atuar, se vai procurar um Conselho Tutelar ou vai procurar o CRAS, então a gente reúne pra gente decidir qual é o próximo passo....isso se eles não conseguirem resolver[...]
ACS 19*

Durante o período de coleta de dados, observou-se a iniciativa de todos os membros da equipe de uma das unidades para mobilizar recursos para obter uma cesta básica e emprego para uma família que se encontrava em grave risco social. Cada profissional doou um valor em espécie para a compra dos itens da cesta básica; a assistente social acionou a Secretaria de Assistência Social e conseguiu um curso profissionalizante para um dos membros da família e a enfermeira começou a buscar pessoas que necessitavam contratar pessoas para trabalho doméstico. Essas atitudes demonstraram que, para o fortalecimento das ações da atenção primária, deve-se instituir, formalmente, ações integradas com todos os ramos da sociedade e não se caracterizar somente como “boa vontade” dos profissionais.

As situações ora descritas definem que o processo de ser saudável e adoecer é um fenômeno com múltiplas dimensões, logo se exige dos profissionais

o direcionamento do foco para o atendimento em saúde com uma visão ampliada, distanciada da visão fragmentada, biologicista e biomédica. No âmbito da gestão política, técnica e administrativa necessita-se de ações integradas entre os poderes federal, estadual e municipal, contemplando a comunidade como seu elemento fundamental.

Portanto, as ações e serviços de saúde devem sintetizar uma tendência humanística, de cuidado dedicado não só aos problemas relacionados à doença propriamente dita, ou ao impacto dela sobre o indivíduo, mas sim debruçar-se sobre as associações simbólicas que afetam a maneira como as pessoas percebem seu estado de saúde, estendendo as ações à família, à comunidade e ao ambiente, pois estes são fatores que interferem diretamente na utilização e no acesso dos serviços de saúde.

IV. 3) Idade e gênero como determinantes do acesso:

O gênero e a idade são importantes variáveis demográficas, pois permitem caracterizar a distribuição de saúde e doença numa determinada população. Constatou-se que os idosos apresentam situações que demandam ações específicas, seja por viverem à margem da sociedade ou por serem considerados, apesar de sua idade avançada, arrimos de família, sendo eles os responsáveis em prover a renda da família:

[...] tem aquele problema com o idoso que é largado dentro de casa, porque pegam a aposentadoria dele, faz a compra da família e o idoso fica dentro de casa. Então a gente tem esse idoso aqui também, só que esses são menos. Porque as vezes tem uma filha que não trabalha que ainda olha eles entendeu? Então esses casos são poucos. então o paciente vai ficando depressivo, ele não come direito, ele até tem a comida...eu conheço essa casa, é uma casa até muito boa, muito limpa, mas ele não tem ânimo pra nada, porque? Pela questão da solidão, então a gente tem esse problema também. [...] MÉD 11

Vale ressaltar que os idosos por si já representaram um segmento de estudo, visto que o Brasil atravessa um período de transição epidemiológica e demográfica marcante. Esta nova fase do Brasil é caracterizada pelo aumento expressivo da expectativa de vida e pela coexistência das doenças crônicas não transmissíveis, como hipertensão e diabetes, com doenças transmissíveis, como a tuberculose e hanseníase e, ainda, o aparecimento dos sintomas relacionados à

saúde mental. Veras (2007) destaca que todo ano, 650 mil novos idosos são incorporados à população brasileira, a maior parte com doenças crônicas e alguns com limitações funcionais.

É perceptível que o novo padrão demográfico brasileiro é marcado por progressivos declínios das taxas de fecundidade e mortalidade, alteração da estrutura etária, aumento da proporção de idosos e inversão na distribuição da população de áreas urbanas e rurais (PAES-SOUZA, 2002).

Já a transição epidemiológica refere-se às modificações, em longo prazo, dos padrões de morbidade, invalidez e morte que caracterizam uma população específica e que, em geral, ocorrem em conjunto com outras transformações demográficas, sociais e econômicas. O processo engloba três mudanças básicas: substituição das doenças transmissíveis por doenças não transmissíveis e causas externas; deslocamento da carga de morbimortalidade dos grupos mais jovens aos grupos mais idosos; e transformação de uma situação em que predomina a mortalidade para outra na qual a morbidade é dominante (SCHRAMM, 2004).

A correlação entre os processos de transição demográfica e epidemiológica modificam o perfil de saúde da população. Ao invés de processos agudos solucionados através da cura ou do óbito, tornam-se predominantes as doenças crônicas e suas complicações, que implicam décadas de utilização dos serviços de saúde.

Esse cenário torna-se um desafio para o sistema público de produção de bens e serviços, prioritariamente a saúde e o sistema previdenciário, pois, em consequência do aumento da extensão da vida, há uma tendência ao aumento da invalidez e da dependência crescente de serviços sociais e de saúde por largas parcelas da população. Deste modo, revela-se a necessidade de medidas que venham oportunizar o diagnóstico precoce dos agravos à saúde e prevenir enfermidades e incapacidades com enfoque nos fatores de risco, visando à redução da taxa de morbimortalidade, visto que os idosos são acometidos por doenças crônicas não transmissíveis e que estas reportam ao aumento dos gastos em saúde referentes ao tratamento e aos medicamentos.

Litvoc (2004) cita que a Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que em 2020 três quartos das mortes observadas nos países em desenvolvimento estarão relacionados ao processo de envelhecimento, como câncer, doenças do aparelho circulatório, diabetes, depressão e demência. Sendo assim, os idosos

consomem mais serviços de saúde, as internações hospitalares são mais frequentes e o tempo de ocupação do leito é maior quando comparado a outras faixas etárias. Em geral, as doenças dos idosos, por serem crônicas, perduram por vários anos e exigem acompanhamento constante, cuidados permanentes, medicação contínua e exames periódicos (LIMA e VERAS, 2003).

Deste modo, o envelhecimento da população indica importantes desafios para o Sistema de Saúde, exigindo uma estratégia ampla nesta área, na tentativa de minimizar os custos referentes aos tratamentos e garantir o acesso com qualidade às ações de assistência à saúde.

Evidenciou-se também que o gênero é fator determinante na utilização dos serviços de saúde. As falas deixam claro que a busca por serviços de saúde é perpassada pela questão do gênero, visto que os homens entrevistados, em sua totalidade, referiram que suas mulheres procuram mais as unidades de saúde do que eles.

Entende-se que:

Gênero é referente sócio-histórico que, baseado nas diferenças entre os sexos, estrutura material e simbolicamente a vida social, estabelecendo entre homens e mulheres, ou entre pares de cada qual, relações de valor desigual, com o domínio histórico do masculino. Este processo recobre o corpo biológico em seus usos historicamente construídos, de que decorrem não apenas carecimentos diversos para homens e mulheres (e adoecimentos), como também reconhecimentos diversos de suas necessidades de saúde (Schraiber *et al*, 2010, p. 962)

Sabe-se que as mulheres utilizam mais os serviços de saúde do que os homens e que este diferencial explica-se em parte pelas variações no perfil de necessidades de saúde entre os gêneros, incluindo-se as demandas associadas à gravidez e ao parto (PINHEIRO *et. al*, 2002). Estas perspectivas ficam evidenciadas a partir da fala:

[...] “Eu? Ah, eu só procuro um atendimento de saúde só quando eu to precisando mesmo, senão eu não procuro não. A mulher procura mais, e os meninos também, ela procura pros meninos” [...] U 1

Travassos *et al* (2002) afirmam que este comportamento é explicado pelas diferenças na forma como homens e mulheres expressam a doença, o que, por sua vez, estaria associado aos diferentes papéis sociais que assumem em cada sociedade.

Neste sentido, Pinheiro *et. al* (2002) referem que os aspectos psicológicos influenciam diretamente a forma como homens e mulheres percebem os sintomas, avaliam a gravidade da doença e decidem o que fazer com respeito à saúde.

Nota-se que mulheres tendem a avaliar seu estado de saúde de maneira mais negativa e também referem mais doenças crônicas do que os homens, que, por sua vez, apresentam doenças comparativamente mais severas e de maior letalidade. (TRAVASSOS *et al*, 2002). Desta forma, destaca-se que o reconhecimento, pelo sexo masculino, da necessidade de recorrer ao um serviço de saúde dar-se-ia nos momentos agudos, não havendo preocupação com a prevenção e com a promoção da saúde.

Nascimento e Gomes (2008) confirmam esta visão ao referirem que os segmentos masculinos não costumam adotar medidas de proteção contra doenças, nem buscar ajuda quando algo interfere em sua saúde:

[...] “Basicamente quando preciso mesmo. É caso de emergência, é, um acidente, algum mal súbito. Fora disso até o momento nunca precisei. Minha esposa já. Ela já precisou mais do que eu. Assim ela já... Ela usou mais entendeu?”[...] U 4

Schraiber *et al* (2010) afirmam que a maior capacidade física masculina faz com que os homens sintam-se invulneráveis e imunes ao adoecimento. Quando comparados às mulheres, consideram-se superiores devido a sua força física ou vigor. Destacam ainda nos achados de sua pesquisa que a falta de tempo é relatada pelos homens como fator impeditivo para procurarem os serviços, além do receio da perda do emprego.

Sob este enfoque, pode-se pensar que o próprio horário de funcionamento destas unidades se configure como fator incapacitante para o acesso dos homens, visto que funcionam geralmente das 7h às 17h, exatamente o horário no qual a maioria deles encontram-se nos locais de trabalho.

Em contrapartida, sabe-se que as mulheres ocupam hoje espaço destacado no mercado de trabalho, o que não as impede e nem as distancia da utilização dos serviços de saúde. Cabe pensar, que além da questão objetiva do horário, a não utilização dos serviços de saúde pelo sexo masculino é cerceada por fatores simbólicos relacionados à masculinidade, à força e à superioridade em relação ao sexo feminino.

O estudo realizado por Schraiber *et al* (2010) evidencia, portanto, que os homens, apesar de possuírem necessidades de saúde, têm dificuldades de procurar os serviços e somente o fazem quando não mais conseguem lidar sozinhos com seus sintomas. Procuram o serviço quando já apresentam doença manifesta, valorizando mais as práticas de cura, não reconhecendo necessidades de orientações preventivas.

Outro estudo, realizado por Pinheiro *et. al*, (2002), sobre acesso e utilização de serviços de saúde entre os gêneros a partir dos dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) – 1998, corrobora essa constatação. Os dados demonstram que as mulheres buscam mais serviços para realização de exames de rotina e prevenção, enquanto os homens procuram serviços de saúde predominantemente por motivo de doença, sendo a procura motivada por problemas odontológicos, acidente ou lesão.

Os relatos mostram que os homens assumem que só buscam o serviço de saúde em último caso e que ainda tentam resolver seus problemas de outra forma, incluindo a automedicação:

[...] “eu se tiver doente eu vou na farmácia, compro um remédio lá por minha conta, entendeu?”[...] U 1

Vale ressaltar que Pinheiro *et. al*, (2002) constataram que homens sofrem mais doenças crônicas fatais (doença isquêmica do coração, aterosclerose, enfisema, câncer, acidente vascular cerebral, cirrose, problemas de rins) e referem mais restrição de atividade e incapacidade de longa duração devido a problemas crônicos de saúde. Além disso, entre os homens há maior ocorrência de fumo, ingestão de álcool e desvantagens em situações relacionadas ao trabalho, o que acarreta um aumento dos riscos de problemas em longo prazo.

Pode-se afirmar, portanto, que as situações ora listadas conferem aos homens a classificação como grupo de risco, visto que para eles é atribuído um número representativo de ocorrências relacionadas ao comportamento sem haver preocupação com a prevenção e com a promoção da saúde.

No período da coleta de dados, observou-se realmente que a busca por serviços de saúde nas unidades de ESF é prioritariamente feminina (NO). Em contrapartida, observaram-se, com certa frequência, idosos do sexo masculino buscando atendimento nestas unidades. Em sua maioria, eles já possuíam

alguma das patologias relacionadas aos grupos específicos de atendimento: hipertensão e/ou diabetes, o que conferia a eles a busca por tratamento e prevenção de complicações relativas à doença já instalada (NO).

Estes dados não são novos, tanto que o Ministério da Saúde lançou, a partir da Portaria GM nº 1944 / 09, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Esta política tem como premissa a constatação de que a entrada do homem no Sistema de Saúde ocorre somente na atenção ambulatorial e hospitalar de média e alta complexidade, o que acarretaria o agravamento da morbidade pelo retardamento na atenção, além de maior custo para o sistema de saúde. (BRASIL, 2009)

Neste sentido propõe-se a elaboração de estratégias que visem a aumentar a demanda dos homens aos serviços de saúde, por meio de ações pró-ativas de promoção e prevenção dos principais problemas que atingem essa população. Além de estimular o autocuidado na população masculina, através de informação, de educação e da comunicação.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (BRASIL, 2009) prevê que a população masculina de 40 a 59 anos seja atendida, no mínimo, uma vez por ano, nas unidades básicas de saúde, com vistas a identificar fatores e comportamentos de risco e proporcionar atenção adequada. Pretende-se também promover a oferta de contracepção cirúrgica voluntária masculina nos termos da legislação específica, bem como elevar o número de consultas e procedimentos para o diagnóstico e o tratamento das doenças do trato genital masculino, incluindo às DSTs e AIDS.

Apesar da iniciativa, existem diversos desafios a ser enfrentados pelas diversas instâncias da Saúde, desde a gestão até a operacionalização dos serviços. Uma delas que se pode destacar refere-se às estratégias de comunicação utilizadas, que geralmente privilegiam as ações de saúde para a criança, o adolescente, a mulher e o idoso, logo devem ser desestigmatizadas.

Além disso, como a própria Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem destaca, há de considerar as representações sociais sobre a masculinidade e que estas comprometem o acesso à atenção primária, bem como repercutem de modo crítico na vulnerabilidade dessa população a situações de violência e de risco para a saúde.

Por fim, deve-se considerar que a dificuldade de acesso, o horário de funcionamento das unidades, a relação que estabelecem com os serviços de saúde, entendidos como imediatos, sem filas e demoras são aspectos a ser considerados no momento do planejamento e da organização a fim de se prestarem serviços eficazes que consigam, em médio prazo, alterar o atual cenário.

IV. 4) SUS e Saúde Suplementar: cenários complementares para o acesso:

Os relatos evidenciaram que muitos usuários recorrem aos serviços públicos somente quando não possuem renda suficiente para arcar com a consulta e/ou exame, constatando-se que a utilização dos serviços de saúde é também influenciada por questões de ordem financeira:

[...] quando não tenho dinheiro pra pagar consulta, e as vezes tem o exame, aí o jeito é procurar o SUS. [...] U5

[...] Lá no SUS? Ahhh, é a falta do dinheiro mesmo! Porque uma consulta quando a gente pode a gente paga particular, quando eu não posso eu procuro o SUS. [...] U6

[...] A situação é que a gente não tem condição de pagar um médico particular né? então a gente apela pelo SUS. [...] U16

*[...] Consulta cara, como não ter uma forma de pagamento, e é isso... a maioria das vezes é por não ter como mesmo pagar uma consulta[...]*U17.

Do mesmo modo, os dados revelam que muitos usuários possuem algum plano de saúde, em sua maioria, planos ambulatoriais, aqueles que oferecem cobertura de consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas e cobertura de apoio diagnóstico, tratamento e demais procedimentos ambulatoriais solicitados pelo médico assistente. Outros planos comuns na região são aqueles nos quais os beneficiários pagam um valor mensal para obter descontos nas consultas e exames junto aos profissionais conveniados:

*[...] Aqui... tem ortopedista e tudo, mas é muito demorado pra marcar, e nós temos um convênio do meu menino, assim, pelo correio, então eu vou muito é...e tem também esse plano Em Vida que eu pago todo mês né? As vezes eu vou muito lá no Em Vida. Porque no posto é bom, mas as vezes demora mais. E coisa que a gente é que paga, eles pedem um exame, aí eu faço. [...]*U2

[...] se você puder esperar, você vai esperar, ou se não quiser esperar vai no particular, mas se você puder esperar sabendo que é uma coisa que num vai prejudicar aí você acaba esperando por aquilo, isso por um especialista...porque hoje a gente só passa por um clínico geral no postinho, aí se a gente precisa de um especialista aí ele manda a gente pra Policlínica, aí por mandar pra Policlínica, tem muita gente, mas muita gente, muitas pessoas precisando e você fica sabendo que tá na fila de espera, enquanto der pra esperar a gente vai esperando, aí quando não dá eu uso o plano né? [...] U13

Os usuários relatam que, mesmo sendo beneficiário de planos de Saúde, se utilizam dos serviços do SUS em busca da distribuição de medicamentos. Inclusive, uma usuária alega que desconhecia os serviços prestados pela unidade de ESF até que uma amiga disse a ela que lá havia distribuição gratuita de medicamentos. Esta, que é mãe de uma menina portadora de epilepsia, trata a criança em um médico do convênio, mas obtém o remédio via ESF:

[...] Meu marido é militar e eu minha filha ainda tem o EM VIDA, porque a vó colocou ela e tem o BrasilMed. Eu venho assim, vacinação, e quando acontece alguma coisa né? Assim... em casa, aí eu venho e elas olham pra mim, quando eu preciso de algum remédio, igual, minha filha toma remédio e é o Sus quem fornece, ela tem epilepsia, aí eu pego o remédio aqui, o depakene. Na época aqui em Manhuaçu tinha a maior dificuldade pra encontrar, aí eu fiquei sabendo né? Falei com a enfermeira daqui, aí ela me falou que o SUS fornecia, então,...o médico é particular, mas quando tem alguma coisa assim, eu venho aqui. [...]U14

[...] é quando eu não tenho condição de comprar eles né, dinheiro pra comprar eles (refere-se aos remédios), eu compro os mais caro que não tem aqui... Eu compro os mais caro na farmácia porque aqui num tem, agora os que dá aqui eu prefiro pegar do que comprar né? Eu só venho aqui quando preciso do remédio [...]U7

Já outra usuária confessou só se utilizar da Unidade de ESF por ser portadora de tuberculose e por saber que não há outro local que possa tratá-la, visto que os medicamentos para esta doença não são comercializados:

[...] Eu fui primeiro em Belo Horizonte a médica de lá que descobriu (a senhora foi diagnosticada com tuberculose), aí lá ela falou, que como esse tratamento é feito pelo...não sei...uns falam comigo que eu não acho comprando...ela falou que eu tinha que seguir ele pelo posto, aí ela me pediu pra passar no Posto já de uma vez.[...] U2

Evidenciou-se que a demora na marcação de consultas e na realização de exames também estimula a busca pelo setor privado.

[...] meu pai perdeu uma vista né? era catarata, aí ele tava ruim de uma vista, vivia caindo, se machucando todo e aguardando a cirurgia pelo SUS, só aguardando, aguardando, aguardando, a gente indo atrás e nada....até que

teve um dia que ele teve que se virar e pagar particular pra poder fazer a cirurgia dele senão ele tava cego até hoje [...] U16.

*[...] se você puder esperar, você vai esperar, ou se não quiser esperar vai n particular , mas se você puder esperar sabendo que é uma coisa que num vai prejudicar aí você acaba esperando por aquilo....eu posso pagar uma coisa particular e quem não pode? Você entendeu? você precisa de ir no médico, dois, três, quatro meses marcado esperando, a não ser que o médico coloque aí urgente, mas eu acho que não esse de botar urgente, eu acho que deveria ter mais médico, mais especialistas atendendo para agilizar a situação[...]
U13*

As falas permitem conferir que há um imbricamento entre o público e o privado, ao qual o texto constitucional não faz alusão. O princípio de universalidade garante o acesso a todos os interessados, e não repudia a utilização dos serviços públicos de saúde por quem tenha algum plano privado. Diferentemente da forma como ocorre no serviço público escolar, atualmente quase reservado a pessoas de baixa renda, o SUS parece absorver usuários de todas as camadas sociais, consolidando-se como palco de todas as necessidades que permeiam a sociedade e reafirmando os princípios democráticos que o instituíram.

Desta forma, se é objetivo do SUS construir um sistema efetivamente para TODOS, estas demandas não podem ser recriminadas. O que se pode questionar é o que faz pessoas de nível mais alto economicamente buscarem o SUS para algumas situações e se distanciarem dele em outras?

Fica evidente que algumas ações em saúde, como tratamento de tuberculose, hanseníase, por serem exclusivas do SUS, não permitem demandas aos serviços particulares. Do mesmo modo, as ações de vacinação são amplamente aceitas e fortemente difundidas nos valores das sociedades. Percebe-se, porém, que os fatores que os movem aos serviços privados ou de convênio dizem respeito ao acesso mais rápido, a especialistas e a exames.

Esta não deixa de ser uma forma de transgredir as regras impostas pelo Sistema, no qual o poder de ser encaminhado a especialistas está na mão dos profissionais. Maffesolli (1984) aponta que a imposição de regras e valores está longe de ser total, havendo sempre uma possibilidade, uma brecha, um desvio, que exprimem a expressão que se quer da vida.

Os usuários não possuem autonomia para escolher sobre o próprio caminho, da forma como sentem necessário, sendo eles incapazes de conduzir a

soberania da própria vida. Por isso, lançam mão do que Maffesolli (1984) chama de “jogo duplo”, no qual não contestam o Sistema, mas o sentimento de limite instituído por ele faz com que os usuários simplesmente contornem, de algum modo, aquilo que os incomoda.

Em contrapartida, nas situações de exames mais caros, os usuários se apresentam nas unidades de saúde em busca da transcrição de solicitações como relatado pelo médico:

[...] eu faço a troca do exame, porque o SUS não tem a especialidade, como a gente não tem, e a gente quer que a pessoa fique bem atendida, a gente troca o exame, excepcionalmente a gente faz. Seria assim, vamos supor, o SUS só tem 1 cardiologista, as vezes o paciente procura outro cardiologista, porque há uma necessidade de urgência, não conseguiu marcar a consulta, e esse outro cardiologista pediu as vezes um exame de colesterol, uma coisa assim, aí você pede um colesterol pra ele, a gente faz a troca...ou o ortopedia que é o mais comum, porque ortopedia realmente a demanda é muito grande, e você só tem 1 ortopedista e não dá, realmente não dá um ortopedista, aí você pede um RX essas coisas, faz uma troca, um ultrassom de articulação, a gente faz o pedido de exame, o paciente traz o pedido de exame, aí você transfere os dados para um pedido do SUS. [...] MED 10

Os usuários parecem desconhecer totalmente os propósitos e concepções da APS, por isso debruçam suas expectativas nas ações assistenciais medicalizadas e pautadas em especialidades. Tal fato, provavelmente, decorre da experiência que muitos usuários possuem com uma estrutura assistencial hospitalocêntrica. Como pontuado por usuários e profissionais, a demanda por consultas em especialistas é frequente, desta forma os profissionais acabam por lançar mão de sugerir aos usuários a procura de atendimento no serviço privado, sendo os próprios profissionais colaboradores dessa situação:

[...] essa demanda é grande, e o que a gente tem de consulta que libera pra gente mensal, são poucas. Igual assim, dermatologista, são poucas vagas pro município todo né? Em média eu tenho assim, 1 vaga ao mês, 2 vagas. Psiquiatra também. Então assim, a gente já tem alguns pacientes que já faz o controle e a gente tem que estar meio fazendo uma jogada pra poder atender esses pacientes que são mais urgentes. [...] ENF 9

[...] tem casos que assim é preciso um atendimento de um especialista, o doutor encaminha ao particular, normalmente quando a pessoa já tem plano, a enfermeira já procura pedir uma ajuda, um desconto, pelo Sus ou até mesmo por um conhecido, pra tá ajudando essa pessoa, pra ir mais rápidoque normalmente se a pessoa num tem plano nenhum, não tem assim, possibilidade financeira pra tá pagando, a pessoa não vai mesmo! Então a gente procura assim, avaliar esses casos, e procurar saber se a pessoa conseguiu ir, porque... por exemplo ...no TFD eles pegam e dão um desconto pra pessoa ir até o médico, no particular. Tem muitos médicos que aceitam com o encaminhamento do médico, vai no TFD quando a pessoa tem uma

certa urgência no exame, porque lá tem um fila de espera, então eles dão um desconto pra pessoa, pagando bem mais barato e faz o exame, uma forma de agilizar porque pra ir pra lá vai ter que aguardar mesmo a fila de espera. [...] ACS24

Ressalta-se que o ato de referenciar os usuários ao serviço privado, recomendando que arquem com os valores das consultas ou exames, nos consultórios particulares, são ações realizadas com a intenção de beneficiar o usuário no atendimento de suas necessidades, porém validam o modelo cartesiano, médico-centrado e colaboram para a permanência da antiga ciranda das relações público-privadas, na qual para o último não há interesse que se estabeleça progressos ainda mais significativos do setor público. Infere-se que seja uma atitude realizada com boa intenção, mas configura-se como ameaçadora aos princípios do SUS.

Por fim, destaca-se que o acesso aos serviços de saúde apresenta fragilidades no processo de continuidade do cuidado nas instâncias de média complexidade. Os dados apontam que existem barreiras significativas que impedem e/ou dificultam ações de integralidade do cuidado, evidenciadas a partir das dificuldades enfrentadas pelos usuários na obtenção de cuidados especializados.

IV. 5) Aspectos geográficos x Universalidade do acesso:

Através dos relatos, ficou evidente que aspectos como: distância da residência, bem como a forma de locomoção / transporte utilizado para o serviço de saúde e tempo de espera para atendimento influenciam positiva ou negativamente o acesso aos serviços de saúde.

Os relatos evidenciam que as condições de distância e de locomoção são vistas como fatores imperativos à sensação de adequação da oferta e de boas condições de prestação de serviços:

[...] Ahhh, eu me sinto bem! Satisfeita! Bom, pelo menos eu tenho um lugar mais perto [...] U 7

[...] Eu acho fácil Que eu não pago passagem, aí eu pego um ônibus aqui e vou lá... [...] U3

Pode-se considerar, portanto, que pequenas distâncias estimulam a busca por atendimento. Uglert (1987) sustenta esta afirmação ao citar que o grau de

acesso real aos serviços de saúde depende da distância que se deve percorrer para obtê-los, do tempo que leva a viagem e do seu custo.

A partir desta lógica, pode-se afirmar que situações como distância percorrida e condições de transporte geram desigualdades no acesso, exatamente por interferir na sua utilização, de forma a facilitar ou dificultar a concretização do atendimento pretendido. Oliveira *et al* (2004a) afirmam que a utilização se reduz à medida que aumenta a distância entre as pessoas que demandam atendimento e os serviços de saúde.

Dada a importância que estes fatores representam para a efetivação do atendimento, Uglert (1987) propõe a terminologia “acesso geográfico” como uma subcategoria de acesso caracterizado por forma de deslocamento, tempo de deslocamento e distância entre a residência do usuário e o serviço de saúde.

Já Oliveira *et al* (2004b) utilizam-se do termo acessibilidade, considerando-o como um dos componentes do acesso, aquele que relaciona a localização da oferta e dos usuários, considerados os meios de transporte destes e o tempo, a distância e os custos envolvidos no deslocamento. As autoras ainda consideram que a simples distância linear entre dois pontos pode representar mal a fricção do espaço, cuja intensidade é diferente dependendo dos meios disponíveis para transpô-lo (OLIVEIRA, 2004a).

Evidencia-se, portanto, que não somente a distância percorrida é fator interveniente para o acesso, mas também os meios de transportes disponíveis para efetivá-lo:

[...] eu só acho que lá no Pronto Socorro o que prejudica é a distância né? Que dependendo do horário a gente não tem um ônibus pra ir...né?...então assim...é...difícil mesmo é só a localidade, que ta muito afastado, você vê a distância daqui lá, a distância que não é! Isso complica né?[...] U6

[...] Ah, o que é difícil as vez é o andar pra pegar ônibus lá embaixo é que é difícil [...] U3

A relação do acesso, transporte e custo fica evidenciada na contradição dos relatos do usuário 3, dado que, em certo momento, ele relata que o transporte gratuito revela-se como fator facilitador quando busca o acesso aos serviços de saúde, ao mesmo tempo em que ressalta que a distância percorrida entre a sua residência e o ponto de ônibus torna-se desestimulante.

Neste sentido, como destaca Oliveira *et al* (2004a), além da distância e dos meios de transporte utilizados, a questão do custo parece também influenciar o acesso aos serviços de saúde. Ainda segundo as autoras, a “distância” deveria medir os custos de deslocamento em unidades de tempo ou de dinheiro, em vez de em quilômetros.

Sobre esses aspectos, Frenk (1985, *apud* Evangelista) sugere o termo acessibilidade, sendo este entendido como a relação funcional entre o conjunto de obstáculos (resistência) à busca e obtenção de atenção (distância, problemas de ordem financeira, formas de organização) e o correspondente poder de superação desses obstáculos por parte da população (poder de utilização) (EVANGELISTA, *et al*, 2008).

Desta forma, observa-se que distância, transporte e os custos gerados, quando o usuário parte em busca do atendimento, podem ser considerados fatores limitantes para a efetivação do acesso aos serviços de saúde. Ressalta-se ainda, como destaca Uglert (1987), que o fator geográfico é fundamental na origem da iniquidade, especialmente no que se refere a áreas rurais ou regiões periféricas de grandes cidades.

A partir dessas considerações e levando-se em conta a especificidade da localidade estudada, pode-se inferir que este seja um dos pontos de merecido destaque para melhoria do acesso e adequação da oferta.

Observou-se que, na unidade de saúde estudada, situada na zona rural, existiam residências distantes 13 quilômetros da sede da unidade, não havia transporte coletivo e o acesso era feito por ruas de barro, desprovidas de calçamento. Já a área urbana e central da cidade de Manhauçu possui relevo montanhoso, o que faz com que as pessoas necessitem andar, por vezes, pequenas distâncias, em terreno irregular, em calçadas estreitas, com presença de buracos e em sua maioria íngremes.

A cidade parece ter crescido desordenadamente, sem planejamento urbanístico, às margens da Rodovia BR 262, onde inúmeras casas com aspectos inacabados, ainda no tijolo, podem ser vistas. Por estarem localizadas em vielas, muitas delas não possuem acesso para automóveis ou ônibus coletivos.

Como a cidade é cortada pela rodovia, é comum que os moradores necessitem atravessá-la para realizarem suas atividades; no entanto, para esta travessia não existem passarelas disponíveis. Além disso, a BR possui apenas

um sinal de trânsito na extensão da área urbana da cidade de Manhuaçu, ou seja, para cruzarem a pista da rodovia, os moradores necessitam atravessá-la aguardando a diminuição do trânsito na pista, ou a boa vontade de algum motorista em reduzir a velocidade nas faixas de pedestres localizadas em alguns pontos da BR.

Nestes termos, vale ressaltar que tais condições geram o que se pode chamar de barreira geográfica, cujo conceito deriva daqueles obstáculos naturais ou gerados pela implantação urbana orientadores da organização desses fluxos numa dada estrutura de circulação e que criam "distâncias relativas" que variam do nível local para o regional. (UNGLERT, 1987.)

Além disso, outro fator que deve ser considerado é a relação da localidade do serviço de saúde, número de habitantes da localidade e extensão territorial de cobertura. Existem, na cidade, regiões/bairros populosos que concentram, em uma pequena extensão territorial, um maior número de habitantes. Já outros, principalmente os da zona Rural, possuem um número menor de pessoas distribuídas em uma extensão territorial maior, o que confere maiores distâncias em relação às regiões centrais.

Desta forma, ao levar em conta somente o número de habitantes / famílias cadastradas, para efeito de cálculo de cobertura assistencial das unidades, corre-se o risco de superestimar a questão do acesso, entretanto este aspecto deve ser considerado pertinente. Sendo assim, para uma efetiva avaliação do acesso aos serviços de saúde, além da questão do transporte e dos custos, outros fatores devem ser considerados.

Estas considerações apontam que a questão do acesso aos serviços de saúde deve estar conjugada com outras instâncias do município, como Secretaria de Obras, Urbanismo e Transporte, de forma a permitir melhoria significativa nesta ordem; pois é visto que, apesar de a oferta parecer ser adequada, a dificuldade de transporte para percorrer as distâncias necessárias são evidentes, bem como a divisão urbana irregular da cidade, fatores interferem na utilização dos serviços de saúde.

V) O FAZER COTIDIANO E TECNOLOGIAS DE TRABALHO DOS PROFISSIONAIS E SUA RELAÇÃO COM ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE.

Tecnologia é aqui entendida como referência temática ao trabalho cuja ação é demarcada pela busca da produção de bens ou produtos, não necessariamente materiais, duros, pois podem ser produtos simbólicos que satisfaçam necessidades (MERHY, 2007). Segundo o autor, estas ações constituem a dimensão viva do trabalho em saúde que vai além das questões puramente técnicas e ancora suas bases nas relações e nos comportamentos.

Coelho e Jorge (2009) citam que as práticas de trabalho na Atenção Primária devem incluir diversas tecnologias de maneira adequada e, conforme as necessidades de saúde, sem prejuízo ao atendimento que requer tecnologias materiais. As autoras destacam que os serviços de saúde devem priorizar a igualdade entre todos os sujeitos, com vistas a promover o bem-estar de todos.

Neste contexto, as práticas de acolhimento, preferencialmente com vínculo, tornam-se fundamentais. Primeiro porque permitem a identificação das necessidades que os usuários demandam aos serviços, segundo visto que respondem as diretrizes que norteiam as práticas das unidades de ESF. Coelho e Jorge (2009) consideram que o vínculo, como tecnologia leve, parte do princípio de que os profissionais devem estabelecer uma relação afetuosa com os usuários, permitindo a criação de laços entre eles. Entende-se que a garantia de acesso aos serviços de saúde representa a responsabilidade do serviço para com as suas necessidades de saúde e, deste modo, “sem o acolhimento, o serviço não poderá garantir nem o acesso, nem as prioridades de atendimento” (COELHO e JORGE, 2009, p.1528).

Nesta categoria, buscou-se identificar as estratégias que usuários e profissionais utilizam na relação que estabelecem entre si, ou seja, como ambos se colocam no momento de encontro das práticas em saúde e das tecnologias das quais lançam mão a fim de serem reconhecidos e de se reconhecerem. A categoria lança luz sobre os processos de trabalho instituídos nas unidades, entendendo-se que estes influenciam o acesso aos serviços de saúde.

V.1) O Fazer Cotidiano e tecnologias médicas:

Constatou-se que, nas unidades estudadas, a equipe médica é composta por profissionais generalistas, que possuem mais de 25 anos de formação, não cursaram especialização em Atenção Primária ou Estratégia de Saúde da Família e não se dedicam exclusivamente ao cargo.

Devido ao tempo de formados, constata-se que eles receberam uma formação influenciada pelo Modelo Flexneriano, considerado o grande responsável pela mais importante reforma das escolas médicas de todos os tempos e por profundas implicações na formação médica e na medicina mundial. (PAGLIOSA e DA ROS, 2008). Este modelo privilegiava o Hospital como espaço do cuidado e considerava as doenças como resultado ou de processo degenerativo dentro do corpo, ou de agentes químicos, físicos ou biológicos que o invadem, ou, ainda, da falha de algum mecanismo regulatório do organismo, excluindo-se da formação os demais determinantes de saúde, como destacam os autores:

“... a ênfase no modelo biomédico, centrado na doença e no hospital, conduziu os programas educacionais médicos a uma visão reducionista. Ao adotar o modelo de saúde-doença unicausal, biologicista, a proposta de Flexner reserva pequeno espaço, se algum, para as dimensões social, psicológica e econômica da saúde e para a inclusão do amplo espectro da saúde, que vai muito além da medicina e seus médicos...” (PAGLIOSA e DA ROS, 2008, p. 496).

A partir deste entendimento, as doenças podem ser detectadas apenas por métodos científicos, não havendo espaço dentro dessa estrutura para as questões sociais, psicológicas e para as dimensões comportamentais das doenças (KOIFMAN, 2001).

No que tange à nossa pesquisa, os dados evidenciam que os médicos se utilizam da concepção médico-centrado em suas condutas:

[...] Aqui eu faço atendimento ambulatorial pela manhã, exclusivamente isso, e assim, algum atendimento de urgência, muitas vezes um pontinho, um abscesso, uma ferida, igual esse rapaz agora, que foi retirada de cálculo na uretra, que eu fiz retirada dele... A tarde, eu vou fazer visita ou então fico aqui pra poder fazer as receitas [...] MÉD 10

[...] a gente começa a fazer o pré-natal de manhã, se tiver algum paciente com febre, ou algum sintoma mais grave a gente atende eles também, e na parte da tarde a gente pega pra fazer receitas, rever consultas, rever exames, e fazer as visitas domiciliares[...] MÉD 11

Viegas *et al* (2010) citam que o cotidiano dos serviços pode ser um espaço privilegiado de produção de cuidado ou se restringir a executar o trabalho em saúde de modo enrijecido, guiado por conhecimento técnico-estruturado. Nesta perspectiva, as ações acabam por fragmentar o usuário, deixando de fora a postura acolhedora que os serviços devem ter.

Cunha (2010) estabelece a analogia do “sujeito paciente no hospital” e do “sujeito da Atenção Primária”. O primeiro, segundo o autor, pode ser comparado a um tubo de ensaio no laboratório, pois em sua concepção separa o corpo da alma e ainda o divide em especialidades. Além disso, permite que o saber biomédico seja suficiente para responder às demandas surgidas da gravidade da situação orgânica. Porém, sabe-se que não se pode atender mais apenas ao corpo físico sem que sejam considerados os aspectos sociais e os culturais. Sendo assim, o “sujeito da Atenção Primária” é complexo, permeável a influências externas e é ele quem apresenta suas demandas e decide se submeter a um tratamento.

[...] ao invés de procurar um médico ao necessário, elas procuram a toa, porque tem o serviço, é de graça, acha que o médico está ali, acha que o médico ganha muito bem, e que a obrigação dele é atender, deu um espirro corre pro posto, num pode esperar pra ver se esse espirro vai evoluir, então é cultural....cria um volume muito grande de atendimento, que poderia ser muito melhor se as pessoas entendessem que aqui é pro atendimento realmente de quem precisa e não vir aqui muita das vezes a toa... Eu faço uma média de 30 atendimentos dia de consulta médica...nesses 30, você vê assim, que 5 realmente precisavam de atendimento, talvez nem tanto, talvez coisa de 3 a 5 no máximo, mais que isso não...de pessoas que realmente buscam o posto porque precisavam ser atendidos, talvez uns outros 5 que você poderia atender com certa tranquilidade, é uma coisa que poderia esperar, mas poderia ser feito ali...o restante não! O grande restante poderia esperar, poderia aguardar, mas infelizmente, como eu disse...é cultural né? As pessoas vem, então faz uma demanda excessiva, com isso o atendimento não fica tão bom como poderia ser [...] MÉD 10

Observa-se que os profissionais, por não possuírem tecnologias para transcender os sintomas que não se encaixam em seus saberes, logo tratam de encaixá-los nas questões psíquicas, sociais ou culturais. Sobre isso, Starfield (2002) destaca que, devido aos limiares variados para busca da atenção, alguns pacientes procuram atendimento antes do que outros no curso de sua doença. Tal fator exige que os profissionais de atenção primária reconheçam que as manifestações de doenças são grandemente influenciadas por seu contexto social.

O que fica exposto aqui é que o usuário também define, com formas e graus variados, o que é necessidade de saúde para ele, podendo apresentá-la enquanto demanda ao serviço de saúde. Vale ressaltar que estas demandas deveriam ser devidamente acolhidas, escutadas, problematizadas e reconhecidas como legítimas, pois, quando isso não acontece, são produzidos ruídos que se materializam, por exemplo, em queixas, reclamações, retornos repetidos, busca por outros serviços:

[...] eu atendo na média 25 a 30 pacientes por dia, e acabo fazendo uma consulta melhor para que esse paciente não tenha que voltar aqui 2 ou 3 vezes, e eu tenha que fazer uma consulta com ele de novo. Então a gente tenta fazer uma consulta bem feita, para ter menos retorno do paciente possível, e tentar dar uma atenção melhor, porque a pessoa na maioria das vezes quer mais atenção do que consulta. [...] MÉD 11

Evidencia-se que mesmo a apresentação, aos profissionais, de sinais e de sintomas inespecíficos pelos usuários, os últimos oferecem soluções fragmentadas por não possuírem em sua caixa de ferramentas (MERHY, 2007) os saberes necessários para traduzir os sintomas apresentados. Assim, os profissionais médicos conseguem reconhecer que os indivíduos não conseguem mudar muito as circunstâncias nas quais se encontram, pois oferecem intervenções paliativas e não de cuidado, porque são direcionadas ao aumento da capacidade do indivíduo em se acomodar a situações que afetam a sua saúde e sua qualidade de vida e não em mudá-las (STARFIELD, 2002).

Uma evidência encontrada que nos aponta para esta afirmativa é a prescrição de medicamentos:

[...] só medicamento, analgésico, dá orientação pra tentar amenizar, mas é muito difícil, porque assim, tem dor no corpo e não tem um colchão adequado, o trabalho deles, a grande maioria, é com enxada...Então...não tem como, não tem muita coisa pra fazer, porque o dia a dia deles não permite isso[...] MÉD 7

[...] todo mundo só quer tomar remédio para emagrecer... eles não querem também fazer o mínimo esforço. É a lei do mínimo esforço, eles querem é tomar remédio, e mesmo assim, se o remédio tiver no SUS entendeu [...] MÉD 1

Neste aspecto, Starfield (2002) salienta que, em vez de supermedicar o problema de saúde, os médicos poderiam ajudar os pacientes a entender a gênese de seus problemas e encorajá-los a se envolver em atividades coletivas, e não individuais, para lidar com os determinantes subjacentes a eles. Enfatiza-se, portanto, que os saberes biomédicos são concretos e possuem importância real,

porém são esgotáveis nas questões mais complexas ligadas à sociedade e ao comportamento. Cunha (2010) destaca que de forma alguma os saberes biomédicos são ruins, entretanto eles não podem ser o único parâmetro em relação à clínica.

Observa-se que a Atenção Primária constantemente exige dos profissionais a avaliação em cada situação, das dimensões orgânica, subjetiva e social do processo saúde-doença-cuidado (BRASIL, 2011c). O cotidiano dos serviços aponta para a necessidade de práticas que incluam outros saberes, devido ao fato de que os problemas dos usuários serem, geralmente, vagos e nem sempre relacionados à dimensão orgânica mais especificamente:

[..] Eu como clínica me cabe ouvir, basicamente não é? Medicamento às vezes, pra quem tem necessidade, embora eles não aceitem, né? Às vezes é muito difícil, mas, eu... a minha parte é essa.... tem uma senhora aqui, o prontuário dela está enorme, ...ela está aqui dia a dia, cada vez é um problema que ela tem. Hoje ela está porque o filho juntou com uma mulher que ela não estava muito interessada, que tem uma filha deficiente, morando na casa dela, e tal... então ela vem me conta isso tudo, a gente ouve e....af começa, dor aqui, dor ali, sabe? Mas....assim, não tem como fazer nada a não ser atender e ouvir dentro do que a gente pode né? [...] MÉD 7

Constata-se, portanto, que a atenção primária envolve a atenção a pacientes que, geralmente, têm múltiplos diagnósticos e queixas confusas, os quais, muitas vezes, não se relacionam aos diagnósticos conhecidos (STARFIELD, 2002). Além disso, como a saúde é fortemente influenciada pelo contexto social em que as pessoas vivem e trabalham, seria esperado que os fatores sociais fossem um dos componentes das interações médico-paciente.

Porém, como destaca Giovanela (2009), a adaptação dos médicos ao novo modelo assistencial tem sido um processo gradual e requer a qualificação das equipes. Starfield (2002) compartilha desta ideia ao afirmar que são urgentes os investimentos em treinamento destes profissionais, para que se tornem familiarizados com a forma como os problemas se apresentam em estágios iniciais e, a partir daí, sejam capazes de avaliar a importância relativa de vários sintomas e sinais em estágios iniciais da doença levando-se em conta os determinantes sociais.

Para tanto, faz-se necessária a melhoria das habilidades de comunicação dos profissionais, pois tais habilidades aprimoram o desempenho dos médicos, pelo menos no julgamento dos pacientes, visto que estes podem participar mais

ativamente da consulta e os médicos podem conseguir deles melhores informações (STARFIELD, 2002).

Cabe relativizar que, ao entender a saúde a partir do conceito ampliado, diante de inúmeras opções causais, torna-se difícil o estabelecimento de prioridades, sobretudo, porque é na prática que a multicausalidade torna-se, frequentemente, reduzida à unicausalidade, quer por insuficiência dos instrumentos de intervenção, quer porque as ações possíveis de ser implementadas em ato são consideradas insuficientes na abordagem rotineira dos problemas (OLIVEIRA, 2000).

Esse pressuposto justifica a fragilidade com a qual os profissionais e os serviços suprem, efetivamente, as necessidades dos usuários a partir de uma abordagem integral. Tal abordagem é aceita e divulgada no discurso dos profissionais, porém a realidade do cotidiano dos serviços carece de tecnologias eficazes para sua concretização.

Merece destaque o fato de os profissionais médicos possuírem outros empregos além do vínculo com a unidade de ESF:

[...] eu chego as 7, fico aqui até mais ou menos 10 e meia. Saio daqui vou pro Sindicato dos Trabalhadores Rurais, fico lá até umas onze e quarenta, vou em casa, almoço, retorno aqui uma, uma e meia, fico até 3 e meia, aí eu vou pro ambulatório de HIV... e 5 horas eu já estou liberado já[...] MÉD 10

Esse comportamento dos médicos desperta para o fato do não cumprimento das 40 horas semanais previstas para o exercício do cargo (BRASIL, 2006), o que implica restrição de horário de atendimento, criando barreiras organizacionais ao acesso e interferido na resolutividade das ações desenvolvidas.

Em contrapartida, observa-se que as demais atividades são desempenhadas em outras unidades no próprio município, o que permite certa avaliação sobre o desempenho das ações dos médicos, bem como o acompanhamento de alguns casos:

[...] eu faço atendimento no Pronto Socorro municipal...e sábado passado eu fiz atendimento lá, e o número de atendimento é muito grande, e o bairro por ficar muito próximo, facilita o acesso da população do bairro ao Pronto Socorro, ... eu achei interessante o seguinte, eu atendi muitos pacientes de outros PSFs com coisas simples que poderiam ter sido resolvidos na unidade e não foram resolvidos, que o médico mandou observar, mandou olhar...coisa que eu via que tinha necessidade de ter sido prescrito algum medicamento e não foi. Enquanto que aqui do bairro eu acho que eu atendi 2, um ou dois pacientes aqui do bairro, quer dizer foi muito pouco em relação ao restante,

que as vezes dos outros bairros eu tive um volume grande, daqui de dentro do bairro praticamente eu não tive ninguém durante todo o dia de atendimento lá [...] MÉD 10

[...] Eu trabalho no PA também, então a gente sabe que lá em cima é mais tumultuado devido a uma demanda errada do paciente que é de Posto que está indo pra lá. A gente tenta segurar o paciente ao máximo no posto, o que é impossível [...] MÉD 11

Vislumbra-se, portanto, a possibilidade de as prefeituras instituírem planos de fidelização da mão de obra médica, incluindo-os em serviços de outros níveis de complexidade do próprio município, de forma a contribuir para o fortalecimento do vínculo com a população. Trata-se de beneficiar-se deles nas diversas áreas assistenciais.

Em relação às práticas de acolhimento, percebe-se que os médicos a entendem como se fossem uma triagem a suas consultas:

[...] no horário de consulta, eu vejo que o acolhimento é muito bom, sabe... as pessoas chegam, tomam informações, explicam direitinho pra elas, as vezes elas querem fazer coisas que não é de tanta necessidade, né? às vezes tem coisa impossível, e as vezes elas não ficam satisfeitas com as respostas, mas eu acho que o acolhimento é bom [...] MÉD 10

[...] Você vai pegar um agente de saúde que vai conseguir contornar bem ali no balcão, o outro já não tem a mesma habilidade... E a questão deles não terem uma formação da área de saúde, complica muito, que eles não sabem ver quem é um grave e quem não é um grave entendeu? Então isso complica, agora por outro lado, como eles conhecem melhor a comunidade, sabem que é problemático e quem não é, eles conseguem contornar melhor o paciente problemático [...] MÉD 11

Vê-se que o acolhimento da demanda espontânea na Atenção Primária se reduz a uma triagem para o atendimento médico. Percebe-se que, quando a consulta médica é a principal, ou única, oferta de cuidado de uma unidade, a prática do acolhimento se limita à busca de respostas do tipo queixa-conduta. É crucial passar da lógica procedimento-centrada à lógica usuário-centrada. (BRASIL, 2011c). Deste modo, o ato de acolher o usuário exige que a equipe seja conhecedora do conjunto de ofertas possíveis de ser apresentadas a eles, as quais devem estar à disposição, como a escuta qualificada e a conversa terapêutica (que serão discutidas adiante), além, é claro, de elencar as diversas possibilidades de itinerário: NASF, enfermeira, etc.

Outro fator descrito pelos profissionais, que influencia a prática do acolhimento, é a estrutura física:

[...] o acolhimento não é bom... a estrutura física minha é horrível, ... é muito pequeno... você não se sente confortável ali fora...o melhor lugar que tem é esse consultório aqui, o resto do posto é todo tumultuado....o espaço físico aqui é terrível, aí junta com pacientes que não tem educação, junta um atendimento que as vezes a pessoa não entende bem o problema que o paciente quer passar pra ele entendeu? Então isso complica... Mas isso não é só aqui não, acontece no Pronto Atendimento também, que quem ta na portaria não é uma pessoa que consegue ver quem é que está grave, quem é que não está, geralmente vê quem é que ta fazendo bagunça e quem não ta fazendo bagunça, é atendido primeiro quem faz bagunça, a verdade é essa [...] MÉD 11

É certo que, quase na totalidade das situações, o primeiro contato dos usuários que procuram as unidades de ESF ocorre com profissionais que não tiveram formação específica para atuar na área da saúde. Por isso, reitera-se a importância de incluir estes profissionais nos momentos de reflexão sobre o acolhimento. Já foram indicadas situações nas quais os profissionais da recepção podem identificar casos de maior risco e vulnerabilidade e facilitar o acesso dos usuários a uma avaliação mais rápida por parte de um profissional de saúde. Para isso, esses trabalhadores deveriam ser envolvidos em reuniões sistemáticas das unidades, que tivessem como foco a organização da recepção e a escuta às pessoas, bem como os fluxos dos usuários na unidade e na rede (BRASIL, 2011c).

Sem dúvida, a recepção é o primeiro contato do usuário com a unidade. É importante ressaltar que, em situações imprevistas, caberá ao profissional deste setor realizar a oferta de cuidado. Porém, não sendo possível a realização deste ato na recepção, é importante que haja um espaço adequado para escuta, análise e definição da oferta de cuidado com base na necessidade de saúde e, em alguns casos, intervenções. Porém, enfatiza-se que não basta ter uma “sala de acolhimento”. Não existe uma única e melhor forma de acolher a demanda espontânea para todos os contextos, o que existe são diferentes possibilidades de modelagens, cuja experimentação propicie o ajuste à realidade de cada unidade (BRASIL, 2011c).

Takemoto (2007) destaca que o acolhimento tem como objetivo ampliar o acesso dos usuários ao serviço, humanizar o atendimento e funcionar como dispositivo para a reorganização do processo de trabalho pontuando problemas e oferecendo soluções e respostas pela identificação das demandas dos usuários, rearticulando o serviço em torno delas.

Portanto, entende-se por acolhimento a recepção do usuário, desde sua chegada, responsabilizando-se integralmente por ele, ouvindo sua queixa, permitindo que ele expresse suas preocupações, angústias e, ao mesmo tempo, colocando os limites necessários, garantindo atenção resolutiva e a articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência quando necessário (BRASIL, 2004).

V.2) O Fazer Cotidiano e tecnologias da equipe de Enfermagem:

As enfermeiras foram admitidas no serviço sem possuir experiência prévia nem formação específica, o que permite inferir que o conhecimento a respeito da APS foi adquirido de acordo com o desenvolvimento do trabalho cotidiano ou imposições gerenciais verticalizadas. Além disso, o conhecimento sobre o processo de trabalho e a concepção da APS, ESF foi adquirido, provavelmente, em cursos lato-senso, realizados após algum tempo de atuação no cargo.

A maioria das enfermeiras possui mais que 5 anos no cargo na mesma unidade, o que representa, ao menos na teoria, inúmeros benefícios. Um deles que se pode destacar é a relação de longa duração entre os profissionais e usuários, descrito por Starfield (2002) como Longitudinalidade. Por intermédio desta relação, os profissionais passam a conhecer os pacientes e os pacientes passam a conhecer seus profissionais com o passar do tempo:

[...] a auxiliar, como ela já é daqui, já mora aqui, trabalha aqui há séculos, então o povo tem mais intimidade... às vezes eles choram com ela [...] ENF 8

Constata-se que a relação estabelecida entre a equipe de enfermagem e usuários se dá de forma independente da presença ou ausência de problemas específicos relacionados à saúde e este é um item fundamental para o alcance dos objetivos da atenção primária (STARFIELD, 2002).

Porém, do mesmo modo que os médicos, a maioria das enfermeiras assume uma postura de cunho biomédico em suas atividades:

[...] Como enfermeira eu faço vacina, coleta de preventivo, triagem, a parte administrativa também, as papeladas todas, as educações em saúde, visitas domiciliares, curativo, administração de medicamentos, quando aparece de controlar a pessoa em casa quanto a questão de sonda...a gente faz isso tudo...os curativos, os medicamentos que a gente tem que entregar, mais alguns remédios que a gente tem que fazer na hora, intramuscular, ou até mesmo de observação que alguns pacientes costumam ficar, pequenas cirurgias, uma drenagem de abscesso, ponto, e faz educação em saúde né? Segunda e quarta é dia de coleta de sangue no primeiro horário, de 7 até 8

horas, e tem as consultas médicas que acontecem todos os dias pela manhã. Dia de segunda e quarta eu também faço coleta de preventivo, dia de terça-feira é o dia do grupo de gestante, toda quinta-feira tem o grupo de hipertenso, e na sexta-feira já é a demanda espontânea, resultado de exames, e as visitas aí depende... agora mesmo um agente me avisou que tem um paciente que a gente precisa visitar, que chegou do hospital e precisa de orientar quanto ao curativo, que é uma fratura grande exposta. Os pacientes acamados a gente tenta fazer um controle de 1 visita por mês.... [...] ENF 9

Do mesmo modo, as ações dos auxiliares de enfermagem seguem um padrão de atendimento, as demandas biológicas, algumas relacionadas à prevenção:

[...]... A prioridade de manhã é a coleta, a doutora, e os outros logo em seguida, que são as vacinas, os curativos, a entrega de medicamentos, e o mais, tendo urgência a gente vai atendendo também junto [...] AUX. ENF 17

Constata-se que as atividades desempenhadas pelos profissionais de enfermagem atêm-se aos programas de atendimento prioritariamente das doenças, respondendo às solicitações verticalizadas dos protocolos assistenciais. Estas formulações impõem determinados padrões de comportamento às unidades e aos profissionais, o que revela um cumprimento de metas, quantitativamente instituídas, porém sem que isso seja sinônimo de melhorias de vida para a população.

A oferta de serviços a partir desta lógica replica o modelo verticalizado de programas assistenciais. Parece faltar autonomia para que cada unidade desempenhe suas ações de acordo com o perfil da sua população adscrita. Além disso, não se percebe o fortalecimento das ações coletivas, pois há priorização das ações de cunho individual: pré-natal, vacinação, preventivo. Estas ações se distanciam do trabalho integral, sendo as tarefas pontuais e fragmentadas (VIEGAS *et al*, 2010).

Os protocolos assistenciais, bem como a forma de gestão por estímulos financeiros por alcance de metas, prejudicam a prática ampliada visto que diminui o campo de visão dos profissionais e dos usuários para cumprirem o pacote de ofertas determinado verticalmente, os quais influenciam diretamente no recebimento / orçamento dos municípios. Além disso, os protocolos definidos através das linhas-guia e definidos nos programas assistenciais promovem certa alienação profissional, pois estes, como destaca Cunha (2010), “são prescritivos,

afinados com a centralidade do aspecto biológico e a imutabilidade dos sujeitos e é baseado exclusivamente a partir de referenciais epidemiológicos” (p.155).

Porém, o que se percebe é a pacotificação de serviços sem considerar a realidade de cada local. O estudo foi realizado em 3 unidades diferentes de um mesmo município, porém pode-se perceber perfis de clientela e necessidades distintas. Uma das unidades reúne população em alta vulnerabilidade social, criminalidade, drogas, gravidez na adolescência, violência doméstica:

[...] Olha pra falar a verdade é muita carência aqui, por mais que a gente tenha aquelas questões da febre, tosse, dor de cabeça, a maioria das consultas hoje em dia é uma questão social, é a pessoa que não tem o que comer em casa, e vem às vezes desabafar, é a pessoa que não tem o que dar pros filhos, que quer às vezes uma medicação pra deixar os filhos dormindo pra não sair pra roubar... questão de alimentação...acontece demais a pessoa não ter o que comer..o apanhar do marido... [...] ENF 12

A unidade referida pela ENF 12 atende aos bairros mais carentes da cidade, logo a região que possui menor nível de escolaridade e de renda. São os bairros onde existe maior índice de violência doméstica, bem como usuários de drogas e alcoolismo (NO). Em contrapartida, a unidade da ENF 9 cobre bairros onde o nível socioeconômico é alto:

[...] aquela área lá do SUS, são duas micro áreas que eu tenho lá, aquele morrão lá, é uma área de pessoas mais privilegiadas, elas tem plano de saúde, tem um salário bom, então elas não precisam ta usando muito a unidade de saúde, né [...] ENF 9

Destaca-se assim que, apesar de apresentarem características diferentes, todas as unidades encontram-se submetidas às mesmas regras de produção e ao cumprimento das mesmas metas. Neste sentido, o próprio sistema permanece copiando o modelo tradicional a partir do cumprimento do “tipo-ideal” das lógicas positivistas. Não significa dizer, porém, que os Protocolos não sejam úteis, ou que metas não devam ser utilizadas, o que se pondera é o engessamento das ações, a relativização de seus efeitos nas reações singulares consideradas mais eficazes e resolutivas. Acredita-se que a flexibilização dos protocolos, juntamente com o estímulo à autonomia das ESF, sem prejuízo do vínculo financeiro, mediado pela avaliação de indicadores epidemiológicos, possam contribuir para práticas mais eficazes.

A atual dinâmica protocolizadora, além de não ser resolutiveira, é anti-motivacional visto que muitos profissionais sentem-se desmotivados para realizar funções que não serão creditados como válidos por não fazerem parte do pacote de metas estabelecidas. Mesmo as ações resolutiveiras não são premiadas, pois não fazem parte dos indicadores que avaliam a unidade como cumpridora de seus deveres.

Nas unidades observadas, somente uma enfermeira parecia exercer as funções para além da quantificação. Nela, foi observado que construção de redes sociais de apoio e levantamento dos recursos da população são rotineiramente realizados:

[...] eu, junto com os agentes de saúde a gente tenta, ou liga pra ação social, tenta uma cesta básica, mas a maioria das vezes a gente tira do próprio bolso, ou cada um traz um alimento, monta uma cesta básica e dá pra pessoa. Ou até mesmo tenta arrumar um emprego, tenta arrumar uma faxina, porque não tem muito estudo, não escolhe serviço, a gente ouve e tenta fazer o que a gente pode. Em relação a criança também, quando a gente não tem a compra, pelo menos o leite da criança a gente dá por pelo menos um tempo, porque não é fácil, a gente tenta manter isso em sigilo, a gente não sai falando o que a gente faz e o que a gente deixa de fazer, porque senão a gente não dá conta. [...] ENF 12

Constata-se que as tais ações são desenvolvidas pelo viés assistencialista, não sendo uma ação formalizada, devidamente instituída como dinâmica, cuidadora. As ações descritas referem-se à percepção e à sensibilidade da equipe e não se repete em todos os casos.

Nesta mesma unidade, houve o registro de ações que ultrapassam os estabelecidos nos protocolos e visam ao atendimento das necessidades da população:

[..] um jovem a gente conseguiu tirar das drogas, a gente deu suporte, arrumou emprego, aconselhou a família, e ele vinha a nós, pedia ajuda, e todo mundo corria dele...ele passou 7 meses internado, na época ele chegou a pesar 60kg, assim, ele tava acabado, queria morrer, (a enfermeira se emociona, os olhos encheram de lágrimas), e o que aconteceu? Era pra ele ficar 9 meses internado e ele ficou 7 meses, e quando ele saiu o primeiro lugar que ele procurou foi nós, pra agradecer e pedir um emprego...hoje, já passa de um ano, ele continua trabalhando no mesmo emprego, ta de carteira assinada, e não voltou pras drogas [...] ENF 12

A emoção da enfermeira ao contar o caso (NO) suscita a sensibilidade que ela possui frente às demandas que se apresentam por contexto social. Porém, é importante reafirmar que se trata de ações isoladas, não se configurando como a

realidade do município, visto que, em outras unidades, as enfermeiras limitam-se a cumprir as atividades propostas nos protocolos, delegando, ao menos no discurso, os casos considerados sociais, ao NASF:

*[...] O que a gente resolve de verdade aqui é parte da doença e tenta prevenir a que podem surgir... o caso da carência, sei lá...da falta de dinheiro...Isso tudo é muito difícil da gente estar resolvendo, a gente pede a assistente social para estar intervindo, mas nessa parte assim a gente fica meio sem saber o que fazer, porque não depende exatamente da unidade ou da equipe, né? [...]
ENF 9*

É certo que as unidades de ESF são palco de inúmeras solicitações perpassadas de transversalidade, pois se entende que ali se buscam soluções para os mais variados problemas, sejam eles físicos ou sociais. Cabe, portanto, ao profissional, reconhecer esta dinâmica dialética e passar a reconhecer, nos fluxos afetivos, oportunidades de estabelecer relações terapêuticas que possibilitem a escolha de caminhos para a intervenção clínica (CUNHA, 2010).

Em relação às práticas de acolhimento, constatou-se que a maioria das enfermeiras delega esta função ao pessoal auxiliar, realizando somente ações de triagem das consultas e consultas propriamente ditas:

*[...] muita gente mexendo em muita coisa acaba que não cria também nenhum vínculo... Então por isso, eu deixo que o acolhimento seja feito pela auxiliar... ela faz uma listagem e aí vai dando prioridade...Quem já tiver passando mal já vai passando na frente...ela faz esse primeiro acolhimento e depois passa pra mim os que são prioridade[...]
ENF 8*

*[...] Agora a gente tem uma auxiliar administrativa ali na frente, é ela que faz a triagem das pessoas... é ela quem recebe as pessoas, a pessoa vai até ela, fala o que quer e o que deseja e aí ela vê qual a necessidade, qual que tem mais necessidade, aí ela encaminha para enfermeira, aí a enfermeira dá continuidade. O acolhimento então é feito por ela [...]
ENF 21*

É equivocado restringir a responsabilidade pelo ato de acolher os trabalhadores da recepção, ou a qualquer trabalhador isoladamente, pois o acolhimento não se reduz a uma etapa nem a um lugar (BRASIL, 2011c). Sabe-se que o acolhimento permite um atendimento com maior resolutividade e responsabilização, pois transcende a lógica técnica e proporciona um diálogo entre a necessidade sentida pelo usuário, que será interpretada e validada (ou não) pelo profissional de saúde e os horizontes de ambos. Para tanto, os trabalhadores designados para escutar as demandas devem ter capacidade de analisá-las, bem como possuir clareza das ofertas de cuidado existentes na unidade, possibilidade de diálogo com outros colegas, algum grau de

resolutividade e respaldo para acionar as ofertas de cuidado em tempos e modos que considerem a necessidade dos usuários. Reitera-se que o acolhimento pode facilitar a continuidade e a redefinição dos projetos terapêuticos dos usuários.

As enfermeiras enfatizam a importância de um espaço específico para a realização das práticas de acolhimento:

*[...] acolhimento não é feito ali, geralmente ela chama individual pra salinha de pré-consulta, ela dá uma agilizada na pré-consulta manda pra doutora e nesse meio tempo ela vai fazendo o acolhimento individual né [...]*ENF 8

Sabe-se que, independentemente do local onde se operam as práticas de acolhimento, as conversas com os usuários e, sobretudo, as experiências de acolhimento vividas por eles, podem facilitar a construção de vínculos com os trabalhadores. As conversas também permitem ampliar a capacidade de autocuidado, à medida que eles se veem capazes de reconhecer sua situação e se sentem seguros quanto à possibilidade de serem acolhidos na unidade de saúde, prática que deve ser enfatizada.

Outra tecnologia que surge nos discursos das enfermeiras é a educação em saúde, nas quais são realizadas ações visando à prevenção de doenças e agravos, bem como o acompanhamento e o controle do processo de saúde e da doença dos usuários:

*[...] eu tenho reunião de hipertensos toda terça de uma as duas, e o GAT começa as duas e meia, então o educador físico aqui faz meio que isso e ajuda em algumas educação em saúde que eu faço. E aí assim, a gente busca o paciente, pesca o paciente... igual hipertenso e diabético...pega medicação somente se vier a reunião....são coisas assim...porque a gente já tentou fazer grupos é...pra outros...por exemplo grupos de adolescentes, e eles não vem, então a gente vai tentar de novo agora com o apoio do NASF pra ver se a gente consegue dar essa continuidade aí no planejamento familiar, com adolescentes, pra tentar ser fixo como o hipertenso é, como o diabético é, como a gestante [...]*ENF 8

Além disso, parece que estas práticas se consolidam somente se houver certo controle e empoderamento por parte dos profissionais, visto que a entrega de medicamentos está condicionada à presença dos usuários nas reuniões.

A realização da educação em saúde, a partir de reuniões em grupos operativos, é prática comum em todas as unidades e a presença dos profissionais do NASF nos discursos é unânime:

*[...] o básico do NASF é ou elaborar, ou auxiliar a educação em saúde. [...]*ENF 8

[...] educação em saúde? A gente tem os grupos específicos, tem o grupo de hipertenso, tem o grupo da gestante, que uma vez por mês a gente faz uma reunião, os hipertensos a gente tem grupos semanais... na reunião a gente orienta melhor sobre a importância de tomar a medicação nos horários, a importância da alimentação, da atividade física, e tem o NASF que dá essa orientação toda sexta-feira com o grupão sobre a atividade física, é o educador físico que faz isso. [...] ENF 9

[...] as educações em saúde também a gente faz toda semana, as segundas-feiras a gente tem na quadra atividade física com o NASF, a educadora física com a nutricionista, aí lá eles fazem atividade física, e tem um momento de orientação, de palestra, é onde também é aferida a pressão e feito esse controle de glicemia. Nas terças-feiras também a gente tem um grupo para sala de espera com a assistente social, e faz visitas também. [...] ENF 12

Observa-se que as ações consideradas como educação em saúde estão voltadas para medidas preventivas e curativas que visam à obtenção da saúde e ao enfrentamento das doenças e obedecem à lógica protocolizadora estabelecida pelas linhas-guia assistenciais, principalmente hipertensos, diabéticos e gestantes. Do mesmo modo, as ações em saúde parecem ser entendidas somente como transmissão de conteúdos, ao invés da adoção de práticas educativas que busquem a autonomia dos sujeitos na condução de sua vida.

Em relação a esse assunto, Alves (2005) reconhece a necessidade de abandonar estratégias comunicacionais informativas e passar a estabelecer uma comunicação dialógica junto aos usuários. A autora considera necessário conhecer os indivíduos para os quais se destinam as ações de saúde, incluindo suas crenças, hábitos e papéis, e as condições objetivas em que vivem, pois assim haverá o desenvolvimento da autonomia e da responsabilidade dos indivíduos no cuidado com a saúde. Salaria, também, que tal autonomia será advinda não mais pela imposição de um saber técnico-científico detido pelo profissional de saúde, mas sim pelo desenvolvimento da compreensão de sua situação de saúde.

Por fim, percebe-se que, apesar do discurso do trabalho em equipe, evidenciou-se uma clara e detalhada divisão de tarefas, mesmo que não formalizadas, como se o universo da unidade de saúde fosse delimitado por barreiras imaginárias na concepção dos profissionais de saúde. Observou-se que, muitas vezes, a barreira ao acesso inicia-se no balcão ou em uma porta fechada, que impõe ao usuário certa rigidez no espaço físico, muitas vezes precário. Observou-se, também, que nas unidades de ESF é comum existirem quadros ou

avisos que transmitem informes aos usuários sobre as regras e horários para os diversos procedimentos, como horário das consultas, exames, dias específicos para as consultas de pré-natal, horário para entrega de medicamentos, etc. Muitos deles continham a frase "por favor, não insista" como uma forma de organizar a demanda das unidades (NO). Essas ações coíbem o livre acesso do usuário à unidade e estabelecem barreiras organizacionais importantes.

Foi comum perceber que a resposta dada aos usuários é "vou te encaminhar para a enfermeira", e da enfermeira para a consulta médica, e do médico para a consulta com o especialista, ou da enfermeira para algum membro do NASF (NO). Esta divisão de saberes e tecnologia, aliada às regras impostas para o acesso aos serviços, acaba por conferir impossibilidades aos usuários.

À equipe básica da ESF cabe resolver ações referentes ao cumprimento de metas, relacionadas nos protocolos assistenciais, bem como a resolução dos casos confirmadamente patológicos. Já os casos que ultrapassarem esse limiar, considerados como "sociais", serão encaminhados ao NASF, assim como aqueles considerados de educação em saúde.

V.3) O Fazer Cotidiano do NASF:

O NASF, regulamentado pela Portaria GM 154 de 2008, tem por objetivo ampliar a abrangência e o escopo das ações da Atenção Primária, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da ESF na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da Atenção Primária. Desta forma, não se configura como porta de entrada do sistema para os usuários, mas sim de apoio às equipes de ESF.

A equipe do NASF prevê a revisão da prática do encaminhamento com base nos processos de referência e contrarreferência (BRASIL, 2008). Neste sentido, atua de forma integrada à rede de serviços de saúde, a partir da responsabilização compartilhada junto às equipes de ESF, identificando as demandas em conjunto com os profissionais das unidades de ESF através de um processo de acompanhamento longitudinal de responsabilidades.

Em Manhuaçu, o serviço do NASF está organizado da seguinte maneira: para cada unidade de ESF há 1 membro do NASF que exerce a função de gerenciador da equipe. É ele quem participa das reuniões de equipe da unidade,

sendo o responsável pela comunicação dos problemas e prioridades da unidade aos demais membros da equipe do NASF. Esta comunicação ocorre nas reuniões semanais do NASF, quando são discutidos os casos que necessitam de atendimento e/ou acompanhamento mais ostensivo.

[...] Não tem um caso que aconteça comigo, que a fisioterapeuta não fique sabendo... essas reuniões de planejamento, é justamente pra isso, pra gente discutir os casos né? Então... todo caso que as vezes eu pego, não é só o parecer do assistente social, é lógico que tem a visão do assistente social, mas só que antes disso, eu conversei com o psicólogo, eu conversei com o nutricionista, com a educadora física, né? Todos nós trabalhamos em equipe mesmo, o trabalho é compartilhado [...] ASSIT. SOC. 13

Estes atendimentos estão, em sua maioria, relacionados às ações de educação em saúde e aos grupos operativos:

[...] Nós trabalhamos com uma agenda de saúde com datas comemorativas de combate a determinados problemas, acometimentos comuns aquela população, como hanseníase, tuberculose né, doenças endêmicas e aí a gente faz um trabalho de educação em saúde pra diagnóstico precoce e prevenção também dessas doenças. [...] FISIO 16

A organização dos processos de trabalho do NASF é estruturada priorizando o atendimento compartilhado e interdisciplinar, com troca de saberes, capacitação e responsabilidades mútuas, gerando experiência para todos os profissionais envolvidos, mediante estudo e discussão de casos e situações, projetos terapêuticos, orientações e atendimento conjunto. Dentre as atividades desenvolvidas pelo NASF em Manhauçu, destacam-se os Projetos Terapêuticos Singulares (PTS), que desenvolvem ações a grupos terapêuticos específicos como idosos, crianças, adolescentes, planejamento familiar, problemas posturais, reabilitação assoalho-pélvico, pacientes em uso de insulina, hipertensos, diabéticos, atividades físicas, dentre outros. Todas são tarefas a **ser** desenvolvidas de forma articulada com as equipes de SF e outros setores interessados.

Observa-se a constante preocupação dos profissionais do NASF em interagir com a população, apreendendo dela as demandas subjetivas:

[...] no início de cada grupo a gente conversa com eles, a gente tem uma relação de troca com eles, de amizade, buscando coisas novas para estar trazendo para a comunidade, para estar proporcionando momentos para a comunidade de educação em saúde, de lazer, de aumento da autoestima, que a gente tem um público que tem a autoestima bem baixa, dos diversos problemas que eles têm, então eu acho que é uma equipe que tem trabalhado muito em prol da comunidade. [...] ED. FÍSICO 14

[...] a gente costuma fazer muito esse acolhimento, quando eles estão aguardando uma consulta, aí nós chegamos perto deles, sempre a gente leva um tema pra discutir com eles na sala de espera, enquanto eles estão aguardando, e aí a partir desse contato com eles a gente começa a perceber também as demandas [...] ASSIST. SOC. 13

Oliveira (2008) cita que o conceito norteador das ações do NASF é a clínica ampliada, de forma a não reduzir os usuários a um recorte diagnóstico ou por áreas profissionais, mas para que os profissionais possam enxergar e atuar na clínica para além dos pedaços fragmentados, sem deixar de reconhecer e utilizar o potencial desses saberes. Essa proposta ajuda os trabalhadores e os usuários dos serviços de saúde a lidar com a complexidade dos sujeitos e dos problemas de saúde da atualidade, o que significa que os ajuda a trabalhar em equipe, reconhecendo a interdependência do trabalho em saúde (BRASIL, 2008).

Os profissionais do NASF também desenvolvem o Projeto de Saúde no Território (PST), cujo objetivo é formalizar parcerias com diferentes instituições comunitárias como creches, escolas, pastoral da criança, grupo de vicentinos, dentre outros, para desenvolver ações de promoção da saúde:

[...] os grupos de atividade física começam às 8 horas, aí a gente se dirige pros locais que geralmente são quadras ou salão de igreja, que cede o local pra gente aí a gente faz, começa o grupo com a aferição da PA, índice glicêmico, pega as assinaturas de todo mundo, depois geralmente a gente faz uma palestra sobre temas relacionados a saúde e a seguir eu faço a atividade física para o grupo. [...] ED. FISIC. 14

Por último, os profissionais desenvolvem atendimentos específicos, individuais no domicílio, de forma compartilhada por todos os membros da equipe:

[...] eu faço uma visita em domicílio, eu tento tratar a questão física, mas tem uma série de questões sociais, psicológicas influenciando o indivíduo, é uma possibilidade de atuação mais rica, então a gente tenta fazer quase como um enxame de abelhas, assim, a gente vai, aborda, e tenta desfazer aquele novelo de problemas pra tentar melhorar [...] FISIO 16

As ações no NASF, conforme foram relatadas, lançam luz sobre as questões referentes ao trabalho em equipe e interdisciplinaridade. Alves *et al* (2005) enfatizam que falar em interdisciplinaridade requer estabelecer as relações de diálogo e de interação entre os diversos setores responsáveis pelo atendimento em saúde. Segundo Coelho e Jorge (2009), o trabalho em equipe favorece a contribuição de diversos saberes, e as ações do NASF apontam para esta questão.

Porém, parece ainda haver limitações no pensar e no agir interdisciplinar, visto que, para isso, o cuidado deverá ser centrado no paciente e não nas categorias profissionais que o atendem. O trabalho em equipe não se caracteriza por um conjunto de pessoas reunidas em determinadas ocasiões para discussão e resolução de problemas específicos, mas sim a produção de “uma grupalidade entre os diversos sujeitos, de forma que estabeleçam conexão para construções coletivas, que suponham mudança pelos encontros entre seus componentes” (COELHO e JORGE, 2009, p.1530).

As práticas do NASF são desenvolvidas a partir de ações em parceria com equipes do NASF e ESF, indicando a sensibilidade às ações interdisciplinares, porém cada membro da equipe participa no desenvolvimento das ações propostas de acordo com o seu saber e sua função específica:

[...] cada profissional aborda um certo tema, geralmente eles vem de dois em dois. Na segunda a gente tem o psicólogo e nutricionista e a... educadora física, no dia da nutricionista geralmente tem puericultura, aí ela aborda as crianças, fala sobre alimentação, a enfermeira faz o acompanhamento com ela, pra ver altura, peso, desenvolvimento. O psicólogo faz acompanhamento com as crianças que têm com problema na escola, que às vezes tá meio rebelde com os pais em casa, a educadora física ela é mais a parte física né? Orienta os pacientes a fazer exercício físico, principalmente os hipertensos e os diabéticos, ela pede pra eles tá participando na atividade que tem na quadra toda segunda, a fisioterapeuta tem o grupo de coluna toda sexta 8 horas ela faz um grupo de coluna, quando a gente precisa também ela vai na casa, conversa com o paciente, orienta, os pacientes, principalmente os mais idosos que tem artrose essas coisa assim. Tem a assistente social e o farmacêutico, os dois vem na terça na parte da tarde, o farmacêutico, ele é quem faz o acompanhamento dos pacientes com a gente que são analfabetos ou que não tem condições...que não decoram os horários de remédio, que a gente vê que tá tomando errado a gente aciona eles, eles vai, tenta ver um mecanismo pra ver como é que vai fazer... e a assistente social ela fica na parte do bolsa família, acompanhamento de bolsa família, que tem que ter uma reunião mensal com eles, e ela faz junto com a enfermeira, elas fazem a reunião do grupão todo do bolsa família, e caso assim, que precisa da assistente social, uma família que tá tendo problema, uma criança que não tá tendo condição de comprar esses leites caros, NAN por exemplo, aí ela vai fazer um relatório pra assistente social, denúncia também é ela quem resolve, denúncia de maus tratos, é ela quem resolve[...] ACS 20

Observou-se que os responsáveis pelos grupos operativos fazem a programação e o planejamento das atividades e solicitam a contribuição de toda a equipe, porém cada profissional contribui com seu saber e função específicos (NO), o que se distancia da proposta interdisciplinar, pois se sabe que as práticas e os saberes de toda a equipe serão mais resolutivos do que a individualização do conhecimento (CIUFFO, RIBEIRO, 2008).

Vale ressaltar que o atendimento dos profissionais do NASF não se refere à especialidade; o trabalho destes profissionais tem o enfoque maior no apoio à atenção primária - através do compartilhamento de responsabilidades e do desenvolvimento de ações de promoção da saúde junto à comunidade - bem como no acionamento de outras instâncias governamentais quando necessário, tendo em vista o desenvolvimento de ações que se integrem a outras políticas sociais como: educação, esporte, cultura, trabalho e lazer.

Por fim, constata-se que o NASF, em Manhuaçu, desenvolve ações em grupos, com atividades devidamente agendadas, não sendo prioridade o atendimento individualizado ou clínico, mas quando necessário o fazem. A finalidade primordial do NASF é o fortalecimento do cuidado aos usuários do SUS de forma integral, humanizada e continuada, buscando sempre o atendimento das necessidades de saúde, contribuindo para a resolutividade das ações no nível primário.

Enfatiza-se que o NASF não se constitui porta de entrada do sistema para os usuários, mas sim de apoio às equipes de saúde da família devendo atuar dentro de algumas diretrizes relativas à APS, a saber: ação interdisciplinar e intersetorial; educação permanente em saúde dos profissionais e da população; desenvolvimento da noção de território; integralidade, participação social, educação popular; promoção da saúde e humanização.

V.4) O Fazer Cotidiano do ACS: construção cotidiana de vínculo entre comunidade e equipe:

Todos os ACS do presente estudo trabalham somente na Unidade de ESF, como determina a legislação e, em sua maioria, atuam na unidade há mais de 2 anos. Costa e Carbone (2004) relatam que os ACS representam o elo entre os serviços de saúde e a população. Cabe a eles o cadastro de todos os domicílios e a identificação das pessoas ou famílias que precisam de mais atenção das equipes de saúde. São eles também os responsáveis por identificar os problemas de saúde predominantes e as situações de riscos aos quais a população está exposta; além de prestar assistência integral àquelas famílias em casa, na comunidade e no acompanhamento, quando houver necessidade de ser atendidas nos postos de saúde e nos hospitais.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2001) afirma que o ACS deve atender entre 400 e 750 pessoas e deverá desenvolver atividades como: cadastro e acompanhamento das famílias, realizando no mínimo uma visita mensal; identificação de situações de risco e encaminhamento aos setores responsáveis; pesar e medir mensalmente as crianças menores de dois anos e registrar no cartão da criança; acompanhamento da vacinação de crianças e de gestantes; incentivo ao aleitamento materno; orientação as famílias sobre a prevenção de diarreia e desidratação em crianças; identificação das gestantes e encaminhamento destas ao pré-natal; orientação sobre métodos de planejamento familiar e prevenção da AIDS; realização de ações educativas para a prevenção de câncer de mama e do colo uterino; dentre outras. Duarte *et al* (2007) destacam que todas essas atribuições exigem do ACS uma liderança natural na comunidade, fundamentada na capacidade de se comunicar com as pessoas para estimular a corresponsabilidade na melhoria da qualidade de vida e saúde da população.

Porém, do mesmo modo que as enfermeiras, algumas ações dos ACS fazem parte do pacote de serviços instituídos nos programas, o que os obrigam a cumprir uma agenda de visitas:

[...] nem todo mundo aceita nossa visita sabe? Tem paciente que num quer receber visita! Fala, ah eu num preciso, eu tenho meu plano de saúde, aí a gente explica para eles, que mesmo que eles num queiram, depende deles para o posto estar funcionando, porque tem uma demanda que a gente tem que cumprir uma quantidade de, por exemplo, de preventivo dessas mulheres, o pré-natal [...] ACS 23

Estas obrigatoriedades verticalmente instituídas influenciam o processo de trabalho dos ACS. Por vezes, estes profissionais passam a realizar visitas no intuito de buscar assinaturas de usuários:

[...] não é só chegar e pegar a assinatura, que tem muita gente que chega na casa da pessoa atrás da assinatura, até uma paciente nossa, ela trabalha na epidemiologia, numa reunião que nós tivemos semana passada ela falou... Que a agente não vai na casa dela, só quer assinatura e ela falou que não assina mais, ela não quer mais a visita [...] ENF 9

Ações como estas se distanciam dos pressupostos que direcionam a organização do trabalho na ESF, que apontam para o estabelecimento de vínculo entre profissionais da saúde e comunidade, que enfatizam o envolvimento do usuário na programação em saúde como possibilidade de melhorar a atenção à

saúde por meio de práticas e ações que tenham relação com as necessidades da comunidade. (BRASIL, 2001).

Constata-se que o ACS dispõe de tecnologias diferenciadas de escuta, conversas e observação, o que permite a eles maior aproximação junto aos usuários/comunidade, numa questão de identificação/aceitabilidade de seus discursos. Apesar de não possuírem formação específica na área da saúde, possuem 2 qualidades fundamentais para APS: conhecimento da comunidade e capacidade de observação. São os profissionais que mais se utilizam das visitas domiciliares e se beneficiam dela para apreender as demandas, inclusive, apontando aos demais membros da equipe as necessidades encontradas e, conseqüentemente, solicitando a eles intervenções:

[...] procuro observar o ambiente, que às vezes a pessoa tem um pouco de dificuldade de passar aquilo que ta sentindo, né? Aí eu procuro observar, o que ela está querendo dizer a mais do que aquilo que ela realmente ta me falando, aí eu procuro observar, aí pergunto né [...] ACS 18

Ações, como observar e perguntar, permitem a identificação das necessidades dos usuários e beneficiam a criação do vínculo com o profissional que o atende. Para Cecílio (2009), uma das necessidades em saúde é o estabelecimento de vínculo, entendido por ele como uma relação contínua, pessoal e calorosa. O estabelecimento de laços de compromisso e de corresponsabilidade entre profissionais de saúde e a população fazem parte dos princípios constitutivos das ESF's e como tecnologia leve da prática do trabalho, logo deve fazer parte da produção no cuidado nestes cenários.

Do mesmo modo, o ato de conversar e ouvir pode ser considerado uma tecnologia, se for entendido como uma possibilidade de intervenção (WRIGHT, 2008). O simples fato de oferecer uma pergunta é uma ferramenta de trabalho do profissional de saúde que dá ao paciente-usuário a oportunidade de verbalizar, permitindo-o assumir uma condição de valor sobre a situação relatada. A pergunta torna-se, portanto, não só uma forma de avaliação, mas também de intervenção, pois falar permite (re)significar o que foi dito e desvendar as interações simbólicas existentes no contexto:

[...] a gente que... convive no dia a dia com as pessoas, a gente tem tempo de conversar, aí você chega lá a pessoa, ah to passando mal, to passando mal, To com uma dor de cabeça, aí você para, senta, começa a conversar com a pessoa, aí quando a gente sai de lá, a dor de cabeça já foi embora [...] ACS 23

Constata-se que o ato de intervir mediante conversas pode aliviar o sofrimento físico e emocional dos indivíduos. Cabe, portanto, apontar que estas intervenções devam ter caráter consciente, intencional, para ser consideradas como tal. Evoca-se a necessidade do estabelecimento de uma tecnologia própria para o trabalho na APS que inclua o que se chama de conversa terapêutica e escuta sensíveis, devidamente fundamentadas. Entende-se por conversas terapêuticas as conversas privilegiadas que ocorrem entre profissionais e famílias/indivíduos no contexto do sofrimento da doença e/ou nos momentos de encontro das práticas de saúde (WRIGHT, 2008).

Nota-se que a escuta cria um espaço relacional no qual o outro se torna importante:

[...] eu converso direitinho, mostro que sou uma amiga, que além de uma profissional, eu sou uma amiga deles [...] ACS 18

Observou-se que alguns profissionais estabelecem tais conversas quase que acidentalmente (NO), quando a ação no cotidiano solicita que seja uma ação consciente.

Neste caso, o trabalho do profissional é oferecer perguntas, colocando-se em atitude ativa e de respeito em busca de novas informações, tendo em vista que o ato de ouvir é também terapêutico. Acredita-se que contando a história o usuário pode interpretar e ressignificar seu próprio sofrimento e, também, as suas forças; assim, a voz de quem fala deve ser cultivada para que informações relevantes sejam reveladas e vínculos terapêuticos sejam construídos.

Este reconhecimento possibilita a escolha de caminhos para a intervenção clínica (CUNHA, 2010). Por isso, a oferta de perguntas parece ser oportuna para desvelar caminhos disponíveis, permitindo identificar, inclusive, as fontes de tensão, repulsa e aproximação. Deste modo, esta prática é afirmadamente eficaz para as práticas na APS, pois permite o delineamento terapêutico individual e contextualizado a partir da dinâmica das famílias, (re)conhecendo os sujeitos a partir de suas singularidades, percebendo as redes de apoio social possíveis de serem acionadas, etc.

Muitos profissionais já realizam tal conduta, porém não registram esta ação como sendo terapêutica, não compartilham formalmente as informações que brotam destes momentos, não permitindo que se tornem evidências para uma

clínica compartilhada. Sendo assim, os profissionais carecem da apropriação de tecnologias específicas para as práticas junto às famílias.

Além das perguntas e da conversa terapêutica é necessário lançar luz sobre as práticas de observação, tão importantes para a apreensão das necessidades dos usuários e suas famílias. Este ato de cuidado é também frequente nas falas dos ACS:

[...] observar se ta tudo ok, como é que está a situação na casa, porque, primeiramente o paciente não passa pra gente o que está acontecendo, num é nem de problema médico, mas algum problema emocional, algum problema na casa...Observando ele, observando a fisionomia dele, perguntando como você está, e o tratamento? Como vão seus filhos? Tudo... aí a gente vai conversando, perguntando, observando a família também [...] ACS 19

Estar atentos às respostas e aos comportamentos dos usuários permite a possibilidade de compartilhamento de informações. Enfatiza-se que são os ACS os únicos a referirem a importância da relação da família na condição do usuário, e, sobre isso, destaca-se a importância dos profissionais alterarem seus padrões usuais da prática clínica, expandido o olhar para além do paciente individual, incluindo a família em suas abordagens, mas isso requer uma mudança conceitual e de paradigma do cuidado (WRIGHT, 2008).

Os profissionais devem ter conhecimento dos conceitos de família, de saúde da família e de interação familiar. Entender que a família é, antes de tudo, um corpo social em que prevalece a rede de relações e de interações, que possui crenças que são manifestadas em um espaço cultural, e a sua saúde deve ser entendida no contexto das relações entre seus membros, tanto sadios como doentes, visto a influência da saúde do indivíduo no grupo familiar e vice-versa, é de fundamental importância. O foco do cuidado, portanto, deve estar em ajudar e em capacitar a família, de forma que ela possa atender às necessidades de seus membros, especialmente em relação ao processo saúde-doença, mobilizando recursos, promovendo apoio mútuo e crescimento (OLIVEIRA, 2007).

Os ACS são os profissionais que mais conhecem a realidade das famílias:

[...] A gente sabe tudo... sabe o quanto ganha por semana, por mês, as pessoas te contam coisas que assim...que as vezes até pro médico não fala, aí ajuda muito, porque a gente entra na casa da pessoa, e a gente vê tudo, aí a gente sabe tudo, a condição, o que a pessoa ganha, se ganha pouco, até a alimentação das pessoas a gente sabe, o horário, as crianças, se vão pra escola, se estão bem cuidadas, a gente sabe tudo!Acho que nem precisava de IBGE não (risos), a gente sabe tudo [...] ACS 22

[...] Tem muito paciente que fala que não sabia mais viver sem o agente, e isso é assim, bem gratificante né [...] ACS 18

Isso demonstra a importância deste profissional para o alcance dos preceitos da APS, além de contribuírem para a acessibilidade dos serviços, pois não há como subestimar que a relação usuário-profissional implica utilização dos serviços de saúde, bem como aderência do usuário à conduta terapêutica sugerida. Starfield (2002) salienta que uma melhor acessibilidade aos serviços está associada a uma maior probabilidade de atenção ao primeiro contato. Tal fato se deve à criação de vínculo, à aceitabilidade do serviço e, principalmente, à facilidade de utilização, à ausência de barreiras organizacionais (disponibilidade de atenção depois do horário comercial no centro e atenção primária, cinco ou mais dias de espera para obter uma consulta e mais de 30 minutos de espera no consultório) e geográficas (tempo de viagem maior do que 30 minutos).

A autora pontua ainda que essas vantagens são mais bem alcançadas quando a relação é com um profissional em particular, e não com um local específico. Explica, também, que ver o mesmo profissional ou grupo de profissionais facilita o reconhecimento de determinadas necessidades, como os serviços preventivos (STARFIELD, 2002). Deste modo, entende-se que as estratégias de manutenção das equipes devem ser realizadas para que, além da identificação com o ambiente, haja também a fidelização com os profissionais e, conseqüentemente, os usuários possam estabelecer relação de confiança com a Unidade. Essa não deve ser utilizada só porque se localiza próximo à residência do usuário, ou pelo serviço ser gratuito, mas por considerar que existe uma relação de confiança e identificação com os profissionais que lá trabalham.

Há necessidade de fortalecimento do vínculo entre as profissionais e os usuários. Entende-se por vínculo, o processo que ata ou liga, gerando uma ligação afetiva e moral entre ambos, numa convivência de ajuda e de respeito mútuos (BRASIL, 2004). Nas falas dos ACS encontra-se presente esta preocupação de se estabelecer uma relação afetiva com os usuários:

[...] Dentro da minha área, tem uma mulher que já tentou o suicídio já várias vezes, eu ia lá a noite, de tarde, de manhã, às vezes a gente deixa até o lado da gente, agente de saúde, e deixa o ser humano falar até mais alto né? Porque você passa a fazer pra pessoa, você num quer só dar assistência, você quer ajudar, você quer dar uma cesta básica, quer dar uma alimentação, quer dar uma roupa, recolher roupa, donativo, Faz parte! [...] ACS 23

Os momentos de sofrimento dos usuários são fundamentais para a criação e para o fortalecimento de vínculos. São momentos em que eles se sentem, comumente, desamparados, desprotegidos, ameaçados, fragilizados. Nessas situações, é bastante razoável que muitos deles recorram às unidades de Atenção Primária, quer pela proximidade física, quer pelos vínculos que possuem com os profissionais em quem eles confiam. Para os profissionais, o fato de conhecer um usuário, sua história, não só facilita a identificação do problema, evitando, às vezes, exames e procedimentos desnecessários ou indesejáveis, como também o seu acompanhamento (BRASIL, 2011c).

Ressalta-se que os ACS devem estar aptos a reconhecer determinadas situações de agravo e saibam argumentar junto à equipe as demandas que requeiram prioridade nos atendimentos:

[...] quando a gente vê que é só um lado médico mesmo, aí a gente passa pro doutor, mas quando a gente vê que é mais uma conversa, que precisa desabafar eu passo primeiro pra enfermeira, aí se ela mesma não conseguir resolver, ela mesma encaminha para os outros profissionais [...] ACS 22

Para tanto, os ACS devem ser capacitados em relação aos diferentes aspectos do processo saúde-doença. Além do saber biomédico, precisam incorporar, em sua formação, outros saberes que favoreçam o processo de interação deles com as famílias, bem como a identificação de suas necessidades (COSTA e CARBONE, 2004).

No sentido de exemplificar a necessidade da capacitação aos ACS, destaca-se a importância da qualidade de informação coletada para fornecer subsídios à equipe na tomada de decisões em relação às condutas terapêuticas. Isso demonstra a relevância desta informação para que se trace a conduta correta da região rastreada por este agente.

Constata-se, portanto, que os ACS exercem papel fundamental para o sucesso da ESF enquanto porta de entrada dos serviços de saúde, pois são capazes de combinar atividades e técnicas diversas, de modo a melhor atender os usuários. Também os agentes são capazes de adequar a assistência prestada a recursos escassos, considerando os aspectos sociais, culturais e econômicos presentes na vida diária da população e na rede assistencial.

VI) DEMANDAS, ACESSIBILIDADE E A RESOLUTIVIDADE DOS SERVIÇOS

Resolutividade pode ser entendida como a maneira de se avaliar os serviços de saúde a partir dos resultados obtidos do atendimento ao usuário (ROSA e PELEGRINI, 2011; TURRINI et al, 2008), porém não é um termo absoluto. Turrini *et al* (2008) consideram que a resolutividade tem sido discutida com diferentes abordagens, mais ou menos abrangentes e, portanto, poder-se-ia dizer que ela depende de quem avalia e do que se avalia no momento.

Reunindo-se os diferentes enfoques, é possível dizer que a resolutividade envolve aspectos relativos à demanda, à satisfação do cliente, às tecnologias dos serviços de saúde, à existência de um sistema de referência preestabelecido, à acessibilidade dos serviços, à formação dos recursos humanos, às necessidades de saúde da população, à adesão ao tratamento, aos aspectos culturais e socioeconômicos da clientela, entre outros.

Penna *et al* (2007) citam que resolutividade é um princípio organizativo dos serviços de saúde ligada à resposta que se dá ao indivíduo quando este procura tais serviços. Para as autoras, é necessário dar alguma solução ao problema que lhes é apresentado, visto que a capacidade de resolutividade de um serviço está embasada em dois aspectos: o aspecto quantitativo ou acesso, que consiste na capacidade do serviço e na absorção do número de atendimento solicitado; e o aspecto qualitativo o qual se refere à capacidade do serviço em solucionar a maior parte dos problemas que lhe são apresentados.

Neste estudo, para compreensão da resolutividade das ações desenvolvidas no âmbito dos serviços de saúde, foram direcionadas questões aos profissionais dos serviços de saúde sobre o que entendiam como resolutividade. Junto aos usuários, foram levantadas questões sobre a satisfação com o serviço e sobre as facilidades e as dificuldades encontradas por eles ao buscarem os serviços de saúde.

Essas considerações têm relação direta com a questão do acesso aos serviços de saúde, visto que o acesso expressa as características da oferta que facilitam ou obstruem a capacidade de as pessoas usarem serviços de saúde quando deles necessitam.

VI. 1) O olhar dos profissionais sobre a resolutividade

Rosa e Pelegrini (2011) consideram que a resolutividade de uma ação em saúde pode ser avaliada por dois aspectos: o primeiro, dentro do próprio serviço, quanto à capacidade de atender à sua demanda e de encaminhar os casos que necessitam de atendimento mais especializado; o segundo, dentro do sistema de saúde, que se estende desde a consulta inicial do usuário no serviço de atenção primária à saúde até a solução de seu problema em outros níveis de atenção à saúde.

Os resultados desse estudo mostram que a resolução dos casos apresentados transformam-se em momentos de encontro. Observou-se que, quando estas necessidades/demandas são da ordem biológica, os profissionais consideram-nas como um quadro de fácil resolução. Isso ocorre, pois estas demandas vão ao encontro das tecnologias de trabalho que os profissionais disponibilizam para atendê-las. Já quando são de ordem social, emocional ou cultural, os profissionais assinalam que não conseguem tal resultado:

[...] A resolutividade é parcial né? Quando eles procuram a unidade por questões de um quadro agudo, a gente tem uma resolutividade... né?... , mas a resolutividade dentro do ambiente é difícil, mas em questões a gente consegue uma boa resolutividade, em relação a hipertensão, diabetes, os quadros crônicos de DPOC isso a gente consegue aliviar, melhorar bem. Mas esse quadro, de procura... da necessidade mesmo em estar com alguém, de conversar é muito difícil, porque eles vem, volta, volta, volta....né? [...] MÉD 7

[...] Quando é um problema de saúde grave, a gente tem até uma boa resolução, eu consigo pegar uma criança com pneumonia, se eu não to resolvendo, eu vou conseguir internar, tratar e resolver o problema, isso o SUS me dá total garantia disso... mas sobre a resolutividade eu tenho duas... as questões das patologias agudas essas tem uma ótima resolutividade, inclusive o SUS dá um apoio de tudo, se precisar de uma Tomografia se eu tenho a indicação clínica, eu tenho a tomografia... agora, tentar melhorar a obesidade em crianças, é muito difícil, porque o que é barato é o carboidrato, a pessoa as vezes não tem dinheiro pra comprar uma fruta porque é caro, você há de convir comigo que fruta é caro, barato é o que? Pipoca, biscoito recheado, biscoito maisena, é o que eles tem dinheiro pra comprar, então assim, teve cá uma palestra com a nutricionista eu falei com ela... você tem que ver a realidade da população, é dieta ruim, aqui a pessoa não vai usar...o que é barato é carboidrato, me mostra no que ele tem de realidade, o que que eu posso mudar! Que não adianta, no livro é muito bonito, mas na prática é outra! Então esse é o problema maior que a gente tem [...] MÉD 11

Evidencia-se que a prática médica está centrada na queixa-conduta, pois recorre exclusivamente ao saber biológico, fato que acarreta práticas técnicas, invasivas e medicalizantes. Estas características reforçam a ideia de que o

processo de trabalho nas unidades ainda é individualizado, pautado nos conceitos biomédicos. Não há como negar a importância deste olhar, porém evidencia-se a necessidade de transcender o puro olhar biológico a fim de oportunizar práticas mais eficazes para o atendimento das diversas necessidades requeridas pelos usuários.

Nestes termos, as práticas intersetoriais, interdisciplinares e a utilização de tecnologias leves são necessárias para aperfeiçoarem o acesso e a resolutividade das ações em saúde, sob uma perspectiva cuidadora:

[...] Tem gente que vem aqui com depressão, e tudo mais. Eles saem com uma receitinha na mão e aquela receita não vai solucionar o problema da pessoa, tá entendendo? aqui se trata do paliativo, quando você vem pra uma consulta, você trata do paliativo, faz e sai com aquela receita e tudo mais, o caboclo sai satisfeito, tomou algumas injeções, acha que solucionou o problema, mas o problema da pessoa continua a mesma coisa....eu acho que deveria de dar continuidade ao tratamento e etc. [...] AUX. ENF. 3

Evidencia, assim, a carência de práticas cuidadoras eficazes e enfatiza que as relações instituídas no encontro entre profissionais e usuários priorizam o biológico. Ao afirmar que se deveria dar continuidade ao tratamento, desvela-se que a prática profissional está voltada para as condutas individuais de resolução pontual das demandas que são apresentadas, sem a preocupação de uma continuidade.

Para dar conta de tantas demandas e necessidades que se apresentam, não há como supri-las a partir da oferta de um único saber, do saber do médico ou biomédico. Cunha (2010) destaca que “reconhecer os limites e valores (subjetivos) e os poderes associados aos saberes é um recurso muito valioso para uma intervenção mais qualificada e menos alienada” (p.30). O autor evidencia que não se trata apenas de reconhecer os limites deste ou daquele saber, mas de desenvolver certa capacidade crítica em relação a todas as classificações sem desprezá-las. Esta concepção fortalece as ações trans e interdisciplinares como alicerce para as práticas em saúde.

Sobre a necessidade de continuidade, Turrini (2008) cita que quanto maior a resolutividade de um serviço, mais voltado e preparado ele está para atender as necessidades de saúde da população e, isso, muitas vezes, é sinônimo de encaminhá-lo para outro serviço para continuidade do atendimento. Cabe relativizar que a prática do encaminhamento não garante que as práticas

cuidadoras estejam efetivamente presentes, visto que os mesmos podem representar exatamente o inverso, a divisão do todo humano em partes.

Além disso, constatam-se dificuldades no processo de referência e contrarreferência, principalmente em relação a algumas especialidades:

*[...] Um paciente grave, a resolutividade dele é muito rápida, agora, tem aquele paciente de ortopedia, que os pacientes ficam aqui mais dias né? O maior tempo que fica aqui são os pacientes de ortopedia porque? Porque a gente depende do Hospital pra descer com esses pacientes e lá... não sei exatamente te dizer quantas vagas são, como funciona lá, sei que demora pra resolver esse problema do paciente porque após a cirurgia dele lá embaixo ainda tem que ficar um tempo...esses pacientes ficam aqui mais tempo[...]
ENF 4*

A profissional faz alusão ao sistema de referência e regulação, que pode contribuir para o fluxo dos usuários no Sistema de Saúde. Conforme destacam Viegas e Penna (2011), a regulação é fundamental para ordenar, orientar, definir, e otimizar a utilização dos recursos disponíveis para a atenção à saúde e, ainda, garantir o acesso da população a ações e serviços em tempo oportuno e de forma equânime. Para as autoras, a referência deve ser correspondida com a contrarreferência para que o usuário não se perca pelo caminho e, sim, faça um trajeto na rede de cuidados com respostas integrais e equânimes.

Identificam-se, ainda, casos de baixa resolutividade clínica e grande demanda reprimida. Sobre estas questões, alguns profissionais alegam que a situação melhoraria se houvesse na cidade outra unidade hospitalar de referência:

[...] um dos problemas que a gente vê muito aqui no Pronto de Socorro é em relação a falta de um hospital maior, que atenda uma demanda maior, porque? Porque nós somos referência dos municípios, é, da microrregião... a porta de entrada do Hospital somos nós. Então assim nós não temos uma estrutura física para atender uns 4 pacientes de UTI aqui aguardando vaga igual já aconteceu uma vez, nós não temos equipamento para isso, nós temos suporte para manter um paciente aqui até 24 horas, mais do que isso não. E Manhauçu não comporta esse tanto de pacientes, por causa da estrutura do Hospital. São 10 vagas de UTI e se chegar 4 pacientes internados aqui pra UTI igual já aconteceu, pra onde é que a gente manda se a UTI tiver cheia? Não tem né? Então a resolutividade resolveria o que? Com um outro hospital, com um maior número de vagas pro SUS. [...] ENF 1

Sob o ponto de vista dos profissionais da UPA, confere-se que percebem a resolutividade dos casos como muito boa, pois a entendem como a resolução biomédica da ação:

[...] Pronto Socorro é excelente resolutividade. Posso te falar assim, 95%. O que fica pra trás, que a gente não consegue resolver são questões oftalmológicas, que a gente não tem né? plantonista da oftalmologia, e as vezes otorrinolaringológicas, uma pedrinha no nariz, que enfiou demais e a gente não tem acesso pela narina anterior e precisa de uma avaliação especializada mas eu fiz um balanço disso um dia pensando em casa e é só isso. Entendeu? Agora é claro trauma de mão, queimadura de mão, que precisa de um profissional muito especializado, mas isso é raro! A resolutividade aqui é provavelmente 95% ou mais [...] MÉD 2

Ressalta-se, porém, que a percepção de solução dos problemas torna-se relativa e ambígua, pois do ponto de vista do profissional, se um usuário busca a unidade referindo dor, é oferecido a ele um analgésico; caso essa dor passe, o profissional considera que o caso foi resolutivo. Porém, nem sempre a entrada no sistema, a oferta deste tipo de cuidado e o diagnóstico são sinônimos de que as necessidades do usuário foram atendidas.

[...] e eu to passando mal, ah doutor o senhor passou aquele remédio mas eu continuo passando mal, num deu certo esse remédio não! Ai volta né, o paciente de novo! Ai outros casos, os pacientes chega se queixando de alguma coisa, o doutor receita, quando tem o medicamento aqui a pessoa leva, e quando não tem ela compra né? Aí volta daqui há uns ou dois dias falando, ô doutor eu não melhorei. Isso acontece demais! [...] ACS 24

Vaistman e Andrade (2005) destacam que, por vezes, as pessoas podem ter uma percepção negativa – ou positiva – sobre o sistema de saúde, mesmo que indicadores sobre “o que acontece” apontem o contrário. Neste sentido, cabe a crítica de que alguns indicadores não são sensíveis a estes aspectos, como o relatado pelo ACS 24. Nesse caso, o usuário, como mero indicador, é dado como atendido, aquele que obteve acesso e atenção. Na realidade, seus diversos retornos apontam que necessidades não foram atendidas, permitindo-nos inferir que as ações não foram satisfatórias ou resolutivas para ele.

Não há dúvida sobre a importância do conhecimento biomédico, principalmente nas unidades de UPA, onde o resgate de vidas que estão em risco iminente depende das ações dos profissionais. Como enfatizam Ferri *et al* (2007), não cabe haver hierarquização das tecnologias, pois, a depender da situação, todas são importantes, porém nada exclui que práticas cuidadoras façam, também, parte do cotidiano de ações destes profissionais. Defende-se que a produção dos serviços se pautem no cuidado e não em procedimentos.

Cunha (2010) defende que a clínica na Atenção Primária deva ocorrer como um processo dialético, no qual caberá ao profissional perceber-se e

perceber o outro. Além disso, o autor enfatiza que o mesmo sujeito “ora vai necessitar de uma intervenção no plano biológico, ora a intervenção terá a intenção de disparar produções e abrir novos caminhos terapêuticos para o usuário” (p.124).

Os profissionais consideram ainda que as demandas não biomédicas não devem ser direcionadas as UPAs:

*[...] a própria população tem consciência de quando o paciente está um pouco mais grave, já ir direto pro Pronto Atendimento, mas hoje a gente ta tentando é mudar essa idéia, trazer mais o paciente pro Posto de Saúde pra não sobrecarregar o sistema lá em cima. Eu trabalho lá em cima também, então a gente sabe que lá em cima é mais tumultuado **devido a uma demanda errada do paciente que é de Posto que ta indo pra lá. A gente tenta segurar o paciente ao máximo no posto** [grifo nosso] MÉD 11*

A imposição ao usuário de buscar os serviços da UPA, somente após uma prévia avaliação pela unidade de ESF, mediante encaminhamento, confere uma racionalidade tecnocrática do sistema. Observa-se que, historicamente, as demandas espontâneas de usuários aos serviços de saúde dão preferência por formas de atendimento médico (OLIVEIRA *et al*, 2009).

Essas demandas equivocadas descritas pelo profissional são presentes nos discursos dos profissionais da ESF e revelam a necessidade de ampliação do pacote de serviços. Muitos dos problemas apresentados pela população às unidades são de ordem social e representam um desafio às equipes, visto não possuírem tecnologias operativas capazes de oferecer resolutividade às demandas apresentadas:

[...] O que a gente resolve de verdade aqui é parte da doença e tenta prevenir a que podem surgir. Mas só que tem o caso da carência, sei lá... da falta de dinheiro, num é? Isso tudo é muito difícil da gente ta resolvendo, a gente tenta, pede a assistente social... quando é alguns casos assim...pede a assistente social pra ta intervindo, mas nessa parte assim a gente fica meio sem saber o que fazer, porque não depende exatamente da unidade ou da equipe, né?[...] ENF 9

Sobre as demandas que ultrapassam o conhecimento biomédico, faz-se necessária a ampliação dos conhecimentos, os quais não cabem a um único profissional, evidenciando assim a necessidade do compartilhamento e do trabalho em equipe:

[...] como fisioterapeuta, eu faço uma visita em domicílio, eu tento tratar a questão física, mas tem uma série de questões sociais, psicológicas mesmo

*influenciando o indivíduo, é uma possibilidade de atuação mais rica, mas são muito mais problemas que a gente encontra, então a gente tenta fazer assim, **quase como um enxame de abelhas**, assim, cada caso que a gente vê, a necessidade de atuar, **enquanto equipe a gente vai, aborda, e tenta desfazer aquele novelo de problemas pra tentar melhorar**, [grifo nosso] FISIO 16*

Para outro grupo de profissionais, a resolutividade visa a melhorias na qualidade de vida. Eles percebem que a resolutividade só pode ser alcançada em longo prazo:

[...] resolutividade total é muito difícil, a gente trabalha assim, pra ir conquistando qualidade de vida a longo prazo né? A gente dá oportunidade hoje deles está prevenindo doenças no futuro, de ta amenizando quadros graves e a gente vê bastante resolutividade neste sentido, de ta minimizando problemas e prevenindo futuros problemas e... mas no 100% assim eu acho difícil em saúde [...] ED. FÍSICO 14

[...] Na verdade a resolução é muito lenta, é de pouco a pouco, não adianta eu falar pra você que vou chegar na casa do paciente e que vou resolver HOJE (com ênfase) o problema dele né? Às vezes passa anos pra gente resolver o problema, pra dar um fim naquele problema ali que ele ta passando, então é lentamente, de pouco a pouco [...] ACS 19

Nessas falas, percebe-se um olhar mais holístico sobre os problemas e sobre as necessidades apresentados pelos usuários. Observa-se que, quando uma necessidade é atendida (resolvida), logo outra é requerida. Desta forma, caberá ao profissional dar acompanhamento e oferecer ações para cada caso:

[...] resolutividade, a gente não pode ficar parado, tem que acompanhar a cada dia, senão a gente não vai conseguir uma resposta de um pro outro, às vezes a gente não vai conseguir resolver aquele caso por completo, mas a gente nunca pode deixar de acompanhar [...] ASSIST. SOCIAL 13

[...] Resolver, eu acho que não, às vezes a gente ajuda a viver com mais qualidade de vida né? [...] ACS 23

Apreende-se, portanto, a partir das falas dos profissionais, que resolutividade pode ser entendida como a resposta satisfatória que o serviço de saúde fornece ao usuário quando busca atendimento a alguma necessidade de saúde, que não compreende exclusivamente a cura de doenças, mas também o alívio ou minimização do sofrimento e a promoção e manutenção da saúde. (ROSA e PELEGRINI, 2011).

VI. 2) Cuidado que se espera e o que se recebe: o olhar dos usuários:

A adequação da oferta de serviços de saúde às necessidades requeridas pela população pode ser aferida a partir do grau de satisfação destes com os

serviços que lhe são prestados. Abordar a satisfação dos usuários implica trazer um julgamento sobre características dos serviços, portanto sobre sua qualidade. Assim, a perspectiva do usuário fornece informação para completar e equilibrar a qualidade dos serviços (GOUVEIA, 2009). Além disso, pode-se considerar que satisfação está diretamente relacionada à resolutividade dos serviços, visto que ter resolutividade, na maioria das vezes ou sempre, está estatisticamente associado com estar muito satisfeito. Deste modo, pode-se dizer que a promoção de resolutividade gera satisfação na clientela. (ROSA e PELEGRINI, 2011).

Satisfação é um conceito cujos contornos se mostram vagos, reunindo realidades múltiplas e diversas. Pode ser considerada, no entanto, como uma meta a ser alcançada pelos serviços, devendo, portanto, ser pesquisada visando a aperfeiçoamentos no sistema de serviços de saúde (ESPIRIDÃO e TRAD, 2005).

Rosa e Pelegrini (2011) destacam que a visão do usuário sobre determinado serviço é particular, pois se desconhecem os critérios que ele utiliza para definir a qualidade do serviço. Devido a isso, não existe consenso no meio científico que designe a forma adequada de se avaliar tais resultados, pois a percepção dos cuidados é altamente influenciada pela expectativa do usuário e a relação que este estabelece com o profissional/ ambiente /serviço, sendo, portanto, subjetivo estabelecer parâmetros que efetivamente designem se o atendimento foi resolutivo.

Observou-se, neste estudo, que os fatores geradores de satisfação são aqueles relacionados à gratuidade dos serviços, ao bom relacionamento com profissionais/serviço, à resolutividade clínica (diagnóstico – desfecho clínico), à distribuição de medicamentos e ao encaminhamento de consultas.

Muitos usuários mostram-se satisfeitos com os serviços por estes serem gratuitos:

[...] a facilidade se dá pelo fato de você poder se consultar de graça...Você chega tem uma seringa, tem um enfermeiro, tem um profissional médico pra te atender, tem remédio, e naquele momento é o que vai aliviar sua dor, isso é a facilidade[...] U4

[...] fácil é que é mais em conta as coisa, às vezes você até consegue os medicamentos lá né? Que é tudo muito caro! Igual eu te falei, os exames, tudo não tem que pagar...que a renda da gente não é muito boa né? Então pra gente a maior facilidade é essa. [...] U 7

[...] é fácil assim, porque a gente não tem condição de comprar um remédio e aí no postinho já dá né? eu acho bom é o Postinho de saúde dar o remédio[...] U 10

Observa-se que a gratuidade dos serviços não é percebida como um direito de cidadania e, por “ser de graça”, o padrão de exigência em relação ao serviço é muito baixo, revelando que o assistencialismo é predominante na relação usuário-serviço.

Além disso, os dados apontam o fato de os usuários vislumbrarem como vantagem a questão da facilidade em adquirir os medicamentos, reafirmando a visão medicalizada do cuidado que possuem. Destaca-se, também, a constatação de que os usuários consideram ser bem atendidos quando remédios são receitados:

[...] Todas às vezes fui bem atendida! Ah, trata bem, passa o medicamento, né? Tem melhora... então...pra mim, tá bem né?[...] U 6

[...] Consultou, passou o remédio tá bom né? Tá tudo bem... [...] U 12

Não foram observados questionamentos a respeito do padrão de atendimento, a respeito da qualidade da estrutura física, etc. Sobre isso, Gouveia (2009) considera que o usuário de serviços públicos faz parte de populações que vivem em condições socioeconômicas precárias e que buscam os serviços de forma assistencial, interessado mais por um padrão mínimo de sobrevivência do que pela própria qualidade destes.

Em contextos muito desiguais, para certos segmentos da população, a dificuldade usual de conseguir atendimento resulta em baixa expectativa. O simples fato de ser atendido já pode produzir satisfação, pois as pessoas não esperam muito das instituições públicas (VAITSMAN e ANDRADE, 2005).

No Brasil, existe a cultura de tudo que é público é feito para a população de baixa renda e, quanto menor o nível econômico, menor a expectativa, menor é o nível de exigência. Costa (2012) ressalta que programas governamentais voltados para a oferta gratuita de serviços de saúde acabam sendo vistos como ações atribuídas aos necessitados.

Neste sentido, pode-se dizer que existe um sentimento de gratidão nutrido pelos usuários dos serviços. Este sentimento é descrito por Vaitsman e Andrade (2005) quando os pacientes evitam criticar os serviços devido a este viés, tanto

pelo medo de perder o acesso, quanto em virtude da relação de dependência que estabelecem com os profissionais de saúde. Em nossa pesquisa, foram encontrados relatos deste porte:

[...] Pra pedir ajuda a qualquer outra pessoa, principalmente na área de saúde, que eu sei que a gente pode ta precisando todo dia! Então eu não vou tratar mal porque senão o bicho pega! [...] U 11)

Costa (2012) enfatiza que toda informação, quando fornecida, deveria acontecer em uma via de mão dupla, transformando a comunicação em uma tecnologia a ser consumida em qualquer nível de atenção. A autora ainda salienta que os Estados não deveriam ser vistos como “provedores da caridade aos necessitados” (p.21), pois se forem assim considerados, os usuários não possuiriam direitos e, por conseguinte, também não possuiriam vontade.

Entende-se que posturas como essas dificultam o alcance da plenitude do acesso aos serviços de saúde, sob uma perspectiva usuário-centrado, sendo ele considerado sujeito ativo nas relações que estabelece com os serviços e com os profissionais. Porém, evidencia-se que alguns usuários, por possuírem um nível socioeconômico baixo, por nutrirem um sentimento que os desqualificam como consumidores de serviços, sentem-se indignos de realizar questionamentos sobre a assistência recebida ou avaliação dos serviços prestados:

[...] aí o médico pergunta o que o filho da gente tem, aí a gente vai e explica o que está sentindo, fala, ah eu suspeito disso, eu to sentindo isso e isso, e eles viram de grosseria pra gente? Ah, eu me senti humilhada sim! ... Atende a gente até bem... Eu me sinto bem atendida entendeu? Pelo caso da gente ser pobre... Esperar a gente tem que esperar em qualquer situação entendeu, seja particular seja SUS [...] U 16

O usuário coloca-se na condição de paciente, que espera pacientemente pelo seu atendimento, por vezes, de baixa qualidade, sem questionamentos e, ainda, agradece o fato de ter sido atendido. A figura do médico parece exercer dominação sobre o usuário, não permitindo questionamentos sobre sua prática, impondo a ele uma condição disciplinar. Sobre isso, Foucault (1999) salienta que a disciplina fabrica corpos submissos e exercitados, chamados por ele de corpos “dóceis”.

O caso relatado pela U16 remete a um fazer médico que toma os indivíduos como objetos e como instrumentos de seu exercício, é o sujeito obediente, sobre o qual se exerce poder, indivíduos submissos. Desta maneira, o

usuário sente-se humilhado diante da figura do médico, reafirmando que os direitos de cidadania não são sequer enxergados pelo usuário.

Vaistman & Andrade (2005) descrevem a diferença entre os direitos de usuário e de cidadão. Os autores destacam que, como usuários dos serviços, podem desejar níveis mais altos de qualidade. Como cidadãos, exigem que os recursos sejam mais bem alocados em outra parte, possuindo assim uma visão mais ampla de serviço:

[...] a nossa população tem muito analfabeto político, eles não cobram, tem um velho ditado que diz que a população não cobra ... eles estão me dando um remedinho, eles estão me dando paracetamol, uma dipirona, o xaropinho do meu filho, tá bom, e basta! E de repente não é isso ..você quer ver uma luz no fim do túnel mesmo sendo público, porque...esse público ele não é público ele é dinheiro nosso! Você tá pagando imposto, então você tem direito a uma coisa melhor.... [...] U 13

Em contrapartida, existem usuários que possuem um maior nível de exigência em relação aos serviços, logo questionam a sua qualidade:

[...]... .se você entra no mercado você tem que saber o preço... Se você entra numa farmácia é a mesma coisa... Agora quando você vem no posto é: o que você tá querendo aqui? Ora! Se você vem, vem por algum motivo não vem? Você vem buscar uma informação, vem porque está precisando... ah [...] U 8

Essas falas demonstram que, em certos momentos, os usuários se colocam como consumidores dos serviços. Vaistman & Andrade (2005) descrevem que, na percepção de consumidor, o usuário se posiciona de forma a exigir melhores produtos e serviços, colocando-se como um indivíduo racional, consciente de suas escolhas e capaz de defender seus direitos. Porém, para tanto, há a necessidade do empoderamento dos sujeitos, para que estes não fiquem mais inertes à atuação dos profissionais e ao desempenho do Sistema de Saúde. Enfatiza-se que o espaço cuidador deve se iniciar na recepção da unidade, na sala de espera e não nos consultórios. Neste sentido, deverão ser privilegiadas as relações, pois elas são outra fonte de satisfação/resolutividade dos serviços de saúde.

Rosa e Pelegrini (2011) destacam que a resolutividade pode ser alcançada por meio de um atendimento acolhedor, mediante responsabilização das equipes, com atitudes criativas e flexíveis, a partir das tecnologias disponíveis em cada nível de atenção. Esta concepção pode ser contemplada na fala:

[...] eles são ótimos pra atender, brinca, malha, faz umas perguntas, faz palestra... Abraça, segura a mão da gente... é muito bom! Bom demais, e

ele...cê tem que ver, toda terça feira ele está disposto a brincar com a gente, todo felicidade... quando você chega num lugar que você tem um atendimento bom, que dá os remédios, as consultas.... ele deixa a gente muito bem a vontade, você pode falar o que você quer, o que você pensa, se você gosta de brincadeira disso ou se você não gosta, o que tiver errado você pode corrigir...eu fico muito satisfeita.[...] U 8

[...] Essas enfermeiras que trabalham aqui, elas tudo me conhecem e falam, oi tudo bem? Até eu sei que eu não mereço né? Neste postinho aqui eles tratam eu de um modo que até eu sei que não mereço. É um prazer meu... só do pessoal vim aqui, isso pra mim é...não tem coisa melhor [...] U 3

Donabedian (1990) refere que a satisfação insere-se no componente relacional entre usuários e profissionais, o que implica inferir que, mesmo sendo o estabelecimento de saúde precário em termos de equipamentos ou infraestrutura, o bom relacionamento interpessoal é preponderantemente importante.

Por outro lado, o serviço deve atender as expectativas dos usuários, o que podemos chamar de aceitabilidade, que se refere à conformidade dos serviços oferecidos em relação às expectativas e às aspirações dos pacientes e seus familiares (DONABEDIAN, 1990).

O consumo de consultas médicas mostra-se até certo ponto resolutiva, desde que seja acompanhada de perguntas direcionadas ao diagnóstico ou ao empenho em relação ao fechamento clínico da situação apresentada como demanda (diagnóstico clínico e início do tratamento):

[...] a gente chega na frente da doutora, ela quer saber de tudo, ela pede tudo. Ela é muito boa...Aí é bom [...] U 1

[...] eu fui muito bem atendida. Porque ela, ela... nossa, as vez eu não sei falar...ela empenhou, empenhou pra poder descobrir o que era. Porque eu levei os exame daqui né? Aí cheguei lá, ela olhou e logo ela já suspeitou que era isso né? E o empenho que ela fez, e me atendeu, as vez até sem ter vaga. Aí eu, sei lá, fiquei muito satisfeita quando ela falou assim vamos pro tratamento, eu me senti satisfeita demais, porque já tinha muito tempo que eu tava sofrendo com isso né? E eu achei que ela atendeu muito bem [...] U 2

[...] fez pra mim uma cirurgia aí que na época eu não podia pagar, era caríssimo, ele fez pra mim pelo SUS, entende? Então assim eu fui muito bem atendida nessa época, porque ele me tratou bem ele conversou comigo, falou que o meu problema... que eu podia ter filho, entende? Que não era nada grave, eu só tinha essa pequena doença no colo do útero Aí, assim, eu gosto dele... pra mim o que ele fez [...] U 6

As falas demonstram que quando um profissional estabelece atitudes cuidadoras, instituindo uma posição de interesse, propondo-se a escutar e se empenha no atendimento das necessidades dos usuários, estes se sentem

valorizados, bem atendidos. Cabe discutir que tal postura deveria ser regra nestas relações, e não exceção, visto que a resolutividade na atenção primária à saúde não está associada somente ao recurso instrumental e ao conhecimento técnico dos profissionais, mas, principalmente, na ação acolhedora, de vínculo que se estabelece com o usuário, sendo o conjunto destas ações que proporcionam satisfação ao usuário (ROSA e PELEGRINI, 2011).

É possível constatar que diversos fatores atuam na determinação da satisfação dos usuários com os serviços. Pode-se dizer que o usuário demonstra satisfação quando recebe aquilo que esperava do serviço ou mais do que esperava. Porém, do mesmo modo, é possível que haja satisfação para um dado item do serviço, em relação ao qual o paciente não tinha nenhuma expectativa.

Espiridião e Trad (2006) explicam este fenômeno a partir do modelo de Zeithaml & Bitner, que diferencia os níveis de expectativas dos usuários:

“...O primeiro nível é dos serviços desejados (desired services), aquele que o usuário gostaria de receber. Os usuários, no entanto, reconhecem que nem sempre é possível alcançar o serviço desejado, portanto eles carregam um segundo nível de expectativas, os serviços adequados (adequate services). Este representa um mínimo tolerável do desempenho dos serviços. Finalmente, os serviços presumidos (predicted services) representam o nível de expectativas no qual os usuários dimensionam aquilo que de fato os aguarda nos serviços, fazendo inferências sobre a probabilidade do desempenho dos serviços. Com isso, observa-se que os usuários distinguem antecipadamente diferentes tipos de desempenho dos serviços e estabelecem uma zona de tolerância, situada entre os serviços desejados e os adequados. Quando o desempenho é superior ou inferior à zona de tolerância, o usuário manifesta satisfação/insatisfação...” (ESPIRIDIANO E TRAD, 2006, p.1270).

Os autores fazem um contraponto com a teoria de Pascoe, que baseia a satisfação em padrões subjetivos de ordem cognitiva e afetiva estabelecida pela comparação entre a experiência vivida e critérios subjetivos do usuário. Esses critérios incluem a combinação de diversos elementos como: um ideal de serviço, uma noção de serviço merecido, uma média da experiência passada em situações de serviços similares e um nível subjetivo mínimo da qualidade de serviços a alcançar para ser aceitável.

No nível dos serviços desejados descrito pelo autor, podemos destacar a fala:

[...] Ah eu fico feliz assim, quando eu consigo uma vaga e consultar com o médico! Igual hoje eu fiquei feliz, consegui consultar [...]U 10

Observa-se o limiar de expectativa baixo em relação ao Sistema de saúde. O usuário diz-se satisfeito pela conquista da consulta agendada, não fazendo referência às expectativas futuras do próprio serviço, relacionados à oferta de outros serviços terapêuticos (reuniões, grupos operativos, etc.) ou encaminhamentos.

Sobre isso, nota-se não só uma fragilidade no atendimento às expectativas dos usuários quanto à oferta de consultas médicas, mas também no sistema de encaminhamento aos demais níveis de atenção:

[...] o pessoal me atende bem, eu consigo as coisas que eu quero, e num tempo assim, adequado né? Por isso que eu falo que é bem porque assim, não é ÓTIMO (com ênfase) porque não é uma coisa assim que você vai ser atendido prontamente mas pelo menos é uma coisa assim, que se você puder esperar, você vai esperar, ou se não quiser esperar vai no particular ...[...] U 13

As falas evidenciam que, para os usuários, os aspectos do serviço considerados positivos são: universalidade, postura acolhedora dos profissionais, acesso a consultas médicas, acesso gratuito e distribuição de medicamentos, postura investigativa dos profissionais médicos, fechamento diagnóstico e tratamento médico.

Já as fontes geradoras de insatisfação são muitas vezes advindas da própria proposta da APS, o que configura que os usuários desconhecem seus preceitos. A falta de poder de decisão do usuário em escolher o médico com quem gostaria de consultar, principalmente especialistas; o fato de os médicos das Unidades serem generalistas e não desempenharem 40 horas assistenciais, a necessidade da “porta de entrada” para que sejam feitos os encaminhamentos, a demora na marcação de consultas e exames são os relatos que evidenciam as fontes geradoras de insatisfação com o Serviço /Sistema de Saúde:

[...] a única coisa que eu acho que tem que melhorar nisso aí é o número de consulta. Por exemplo, falar só atende 20, que isso aí? Ora, atende o que chegou!... Se eu cheguei lá doente não tem que ter esse negócio de amanhã não! Tinha que atender entendeu? ah...fica enrolando,... A única coisa que é ruim é só negócio de consulta, só marca tanta consulta entendeu? Isso é errado. Isso, se chegou lá precisando de consultar, tinha que consultar a gente lá na hora. Entendeu?[...] U 1

[...] tinha que ter mais médico né? É um médico só... Ele atende na roça, atende num monte de lugar, e aqui é muito grande, é muita gente, e tem dia que a gente vem aqui e está lotado, e fica o dia inteiro, então eu acho que tinha que ter mais médico aqui... Pelo menos um pediatra tinha que ter! Ah, de todo jeito eu tenho que vim é aqui! Eu venho aqui porque pra eu consultar,

porque para eu consultar com a doutora lá eu tenho que vir aqui pegar um papel... Aí de todo jeito eu tenho que vir aqui.... Isso é chato [...] U 12

São condutas que não passam diretamente a autonomia dos profissionais das unidades de ESF, dizem respeito à dinâmica instituída no próprio sistema, relacionados à necessidade de referência e contrarreferência. Sobre este aspecto, as falas revelam que a demora no atendimento nos demais níveis de atenção são realmente um fator de insatisfação e de baixa resolutividade:

[...] meu pai perdeu uma vista... Era catarata... Ele tava ruim de uma vista, vivia caindo, se machucando e aguardando a cirurgia pelo SUS, só aguardando, aguardando, aguardando, a gente indo atrás e nada... Até que teve um dia que a gente teve que se virar e pagar particular pra poder fazer a cirurgia dele senão ele tava cego até hoje. [...] U 16

Estas falas apontam que resolutividade, entendida como a resposta aos problemas de saúde apresentados, está por vezes associada à realização de encaminhamentos para atendimentos especializados. Rosa e Pelegrini (2011) afirmam que o caráter biomédico e centralizador das práticas de saúde na figura do especialista faz parte do imaginário do usuário e acaba por colocar o médico, preferencialmente especialista, e a realização de exames complementares como o centro do funcionamento dos serviços de saúde.

As autoras destacam que os usuários depositam toda expectativa de ser cuidados nesta perspectiva biomédica, quando se evidencia que, de fato, esta sozinha não é capaz de produzir cuidado. Não que se excluam as ações biomédicas das atividades em saúde, dada a importância que têm em dados momentos do processo de ser saudável e adoecer, mas que sejam inseridas junto a outras tecnologias.

Muitas das situações demandadas aos serviços de saúde põem em destaque a utilização das tecnologias leves para suprir outras carências do sistema e evidenciam a importância da intersetorialidade para minimizar os efeitos das deficiências dos demais níveis de atenção.

A intersetorialidade consiste em fazer uso de setores que estão envolvidos na saúde, como acionar as demais secretarias municipais (Trabalho, Assistência Social, Cultura, Lazer, etc.), ou seja, trabalhar repensando o processo de trabalho como uma rede de atenção à saúde. Penna et al (2007) destacam que ações individuais limitam a resolutividade do serviço, por isso a construção de uma rede

de atenção intersetorial é o caminho para que as respostas dadas aos usuários sejam de fato resolutivas.

Outro fator importante, já destacado anteriormente, é a questão do horário dos médicos, visto que a demanda por consultas médicas é alta e dificilmente os profissionais médicos cumprem as 40h previstas, o que compromete a sensação de satisfação com o atendimento:

[...] o médico que ta aqui, principalmente pela questão do horário, ele fica o dia inteiro mas num horário ele atende, noutra horário ele faz visitas, aí...então...igual meu caso que eu trabalho de manhã eu fico prejudicada porque eu num tenho atendimento a tarde, aí eu tenho que pegar atestado, levar pra escola, porque só tem na parte da manhã,.... Pra facilitar mais a vida nossa, poderia ter dois médicos no caso, um atenderia de manhã e outro atenderia a tarde,... deveria ter mais especialista e ter mais médico para atender, para AGILIZAR (com entusiasmo), eu acho que o que ta faltando aqui em Manhauçu é agilizar o agendamento[...] U 13

O interesse em encontrar especialistas nas unidades de ESF aparece em outras falas:

[...] eu acho que precisa assim, de mais médico. Né? Que assim... Pra cada caso... Um pediatra, né? Um plantão de cada um... Um cardiologista, um clínico, né? Que aí é até melhor pra gente né?[...] U 6

[...] eu acho que colocar mais médicos pra atender, não igual o que tem lá que é clínico geral, que atende a criança, atende até o idoso, eu acho que poderia ter um médico específico pelo menos que fosse só para atender as crianças, ou que fosse só para atender os adultos, sabe, pelo menos um pediatra para atender as crianças [...] U 17

Como afirmam Gaioso e Mishima (2007), a avaliação dos sistemas ou serviços de saúde deve sempre considerar, de um lado a cultura, os princípios e os valores específicos do setor público e, de outro, as expectativas dos usuários, a partir de suas experiências prévias, as informações passadas através da mídia. Portanto, confere-se que, por vezes, os objetivos não são comuns. Dos sistemas/serviços, é oferecer serviços racionalizados, sob uma ótica otimizadora dos recursos. Já o objetivo dos usuários é obter respostas às suas necessidades/expectativas, que são altamente influenciadas pelo contexto social, globalizado e consumista, no qual práticas de consumo de tecnologia são priorizadas e estimuladas.

Oliveira *et al* (2009) destacam que a falta de especialistas e a baixa disponibilidade de recursos tecnológicos nas unidades básicas de saúde, aliadas à percepção do usuário sobre a importância destes recursos na obtenção de

alívio para o sofrimento, são fatores atribuídos pelos usuários à baixa qualidade ofertada no nível primário:

[...] eles atendem da melhor forma possível, nas condições que eles têm. A questão toda é... A demora, se for um dia tranquilo você é atendido rápido, mas se for um dia tumultuado, infelizmente tem que aguardar, esperar horas e horas, porque os médicos dão preferência pra quem tem mais necessidade ou de emergência...o problema todo é esperar, que ninguém gosta. Porque é uma coisa simples, poderia ser atendido rápido pra poder liberar pra outro serviço e fica esperando, aguardando. A culpa não é do profissional em si, eles fazem da melhor forma possível, o problema todo é a demanda, é o sistema da forma como é hoje... O fato de você poder se consultar de graça, você chega tem uma seringa, tem um enfermeiro, tem um profissional médico pra te atender, é... Tem remédio, e naquele momento é o que vai aliviar sua dor, isso é que eu acho que é a facilidade. Mas falta um atendimento mais apurado pelo médico né? O médico praticamente ele quer tirar sua dor, mas saber por que que tá passando mal ele manda você olhar outro dia, mas no momento ali ele só quer tirar sua dor e despachar a pessoa pra casa.[...] U 4

Observa-se que as questões de baixa resolutividade estão ligadas à acessibilidade organizacional: longas filas, tempo de espera elevado, deficiências no sistema de referência e contrarreferência. Pode-se compreender que, na percepção dos usuários, um serviço resolutivo é aquele em que se é atendido bem, ao qual é dada alguma resposta para a necessidade apresentada e num momento/tempo oportuno; além de envolver o encontro da construção simbólica dos sujeitos (relação terapêutica) com o arcabouço rígido da estrutura dos serviços (diagnose e tratamento). A partir dos relatos, pode-se conferir que o serviço é resolutivo se a oferta de serviços vai ao encontro das expectativas dos usuários.

Resolutividade, na perspectiva do usuário, é, portanto, o produto do encontro entre as demandas (necessidades sentidas), oferta de serviços (atendimento/ação tecnológica oferecida à demanda específica) e o tempo gasto para que a necessidade seja atendida. Infere-se que, caso as demandas sejam comuns à oferta de serviços, o serviço será considerado resolutivo. Porém, se a demanda apresentada pelo usuário não encontrar a oferta adequada de serviços (tecnologias, pacote de serviços demorados ou inoportunos) as ações não o serão.

Entende-se que o usuário tem uma tendência ao imediatismo, quer resolver seu problema em uma consulta, ou com uma solicitação de exames, porém os diversos contatos com este mesmo usuário poderão demonstrar novas necessidades de abordagem. A resolutividade deverá ancorar-se na relação

estabelecida entre profissionais e usuários, na confiança e na aceitabilidade instituída nela. O vínculo que se cria a partir desta relação será fundamental para o sucesso terapêutico.

Caberá, portanto, aos profissionais repensarem seus processos de trabalho, investirem na comunicação como recurso tecnológico capaz de gerar serviços e ações resolutivas. Atitudes e habilidades, como empatia, motivação, liderança e criatividade deverão ser desenvolvidos junto e para a comunidade/ usuários, bem como práticas intersetoriais, no sentido de resgatar a prática resolutiva não só para o usuário no momento em que ele busca o serviço, mas também para a família dele como um todo, através de práticas de apoio social.

Pondera-se que estas ações minimizariam as demandas por consultas médicas, por exames e por medicamentos tão recorrentes nas unidades de ESF. Pois, acredita-se que tal demanda ocorra pela pouca opção de serviços que são ofertados aos usuários nas unidades. Metaforicamente, pode-se dizer que o que ocorre nas unidades é semelhante ao que ocorre em uma marcenaria, onde o marceneiro só possui o martelo como ferramenta de trabalho. Havendo somente esta, tudo será considerado prego.

Conclui-se que os esforços na APS devem-se debruçar sobre as possibilidades de ampliação da oferta de serviços, o que tem implicação direta na melhoria do acesso aos serviços, na tecnologia de trabalho e na percepção de resolutividade das ações em saúde.

VII) MATRIZ MULTIDIMENSIONAL DE ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

A partir da análise das categorias, pode-se considerar que as relações e as representações que os usuários estabelecem com os serviços influenciam o acesso aos serviços de saúde. Constatou-se que contextos econômicos e geográficos, contextos e demandas sociais, biológicas, culturais, entre outras, acolhimento e vínculo com o serviço, serviços ofertados e crenças influenciam o processo de busca e de utilização dos serviços de saúde e acabam por caracterizar o acesso em uma dimensão ampliada.

Desta maneira, acesso pode ser representado a partir da matriz:



Os pontos de interseção representam a dinamicidade das demandas, indicando que não ocorrem de forma isolada e, sim, apresentam-se de forma conjugada e relacional. As demandas são gravitacionais, ou seja, movimentam-se dialogicamente a partir da necessidade sentida pelo usuário/família em um dado momento específico.

Ao entendermos o acesso aos serviços de saúde sob esta perspectiva multidimensional, fica evidente que a abordagem aos usuários também deverá ser. O que se propõe, a partir desta Matriz, é que ela sirva como um instrumento de exame dos fatores que interferem diretamente na questão do acesso, tratando-se, assim, de um instrumento de avaliação e de intervenção junto aos usuários e suas famílias.

Trata-se de uma Matriz Multidimensional das dimensões que influenciam o acesso que permitirá discriminar as distintas necessidades do usuário a partir da avaliação de cada uma das dimensões que o induzem a buscar os serviços de saúde. Esta ação possibilitaria a ampliação da oferta de ações com maior eficácia, visto que seriam direcionadas às necessidades e às demandas evidenciadas naquele momento e que deveriam ser exploradas.

A ideia é apreender, a partir da matriz, quais dos aspectos estão atraindo ou estabelecendo sensação de repulsa por parte do usuário, estabelecendo possibilidades de levantamento das demandas/necessidades. Entende-se que, em algumas situações, as demandas se apresentam por necessidades biomédicas ditas reais. Em outras, a demanda se dá devido às necessidades na estrutura familiar, social ou cultural. A análise de quais fatores estão influenciando a busca pontual pelo serviço (acesso) permitirá oferecer soluções mais eficazes e cuidadoras (tecnologias), com o objetivo maior de atender as demandas e as necessidades a partir da lógica do usuário (resolutividade).

A Matriz permite a avaliação do usuário – família de forma a diagnosticá-lo/ informá-lo qual ou quais destas forças estão influenciando-o para que se busque saná-las. Entende-se que a resolutividade ocorrerá a partir do momento em que houver a compreensão das causas que estão motivando a busca pelos serviços, e não somente da realidade relatada pelo usuário friamente diante de uma anamnese clínica.

A oferta de ações seria dada a partir da avaliação das forças de atração e repulsa. Cada uma das dimensões inseridas na Matriz poderiam agir de forma a

atrair ou excluir / repulsar o usuário a acessar / utilizar o serviço. Propõe-se que as ações de acolhimento ocorram de forma a avaliar quais destas forças, naquele momento específico, estariam sobressaindo, sobrepondo-se aos demais e o que estaria levando o usuário a buscar, e em que condições, o serviço de saúde.

A avaliação seria feita a partir de entrevistas, bem como a elaboração de genograma e ecomapa, propiciando o reconhecimento das forças de atração que estariam levando o usuário àquela demanda específica, seguida de uma anamnese padrão, da lógica biomédica, no momento em que se perguntaria sobre seus remédios, condição de saúde, etc. Desta forma, haveria, num primeiro momento, o (re)conhecimento de todas as condições de saúde daquele indivíduo, incluindo sua situação familiar e de como ele está e se posiciona no mundo do trabalho, renda, lazer, vínculos sociais, podendo-se, desta forma, avaliar a condição de saúde ampliada. Em um segundo momento, a entrevista clínica padrão e tradicional, que seria capaz de avaliar as condições biomédicas do usuário e relacioná-la com as condições de vida relatadas na entrevista anterior.

Uma vez descritas as duas situações, seria realizada a avaliação da condição, momento em que seriam traçados “diagnósticos”, que poderiam ser sociais ou físicos, indicados dentro de cada dimensão de força repulsa. Por exemplo, ao evidenciar que um usuário busca o serviço, inicialmente, queixando-se de dor nas costas frequente, mas durante a entrevista averigua-se que esta pessoa está em situação familiar de abandono, pode-se inferir que ela, naquele momento de dor, encontra-se em força de atração por demanda biológica agregada a demandas sociais. Tendo-se isso diagnosticado, haveria uma oferta de serviços detalhada para ela e compartilhada formalmente entre os diversos membros da equipe.

Esta forma de intervenção permitiria uma abordagem que se afastaria do modelo individual curativo, calcado na queixa conduta e estaria na premissa das ações usuário-centrado. Entende-se que assim como as necessidades, essas dimensões de atração e repulsa são dinâmicas e, portanto, as avaliações deverão ser constantes, pois uma vez sanadas as primeiras demandas, logo outras aparecerão, pois logo que uma necessidade é sanada, novas são formadas. O objetivo da ação das unidades será levar o usuário ao máximo de sua independência, utilizando-se, para tanto, de outras fontes de apoio sociais, recorrendo principalmente a ações intersetoriais.

Não é claro ainda o tanto de pacotes de serviços que cada dimensão poderia listar, mas seria recomendado a cada unidade de saúde reunir seu rol de possibilidades para cada dimensão. Por exemplo, observando-se que há a dimensão repulsa por fatores geográficos (distância da unidade) a unidade poderia fazer um levantamento sobre os recursos disponíveis em sua comunidade para que essas distâncias tornassem-se menores, vizinhos fizessem mutirões com seus carros, ou o padre/pastor se propusesse a colaborar. Enfim, esta é uma possibilidade de mapeamento/avaliação das forças que atraem e afastam os usuários das unidades, que permitiria aos gestores das unidades um reconhecimento mais ampliado das necessidades de sua comunidade bem como planejamento da oferta das ações a partir de suas REAIS necessidades.

Porém, para que as ações de avaliação e intervenção a partir da Matriz sejam eficazes, seria necessário certo rompimento com as formalidades verticalmente impostas, pois o que se propõe é o reconhecimento das demandas – necessidades apresentadas em cada unidade de ESF para que, a partir delas, sejam estabelecidas as ações de cuidado. A equipe de ESF, dotada de autonomia e munidos de informações formalmente descritas, poderia transformar a realidade da comunidade sem que estivesse presa às amarras das regras do financiamento público, ou seja, as ações estariam voltadas para resolutividade das demandas – necessidades dos usuários e suas famílias, mais do que ao cumprimento de metas e programas.

VIII) CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Sociologia Compreensiva contribuiu para o entendimento sobre as questões levantadas por permitir a valorização do minúsculo, que é exatamente onde se devem iniciar as ações de saúde. Ter dado ênfase aos ruídos silenciosos que permeiam a relação de usuários e profissionais de serviços de saúde permitiu estabelecer uma rica discussão, permeada por diversos interesses, principalmente por questões culturais, simbolicamente instituídas no imaginário de usuários e de profissionais.

O modelo biomédico parece ainda ser hegemônico, pois, apesar de os discursos evidenciarem que os profissionais consideram as necessidades subjetivas das pessoas, a oferta de ações ainda é direcionada ao que é comprovadamente patológico ou enfermo, sendo as demais necessidades consideradas de cunho socioeconômico e não se vinculam aos serviços de saúde. O fazer médico só se mostra eficaz quando relacionado àquilo que é efetivamente doente e se esgota frente a outras possibilidades terapêuticas. Nesses casos, o usuário é encaminhado aos demais profissionais, seja para as consultas em especialistas, seja para os demais profissionais da ESF e NASF.

Sobre a equipe de enfermagem recaem inúmeras funções burocráticas e gerenciais da unidade, estabelecendo um discurso de distanciamento da clientela tendo em vista o número elevado de afazeres. O cuidado de enfermagem é preestabelecido a partir dos programas de prioridade do governo, para os quais são criadas as metas, que a equipe de enfermagem deve se empenhar para alcançar. O profissional enfermeiro é o coordenador das ações nas ESFs, sendo ele o responsável por organizar a demanda, realizar e estimular o vínculo e o acolhimento, porém os discursos demonstram as dificuldades operacionais em fazê-los.

Os usuários, por sua vez, não validam o modelo no qual a APS configura-se como porta de entrada aos serviços sob a perspectiva cuidadora, parecem não aceitar o rompimento com o paradigma biomédico e acabam por validá-lo, através da priorização de consultas, encaminhamentos a especialistas e tratamento medicalizante.

Sobre a queixa frequente de profissionais, de que os usuários se utilizam inadequadamente dos serviços, pelo que chamam de demanda “desnecessária”, cabe refletir sobre como ambos estão lidando com tais demandas. O

imbricamento desses diversos olhares só pode ser compreendido no movimento de reversibilidade, mediante a “co-possibilidade” entre todos os elementos do dado natural e do dado social, ultrapassando a dicotomia entre o mundo sensível e o mundo inteligível e permitindo uma compreensão holística da realidade.

A maioria dos profissionais indica que a demanda “errônea” se deve à ignorância da população, que perpassa por uma questão cultural e do meio, é o que lhes resta ouvir. A importância de se discutir e propor modelos operativos dá-se pelo fato de estes possibilitarem mobilizar recursos, definir objetivos e prioridades que interferem diretamente sob a questão do acesso.

A população entende o acesso irrestrito a médicos generalistas insuficiente e busca solicitar mais especialidades, como se o acesso oferecido, como ocorre hoje, mediante encaminhamentos, fosse sinônimo de perda real ou de diminuição de acesso. Porém, se for entendido que acesso é obtido quando o usuário parte em busca de atender uma necessidade e se esta necessidade, do ponto de vista do usuário, não for atendida, pode-se considerar que o acesso foi obtido, porém não foi resolutivo. Desta forma, o acesso deve ser entendido como a continuidade do fluxo de ações dentro do sistema através dos serviços e profissionais de saúde, que devem oferecer resposta às necessidades demandadas. Observou-se, nos discursos, que esta resposta é considerada positiva quando associada a um diagnóstico precoce, à consulta sem demora, ao bom atendimento e a esclarecimentos educados.

Neste sentido, percebe-se nos discursos dos usuários o reconhecimento da unidade de saúde como um espaço seu. Neste lugar são constituídos diversos rituais de maneiras de ser e agir, nos quais são estabelecidos valores de identificação e de repulsa. Não há, explicitamente, a representação do acesso universal e igualitário aos serviços de saúde sob uma perspectiva de direito, de exercício da cidadania e, sim, de valorização de práticas consumistas que permitem ao usuário, na maioria das vezes de baixa renda, ter acesso a bens de consumo como consultas médicas especializadas e exames de alto custo. Por isso, pode ser que clamem por mais médicos nas unidades, para que possam ser realizadas as suas necessidades de estima e valor.

Uma possibilidade para o rompimento deste ciclo é o fortalecimento de ações voltadas não só para o indivíduo, mas também para a família. Além, é claro, do estabelecimento de perspectivas cuidadoras, passíveis de oferecer ao

usuário o mesmo sentimento de estima, sem que haja o consumo de tecnologias duras, ou calcadas no saber biomédico.

Percebeu-se a dificuldade, que muitos profissionais possuem, de conseguir suprir as necessidades dos usuários, mesmo aqueles que consideram possuir uma visão holística sobre a condição apresentada. Enfatiza-se, portanto, a falta de tecnologias sistematizadas, eficazes, como vínculo, acolhimento e conversas terapêuticas.

Considerou-se que acolher é somente conversar, perguntar o que a pessoa sente e se dispor a ouvi-la. A prática do acolhimento, para ser eficaz enquanto tecnologia de trabalho deverá ser intencional, direcionada a cada caso específico que se apresente como demanda e, principalmente, não depender da boa vontade profissional e, sim, instituir-se como prática obrigatória, formalizada e sistematizada nas unidades de ESF. Observou-se que as intervenções deste cunho são realizadas quase acidentalmente, quando deveriam ser conscientes e intencionais.

Propõe-se que a prática do acolhimento não seja responsabilidade de um único profissional, face às múltiplas necessidades que se apresentam e ao esgotamento tecnológico dos profissionais que impossibilitariam a oferta de soluções eficazes. Para tanto, ao invés de impor ao usuário que ele seja recebido ou acolhido, ou encaminhado para um único e sempre o mesmo profissional, poderia ser ofertado a ele a opção de escolher por quem gostaria de ser ouvido naquele momento específico de busca.

Vale, porém, salientar que o que se propõe é que as perguntas, rotineiramente feitas aos usuários como práticas de empatia, sejam vistas sobre o olhar cuidador, através do entendimento de que a oferta de uma pergunta é uma intervenção. “Em que posso te ajudar? Você tem dúvidas?” é um instrumento capaz de empoderar o outro, no caso o usuário, a falar sobre sua situação, permitindo que ele fale, sinta e dê valor à situação que vive e experimenta.

A pergunta não seria uma forma de avaliação, e sim uma intervenção, pois falar permite que se desvende as diversas interações simbólicas existentes. Deve-se compreender que “problema” é tudo aquilo que vem a demandar alguma solução. Ao relatarmos que possuímos algum problema, os usuários estão buscando solução para alguma necessidade que precisa sempre de ser entendida e valorizada pelo profissional.

O desafio lançado aos profissionais é oferecer intervenções variadas, de acordo com cada experiência relatada como verdade pelos usuários e não simplesmente oferecer aquela que ele, enquanto profissional, julga ser a melhor para aquele caso, mas que, muitas vezes, não faz parte da verdade experimentada pelo usuário. Para tanto, a utilização da oferta de perguntas permitirá aos profissionais conhecer o contexto vivido pelo usuário e fará com que ambos busquem caminhos que condigam com as respostas dadas. Desta forma, deve-se aumentar os instrumentos de trabalho para dar conta de atender as demandas que os usuários apresentam e alterar a relação estabelecida entre usuário e profissional, que deve ser a de prestação de serviço e não de favor ou empoderamento.

Sobre a relação entre profissionais e usuários, deve-se ter conhecimento que nela cada um traz as competências, as forças e os recursos que julgam possuir. Essas relações se mostram tão complexas devido à intersubjetividade, à instabilidade e à complexidade inerentes às situações cotidianas. Deste modo, este relacionamento deverá pautar-se na troca, na reciprocidade e não no estabelecimento hierárquico de prioridades.

Deve-se procurar entender que quem procura ajuda sofre com o peso de sua relação com o mundo, porque não consegue resolver a contradição vivenciada entre as coisas que são e que deveriam ser. Se entendidas assim, só haverá duas possibilidades de intervenção: uma que mudasse o meio para acomodá-lo à visão de mundo do usuário, ou outra que alterasse a visão de mundo dele para acomodá-la aos dados imutáveis que o meio lhe apresenta. Esta última é a meta da própria mudança terapêutica.

Há de ser reconhecida a condição singular de cada situação, o chamado “cada caso é um caso” adequa-se perfeitamente à elucidação das questões que se quer enfatizar. Considerando dois indivíduos, com a mesma idade e que compartilham do mesmo diagnóstico clínico, alguma patologia crônica, ao considerar somente o recorte biológico, o tratamento eficaz seria igual para ambos. Porém, o que se sabe é que não é assim que ocorre nos cotidianos dos serviços. Existem indivíduos mais resistentes que outros, mesmo nas condições mais favoráveis. Observa-se, assim, a necessidade de ampliação do olhar lançado para este indivíduo. Deve-se considerá-lo um ser total, pleno, que vive em sociedade, em família e é tão permeável a essas questões, que estabelece

com elas relações de troca. Para dar conta disso, somente múltiplos saberes aplicados simultaneamente, sem previsão hierárquica de valores, mas sim sob a ótica da complementaridade, com enfoque na alta, na independência do usuários em relação ao serviço de saúde.

Propõem-se, portanto, oferecer ações para além do indivíduo e incluir a família na perspectiva que se sugere. Os dados apontaram que a ESF não inclui a família como foco central de suas ações, replicando a assistência centrada no indivíduo, sendo ele compreendido em seu contexto que, por vezes, inclui a família, mas não se apropria dela como centro norteador de suas ações, entendendo que dela dependem as situações de viver e adoecer do indivíduo.

Entende-se que, ao considerar a família como centro norteador das ações nas unidades de ESF, ampliam-se as possibilidades de intervenção, abre-se a lente para além do problema que é relatado no momento da busca pelos serviços, tornando as práticas de intervenção e avaliação familiar recursos tecnológicos imprescindíveis, capazes de instrumentalizar os profissionais balizando as práticas de acolhimento, direcionando as situações de vínculo e até mesmo de priorização da assistência nas condições de doenças crônicas ou “dados repetitivos” que ocorrem em diversas gerações da mesma família.

Constatou-se que é comum os usuários buscarem os serviços de saúde apresentando sinais e sintomas inespecíficos, o que dificulta a ação dos profissionais que buscam sempre uma justificativa alicerçada nos saberes que lhe competem, não encontrando muitas vezes em suas “caixas de ferramenta” os saberes necessários para traduzi-los. Evoca-se mais uma vez a necessidade de se estabelecer uma tecnologia própria de trabalho nas unidades de ESF, que inclua as tecnologias leves devidamente fundamentadas e formalizadas.

É importante enfatizar que muitos profissionais realizam ações neste sentido, porém não registram seus encontros e impressões, não permitindo que as evidências sejam efetivamente compartilhadas e tornem-se informações para uma nova forma de fazer a clínica. Há a necessidade do compartilhamento e registro destas evidências para que sejam compostos, a partir deles, novos saberes, numa ponderação sempre adequada a cada situação singular. Enfatiza-se que a troca de informações sobre os casos é feita em todas as equipes das unidades estudadas, o que se julga faltar é a formalização destas, de forma a

compor quadros sintéticos possíveis capazes de comprovar a eficácia destas ações.

Percebe-se, portanto, que a tecnologia dura terá sempre seu espaço, sempre será necessária, mas não cabe como atividade fim, pois se esgotam os meios terapêuticos para problemas complexos, ou seja, seus instrumentos são finitos para demandas infinitas. Acredita-se que o SUS avança a passos largos em inúmeras questões, mas ele ainda desconsidera os fatores subjetivos que estão implicados em toda a sua estrutura, que permeiam e perpassam desde as bases operacionais do acesso, até a forma de organização dos serviços na inter-relação com as pessoas.

Embora se considere que as unidades de ESF ampliem o acesso aos serviços de saúde, percebe-se que os usuários, muitas vezes, o entendem como um ambulatório onde levam suas queixas e buscam seus remédios. Os profissionais replicam esta dinâmica a partir de ações de encaminhamento e especialização, dinâmicas de serviços pacotificados. Há duplicidade e demora na resolução dos casos, entendido como fechamento da dinâmica inicial da procura, diagnóstico biomédico ou social. Faltam nomenclaturas amplas que denominem as tantas demandas que se apresentam. Os profissionais, em seus diversos campos de atuação, parecem carregar em sua caixa de ferramentas um único instrumento, cada um com o seu, e tentam encaixar as demandas–necessidade apresentadas em seu pacote de serviços.

Neste sentido, acredita-se que a Matriz Multidimensional proposta permitirá identificar o que o serviço poderá oferecer ao usuário e sua família naquele momento de sua busca específica para que ele sinta suas necessidades iniciais atendidas o mais rapidamente possível, tornando-o independente, ampliando as possibilidades de cuidado e atenção.

Ainda em fase de produção de conhecimento mais do que de consolidação desse conhecimento, enfatiza-se a necessidade de pesquisas futuras no sentido de aprofundar as questões aqui levantadas. Sugere-se que estudos sejam feitos de forma a testar a operacionalização da análise a partir da Matriz, bem como contemplar novas nomenclaturas, para dar conta de formalizar os diagnósticos que recaiam sobre as forças sociais e culturais, no intuito de conjugar todas as tecnologias disponíveis com vistas à resolutividade, para lançar luz a questões

complexas tão amplamente vivenciadas no cotidiano dos serviços e que influenciam diretamente a questão do acesso.

Reitera-se o limite dessa pesquisa pela abordagem de estudo de caso que, muitas vezes, não permite generalização dos resultados encontrados por focar uma realidade específica. Entretanto, ressalta-se que estes estudos possam fornecer subsídios para que as gestões locais possam buscar estratégias que resultem na melhoria de acesso à população assistida e, além disso, que as respostas sejam resolutivas com ações efetivas para a qualidade de vida das pessoas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBUQUERQUE, Carlos Manuel de Sousa; OLIVEIRA, Cristina Paula Ferreira de. Saúde e Doença: Significações e Perspectivas em Mudança. Millenium - Revista do ISPV - n.º 25 - Janeiro de 2002.

ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial, Interface - Comunic., Saúde, Educ., v.9, n.16, p.39-52, set.2004/fev.2005.

ALVES, Marília; RAMOS, Flávia Regina Souza; PENNA, Cláudia Maria de Mattos. O trabalho interdisciplinar: aproximações possíveis na visão de enfermeiras de uma unidade de emergência. Texto Contexto Enferm 2005 Jul-Set; 14(3):323-31.

ANDERSEN, R. M. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? Journal of Health and Social Behavior, v.36, n.1, p. 1-10, 1995.

ANDRADE, Edson de Oliveira; ANDRADE, Elizabeth Nogueira de; GALLO, José Hiran. Estudo de caso de oferta induzindo a demanda: o caso da oferta de exames de imagem (tomografia axial computadorizada e ressonância magnética) na Unimed-Manaus. Rev. Assoc. Med. Bras., São Paulo, v. 57, n. 2, Apr. 2011. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302011000200009&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 30 de agosto de 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302011000200009>.

BARDIN, Laurence. Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70 LTDA, março de 2010.

BECKER, H.S. Métodos de pesquisa em ciências sociais. 4.ed. São Paulo, Hucitec, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília. Ministério da Saúde, 1997.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria Nº 154 de 24 de Janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Programa agentes comunitários de saúde (PACS) / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva – Brasília: Ministério da Saúde; 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Série B. Textos Básicos de Saúde. Cadernos de Atenção Primária ; n. 27, 160p. Brasília : Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Projeto Promoção da Saúde. Carta de Ottawa. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria Nº 648/GM de 28 de março de 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde - Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral À Saúde Do Homem (Princípios e Diretrizes), 2008.

BRASIL, Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral À Saúde do Homem – Plano de ação Nacional 2009-2011; 2009.

BRASIL, Ministério da Saúde Portaria GM nº 1944 em 27 de agosto de 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Primária. Saúde da família no Brasil: uma análise de indicadores selecionados: 1998-2004 / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso: Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/01 e Portaria MS/GM n.o 95, de 26 de janeiro de 2001 e regulamentação complementar / Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: política nacional de humanização: documento base para Gestores e trabalhadores do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. Ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL, Decreto nº 7.508, de 28 de julho de 2011 - a.

BRASIL, Portaria nº 2.488, DE 21 DE OUTUBRO DE 2011 -b

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Primária. Acolhimento à demanda espontânea / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde; 2011 c.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Clínica Ampliada, equipe de referência e projeto terapeutico singular. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.

BREIHL, Jaime. IN Deterioro de la vida – um instrumento para análise de prioridades regionales em lo social y la salud. Quito: Ed, Nacional, 1990.

CAPRA F. O ponto de mutação. A Ciência, a Sociedade e a Cultura Emergente. São Paulo: Cultrix; 1982.

CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, 1997.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, ABRASCO; 2001.

CIUFFO, R.S.; RIBEIRO, V.M.B. Sistema Único de Saúde e a formação dos médicos: um diálogo possível?. Interface - Comunic., Saude, Educ., v.12, n.24, p.125-40, 2008.

CHIZZOTTI, Antonio. Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais. 8 ed. São Paulo: Cortez, 2006.

COELHO, M.O, JORGE, M.S.B. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na Atenção Primária à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. Ciência e Saúde Coletiva, 14 (supl. 1): 1523-1531, 2009.

COSTA, E.M.A; CARBONE, M.H. Saúde da Família: uma abordagem interdisciplinar. Rio de Janeiro: Rubio, 2004.

COSTA, Josiane Moreira. Acesso a Terapia Medicamentosa na perspectiva de pacientes e profissionais de saúde. [dissertação]. Belo Horizonte (MG): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem; 2012.

CUNHA, G T. A construção da clínica ampliada na atenção básica. 3ª Ed. São Paulo: Hucitec; 2010.

DEMO, Pedro. Metodologia do conhecimento científico. São Paulo: Atlas, 2008.

DERNTL, Alice Moreira; WATANABE, Helena Akemi Wada. Promoção da Saúde. In: LITVOC, Júlio; BRITO, Francisco Carlos de. Envelhecimento – prevenção e promoção da saúde. São Paulo: Atheneu, 2004. 37-46.

DONABEDIAN, Avedis. La dimensión internacional de la evaluación y garantía de la calidad. Salud Publica de México, 32:113-117, 1990.

DONABEDIAN, Avedis. The seven pillars of quality. Arch Patrol Lab Med. 114:1115-8, 1990.

DONABEDIAN, Avedis. Na introduction to quality assurance in health care. Oxford: Oxford University Press; 2003

DUARTE,I, ; SILVA, D; CARDOSO, S. Construindo um programa de educação com agentes comunitários de saúde. Interface, Botucatu, v. 11, n. 23, dez. 2007. disponível na World Wide Web em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832007000300004 &lng=en&nrm=iso>. Acesso em 11/10/11.

ESPIRIDIÃO MA, TRAD LAB. Avaliação de satisfação de usuários: considerações teórico-conceituais. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 22(6):1267-1276, jun, 2006.

EVANGELISTA, Patrícia Alves; BARRETO, Sandhi Maria; GUERRA Henrique Leonardo. Central de regulação de leitos do SUS em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil: avaliação de seu papel pelo estudo das internações por doenças isquêmicas do coração Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24(4):767-776, abr, 2008.

FERRI, S.M.N *et al.* As tecnologias leves como geradoras de satisfação em usuários de uma unidade de saúde da família. Interface – Comunic, Saúde, Educ, v. 11, n. 23, p. 515-29, set/dez 2007.

FONTANELLA, B.J.B; RICAS,J.; TURATO, E.R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. Caderno de Saúde Pública: 24(1):17-27, jan. 2008.

FOUCAULT, Michel. Vigiar e punir nascimento da prisão. 29ª Edição. Ed. Vozes: Petrópolis 2004.

GAIOSO, Vanessa Pirani; Mishima, Silvana Martins. USER SATISFACTION FROM THE PERSPECTIVE OF ACCEPTABILITY IN THE FAMILY HEALTH SCENARIO. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2007 Out-Dez; 16(4): 617-25.

GIGLIO-JACQUEMOT, Armelle. Urgências e Emergências em saúde: perspectivas de profissionais e usuários. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

GIL, A.C. Métodos e técnicas de pesquisa social. São Paulo: Atlas, 1999

GIOVANELLA, Lígia; FLEURY, Sônia. Universalidade da atenção à saúde: acesso como categoria de análise. IN: EIBENSCHUTZ, Catalina. Política de Saúde: O público e o privado. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

GIOVANELLA, L; ESCOREL, S; MENDONÇA, MHM. Estudos de Caso sobre a implementação da Estratégia da Saúde da Família em Quatro Grandes Centros Urbanos. DAB/SAS/MS – Departamento de Atenção Primária, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde; 2009.

GOUVEIA, Giselle Campos. Avaliação da satisfação dos usuários com o sistema de saúde brasileiro / Recife: 2009. 189 f.: il. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.

GUIMARÃES, Luisa; GIOVANELLA, Lígia. Entre a cooperação e a competição: percursos da descentralização do setor saúde no Brasil Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 16(4), 2004.

IBGE, Dados preliminares do Censo 2010, IN: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1> acessado em 9/12/2010.

JESUS, W.L.A, ASSIS, M.M.A. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. Ciência e Saúde Coletiva, 15(1): 161-170, 2010.

KOIFMAN, L.: 'O modelo biomédico e a reformulação do currículo médico da Universidade Federal Fluminense'. História, Ciências, Saúde — Manguinhos, vol. VIII (1): 48-70, mar.-jun. 2001.

KOLLER, Evely M. Pereira; MACHADO, Heloísa Beatriz. Reflexões sobre a prática atual da enfermagem e prenúncios de mudanças para o século XXI. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, 45 (1): 74-79, jan/mar, 1992.

LAKATOS, Eva Maria; BRUTSCHER, Sônia Maria. O Conceito de Saúde e Doença analisado através dos tempo e a prática previdenciária no Brasil. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v.24, n. 54, p. 75-89. Jan/abr, 2000.

LIMA- Maria Fernanda, VERAS, Renato. Saúde pública e envelhecimento. Cad. Saúde Pública [serial on the Internet]. 2003 June [cited 2008 June 04] ; 19(3): 700-701. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000300001](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000300001&lng=en&nrm=iso). doi: 10.1590/S0102-311X2003000300001

LEUCOVITZ, Eduardo, LIMA, Luciana Dias de; MACHADO, Cristiani Vieira. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas* Ciência & Saúde Coletiva, 6(2):269-291, 2001.

LIMA, Maria Alice Dias da, et al. Acesso e acolhimento em unidades de saúde na visão dos Usuários. Revista Acta Paul Enferm 20(1):12-7., 2007.

LITVOC, J, Brito, F. Conceitos Básicos In: Litvoc, J, Brito, F. Envelhecimento: Prevenção e Promoção da Saúde. São Paulo: Editora Atheneu, 2004. p. 1-16.

MAFFESOLI, Michel. O conhecimento comum: introdução à sociologia compreensiva. Porto Alegre: Sulina, 2007.

MAFFESOLLI, Michel. A conquista do presente. Rio de Janeiro: Rocco, 1984.

MALTA, DC. Buscando novas modelagens em saúde: as contribuições do projeto Vida e Acolhimento para a mudança do processo de trabalho na rede pública de Belo Horizonte [tese]. Campinas, São Paulo: UNICAMP, 2001.

MARCONI e LAKATOS. Metodologia Científica, 5ª ed. São Paulo: Atlas, 2007.

MARQUES, Rosa Maria; MENDES, Áquila. A política de incentivos do Ministério da Saúde para a atenção básica: uma ameaça à autonomia dos gestores municipais e ao princípio da integralidade? Cad. Saúde Pública vol.18 suppl. Rio de Janeiro 2002.

MENDONZA-SASSI, Raul; BÉRIA, Jorge Umberto. Utilización de los servicios de salud: una revisión sistemática sobre los factores relacionados. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, 17 (4): 819-832, jul-ago, 2001.

MERHY, E. E. & FRANCO, T. B. Programa Saúde da Família: Contradições e novos desafios. In: Congresso Paulista de Saúde Pública, Anais, pp. 145-154, São Paulo: Associação Paulista de Saúde Pública; 2000.

MERHY, E. E. & QUEIROZ, M. S. Public Health, Local Health Units, and the Brazilian Health System. *Cad. Saúde Públ.*, Rio de Janeiro, 9 (2): 177-184, Apr/Jun, 1993.

MERHY, Emerson. SAÚDE a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: 3ª ed, Ed Hucitec, 2007.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Superintendência de Planejamento e Coordenação. Plano Diretor de Regionalização de Minas Gerais. Belo Horizonte (MG): 2005.

MINAYO, M.C.C. O desafio do conhecimento – Pesquisa qualitativa em saúde. 10ª ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

MINAYO, M.C.C (org). Avaliação por triangulação de métodos: abordagens de programas sociais. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

MORAES, Paulo Alexandre de; BERTOLOZZI, Maria Rita; HINO, Paula. Percepções sobre necessidades de saúde na Atenção Básica segundo usuários de um serviço de saúde. *Rev. esc. enferm. USP*, São Paulo, v. 45, n. 1, Mar. 2011. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000100003&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 30 de agosto de 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000100003>.

NASCIMENTO, Elaine Ferreira do; GOMES; Romeu. Marcas identitárias masculinas e a saúde de homens jovens. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 24(7):1556-1564, jul, 2008.

OLIVEIRA, A. M. G et al. Avaliação em saúde para organização do trabalho na perspectiva do sujeito. IN: SAITO, R.X.S. Integralidade da atenção: organização

do trabalho no programa saúde da família na perspectiva sujeito-sujeito. São Paulo: Martinari, 2008.

OLIVEIRA, Evangelina X. G. de; CARVALHO, Marília Sá; TRAVASSOS, Cláudia. Territórios do Sistema Único de Saúde – mapeamento das redes de atenção hospitalar. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 20(2):386-402, mar- abr, 2004a.

OLIVEIRA, Evangelina X. G. de; CARVALHO, Marília Sá; TRAVASSOS, Cláudia. Acesso à Internação Hospitalar: Territórios do SUS. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 20 Sup. 2:S298-S309, 2004b.

OLIVEIRA, F. A. Antropologia nos serviços de saúde: integralidade, cultura e comunicação. *Interface - Comunic, Saúde, Educ*, v6, n10, p.63-74, fev 2002.

OLIVEIRA, M.A.C.; EGRY, E.Y. A historicidade das teorias interpretativas do processo saúde-doença. *Rev.Esc.Enf.USP*, v. 34, n. 1, p. 9-15, mar. 2000.

OLIVEIRA RG, MARCON SS. Trabalhar com famílias no Programa de Saúde da Família: a prática do enfermeiro em Maringá-Paraná. *Rev Esc Enferm USP* 2007; 41(1):65-72.

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

OLIVEIRA, GN. O projeto terapêutico e a mudança nos modos de produzir saúde. São Paulo: Hucitec, 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Carta de Otawa para la promoción y educación para la salud. *Revista de Sanidad y Higiene Pública*, 61, p.129-139,1987.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. Promoção da Saúde. Cartas. Declaração de Alma-Ata. Disponível em <<http://www.opas.org.br/coletiva/carta.cfm?idcarta=14>>. Acesso em 27 de abril de 2008.

PAES-SOUZA, R. Revisitando o debate sobre transições demográfica e epidemiológica. *Cad. Saúde Pública*, 2002; 18(5):1411-1421.

PAGLIOSA, Fernando Luiz; DA ROS, Marco Aurélio. O relatório Flexner: para o bem e para o mal. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 4, Dec. 2008 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022008000400012&lng=en&nrm=iso>. access on 15 Aug. 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022008000400012>.

PAIM, J ; ALMEIDA Filho, N. Saúde Coletiva: Uma "nova saúde pública" ou campo aberto para novos paradigmas? *Revista de Saúde Pública*. v. 32, n.4, 1998.

PAIM, Jairnilson Silva. Modelos de Atenção e Vigilância em Saúde. IN: ROUQUAYROL, Maria Zélia. *Epidemiologia e Saúde*, 6 ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003.

PENNA, C. M. M.; *et all.* Equity and resolution: of theory to construction in daily of health professionals. *Online Brazilian Journal of Nursing* (Embedded image moved to file: pic26962.gif), v. 6, p.1091/283, 2007.

PENNA, C. M. M, et all. Representações sociais de usuários sobre o atendimento em uma unidade de saúde da família. *Cadernos Saúde Coletiva (UFRJ)* v. 17, p. 1075-1091, 2009.

PINHEIRO, Roseni. Modelos ideais x práticas eficazes: um desencontro entre gestores e clientela nos serviços de saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 1999.

PINHEIRO, S. P. et al. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviço de saúde no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 7, n. 4, p. 689-707, 2002.

POPE, Catherine; MAYS, Nicholas. *Pesquisa qualitativa na atenção à saúde*. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

REIS, Dener Carlos dos. Acesso da população ao diagnóstico e tratamento da esquistossomose em área endêmica do município de Jequitinhonha, Minas Gerais [manuscrito – tese de doutorado]. / Dener Carlos dos Reis. - - Belo Horizonte: 2009. Tese (doutorado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.

RODRIGUES, J.C. Misérias, simbolismos e poderes. XVI COMPÓS: Curitiba/PR, 2007. Disponível em: http://www.compos.org.br/data/biblioteca_185.pdf

ROSA RB, PELEGRINI AHW, LIMA MADS. Resolutividade da assistência e satisfação de usuários da Estratégia Saúde da Família. Rev Gaúcha Enferm., Porto Alegre (RS) jun;32(2):345-51, 2011.

SCHRAIBER, Lilia Blima et al. Necessidades de saúde e masculinidades: atenção primária no cuidado aos homens. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 26(5):961-970, mai, 2010.

SCHRAMM, J. M. A. et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, 2004; 9(4):897-908.

SENNA, Mônica de Castro Maia; COHEN, Mirian Miranda. Modelo assistencial e estratégia saúde da família no nível local: análise de uma experiência. Ciência & Saúde Coletiva, 7(3):523-535, 2002.

SILVA JUNIOR, E.S et al. Acessibilidade geográfica à atenção primária à saúde em distrito sanitário do município de Salvador, Bahia. Ver. Brás. Saúde Matern. Infantil, Recife, 10 (supl. 1): S49-S60, nov, 2010.

SILVA, Livia Gomes da; ALVES, Marcelo da Silva. O Acolhimento Como Ferramenta De Práticas Inclusivas De Saúde. Rev. APS, v. 11, n. 1, p. 74-84, jan./mar. 2008.

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

SOUZA, Renilson Rehem de. A regionalização no contexto atual das políticas de saúde. Ciência & Saúde Coletiva, 6(2):451-455, 2001.

TAKEMOTO, Maíra Libertad Soligo; SILVA, Eliete Maria. Acolhimento e transformações no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas de saúde de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 23(2):331-340, fev, 2007.

TRAVASSOS, Claudia et al. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11(4):975-986, 2006.

TRAVASSOS, Cláudia.; MARTINS, Mônica. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Caderno de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 20 Sup 2:S190-S198, 2004.

TRAVASSOS, Cláudia et al. Utilização dos serviços de saúde no Brasil: gênero, características familiares e condição social. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health* 11(5/6), 2002.

TREVISAN, L. N. & Junqueira, L. A. P. Construindo o “pacto de gestão” no SUS: da descentralização tutelada à gestão em rede. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(4):893-902, 2007.

TURRINI RNT et al. Resolutividade dos serviços de saúde por inquérito domiciliar: percepção do usuário. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 24(3):663-674, mar, 2008

UGÁ, Maria Alicia, et al. Descentralização e alocação de recursos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Ciência e Saúde Coletiva*, 8(2): 417-437, 2003.

UNGLERT, C. V. de S. et al. Acesso aos serviços de saúde: uma abordagem de geografia em Saúde Pública. *Rev. Saúde Pública.*, S. Paulo, 21:439-46, 1987.

VAITSMAN, Jeni; ANDRADE, Gabriela Rieveres Borges de. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(3): 599-613, 2005.

VARGAS *et al.* O acesso aos serviços Públicos de Saúde em Área Limítrofe entre municípios. *Saúde Soc São Paulo*, v. 20, n3, 821-828, 2011.

VERDI M, CAPONI S. Reflexões Sobre a Promoção da Saúde numa Perspectiva Bioética. *Texto Contexto Enferm*, Jan-Mar; 14(1):82-8; 2005.

VIEGAS, S.M.F. A integralidade no cotidiano da estratégia Saúde da Família em Municípios do Vale do Jequitinhonha – Minas Gerais [tese]. Belo Horizonte (MG): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem; 2010.

VIEGAS, S.M.F; PENNA, C.M.M. O Sus É Universal Mas Vivemos De Cotas. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*; 2011: [online] [acesso 2012 Jul 10]. Disponível em: http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/artigo_int.php?id_artigo=10220

VIEGAS, S.M.F *et al.* O cotidiano da assistência ao cidadão na rede de Saúde de Belo Horizonte. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 20(2): 769-784, 2010.

VERAS R. Envelhecimento populacional e informações de saúde. *Cad. Saúde Pública*, 2007; 23(10):2463-2466.

WRIGHT, L.M. *Enfermeiras e Famílias: um guia para avaliação e intervenção na família*. São Paulo: Rocca; 2008.

YIN, Robert K. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. Porto Alegre: Bookman, 2010.

ANEXO I

SECRETARIA DE ASSISTENCIA A SAUDE / DAB - DATASUS

PAG.: 1

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE

VERSAO:

v6.1

SIAB - SISTEMA DE INFORMACAO DE ATENCAO BASICA

DATA:04/11/

2009

CONSOLIDADO DAS FAMILIAS CADASTRADAS DO ANO DE 2009

MUNICIPIO: MARIACU

SECTOR: ██████████

Sexo	Faixa Etaria (anos)										Total
	< 1	1 a 4	5 a 6	7 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 39	40 a 49	50 A 59	> 60	
Masculino	30	139	64	116	216	172	667	236	181	172	1.988
Feminino	30	126	72	101	151	165	630	217	165	187	1.894
Numero de Pessoas	60	260	136	217	367	337	1.297	453	346	359	3.682

Faixa Etaria (anos)	Doencas referidas											Faixa etaria (anos)	Condicao referida	
	ALC %	CHA %	DEF %	DIA %	DNE %	EPI %	HA %	HAN %	MAL %	TB %	GES %			
0 a 14			2,19	1,10		1,10						10 a 19 anos	6,19	1,90
15 anos e mais	7,25	1,04	17,61	66,26		1,04	420,15					1,20 anos e mais	19,18	1,58
Total	7,18	1,03	19,50	67,75		2,05	420,16					1,10 Total	25,16	1,65

N. de familias estimadas		%	ABASTECIMENTO DE AGUA		No	%	DESTINO DO LIXO		No	%	
N. de familias cadastradas		1.018	Rede publica		365	35,85	Coleta publica		498	44,01	
7 a 14 anos na escola		402	68,84	Poco ou nascente		648	63,65	Queimado/Enterrado		382	37,52
15 anos e mais alfabetizados		2.559	91,65	Outros		5	0,49	Deu aberto		188	18,47
Pessoas cobertas c/ plano saude		525	13,70	TIPO DE CASA		No	%	DESTINO FEZES/URINA		No	%
TRAT. AGUA NO DOMICILIO		No	%	Tijolo / Adobe		1.006	98,82	Sistema de Esgoto		487	47,84
Filtracao		816	80,16	Taipa revestida		12	1,18	Fossa		237	23,28
Fervura		6	0,59	Taipa nao revestida				Deu aberto		294	28,88
Cloracao		1	0,10	Madeira							
Sem tratamento		195	19,16	Material aproveitado							
				Outros							
								Energia Eletrica		963	96,56

ANEXO II

SECRETARIA DE ASSISTENCIA A SAUDE / DAB - DATASUS											PAG.: 1	
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE											VERSÃO	
6.1											SIAB - SISTEMA DE INFORMACAO DE ATENCAO BASICA	
2009											DATA:04/11/	
CONSOLIDADO DAS FAMILIAS CADASTRADAS DO ANO DE 2009												
MUNICIPIO: MAMBUACU												
SEGMENTO: ████████████████████												
Sexo	Faixa Etaria (anos)										Total	
	< 1	1 a 4	5 a 6	7 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 39	40 a 49	50 A 59	> 60		
Masculino	28	173	83	115	213	199	813	306	189	166	2.285	
Feminino	25	154	73	124	194	218	854	317	217	200	2.376	
Numero de Pessoas	53	327	156	239	407	417	1.667	623	406	366	4.661	
Faixa Etaria (anos)	Doencas referidas										Faixa etaria (anos)	Condicao referida
	ALC %	CHA %	DEF %	DIA %	DNE %	EPI %	HA %	HAN %	HL %	TB %		
0 a 14			1,08	1,08							10 a 19 anos	3,73
15 anos e mais	14,04	21,60	100,287	6,17	404,11,61	1,03					20 anos e mais	33,2,08
Total	14,03	22,047	101,2,17	6,0,13	404,8,67	1,0,02					Total	36,1,80
N. de familias estimadas	%	ABASTECIMENTO DE AGUA		No	%	DESTINO DO LIXO		No	%			
N. de familias cadastradas	1.337	Rede publica		1.331	99,55	Coleta publica		1.336	99,93			
7 a 14 anos na escola	604 93,50	Poco ou nascente		3	0,22	Queimado/Enterrado		1	0,07			
15 anos e mais alfabetizados	3.354 96,41	Outros		3	0,22	Ceu aberto						
Pessoas cobertas c/ plano saude	2.048 43,94	TIPO DE CASA		No	%	DESTINO FEZES/URINA		No	%			
TRAT.AGUA NO DOMICILIO	No %	Tijolo / Adobe		1.337	100,00	Sistema de Esgoto		1.336	99,93			
Filtracao	1.307 97,76	Taipa revestida				Fossa		1	0,07			
Fervura	4 0,30	Taipa nao revestida				Ceu aberto						
Cloracao	13 0,97	Madeira										
Sem tratamento	13 0,97	Material aproveitado										
		Outros				Energia Eletrica		1.299	97,16			

ANEXO III

SECRETARIA DE ASSISTENCIA A SAUDE / DAB - DATASUS

PAG.: 1

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE

VERSAO

16.1

SIAB - SISTEMA DE INFORMACAO DE ATENCAO BASICA

DATA:04/11/

2009

CONSOLIDADO DAS FAMILIAS CADASTRAIS DO ANO DE 2009

MUNICIPIO: MANHACU

SEGMENTO :

Sexo	Faixa Etaria (anos)										Total
	< 1	1 a 4	5 a 6	7 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 39	40 a 49	50 A 59	> 60	
Masculino	38	189	93	141	238	205	693	242	187	186	2.212
Feminino	24	178	101	143	234	213	749	265	199	182	2.288
Numero de Pessoas	62	367	194	284	472	418	1.442	507	386	368	4.500

Faixa Etaria (anos)	Doencas referidas											Faixa etaria (anos)	Condicao referida
	ALC %	CHA %	DEF %	DIA %	DME %	EPI %	HA %	HAN %	MAL %	TB %	GES %		
0 a 14			4,029									10 a 19 anos	10,224
15 anos e mais	22,070	1,003	20,064	77,247		6,019	329,10,54	1,003				3,010; 20 anos e mais	38,2,72
Total	22,049	1,002	24,053	77,171		6,013	329,7,31	1,002				3,007; Total	48,2,61

N. de familias estimadas	%	ABASTECIMENTO DE AGUA		DESTINO DO LIXO				
		No	%	No	%			
N. de familias cadastradas	1.256	Rede publica	982	78,18	Coleta publica	992	78,98	
7 a 14 anos na escola	609	Poco ou nascente	274	21,82	Queimado/Enterrado	238	18,95	
15 anos e mais alfabetizados	2.757	Outros			Ceu aberto	26	2,07	
Pessoas cobertas c/ plano saude	659	14,64						
		TIPO DE CASA		DESTINO FEZES/URINA				
		No	%	No	%			
TRAT.AGUA NO DOMICILIO	No %	Tijolo / Adobe	1.249	99,44	Sistema de Esgoto	1.019	81,13	
Filtracao	1.116	88,85	Taipa revestida	6	0,48	Fossa	110	8,76
Fervura	6	0,48	Taipa nao revestida	1	0,08	Ceu aberto	127	10,11
Cloracao	31	2,47	Madeira					
Sem tratamento	103	8,20	Material aproveitado					
			Outros					
						Energia Eletrica	1.232	98,09

ANEXO IV

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP**

Parecer nº. ETIC 0501.0.203.000-09

**Interessado(a): Profa. Cláudia Maria de Mattos Penna
Depto. Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública
Escola de Enfermagem - UFMG**

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 18 de novembro de 2009, o projeto de pesquisa intitulado "**Acesso aos serviços de saúde: perspectivas de profissionais e usuários**" bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.


**Prof. Maria Teresa Marques Amaral
Coordenadora do COEP-UFMG**

APENDICE II

ROTEIRO DE ENTREVISTAS - Profissionais da saúde

Entrevista nº: _____

Sexo: _____; Profissão: _____; Tempo de formado: _____

Especialização: _____

Tempo de atuação no município: _____;

Presta atendimento em outro município: _____; Horas de deslocamento: _____

Locais de trabalho: _____; Horas de trabalho / dia: _____

1. Descreva seu dia de trabalho.
2. Quais são as atividades que desenvolve?
3. O que pensa sobre resolutividade?
4. Como o serviço está organizado?
5. Como você descreveria o acolhimento realizado na unidade?
6. Como vê a população atendida por você? Quais são as maiores demandas que encontra? Como resolve as demandas que aparecem?
7. Como vê a equipe que trabalha com você?
8. Como você descreveria a relação com os gestores?
9. Para onde encaminha os usuários quando precisa? Que retorno recebe quando eles voltam dos atendimentos para os quais foram encaminhados?
10. Gostaria de acrescentar algo mais?

ROTEIRO DE ENTREVISTAS - Usuários

Entrevista nº: _____

Sexo: _____; Idade: _____; Profissão: _____; Escolaridade: _____;

Nº de pessoas da família: _____; Faixa etária: _____

Renda mensal média familiar: _____;

Quantos contribuem para a renda familiar: _____.

1. Quais são os motivos que te levam a procurar atendimento na Unidade de Saúde? E sua família?
2. Como você descreveria a maneira que você é atendido? Como você se sente?
3. O que você pensa sobre esse atendimento?
4. Quais são as facilidades que você encontra quando vai buscar atendimento?
5. Quais são as dificuldades que você encontra?
6. O que você acha que deveria ser melhorado no atendimento?
7. Conte para mim alguma situação em que se sentiu bem atendido ou não.
8. Gostaria de falar mais alguma coisa.

APENDICE III

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Usuários

Gostaria de convidar você a participar de uma pesquisa intitulada **“ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE: perspectivas de profissionais e usuários”** em desenvolvimento no Programa de Pós-Graduação/Doutorado da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, de autoria de Tatiana Vasques Camelo dos Santos, orientada pela Prof^a Dr^a. Cláudia Maria de Mattos Penna.

O estudo tem por objetivo compreender o acesso aos serviços de saúde a partir de sua expectativa e perspectivas, enquanto usuários dos serviços de saúde, ou seja, de que forma você busca e utiliza os serviços de saúde que estão à sua disposição na cidade e de que forma você percebe como é atendido e se recebe atenção necessária quando precisa.

Para falar sobre isso, você deverá responder algumas perguntas sobre as situações em que você busca o serviço de saúde; quais fatores facilitam ou dificultam sua ida aos serviços de saúde e contar sobre situações em que você foi bem atendido e outras em que não foi. Se você permitir, suas respostas serão gravadas em um gravador para que, ao escultá-las, eu seja fiel a elas e poderá escutar, se assim o desejar. Peço permissão também para acompanhá-lo em uma consulta e realizar anotações durante as mesmas para ver como o profissional de saúde o atende. Informo que esta observação só se realizará caso haja concordância deste profissional.

Espera-se que esta pesquisa possa contribuir para compreender de que forma os usuários chegam até os serviços públicos de saúde, como também o tipo de atendimento e tratamento dispensado, de forma a caracterizar as situações que permeiam o acesso aos serviços de saúde.

Sua colaboração é voluntária e o seu anonimato será garantido. Firmo o compromisso de que as declarações serão utilizadas apenas para fins desta pesquisa e de artigos que poderão ser publicados. O seu consentimento em participar desta pesquisa deve considerar, também, que o projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UFMG (COEP/UFMG), local também com que você pode fazer contato para obter esclarecimentos, a partir do telefone e endereço abaixo.

Em qualquer momento da pesquisa, você poderá fazer perguntas, caso tenha dúvidas, e retirar o seu consentimento, além de não permitir a posterior utilização de seus dados, sem nenhum ônus ou prejuízo. Reafirmo que em qualquer situação seu atendimento não será prejudicado e que você não terá nenhum gasto extra e nem mesmo será pago pelas informações.

Se estiver de acordo e as declarações forem satisfatórias, favor assinar o presente termo, em duas vias, dando seu consentimento para a participação como voluntário dessa pesquisa, sendo que uma ficará em seu poder.

Atenciosamente,

Tatiana Vasques Camelo dos Santos.

Declaro ter recebido informações suficientes e estou de acordo em participar desta pesquisa.

Assinatura:

Contatos: Tatiana Vasques Camelo dos Santos Tel: (33) 8813-6384.

Orientadora: Prof^a Dra. Cláudia Maria de Mattos Penna Tel: (31) 3409-9867.
Escola de Enfermagem – UFMG.

Comitê de Ética e Pesquisa da UFMG (COEP): Av. Pres. Antônio Carlos, n° 6627. Prédio da Reitoria, 7° andar, sala 7018, Bairro Pampulha, Belo Horizonte/MG. CEP: 31270901. Tel: (31) 3409-4592.

APENDICE IV

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Profissionais

Gostaria de convidá-lo(a) a participar de uma pesquisa intitulada “**ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE: perspectivas de profissionais e usuários**” em desenvolvimento no Programa de Pós-Graduação/Doutorado da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, de autoria de Tatiana Vasques Camelo dos Santos, orientada pela Prof^a Dr^a. Cláudia Maria de Mattos Penna.

O estudo tem por objetivo geral: compreender o acesso aos serviços de saúde a partir das expectativas e perspectivas dos usuários e profissionais de saúde. E específicos: descrever as situações cotidianas que demandam a utilização dos serviços de saúde; Investigar as tecnologias de trabalho dispensadas pelos profissionais de saúde aos usuários; analisar, na perspectiva dos usuários, a resolutividade das ações desenvolvidas no âmbito dos serviços de saúde.

Trata-se de uma pesquisa qualitativa e a coleta de dados será realizada por meio de entrevistas e observação. Você será observado durante as consultas, caso o usuário atendido dê sua permissão, e responderá perguntas sobre como é seu dia de atendimento no setor de trabalho, sua abordagem profissional e suas perspectivas em relação às demandas apresentadas pelo usuário, que respostas geralmente, você consegue dar a eles. As observações serão registradas em diário de campo e as respostas dadas serão gravadas, se assim for permitido, para ser o mais fidedigno a elas, estando à sua disposição para ouvir, se assim o desejar.

Espera-se que esta pesquisa possa contribuir para compreender os mecanismos de ingresso ou não da população usuária aos serviços públicos de saúde, como também o tipo de atendimento e tratamento à mesma dispensado, de forma a caracterizar as situações que permeiam o acesso aos serviços de saúde.

Sua colaboração é voluntária e o seu anonimato será garantido. Firmo o compromisso de que as declarações serão utilizadas apenas para fins da pesquisa e veículos de divulgação científica. O seu consentimento em participar

desta pesquisa deve considerar, também, que o projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UFMG (COEP/UFMG).

Em qualquer fase da pesquisa, você poderá fazer perguntas, caso tenha dúvidas, e retirar o seu consentimento, além de não permitir a posterior utilização de seus dados, sem nenhum ônus ou prejuízo. Você poderá contatar também o Comitê de Ética para esclarecimentos. Esclareço também que você não terá nenhum gasto adicional e nem será ressarcido.

Se estiver de acordo e as declarações forem satisfatórias, favor assinar o presente termo, dando seu consentimento para a participação da pesquisa em questão.

Atenciosamente,

Tatiana Vasques Camelo dos Santos.

Declaro ter recebido informações suficientes e estou de acordo em participar desta pesquisa.

Assinatura:

Contatos: Tatiana Vasques Camelo dos Santos Tel: (33) 8813-6384.

Orientadora: Prof^a Dra. Cláudia Maria de Mattos Penna Tel: (31) 3409-9867.

Comitê de Ética e Pesquisa da UFMG (COEP): Av. Pres. Antônio Carlos, nº 6627. Prédio da Reitoria, 7º andar, sala 7018, Bairro Pampulha, Belo Horizonte/MG. CEP: 31270901. Tel: (31) 3409-4592.