

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

RACHEL CRISTINE DINIZ DA SILVA

**O COTIDIANO COMO PROMOTOR DE VÍNCULOS: O CASO
DA USF SANTA MARTHA, VITÓRIA-ES**

VITÓRIA
2009

RACHEL CRISTINE DINIZ DA SILVA

**O COTIDIANO COMO PROMOTOR DE VÍNCULOS: O CASO
DA USF SANTA MARTHA, VITÓRIA-ES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito para a obtenção do Grau de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof^a Dr^a Maristela Dalbello Araújo

VITÓRIA

2009

Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP)
(Biblioteca Central da Universidade Federal do Espírito Santo, ES, Brasil)

S586c Silva, Rachel Cristine Diniz da, 1977-
O cotidiano como promotor de vínculos : o caso da USF
Santa Martha, Vitória-ES / Rachel Cristine Diniz da Silva. – 2009.
112 f.

Orientador: Maristela Dalbello de Araújo.
Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Espírito
Santo, Centro de Ciências da Saúde.

1. Família - Saúde e higiene. 2. Cuidados Primários de
Saúde. 3. Serviços de Saúde. I. Araújo, Maristela Dalbello de. II.
Universidade Federal do Espírito Santo. Centro de Ciências da
Saúde. III. Título.

CDU: 614

RACHEL CRISTINE DINIZ DA SILVA

O COTIDIANO COMO PROMOTOR DE VÍNCULOS: O CASO DA USF SANTA

MARTHA, VITÓRIA-ES

Dissertação apresentada ao programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Aprovada em 18 de junho de 2009.

COMISSÃO EXAMINADORA

Profª Drª Maristela Dalbello Araújo – Orientadora
Universidade Federal do Espírito Santo

Prof. Dr. Túlio Batista Franco
Universidade Federal Fluminense

Profª Drª Marta Zorzal e Silva
Universidade Federal do Espírito Santo

Dedico este trabalho àqueles
profissionais que, como eu,
acreditam em um SUS mais
justo e equânime.
Àqueles que permanecem em
seu cotidiano na incessante
busca pelo atendimento integral
às necessidades de saúde de
nossa população.

AGRADECIMENTOS

São tantos a agradecer...

Começo agradecendo a Deus, pela vida, pela saúde - sem os quais não estaria aqui.

Agradeço aos meus pais Sebastião e Maria. Pela educação e pelo incentivo aos estudos, que me levaram a compreensão da importância do conhecimento em nossas vidas.

Agradeço a minha segunda mãe, que, na verdade, é minha irmã e que, por exemplo de vida, levou a, como ela, ser enfermeira e, agora, também mestre. Regina, sem você não seria possível! Obrigada pela mão amiga, pelos abraços aconchegantes, pelo colo nos momentos de dor e pelo seu sorriso a cada conquista minha.

Agradeço a minha filha Maria Luísa, pela inspiração de seguir em frente. Filha, por você eu consegui estar aqui hoje.

Ao meu amor, Lucas, meu marido, companheiro, amigo. Obrigada pelo incentivo, por me fazer acreditar que o mestrado era um sonho possível.

Ao meu filho João Pedro, que nasceu com o mestrado, fez parte desse processo, no primeiro semestre ainda na barriga, e, agora, já vai completar 2 anos. Obrigada por ser essa criança maravilhosa. Você e Luísa serão sempre bênção e inspiração para a mamãe.

À minha sogra, Vera, que me ajudou a cuidar de João Pedro e Maria Luísa em meio a tantas atribuições do mestrado e da profissão, sendo mãe quando não pude ser.

À minha amiga Daphne, pela disponibilidade em me auxiliar na realização das entrevistas.

Em especial à Prof^a. Dra. Maristela Dalbello Araújo, que, de braços abertos, recebeu-me como sua orientanda no decorrer do caminho. Obrigada pela paciência,

pela compreensão, pela força, e por acreditar que eu conseguiria. Seu apoio foi fundamental.

À Prof^a. Dra. Rita Lima, primeira orientadora, que me encaminhou para novos rumos e me apresentou a pesquisa qualitativa.

À Sheila Cruz, Coordenadora da Atenção Básica em Vitória. Antes disso, amiga antiga. Obrigada por me auxiliar na compreensão de alguns processos aqui descritos.

Aos colegas de trabalho da Serra e de Vitória, que me incentivaram, compreenderam meu cansaço e me deram forças para continuar. Em especial à Elaine, minha colega de plantão; Renato Paulo, companheiro da ESF; à Renata, pelas trocas de plantão; a Ítalo, que, pelas madrugadas de plantão, ajudou-me a ler e reler o que já não parecia fazer sentido; e à Waldiana, por sempre e sempre me incentivar.

Aos colegas de mestrado, companheiros dessa caminhada solitária.

À SEMUS e à Coordenadora da USF Santa Martha, Kátia, obrigada por permitirem a realização desse trabalho e por todas as informações prontamente cedidas.

Agradeço aos profissionais da USF Santa Martha, aos agentes de saúde e à população dessa região, personagens ilustres na construção dessa pesquisa. As informações por vocês passadas foram de suma importância e me ajudaram a enxergar outros horizontes.

Enfim, ainda que seja solitário o percurso acadêmico da construção de uma dissertação de mestrado, a sua conclusão não seria possível sem as contribuições dos que diariamente nos cercam, dos que encontramos ao longo do caminho e daqueles que indiretamente produziram conhecimento que nos despertaram, esclareceram e embasaram para a discussão aqui apresentada.

"[...] não se cria igualdade por
lei, ainda que não se consolide
a igualdade sem a lei".

(SÔNIA FLEURY, 1997)

RESUMO

SILVA, Rachel Cristine Diniz. **O cotidiano como promotor de vínculos:** o caso da USF Santa Martha, Vitória-ES. Orientadora: Prof^a Dr^a Maristela Dalbello Araujo. Vitória: PPGSC/UFES, 2009. 112 f. Dissertação de Mestrado.

Este estudo teve como objetivo analisar as relações, construídas ao longo dos últimos três anos, entre os profissionais da USF de Santa Martha, Vitória-ES, e a população a ela adscrita, visando a identificar se os serviços disponibilizados atendem às necessidades de saúde dessa população, e se esse serviço se configura como porta de entrada do sistema de saúde. Para a consecução dos objetivos, adota a abordagem qualitativa, pois valoriza a opinião e capta as particularidades das relações construídas entre os diferentes personagens que constituem essa trama. Utiliza entrevistas com roteiro semi-estruturado, individuais e coletivas, analisadas por meio da técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), que permite evidenciar o pensar expresso, de forma discursiva, de um conjunto de sujeitos sobre um determinado assunto. Compõem o DSC cinco profissionais, sete agentes comunitários de saúde e quatorze usuários desse serviço. A análise evidenciou que a unidade vem se configurando como porta de entrada para o acesso aos serviços do sistema de saúde, embora a rede de serviços ainda não esteja articulada de forma a garantir integralmente o atendimento às necessidades de saúde dessa população, quando essas demandam um maior nível de complexidade. A presença da ESF nesse território, embora inicialmente tenha gerado conflitos com a população que desejava na verdade um serviço de pronto-atendimento, atualmente tem recebido uma boa avaliação por parte dos usuários, que referem que o vínculo instituído pelas relações cotidianas, o conhecimento do ambiente familiar e do meio-ambiente em que vivem favorecem uma melhor compreensão por parte dos profissionais sobre suas necessidades de saúde e consequentemente a resolutividade das mesmas. Ainda falando de vínculo, os usuários citam os ACS como importante elo com a unidade de saúde, pois, com a ESF, passaram a ter “alguém” pra conversar sobre suas necessidades. O processo de acolhimento instituído nessa unidade, cobrindo todo seu horário de funcionamento, também vem facilitando o acesso dos usuários, principalmente no atendimento às urgências, apesar de sua configuração atual ainda não estar adequada, causando certa insatisfação, tanto por parte dos profissionais como da população, que, inclusive, fazem propostas de melhoria. Finalizando, observa-se que a ESF, através de seus princípios, traz um novo olhar sobre a população de um território, fazendo com que a população também se sinta mais segura ao ter profissionais de referência a que pode recorrer. Porém, como tudo que é novo, faz-se necessário alguns ajustes, principalmente nos processos de trabalho e articulação das redes de serviço, para que efetivamente haja por parte da ESF contribuição para a melhoria da qualidade de vida da população.

Palavras-chave: Saúde da família; Atenção primária à saúde; Acesso aos serviços de saúde.

ABSTRACT

SILVA, Rachel Cristine Diniz. **The daily as promoter of connections: the case of USF St. Martha, Vitória-ES.** Advisor: Prof. ^a Dr.^a Maristela Araujo Dalbello. Vitória: PPGSC/UFES, 2009. 112 f. Masters Dissertation.

This study had as objective to analyze the relations, constructed throughout last the three years, among the professionals of the USF St. Martha (USF-Family Health Units), Vitória-ES and the population it belongs to its territory that is delimited, aiming at to identify if the available services meet the needs of health of this population, and if this service is configured as a gateway to the health system. For achievement of the objectives it adopts the qualitative approach, therefore it values the opinion and it catches the particularities of the relations constructed between the different characters who constitute this plot. It uses interviews with half-structured script, individual and collective, analyzed through the technique of the Collective Subject Discourse (DSC), allowing evidence of thinking expressed in a discourse of a set of citizens on a particular subject. It composes the DSC five professionals, seven communitarian health agents and fourteen users of that service. The analysis showed that the unit has been configured as a gateway for access to services of the health system; even so the net of services is not yet articulated in a way to guarantee integrally the take care of to the necessities of health of this population, when these require a higher level of complexity. The presence of the ESF in this territory, though initially has generated conflicts with the population, that desired in the truth an soon-attendance service, currently has received a good evaluation by the users, who report that the connection established by the daily relation, the knowledge about the family and the environment in which they live, favors one better understanding on the part of the professionals on its necessities of health and consequently in the resolution of the same ones. Still speaking of connection, users mention the ACS (Community Health Agents) as an important link with the health unit; therefore with the ESF (Strategy for Family Health) they started to have 'someone' to talk on its necessities. The process of shelter instituted in this unit, covering all its schedule of functioning, also comes facilitating the access of the users, mainly in the take care of the urgencies, although its current configuration not yet to be adequate, causing certain dissatisfaction such a way on the part of the professionals as of the population, who also make improvement proposals. Finishing, it is observed that the ESF, through its principles, has a new look on the population of a territory, so that people also feel safer to have a professional reference that can appeal, however, as all that is new, it is required some adjustments, mainly in the processes of work and joint of the service nets, so that effectively it has on the part of the ESF contribution for the improvement of the quality of life of the population.

Keywords: Family health; Primary health care; Access to health services.

LISTA DE APÊNDICES

APÊNDICE A - Formulário para entrevista aos moradores da região adscrita à Unidade de Saúde da Família do Bairro de Santa Martha.....	96
APÊNDICE B - Formulário para entrevista aos profissionais de saúde da ESF da Unidade de Saúde da Família do Bairro de Santa Martha.....	97
APÊNDICE C - Formulário para entrevista aos Agentes Comunitários de Saúde da ESF do Bairro de Santa Martha.....	98
APÊNDICE D – Termo de Consentimento Informado Livre e Esclarecido aos Usuários e Profissionais da ESF do Bairro de Santa Martha.....	99
APÊNDICE E – Quadro dos Bairros e Serviços de Saúde por Região Administrativa do Município de Vitória.....	101
APÊNDICE F – Termo de aprovação do Comitê de Ética da UFES.....	102
APÊNDICE G – Termo de aprovação da Gerência de Formação e Desenvolvimento em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Vitória-ES...	103
APÊNDICE H – Estrutura da metodologia de Análise - Discurso do Sujeito Coletivo.....	104

LISTA DE ANEXOS

ANEXO A – Emenda Constitucional 51.....	109
ANEXO B – Mapa da Regionalização da Saúde em Vitória.....	111
ANEXO C – Planilha para acompanhar os encaminhamentos.....	112

SUMÁRIO

PREFÁCIO.....	14
1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....	16
1.1 OBJETIVOS.....	21
1.1.1 OBJETIVO GERAL.....	21
1.1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	21
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	22
2.1 A CONSTRUÇÃO DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE NO BRASIL A PARTIR DA REFORMA SANITÁRIA.....	22
2.2 A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E O ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE.....	26
2.3 NECESSIDADES DE SAÚDE.....	30
3 METODOLOGIA.....	34
3.1 TIPO DE ESTUDO.....	35
3.2 CENÁRIO.....	35
3.3 SUJEITOS DO ESTUDO.....	36
3.4 INSTRUMENTOS.....	37
3.5 COLETA DE DADOS.....	38
3.6 ANÁLISE DOS DADOS.....	39
4 O MUNICÍPIO DE VITÓRIA.....	42
4.1 SANTA MARTHA.....	45
5 ANÁLISE.....	50
5.1 PROFISSIONAIS.....	50
5.2 ACS.....	57
5.3 USUÁRIOS.....	62
5.4 AS RELAÇÕES NA ESF.....	73

6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	84
7	REFERÊNCIAS.....	89
	APÊNDICES.....	95
	ANEXOS.....	108

PREFÁCIO

Esta dissertação foi organizada em seis capítulos. No primeiro são apresentadas as considerações iniciais, com a indicação dos conteúdos abordados, justificando a relevância do estudo e apresentação dos objetivos.

No segundo capítulo, foi construído o referencial teórico, subdividido em três tópicos: A construção do acesso aos serviços de saúde no Brasil a partir da Reforma Sanitária; A Estratégia de Saúde da Família e o acesso aos serviços de saúde e Necessidades de Saúde. Nesses tópicos, buscou-se contextualizar a pesquisa, mostrando os avanços das políticas públicas de saúde no Brasil, pontuando aspectos positivos e negativos discutidos por diversos autores. Também foi abordada a taxonomia de necessidades de saúde, relacionando-as com a oferta de serviços hoje disponível.

No terceiro capítulo, foi tratado o método de estudo, subdividido em 6 tópicos: Tipo de estudo; Cenário; Sujeitos do estudo; Instrumentos; Coleta e Análise dos dados.

No quarto capítulo foi apresentada um pouco da história do Município de Vitória e do Bairro de Santa Martha, mostrando como ocorreu o processo de implantação da ESF nesse local.

No quinto capítulo, buscou-se apresentar o resultado da análise dos dados, através da metodologia do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), de Lefevre e Lefevre (2003, 2005). Os atores desse enredo foram denominados profissionais, agentes comunitários de saúde (ACS) e usuários. Como profissionais foram considerados aqueles que têm formação de nível superior ou técnico na área da saúde e integram a equipe de saúde da família, sendo, portanto, auxiliares ou técnicos de enfermagem, enfermeiros, odontólogos e médicos. Como ACS, os agentes que fazem parte das equipes desta unidade e, como usuário, todo e qualquer morador do território sob responsabilidade da USF Santa Martha.

No sexto capítulo, foram apresentadas as considerações finais, onde se procurou evidenciar a realidade da USF Santa Martha, sua aceitação pelo seu território, seus avanços em termos da oferta de serviços e acolhimento dos usuários e suas limitações como parte de um sistema que ainda não conseguiu criar todas as pontes necessárias à construção de uma atenção integral.

E, por fim, foram apresentadas as referências, os anexos e o apêndice, nos quais constam documentos, instrumentos da pesquisa e outros dados relevantes.

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

No Brasil, seguindo uma tendência mundial, vêm sendo observadas várias mudanças no perfil da população, devido à transição epidemiológica, nutricional e demográfica, o que traz diminuição da natalidade e aumento da expectativa de vida. Esse processo está diretamente relacionado ao modo de vida das pessoas, à forma como elas adoecem e lidam com as doenças e ao tipo de acesso que têm aos serviços de saúde. Em 1930 as doenças infecciosas respondiam por 46% dos óbitos e as doenças cardiovasculares, por apenas 12%. Já em 2003, as doenças infecciosas responderam por 5% dos óbitos, enquanto as cardiovasculares por 32% (MALTA et al, 2006). Diferente de países desenvolvidos, onde processos semelhantes ocorreram, em nosso país houve uma sobreposição de problemas de saúde. As doenças infecciosas, apesar de terem diminuído, coexistem com doenças e agravos não transmissíveis (DANT). As causas externas e as doenças cardiovasculares, por exemplo, têm se manifestado como os principais indicadores de morbimortalidade no país.

Nesse contexto, faz-se necessário que o acesso dos usuários aos serviços de saúde, principalmente aos serviços da atenção primária, seja disponibilizado, visando à promoção da saúde. A ênfase dada na promoção de saúde se fundamenta não só em evitar que os indivíduos adoçam, mas também que tenham qualidade de vida. Como consequência do investimento nessa área, espera-se que não continue ocorrendo sobreposição de problemas de saúde.

Historicamente, as políticas de atenção à saúde no Brasil foram marcadas pela ineficiência da gestão pública e pela baixa efetividade das ações no atendimento às necessidades da população, principalmente entre as décadas de 1930 e 1980, o que culminou com o Movimento da Reforma Sanitária, que visava a um sistema de saúde abrangente, universal e que realmente atendesse a saúde de uma população tão diversa quanto é a do Brasil (SILVA, 2003). Dentro da realidade que vem sendo construída por esse novo sistema de saúde vigente no Brasil, que é o Sistema Único de Saúde (SUS), destaca-se a importância de uma atenção primária eficiente.

A atenção primária à saúde, definida pela Conferência de Alma-Ata, é uma assistência sanitária posta ao alcance de todos os indivíduos e famílias da comunidade, com sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam suportar. Nessa Conferência se definiu, que a atenção primária em saúde (APS) seria a chave para alcançar em todo o mundo, em um futuro previsível, um nível aceitável de saúde, que fizesse parte do desenvolvimento social e se inspirasse em um espírito de justiça (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2007).

Starfield (2002) considera que a APS adequada é aquela que permite aos indivíduos seu acesso ou entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção à pessoa (não à enfermidade) no decorrer do tempo, fornece atenção a todas as situações de saúde, exceto as incomuns e, além disso, coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros.

A APS é considerada por Starfield (2002) a porta de entrada preferencial para a organização dos sistemas de saúde. Porém, observa-se que, apesar de ter havido uma grande ampliação da rede de serviços destinados a APS - favorecendo a acessibilidade aos serviços de saúde - a desarticulação desses serviços com os de maior complexidade provoca um movimento de demanda em direção inversa à proposta da APS, uma vez que os indivíduos buscam a resolutividade de suas necessidades de saúde, e, quando não a encontram, buscam em serviços de maior nível de complexidade a resposta que necessitam (MENDES, 2004).

A taxonomia proposta para as “necessidades de saúde”, segundo Matsumoto (1999), abrange a causa do problema, contemplando fatores como: necessidade de boas condições de vida, garantia de acesso a todas as tecnologias, necessidade de ter vínculo com uma equipe ou profissional de saúde, necessidade de autonomia e autocuidado na escolha do modo de andar a vida e na construção do sujeito, o que só poderá ser garantido quando houver uma real integração dos serviços em todos os seus níveis de complexidade, garantindo aos usuários desse sistema a atenção integral.

O município de Vitória, cenário deste estudo, é a capital do Espírito Santo e conta com uma população de 317.085 habitantes (IBGE, 2007). Adotou a Estratégia de

Saúde da Família (ESF, como forma de reorganização do sistema de saúde a partir do ano de 1998. Inicialmente, com equipes nas regiões com piores índices epidemiológicos, como Andorinhas, Resistência e Jesus de Nazareth. Atualmente, a ESF no município apresenta uma cobertura de 73,78% de famílias cadastradas, incluindo os 7,51% de Estratégia dos Agentes Comunitários de Saúde (EACS)¹.

A Unidade de Saúde da Família (USF) localizada no bairro de Santa Martha foi escolhida para o desenvolvimento deste trabalho. O trabalho objetivou avaliar as relações entre profissionais e população adscrita a essa (USF), buscando evidenciar o que pensam sobre os serviços de saúde ofertados por esta unidade, a qualidade desses serviços e sua adequação às necessidades de saúde desta população, com a finalidade de pôr em discussão as possibilidades atuais, dentro desse contexto, para que as USF possam se constituir como “portas de entrada” privilegiadas do sistema de saúde.

Atualmente, no Brasil, observa-se que os serviços de atendimento às urgências e emergências, denominados pronto-atendimentos e pronto-socorros, têm recebido a procura de indivíduos por serviços ambulatoriais. A maior parte dos atendimentos promovidos por esses serviços, de acordo com os níveis de complexidade propostos pelo SUS, poderia ser resolvida através das unidades de saúde de referência de cada região. Como enfermeira do serviço de Pronto-Atendimento (PA) 24h da Praia da Suá, no município de Vitória, observo que essa realidade se reproduz. Tal fato é confirmado por dados da Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS), em estudos que mostram estatísticas de que a assistência aos munícipes ainda encontra-se concentrada em plantões de urgência e emergência (VITÓRIA, 1999). O estudo de Werner (2006), no município de Vitória, reforça essa condição. A autora ainda descreve que, com a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF), esperava-se que a assistência integral à saúde da família fosse totalmente consolidada - o que ainda não foi observado, principalmente em relação ao adulto trabalhador.

¹ Fonte: GAS/CAB. SIAB 2009.

O desejo de entender o motivo da preferência por serviços de pronto-atendimento ou pronto-socorros ao invés ou de forma complementar à Unidade de Saúde mais próxima de sua moradia motivou a realização dessa pesquisa em uma USF. Buscou-se, assim, identificar as causas dessa situação, principalmente considerando que a estratégia de atendimento é a ESF, que visita as residências das pessoas em busca de pôr em prática os princípios de promoção de saúde e prevenção de doenças.

Trata-se de fato estatístico analisado através da produção dos profissionais do serviço de PA que isso não ocorre apenas no município de Vitória, pois de 30 a 50% da população que procura esse serviço é proveniente de outros municípios. Portanto, uma consideração importante é de que nem sempre a procura pelo PA se dá por não haver a disponibilidade inicial do serviço na unidade de saúde de referência, mas sim por não haver continuidade ou agilidade da assistência, sobretudo quando essa requer maiores níveis de complexidade do sistema, e até mesmo requer a oferta de serviço em horário que favoreça o acesso aos indivíduos que trabalham.

Deve-se buscar, nos programas de saúde coletiva, o estabelecimento de propostas de ação conjunta voltadas para solucionar problemas relevantes e particulares de cada território, agregando contribuições de diversas áreas técnicas, contribuindo assim para que as equipes locais possam estar capacitadas a tratar problemas de forma integral. (CAMPOS, 2003, p. 581)

A proposta deste estudo foi identificar se a USF de Santa Martha tem conseguido se configurar como porta de entrada para atendimento às necessidades de saúde da população de seu território, identificando as facilidades e dificuldades encontradas dentro de sua organização, para o atendimento integral à sua população adscrita. Para isso, através de entrevistas, foram ouvidos os atores que fazem parte desta trama: usuários e profissionais de saúde da USF. Como afirma Arruda (1998), a demanda nem sempre será a expressão da necessidade, seja pelo desconhecimento das pessoas daquilo de que precisam, pela desinformação sobre a existência da solução de seus problemas, sua indisponibilidade de pagar pelos serviços ou mesmo pela ausência de oferta dos serviços desejados, o que é reafirmado por Cohn et al (1999), quando refere que o desvelamento do cotidiano

dos atores envolvidos é o que nos faz perceber e entender a realidade das relações existentes.

Como pesquisadora e profissional relacionada à construção do SUS, desejo que o resultado encontrado possa trazer um acréscimo de conhecimento e a satisfação em compreender a realidade, além de futuramente contribuir com outros estudos nessa área.

Para o Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC), do qual faço parte como mestrandia, acredito que a pesquisa poderá trazer grande contribuição, tendo em vista que hoje tem havido várias parcerias desse programa com o Estado do Espírito Santo e o Município de Vitória, não só como centro formador e de qualificação de profissionais para esta importante área que é a saúde coletiva, mas também no sentido de produzir estudos que propiciem a melhoria dos serviços assistenciais prestados, visando, assim, à qualidade de vida da população de nosso Estado.

A importância dessa pesquisa, buscando evidenciar fatores que contribuem e/ou dificultam a atenção integral à saúde dos indivíduos, faz pensar no texto de Dalbello-Araújo (2008) sobre Comunidade de Pesquisa Ampliada, que traz uma importante reflexão, quando chama a atenção sobre a responsabilidade das pesquisas científicas em buscar respostas para as necessidades da humanidade e não somente para satisfazer mercados.

[...] 'para quê e para quem' realizamos nossas pesquisas, ou seja, com qual finalidade nos aproximamos do real para conhecê-lo. Essas indagações se revestem da maior importância nos dias de hoje, em face aos perigos em que toda a humanidade se encontra, seja pela ameaça de destruição de um futuro plausível para o planeta, seja pelo aumento das desigualdades sociais. [...] Dessa forma, não é mais possível ao cientista social uma postura que almeje tão somente compreensão da realidade, isenta de responsabilidade com ela. Ao contrário, parece necessário e desejável a construção de uma outra postura ética. Ou, como já dizia Marx: '[...] para além de interpretar o mundo, cabe transformá-lo'. (DALBELLO-ARAÚJO, 2008, p. 118)

Talvez pretensiosamente, a incorporação da responsabilidade trazida por esta reflexão faz acreditar que as contribuições desse estudo não sejam tão somente para as prateleiras empoeiradas de uma biblioteca, ou para a obtenção de um título,

mas sim para mudanças nos processos de trabalho, no pensar e agir cotidiano de gestores e profissionais do SUS.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo Geral

Investigar a Unidade de Saúde da Família do bairro de Santa Martha quanto à sua configuração como porta de entrada do sistema de saúde para a comunidade deste território.

1.1.2 Objetivos Específicos

- Analisar como se dá a relação entre os profissionais da ESF e a população adscrita.
- Analisar a percepção dos profissionais dessa USF sobre os serviços que disponibilizam para essa comunidade.
- Analisar a percepção da comunidade (usuários) sobre os serviços disponibilizados em relação às suas necessidades de saúde.
- Identificar como é realizada a programação da agenda dos profissionais da USF para o atendimento à comunidade.
- Identificar como se dá o acolhimento aos usuários na Unidade.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 – A CONSTRUÇÃO DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE NO BRASIL A PARTIR DA REFORMA SANITÁRIA

No Brasil, a década de 1970 foi marcada por uma grande crise econômica, gerando uma imensa recessão no país, o qual, naquele momento, estava sob administração dos militares que impunham uma estrutura de governo extremamente rígida e apregoavam uma velha história, baseada em preceitos capitalistas de que é necessário primeiro fazer o bolo crescer, para depois dividi-lo. Tal crença gerou falta de investimento ou investimentos indevidos nas áreas sociais e de saúde em particular, provocando uma grande insatisfação na população como um todo e principalmente na comunidade acadêmica que assistia à grande expansão da assistência médica previdenciária. A expansão era pautada por práticas curativas, sendo prestada por empresas privadas, cujo pagamento se dava através de Unidades de Serviço (US) - o que gerou uma fonte incontrolável de corrupção (FRANCO; MERHY, 2006, ESCOREL, 2005).

A ineficiência dos serviços prestados no país e a força desses movimentos internacionais - como a Conferência de Alma-Ata em 1978, que reafirmou ser a saúde um dos direitos fundamentais do homem sob a responsabilidade política dos governos - fundamentaram o movimento conhecido como Reforma Sanitária, reformulando o objeto saúde, na perspectiva do materialismo histórico, e na construção da abordagem médico-social da saúde, pretendendo superar as visões biológica e ecológica do modelo vigente (ESCOREL, 2005).

Na década de 1980, já com o enfraquecimento da ditadura, o movimento da Reforma Sanitária cresceu, apesar dos projetos de reformulação das políticas sociais estarem influenciadas por princípios neoliberais do Estado mínimo, que determinavam que os serviços de assistência social, educação e saúde deviam ser direcionados somente para os pobres (FRANCO; MERHY, 2006).

A área da saúde, por conta do movimento da Reforma Sanitária, veio seguindo um caminho inverso às políticas sociais daquele momento e se apoiava em pontos positivos, como algumas experiências municipais de reorganização dos serviços de saúde e o Programa de Interiorização das Ações em Saúde (PIASS), que possibilitaram a extensão de uma rede de minipostos de saúde, garantindo a interiorização das ações, principalmente no Nordeste.

Almeida (2005) aponta que a conjuntura econômica, social e política da década de 1980, uma série de ajustes fiscais e o endividamento externo dos países da América Latina como um todo comprometiam não só o investimento no desenvolvimento e a implementação de políticas públicas no setor saúde, como também a autonomia desses países na tomada de decisões nessa área - essas ficaram condicionadas pelos acordos com organismos internacionais, como o Fundo Monetário Internacional (FMI) e o Banco Internacional de Reconstrução e Desenvolvimento (BIRD).

Com o advento da Nova República, já no governo Sarney, as lideranças do movimento sanitário assumiram posições em postos importantes nas instituições responsáveis pelas políticas públicas no Brasil. Assim, foi convocada a 8ª Conferência Nacional de Saúde, um marco na construção de uma plataforma e de estratégias do movimento pela re-democratização do país, e conseqüentemente, da saúde. Nesta Conferência foi discutido o novo modelo de sistema de saúde que se adequasse à realidade do país, culminando com a criação de um sistema único de saúde, assegurado pela Constituição de 1988, principalmente em seu Artigo 196, que diz que a saúde é direito de todos e dever do Estado (LIMA; GERSCHMAN; EDLER, 2005).

Para a realização desse direito constitucional foi necessária a definição e implantação de uma estrutura que abrangesse todos os brasileiros e operasse dentro dos princípios de máxima equidade, alterando, conseqüentemente, as principais características do perfil de política de atenção à saúde vigente até o momento, que fora forjado principalmente durante a situação autoritária que a ditadura impôs por três décadas ao Brasil, e que era baseado na centralização na esfera federal de governo; no Instituto Nacional de Assistência Médica da

Previdência Social (INAMPS); na fragmentação organizacional; na ausência de mecanismos de controle público e social e na forte concentração do atendimento em unidades hospitalares ou no atendimento ambulatorial de nível secundário - o que presumia o atendimento de indivíduos já doentes, tornando o sistema muito mais dispendioso do que quando se investe em promoção à saúde e prevenção de doenças (SILVA, 2003).

Inicialmente, em 1987, o sistema de saúde adotado para atender as reivindicações da Reforma Sanitária foi o SUDS (Sistema Único e Descentralizado de Saúde), de modo que, ao ser avaliada a estrutura dos serviços existentes, as responsabilidades em oferecer e garantir serviços de saúde pudessem aos poucos ser transferidas para estados e municípios. A estruturação desse sistema buscou ampliar os níveis de responsabilidade da gestão local e regional para solucionar, simultaneamente, questões referentes à melhoria da eficácia do gasto público e à ampliação do acesso aos serviços (SILVA, 2003).

A Lei Orgânica da Saúde (LOS), nº 8080/90, juntamente com a Lei nº 8142/90, formaram o arcabouço jurídico para a implementação do SUS, modelo vigente, que tem, entre seus princípios, a Universalidade, Equidade e Integralidade no acesso aos serviços de saúde, além da Participação Comunitária, Regionalização e Hierarquização desses serviços. Através desses princípios, o sistema buscava o aumento da oferta de serviços e das condições de acesso, a fim de obter mudança nos indicadores de saúde e melhoria na qualidade de vida da população brasileira.

Após a formulação de leis que garantiram à toda a população brasileira acesso aos serviços de saúde pública, houve necessidade de se repensar o modelo de atenção existente para além das práticas curativas. No esforço de reorganizar o modelo de atenção à saúde, em 1991 o Ministério da Saúde (MS) formou o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), enfocando também a família como unidade de ação programática de saúde, e não somente o indivíduo. Naquele momento, o PACS não era uma estratégia a nível nacional, e sim focada em algumas regiões com problemas pontuais, principalmente nas quais havia altos índices de mortalidade infantil e epidemias, como o cólera.

Através do sucesso obtido com o PACS, em 1994, o MS criou o Programa de Saúde da Família (PSF), sob gestão da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), que, com suas normas e diretrizes, buscou romper paradigmas e práticas que levavam à exclusão dos serviços de saúde e da cidadania da população. Fortalecia, então, a proposta do SUS de universalidade, integralidade, hierarquização, territorialização, dentre outros. No entanto, a implementação do programa em um primeiro momento foi baseada em seleção de áreas de risco, utilizando principalmente o Mapa da Fome do Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas (IPEA) (FRANCO; MERHY, 2006, VIANA; DAL POZ, 2005).

A partir de 1995, depois do PSF ter saído da gestão da FUNASA e ter ido para a Secretaria de Assistência à Saúde (SAS), cresce a sua importância dentro das políticas do MS, facilitando, inclusive, o credenciamento dos municípios para obterem o programa, já que um dos impedimentos era a questão do financiamento/repasso de verbas. Com as discussões mais avançadas na SAS, em janeiro de 1996, os procedimentos do PSF passaram a ser remunerados pela tabela do SIA-SUS, superando a forma convencional. Outro grande avanço nessa remuneração, além de estímulo para a adesão cada vez maior por parte dos municípios, foi o fato de o valor da consulta do PSF se equivaler ao dobro da consulta do SUS. O PSF, desse modo, ganha uma característica importante, como reestruturador do SUS e não somente um programa, tanto que, mais tarde, foi renomeado como Estratégia de Saúde da Família (ESF) (VIANA; DAL POZ, 2005).

É evidente o papel do PSF – no início implícito, e depois explícito – de instrumento de reorganização e reestruturação do sistema público de saúde. Pode-se afirmar que o programa foi, primeiro, uma alavanca para a organização dos sistemas locais de saúde, à medida que impôs uma série de pré-requisitos para a assinatura de convênios (funcionamento do fundo e do conselho municipal de saúde); segundo, funcionou como mecanismo de pressão no processo de descentralização, através da exigência de enquadramento na NOB-93, com vistas ao recebimento dos recursos; terceiro, teve papel fundamental na mudança dos critérios de pagamento do sistema, resultando na institucionalização, através da NOB-96 (sobre transferência *per capita*) (VIANA; DAL POZ, 2005, p. 239).

Após 20 anos de implantação do SUS e da multiplicidade de formas de atendimento que ele trouxe, estima-se que 10% de nossa população ainda esteja à margem do acesso aos serviços de saúde ofertados por esse Sistema, o que significa dizer que cerca de 16 milhões de pessoas estejam sem acesso. Assim, é possível concluir

que, de forma **exclusiva**, o SUS deve cobrir, enquanto APS, cerca de 99 milhões de brasileiros² (SILVA, 2003).

2.2 – A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E O ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

O acesso, segundo Travassos et al (2006), refere-se à possibilidade de utilizar serviços de saúde quando necessário. A análise desse conceito, discutida por Pinheiro e outros (2002), provoca uma reflexão sobre a complexidade que o envolve, pois esse está relacionado à percepção das necessidades de saúde e da conversão dessas necessidades em demanda e dessas em uso.

A condição para que esse acesso ocorra sempre esteve fortemente relacionada à questão da renda; no entanto, a grande questão social do acesso é a exclusão e não a pobreza, apesar de ambos estarem fortemente ligados. Cohn (2003) destaca que o processo de desigualdade social nos países periféricos se deve à marginalidade social dos anos de 1970, referente fundamentalmente ao trabalho, já que os direitos sociais daquele tempo eram destinados aos trabalhadores formais, estando os outros excluídos de qualquer sistema social de previdência social e assistência médica.

Atualmente, a desigualdade vem se configurando na exclusão pura e simples de uma parcela crescente da população, não passível de ser globalizada, ou seja, não está resumida a uma classe de não trabalhadores, e esse fato torna imprescindível que se mergulhe na questão das configurações atuais da sociedade civil, pois, apesar de em 1988 o texto da Constituição Federal Brasileira garantir a saúde como direito de todos e dever do Estado, ainda hoje - vinte e um anos após - esse direito não foi efetivado. Fleury (1997, p. 34), afirma que "[...] não se cria igualdade por lei, ainda que não se consolide a igualdade sem a lei".

No Brasil, o SUS, a exemplo do que ocorre com os sistemas de saúde de vários países no mundo - como Cuba, Canadá, Inglaterra e França - orienta-se pelo

² IBGE , 2000. População estimada em 169.799.170 brasileiros.

princípio de acesso universal e igualitário, que é garantido pelo princípio constitucional de justiça social nos serviços de saúde, podendo ser traduzido, então, em igualdade, no que diz respeito ao acesso, entre indivíduos socialmente distintos. No entanto, a exclusão social se faz presente no Brasil, não só no acesso aos serviços de saúde, bem como em tantos outros setores de responsabilidade do Estado, como a educação e a segurança pública (TRAVASSOS et al., 2006). Daí se reafirma a importância da APS, uma vez que facilita e favorece o acesso. Starfield (2002, p. 19) considera que a função de um bom sistema de saúde “[...] é minimizar as disparidades entre subgrupos populacionais de modo que determinados grupos não estejam em desvantagem sistemática em relação ao seu acesso aos serviços de saúde [...]”.

A ESF veio como uma proposta de solução de todos os males das questões de saúde no Brasil, propondo novas práticas sanitárias, centradas nos princípios do SUS, com a ilusão de que automaticamente haveria uma reformulação dos conceitos e integração da equipe multidisciplinar. Porém, essa reformulação por si só não garantiu mudança na atitude dos profissionais e na conformação dos serviços.

[...] pode-se considerar que a ESF é um dos pontos fortes que influenciam no êxito ou fracasso de um programa deste naipe. Suas crenças sobre saúde preventiva, atitudes sobre a população e os meios que dispõem para efetivar o seu trabalho, constituem variáveis fundamentais para embasar a estruturação de um programa que visa atender a população carente de modo preventivo. E aqui pode estar um dos entraves do programa, posto que, muitas vezes ele meramente substituiu o posto de atendimento existente anteriormente, ou mesmo foi implantado com este objetivo, e não com a finalidade originalmente determinada de realizar o trabalho preventivo e educativo ao lado do curativo (OLIVEIRA e ALBUQUERQUE, 2008, p. 238)

As diretrizes operacionais da ESF têm como pressupostos o caráter substitutivo, a complementaridade de serviços, a hierarquização da rede e adscrição da clientela. Inicialmente a proposta do MS em 1997 era a de que cada equipe fosse responsável por até 1200 famílias. Porém, não sendo a família brasileira algo capaz de se mensurar, tendo em vista que existem famílias com números extremamente distintos umas das outras, resultaria que populações de determinadas áreas ficassem em desvantagem no acesso e utilização dos serviços de saúde propostos. Assim, a Política Nacional da Atenção Básica em 2006 propôs que cada equipe de ESF fosse

responsável por um determinado número de pessoas - não mais famílias, recomendando um quantitativo de 3000, não devendo ultrapassar 4000 pessoas (BRASIL, 1997; 2006).

A realidade, no entanto, é que as equipes de ESF comumente encontram-se sobrecarregadas de trabalho, com uma população flutuante que não necessariamente entra nos registros do Sistema de Informação da Atenção Básica – o SIAB, não sendo, portando, contabilizada eficientemente, fazendo com que a realidade de algumas equipes aponte para números de atendimentos superiores ao estipulado, sendo responsáveis por até sete mil pessoas (Oliveira, 2006).

A ESF se baseou em experiências positivas, como as de Cuba e Canadá. Porém, nesses países as equipes não são responsáveis por um número de indivíduos dessa magnitude. Oliveira e Albuquerque (2008) consideram que, quando uma equipe de ESF se torna responsável pelo atendimento de sete mil pessoas,

Isto representa, ao menos em tese, um número até 10 vezes maior se comparado ao número de famílias atendidas pelas equipes em Cuba, e oito vezes superiores à quantidade de pessoas que os médicos das famílias canadenses são responsáveis, países em que esta estratégia de saúde se mostrou eficaz (OLIVEIRA; ALBUQUERQUE, 2008, p. 238)

Observa-se, após quinze anos do início da ESF, que há um longo caminho a percorrer para a realização dos ideais propostos, pois, mesmo nos locais onde houve sua implantação efetiva, não há garantia de acesso, resolutividade e atenção integral, visto que a configuração do processo de trabalho é particular a cada USF. Franco e Merhy (2006) discutem que a atitude dos profissionais das equipes de ESF no sentido de promover melhoria da qualidade de vida da população pela qual respondem é a menos encontrada, porque significa reconhecer que não há ferramentas ou profissionais que possam dar conta de tudo. Além disso, as condições de saúde de nossa população envolvem muitos outros fatores externos à área de saúde, como saneamento básico, educação, segurança, emprego, dentre outros.

Na verdade, enquanto não houver mudança na forma de produzir o cuidado em saúde, haverá iniquidade na atenção aos sujeitos. De acordo com Fleury (2007),

iniquidade se refere às diferenças que colocam certos grupos em situações de discriminação e desvantagem no acesso a esses serviços - o que também reforça as condições de vulnerabilidade destes grupos a certas enfermidades. O conceito de vulnerabilidade, trabalhado por Ayres (2007), traz uma nova dimensão na análise epidemiológica das condições de saúde da população, pois, ao deixar de trabalhar com os chamados grupos ou fatores de risco, que são baseados em análises probabilísticas, e, ao passar a avaliar as questões práticas das dimensões sociais, político-institucionais e comportamentais associadas às diferentes suscetibilidades de indivíduos, grupos populacionais e até mesmo nações, conseguimos colocar em prática ações de promoção e prevenção à saúde que sejam mais abrangentes e promovam mudanças no modo de vida das pessoas, de forma que diminuam suas chances de adoecer ou morrer.

Ribeiro (2006) e Pinheiro e outros (2002) descrevem que a utilização de serviços de saúde é resultante da oferta, das características sociodemográficas e do perfil de saúde dos usuários. Em um Brasil com tantas diferenças regionais, um sistema único, para atender de forma igualitária a população do território nacional, necessitaria se adaptar às realidades loco-regionais. Entretanto, isso não tem ocorrido de forma satisfatória, visto que a ESF ainda é inserida de forma fragmentada nas unidades de saúde. Muitas vezes, ao invés de serem eliminados os programas verticalizados e focados (Saúde da Criança, Saúde da Mulher, Saúde do Idoso, entre outros), possibilitando a adoção de uma atenção integral à saúde da população assistida por cada equipe, esses programas continuam a existir, gerando demandas específicas, que nem sempre são a real necessidade do ambiente em questão. Quando Ayres (2007) pontua o conceito de vulnerabilidade, podemos enxergar que a prática atual acaba por afastar o profissional da ESF de uma visão abrangente de sua área e, conseqüentemente, da resolução dos problemas de saúde de sua região.

Nesse sentido, ao realizar esse estudo, buscou-se ouvir atentamente os diferentes pontos de vista dos personagens dessa história, para que, ao lhes dar voz, a complexa rede de relações e interdependências da USF Santa Martha pudesse transparecer. Assim, mesmo que essa conversa ainda não tenha sido possível frente a frente entre esses atores, ao nos colocarmos na posição de ouvintes destituídos

de cobranças e regras, sem considerar certo ou errado, pudemos possibilitar que se sentissem à vontade para falar de suas realizações, angústias e expectativas em relação à ESF.

O resultado dessa liberdade da palavra, acolhida pela escuta atenta, deu-se na forma de falas reveladoras, que possibilitaram captar a multiplicidade desse cotidiano, permitindo uma análise que interligasse os pontos entre usuários, ACS e profissionais, tendo em vista que anseiam todos pelos mesmos ideais de garantia dos direitos à saúde, à vida, à dignidade e ao respeito, merecidos por todo ser humano.

2.3 – NECESSIDADES DE SAÚDE

O conceito operacional das necessidades de saúde diz respeito ao atendimento das demandas de problemas de saúde de uma determinada população. No entanto, o SUS traz uma ampliação desse conceito, quando entende que a interferência nos determinantes do processo saúde-doença também deve fazer parte da avaliação das necessidades de saúde de uma população, de modo que as intervenções não sejam somente através de práticas curativas, mas também de ações preventivas.

[...] atender necessidades de saúde significa tomar como objeto do processo de trabalho as necessidades dos indivíduos das diferentes classes sociais, que habitam um determinado território, e encaminhar a política pública de saúde na direção do direito universal (CAMPOS; BATAIERO, 2007, p. 609).

A organização dos serviços de saúde pautada nas necessidades de saúde da população tem sido considerada por vários autores (CAMPOS, 2004; CECÍLIO, 2006; STOTZ, 2004) como meio de equacionar, senão o todo, pelo menos grande parte das questões relacionadas à dificuldade de acesso e utilização desses serviços, bem como de sua resolutividade.

A individualização do cuidado, apesar de muito mais trabalhosa, evidencia questões de suma importância na resposta à necessidade do indivíduo, Cecílio (2006, p. 114) considera que “se as necessidades de saúde são social e historicamente determinadas/construídas, elas só podem ser captadas e trabalhadas em sua

dimensão individual”. Em geral, tal fato não ocorre, pois quando o profissional atende e “prescreve” para o paciente o cuidado necessário para sanar determinado mal, dificilmente considera se esse indivíduo efetivamente terá condições de acessar os meios “prescritos”. Com essa atitude, esse profissional se isenta de culpa, uma vez que forneceu o caminho necessário, ainda que impossível de ser percorrido pelo indivíduo em questão.

O fato em voga conduz a um dos objetivos específicos inicialmente propostos pela ESF, que é “Prestar, na unidade de saúde e no domicílio, assistência integral, contínua, com resolubilidade e boa qualidade, às necessidades de saúde da população adscrita” (BRASIL, 1997, p. 10). Nesse momento me recordo da fala de um dos profissionais da ESF de Santa Martha, referindo que não via alteração em seu modo de atender antes e após a implantação da ESF. A única diferença que ela percebe é que antes só atendia a crianças, e agora atende também a outras faixas etárias.

Dentre as mudanças propostas para que os trabalhadores da saúde consigam ver o usuário em sua totalidade, a questão do vínculo é muito valorizada, principalmente dentro da ESF, pois, quando idealmente construída, traz para o profissional uma maior responsabilização em relação ao usuário do serviço de saúde, uma vez que,

Criar vínculos implica em ter relações tão próximas e tão claras, que nós nos sensibilizamos com todo o sofrimento daquele outro, daquela população. É permitir a constituição de um processo de transferência entre o usuário e o trabalhador que possa servir à construção da autonomia do próprio usuário. E sentir-se responsável pela vida e pela morte do paciente, dentro de uma dada possibilidade de intervenção nem burocratizada, nem impessoal. E ter relação, e integrar-se, com a comunidade em seu território, no serviço, no consultório, nos grupos, e se tornar referência para o usuário, individual ou coletivo (MERHY, 2006, p. 138).

Dentro desse eixo de responsabilização, Matsumoto (1999) traz uma importante contribuição no que tange às necessidades de saúde, trabalhando essa taxonomia em quatro grandes conjuntos: boas condições de vida, acesso ao consumo de toda tecnologia de saúde capaz de melhorar e prolongar a vida, vínculos afetivos e efetivos entre usuários e uma equipe ou profissional individual de saúde e, por último, o grau crescente de autonomia no seu modo de viver a vida.

Assinalamos que a possibilidade de responder às necessidades de saúde de uma dada população passa pela existência de uma equipe bem configurada de ESF, com profissionais cuja formação se pautar pelos eixos da integralidade, remuneração compatível com sua dedicação e vínculos empregatícios efetivos. Haveria, então, nesse ambiente, a possibilidade da construção desse vínculo e dessa atenção, uma vez que a equipe não seria sobrecarregada e adotaria as necessidades de saúde como eixo da construção do cuidado, possibilitando a efetiva assistência à população.

O que se vê realmente é que a mudança de paradigmas na saúde se encontra atravessada por tantas questões que, às vezes, parece ser impossível ajustar tudo aquilo que é necessário para que se possa prestar uma assistência digna e de qualidade à população.

Um sistema de saúde que busque atender às necessidades de saúde de seus usuários não pode considerar somente a estrutura física do ambiente de trabalho, nem somente a qualificação profissional, tampouco somente a disponibilidade de vagas para atendimento. Pois, enquanto esse conjunto não se articula em prol de ouvir, escutar, acolher esse usuário, não é e nem será possível a construção de um novo modelo, pautado na atenção interdisciplinar - voltado para a visão do todo, capaz de englobar o indivíduo que procura algum tipo de cuidado ou que manifesta uma necessidade que pode ser identificada e sanada através da busca efetiva da melhoria da qualidade de vida. Franco e Merhy (2006) garantem que, enquanto a organização do processo de trabalho não for alterada, não haverá efetivas melhorias, que ocorrerão apenas de forma pontual em alguns locais onde haja integração das equipes e vontade dos profissionais.

[...] a mudança do modelo assistencial se viabiliza a partir da reorganização do processo de trabalho de todos os profissionais de saúde, particularmente do médico, no sentido de passarem a ter seu trabalho determinado pelo uso das tecnologias leves, que operam em relações intercessoras entre trabalhador-usuário. O acolhimento ao usuário, através da escuta qualificada, o compromisso de resolver seu problema de saúde, a criatividade posta a serviço do outro e, ainda, a capacidade de estabelecer vínculo, formam a argamassa da micropolítica do processo de trabalho em saúde, com potência para a mudança do modelo e a produção do cuidado e da cura, visando a recuperação ou os ganhos de autonomia dos usuários-indivíduos ou coletivos, bem como da proteção e defesa da sua vida (FRANCO; MERHY, 2006, p. 121).

Assim, munidos dessas convicções e questionamentos, voltamos aos pressupostos iniciais da ESF, quando, ainda em 1997, considerava que não só a formação de profissionais, mas também a formação em serviço, deveriam ser priorizados, uma vez que permitiriam uma melhor adequação entre os requisitos da formação e as necessidades de saúde da população atendida. Contudo, não é o que ocorre, como identificamos nas falas dos profissionais da ESF de Santa Martha, quando disseram que foram alocados na USF, sem que para isso houvesse esclarecimento, treinamento ou mesmo normas e diretrizes que direcionassem uma nova forma de pensar e agir em saúde. A educação permanente nesse ponto desenvolve um papel essencial, e deve ser iniciada desde o treinamento introdutório da equipe, e atuar através de todos os meios pedagógicos e de comunicação disponíveis, de acordo com as realidades de cada contexto (BRASIL, 1997).

3 METODOLOGIA

O presente estudo foi desenvolvido a partir da abordagem qualitativa, que

[...] 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)

Alves-Mazzotti (1999) discute que há setores importantes na área de pesquisa que por sua natureza dependem muito mais de interpretação do que de explicação. Dessa forma, compreendemos que as relações entre profissionais de saúde e comunidade seriam melhor captadas se abordadas por meio da compreensão dos elementos que se processam no seu cotidiano, por meio da fala dos atores dessa trama, suas angústias, alegrias e necessidades.

Movida pela inquietação sobre o atual papel da Unidade Básica - porta de entrada do sistema, formulamos a questão problematizadora: “as unidades de saúde têm se configurado como a principal porta de entrada no sistema de saúde, tendo em vista que a ESF implantada na maior parte delas busca exatamente a construção de um vínculo, um elo com a comunidade e suas particularidades?” Esse questionamento, então, levou à nossa opção pela abordagem qualitativa para o desenvolvimento da pesquisa. Tal abordagem, além de permitir desvelar processos sociais ainda pouco conhecidos - referentes a grupos particulares, propicia a construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação.

Alves-Mazzotti (1999) caracteriza as pesquisas qualitativas como aquelas que seguem a tradição compreensiva ou interpretativa, pois essas pesquisas partem do pressuposto de que as pessoas agem em função de suas crenças, percepções, sentimentos e valores, e que seu comportamento tem sempre um sentido, um significado, que não se dá a conhecer de modo imediato, precisando ser desvelado. A pesquisa qualitativa caracteriza-se ainda pela empiria e sistematização progressiva do conhecimento até a compreensão da lógica interna do grupo ou do processo em estudo (MINAYO, 2007).

3.1 TIPO DE ESTUDO

Optamos pela pesquisa de campo para o desenvolvimento deste estudo. Segundo Tobar e Yalour (2001), ela se caracteriza por ser centrada em entrevistas, pesquisas ou observação direta. Minayo (2007) trata o trabalho de campo como um meio que permite a aproximação do pesquisador com a realidade sobre a qual formulou a pergunta, e também estabelece uma interação com os 'atores' que conformam a realidade, construindo, assim, um conhecimento empírico importantíssimo. Essa interação se torna um instrumento privilegiado de coleta de dados e informações, pois nos dá a possibilidade de captar a fala reveladora das condições de vida, da expressão dos sistemas de valores e crenças e, ao mesmo tempo, tem a magia de transmitir, por meio de um porta-voz, o que pensa o grupo dentro das mesmas condições históricas, socioeconômicas e culturais que o interlocutor.

A estratégia adotada para a realização dessa pesquisa foi o estudo de caso, que busca um aprofundamento das informações sobre determinado evento em um local específico e que se apóia em várias fontes de dados sobre um fato ou problema.

A fim de alcançar os objetivos, foram realizadas 14 entrevistas com os usuários da USF de Santa Martha e cinco com os profissionais (enfermeiro, médico, odontólogo e auxiliar de enfermagem) que compõem a ESF dessa unidade de saúde. Além disso, foi feita uma discussão com o uso da ferramenta grupo focal com os agentes comunitários de saúde, ocasião essa em que sete ACS de diferentes equipes estiveram presentes. Essa estratégia buscou desvelar as relações existentes entre esses indivíduos, para que pudéssemos entender se o modo de organização da agenda desses profissionais e os serviços por eles disponibilizados atendem as necessidades de saúde dessa população, favorecendo, assim, o estabelecimento de um vínculo entre a comunidade e a unidade de saúde que os atende.

3.2 CENÁRIO

A pesquisa de campo foi desenvolvida na Unidade de Saúde da Família do bairro de Santa Martha, no município de Vitória, durante o período de dezembro de 2008 a março de 2009. Os usuários foram abordados na própria unidade de saúde, e em

locais públicos dos bairros que fazem parte do território dessa unidade (Joana D'arc, Mangue Seco e Santa Martha). Na unidade de saúde os usuários foram abordados enquanto estavam aguardando por consulta ou procedimento para o qual foram agendados, ou após atendimento ao motivo que os levou a buscar a unidade de saúde. No território de abrangência, a população foi abordada nas ruas e no comércio local. Os profissionais odontólogos, enfermeiros, médicos e auxiliares de enfermagem foram entrevistados nas dependências da USF, com agendamento prévio, tendo em vista o não prejuízo do atendimento prestado por esses indivíduos à comunidade. Para os agentes comunitários de saúde, foi realizado um grupo focal, também na unidade de saúde, através de agendamento prévio realizado com a ajuda da coordenação da Unidade. Sete agentes comunitários participaram do Grupo focal que teve duração de aproximadamente duas horas. O grupo foi composto de profissionais pertencentes à cada uma das quatro equipes de ESF dessa unidade.

3.3 SUJEITOS DO ESTUDO

Os critérios de inclusão adotados para a seleção dos sujeitos deste estudo foram: 1) para os usuários: ser maior de 18 anos e residir há pelo menos um ano na região atendida pela USF. Esses critérios foram adotados tendo em vista que os indivíduos maiores de 18 anos têm uma maior probabilidade de conhecerem ou terem procurado pelo serviço espontaneamente, ao invés de terem sido levados a procurar por aquele atendimento por outro indivíduo. O tempo de moradia no bairro se justifica pela questão do conhecimento dos serviços prestados em relação ao tempo de moradia, pois, quanto maior for o tempo de moradia, maior o conhecimento dos trâmites necessários para o acesso aos serviços públicos disponíveis na região de moradia. 2) para os profissionais: ser profissional da ESF da USF de Santa Martha, e aceitar compartilhar conosco suas agruras, desventuras e sucessos, através de um espaço na concorrida agenda para conceder a entrevista. Esses profissionais foram divididos em dois grupos distintos, o primeiro composto por profissionais com formação específica, necessária para seu ingresso no serviço, que foram os enfermeiros, médicos, odontólogos e auxiliares de enfermagem. O outro grupo foi composto pelos ACS, que embora constituam-se como categoria profissional, não necessitam de formação específica para ingresso no serviço.

3.4 INSTRUMENTOS

As técnicas adotadas para a coleta de dados foram as entrevistas com roteiro semi-estruturado e a discussão em Grupo Focal - GF. Segundo Alves-Mazzotti e Gewandsznajder (2002, p.168), “por sua natureza interativa, a entrevista permite tratar de temas complexos, que dificilmente poderiam ser investigados adequadamente através de questionários [...]”. Minayo (2007) considera ainda que as entrevistas fornecem informações diretamente construídas no diálogo com o indivíduo entrevistado e tratam da reflexão do próprio sujeito sobre a realidade que vivencia, constituindo uma representação da realidade: ideia, crenças, maneira de pensar, opiniões, sentimentos, maneiras de sentir, maneiras de atuar, condutas, projeções para o futuro, razões conscientes ou inconscientes de determinadas atitudes e comportamentos. Já o grupo focal se apresenta como alternativa bastante interessante quando se aborda um grupo mais homogêneo - no caso, todos os agentes comunitários dos bairros que compõe o território de Santa Martha. Para Cruz Neto (1999), o GF é uma forma rápida, fácil e prática de se obter dados qualitativos de determinado grupo que se queira investigar. Ele define GF como “uma técnica de pesquisa na qual se reúne num mesmo local e durante certo tempo uma determinada quantidade de pessoas, tendo como objetivo coletar, a partir do diálogo e do debate entre eles, as informações acerca de um tema específico” (CRUZ NETO, 1999 p.9).

O roteiro adotado para as entrevistas, bem como aquele utilizado pelo mediador durante o GF, foi semi-estruturado (APÊNDICE A, B e C), também chamado de focalizado, no qual o entrevistador faz perguntas específicas, mas também deixa que o(s) entrevistado(s) responda(m) em seus próprios termos (ALVES-MAZZOTTI; GEWANDSZNAIDER, 2002). Esse tipo de abordagem parte do pressuposto de que é mais provável que os pontos de vista dos sujeitos entrevistados sejam melhor expressos em uma situação de entrevista com um planejamento relativamente aberto do que em uma entrevista padronizada ou em um questionário. Uma importante meta da entrevista semi-estruturada é revelar o conhecimento existente de modo a poder expressá-lo na forma de respostas, tornando-se, assim, acessível à interpretação (FLICK, 2004).

A suficiência dos dados nessa pesquisa esteve relacionada com o que pretendíamos com ela, ou seja: as informações foram sistematicamente coletadas, buscando o ponto que nos possibilitou, dentre outros aspectos, uma discussão sólida e o estabelecimento de conclusão acerca de nosso propósito (GOMES, 2007).

3.5 COLETA DE DADOS

Dentro do cenário descrito no tópico 3.2, as entrevistas foram realizadas no período de dezembro de 2008 a março de 2009. O período da coleta de dados foi estendido, pois, quando iniciamos as entrevistas, no final do ano de 2008 e início de 2009, muitos profissionais encontravam-se de férias, dificultando, assim, o agendamento com os mesmos. A população também apresentou um fluxo diminuído na unidade nesse período. A escolha dos profissionais ocorreu de acordo com a disponibilidade de agenda e concordância em participar da pesquisa, observando a necessidade de entrevistar pelo menos um indivíduo de cada categoria profissional que compõe a equipe da ESF, sendo entrevistados um total de 5 profissionais, 1 dentista, 2 enfermeiros, 1 médico e 1 auxiliar de enfermagem. No grupo focal com os agentes comunitários de saúde, foi solicitada à coordenação que, ao fazer o agendamento com esses profissionais, colocasse a necessidade da representatividade de pelo menos um desses profissionais de cada equipe da ESF da unidade – no total, são quatro equipes. No dia agendado para o grupo focal, tivemos uma resistência inicial à participação dos agentes, sendo que, no horário marcado, só havia dois agentes. Foi necessário conversar com os enfermeiros responsáveis pelas equipes para que liberassem os agentes de algumas atividades que estavam acontecendo naquele dia, bem como a busca de alguns outros agentes que estavam na unidade. Porém, esses não se mostravam interessados em participar do grupo. Dos catorze agentes de saúde da unidade, compareceram sete, garantindo a representatividade de pelo menos um membro de cada equipe. No entanto, iniciada a conversa, expostos os motivos e com os TCLE assinados, a discussão se desenvolveu de maneira animada com a participação efetiva dos membros.

A entrevista com os usuários foi um pouco mais difícil. Além de haver necessidade de enquadramento nos critérios previamente estabelecidos, muitos deles, tanto na unidade quanto na rua, não se mostraram interessados ou disponíveis para

participar das entrevistas. Para a realização dessas entrevistas, foi realizada uma abordagem direta das pessoas e, após enquadramento nos critérios de inclusão previstos e a concordância em participar da pesquisa, conversei com os mesmos, seguindo o roteiro previamente estabelecido.

Todos os sujeitos da pesquisa foram esclarecidos quanto aos motivos da mesma e à necessidade de gravação, sendo apresentado o Termo de Consentimento Informado Livre e Esclarecido (Resolução 196/96, CNS). Aos sujeitos que concordaram foi entregue uma via do termo, constante no Apêndice D, e então foi realizada a entrevista com gravação, que posteriormente foi transcrita para aplicação da técnica do Discurso do Sujeito Coletivo, conforme discutiremos no próximo tópico.

3.6 ANÁLISE DOS DADOS

O conteúdo das entrevistas, tanto da população quanto dos profissionais de saúde, foi submetido à técnica de análise do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). Lefevre e Lefevre (2005, p. 19), conceituam DSC “como uma estratégia metodológica que, utilizando uma estratégia discursiva, visa a tornar mais clara uma dada representação social, bem como o conjunto das representações que conforma um dado imaginário”. Além disso, o DSC nos permite, também, resgatar o estoque de representações sobre um determinado tema em um dado universo. A matéria-prima a ser trabalhada pelo discurso do sujeito coletivo é o pensar expresso, de forma discursiva, de um conjunto de sujeitos sobre um determinado assunto.

Além disso, há a construção dos discursos dos sujeitos em três categorias de atores: profissionais, usuários e agentes comunitários. Por meio da análise dos discursos também procuramos estabelecer uma “conversa imaginária” entre os sujeitos coletivos para que se tornasse mais fácil a compreensão das relações existentes entre as categorias de análise.

Segundo a teoria de Lefevre e Lefevre (2005) a técnica de análise do discurso se dá por meio de sua decomposição nas principais ancoragens ou ideias centrais presentes em cada um individualmente e em todos reunidos, seguindo-se a uma síntese que visa à reconstituição discursiva da representação social.

Barboza e Fracolli (2005), que utilizaram o DSC na análise dos dados de sua pesquisa, embasadas também por Lefevre e Lefevre (2003), consideram que as figuras metodológicas constitutivas da proposta do Discurso do Sujeito Coletivo incluem: expressão-chave, idéia central, ancoragem e discurso do sujeito coletivo. “Expressão-chave” é a transcrição literal de trechos ou segmentos do discurso, contínuos ou descontínuos, que permitem o resgate do conteúdo discursivo; “ideia central” é um nome ou expressão lingüística que traduz o essencial do conteúdo discursivo explicitado pelos sujeitos; “ancoragem” abarca os pressupostos, as teorias, os conceitos, as hipóteses e as ideologias existentes na sociedade e na cultura, e que, internalizados no indivíduo, usualmente alicerçam um discurso.

O DSC é a reunião em um discurso-síntese das expressões-chave que manifestam a mesma ideia central ou ancoragem. Os indivíduos se dissolvem e se incorporam em um ou muitos discursos coletivos que expressam a representação social acerca do tema em estudo, da coletividade à qual os sujeitos pertencem, e, no caso aqui descrito, são representados como três atores: profissionais, usuários e agentes comunitários.

Os passos até a síntese nos DSC incluem: (a) transcrição literal dos depoimentos colhidos através da técnica de entrevista; (b) leitura da resposta a cada pergunta em particular, marcando as expressões-chave selecionadas; (c) identificação das idéias centrais de cada resposta; (d) análise de todas as expressões-chave e ideias centrais, agrupando as semelhantes em conjuntos homogêneos; (e) identificação e nomeação da ideia central do conjunto homogêneo, que será uma síntese das ideias centrais de cada discurso; (f) construção dos discursos do sujeito coletivo de cada quadro obtido na etapa anterior; (g) atribuição de um nome ou identificação para cada um dos discursos do sujeito coletivo. (LEFEVRE; LEFEVRE, 2005)

Consta no APÊNDICE H, com o objetivo de contribuir no decorrer da decomposição dos dados para clareza e entendimento dessa metodologia, o exame e análise da questão 2.3 do formulário utilizado para a entrevista dos profissionais (APÊNDICE B). Como exemplo de construção do DSC, apresentamos os quadros das expressões-chave (ECH), ideias centrais (IC), instrumento de análise 1 (IAD 1) e instrumento de análise 2 (IAD 2). No IAD 1 foram feitas as transcrições literais das entrevistas. Para cada IAD 1 podem ser construídos vários IAD2, de acordo com o

número de IC que irão surgir. No caso da análise dessa questão, surgiram duas ideias centrais, conseqüentemente, construímos dois IAD 2.

Faz-se importante ainda destacar que, dentro de uma perspectiva de pesquisa qualitativa na qual a análise e interpretação não têm como finalidade quantificar as opiniões ou pessoas, seu foco principal reside na exploração do conjunto de opiniões e representações sociais sobre o tema investigado, portanto, caminhamos tanto na direção do que se mostrou homogêneo, quanto daquilo que se destacou por ser diferente (GOMES, 2007).

A análise é exposta, então, pela contextualização do campo e, a seguir, pelos temas-chave e os pontos de vista de cada um dos Sujeitos Coletivos ou atores, como aqui são chamados. Posteriormente as categorias de análise são focalizadas pelos três atores, simulando uma conversa entre eles. Esse recurso nos dá a possibilidade de verificar os diferentes ângulos que cada um dos temas possui, tendo em vista que o que se pretendeu entender foi a relação, e isso significa que a verdade não está nem com um nem com o outro. Aliás, sequer que há uma verdade a ser revelada. Ao invés disso, é suscitada a compreensão daquilo que foi construído entre os atores nesses anos de convivência.

4 O MUNICÍPIO DE VITÓRIA

A fundação do município de Vitória, que é a capital do estado do Espírito Santo, ocorreu no ano de 1551, porém, somente no dia 17 de março de 1923 saiu da condição de província, sendo elevada à categoria de cidade. Nesse ano de 2009, no dia 08 de setembro a cidade completará 458 anos (VITÓRIA, 2008).

O município de Vitória é, na verdade, um arquipélago, composto por 34 ilhas e uma porção continental, e possui uma extensão territorial de 93,38 km². Segundo o último censo do IBGE (2007), a população de Vitória no ano de 2006 era de 317.085 habitantes.

Em termos de qualidade de vida, Vitória é considerada a 2^a melhor cidade do país e a 9^a melhor para se trabalhar. Dentre as capitais do Brasil, o município possui o 3^o melhor Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) e o maior Produto Interno Bruto (PIB) per capita. A economia de Vitória é voltada para as atividades portuárias, ao comércio ativo, à indústria, à prestação de serviços e também ao turismo de negócios. A capital capixaba conta com dois portos que estão entre os mais importantes do país: O Porto de Vitória e o Porto de Tubarão. As indústrias mais importantes da capital são a Companhia Siderúrgica de Tubarão (CST) e a Companhia Vale do Rio Doce (CVRD) - esses portos, junto com cinco outros do Estado, formam o maior complexo portuário do país³.

Analisando documentos disponíveis no *site* da Prefeitura Municipal de Vitória (PMV) em Vitória (2008), observamos que o município atualmente é dividido em oito regiões administrativas⁴ e seis regiões de saúde, e a rede municipal de serviços está distribuída dentro dessas regiões, a saber: Continental, Maruípe, Centro, Santo Antônio, Forte São João e São Pedro, sendo a atenção básica organizada em 28 territórios de saúde⁵.

³ Informação disponível em <http://pt.wikipedia.org>

⁴ O quadro com a descrição dessas regiões e os serviços de saúde disponíveis em cada uma delas se encontra no apêndice E.

⁵ Encontra-se no Anexo B o Mapa da Territorialização da Rede de Serviços do Município.

A região de Maruípe, onde está localizada a USF Santa Martha, é constituída por 12 bairros: Maruípe, Bairro da Penha, Bonfim, Itararé, **Joana D'Arc**, São Benedito, Santa Cecília, **Santa Martha**, Santos Dumont, São Cristovão, Tabuazeiro e Andorinhas – em um espaço físico de 5.671.517m². É uma área de ocupação antiga, que guarda um pouco da história da cidade no Museu Solar Monjardim. A região também abriga ainda o Parque do Horto de Maruípe, o maior da cidade, e o Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes (HUCAM), local de formação de profissionais na área da saúde. Esse hospital, denominado Sanatório Getúlio Vargas, inicialmente foi construído para tratamento de pacientes com tuberculose, já que a região era uma área de fazendas com muita vegetação, o que era considerado importante no tratamento desse tipo de paciente. Os serviços de saúde atualmente disponíveis nessa região são cinco unidades de saúde e um módulo do SOE.

A partir de 1990, a Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS) iniciou uma série de ações, buscando melhorias nos serviços de saúde do município, a fim de atender aos princípios do SUS. Dentre essas ações, podemos citar: divisão do município em Regiões de Saúde (1992-1993); elaboração do diagnóstico situacional de saúde nessas Regiões⁶ (1992-1994); processo de territorialização (1994-1996); implantação dos Conselhos Locais de Saúde (1996-2001); apropriação dos territórios pelas unidades de saúde (a partir de 1996), implantação da ESF como estratégia para a organização da atenção primária (início em 1998), e a construção do Sistema Integrado de Serviços de Saúde (SISS) com início em 1999 (VITÓRIA, 2001).

O sistema ambulatorial da rede SUS em Vitória compreende: 28 Unidades Básicas de Saúde (sendo 20 USF, 04 US PACS e 04 UBS); 01 laboratório de Análises Clínicas que dispõe de 26 postos de coleta de material descentralizados; 01 laboratório de Manipulação de Medicamentos Fitoterápicos; 02 Pronto-Atendimentos, 01 Policlínica; 01 Academia Popular; 01 Central de Ambulâncias; 01

⁶ Cabe lembrar que o diagnóstico realizado naquele momento estava embasado nas informações disponíveis nas unidades de saúde, seja através de notificações, produção dos profissionais ou outros documentos pertinentes. Não é considerado como o diagnóstico situacional da ESF, pois nesse modelo cada família é cadastrada, levando-se em conta o núcleo familiar, bem como as condições sanitárias do ambiente e outros dados socioeconômicos (BRASIL, 1997).

Central Municipal de Agendamento de Especialidades; 08 Centros de Referência, são eles: 01 Centro de Especialidades Odontológicas (CEO); 01 Centro Municipal de Especialidades; Atendimento ao Idoso (CRAI), Atenção Psicossocial (CAPS), sendo um serviço adulto e um infantil, Prevenção e Tratamento aos Toxicômanos (CPTT), Promoção e Recuperação Física com 11 Módulos do Serviço de Orientação ao Exercício (SOE), Controle de Zoonoses (CCZ) e DST/AIDS (CRUZ, 2007; AMORIM, 2006; VITÓRIA, 2006).

Cruz (2007) descreve que a ESF no município de Vitória até o ano de 2006 encontrava-se organizada da seguinte forma: 72 equipes de saúde da família e 38 equipes de saúde bucal atuando em 20 USF. Apresentando-se, assim, com 59,33% de cobertura da ESF, cálculo feito com base populacional de 320.824 habitantes (IBGE, 2006). Destaca-se que a cobertura total de PACS e ESF é de 69%, e o município tinha como meta para o ano de 2008 implantar 100% da ESF em todo o município - o que não ocorreu. A conversão das unidades básicas tradicionais em USF ocorreu de forma gradual, com um processo de transição nos quais os profissionais das unidades básicas foram sendo gradativamente substituídos. Essas USF foram estruturadas com equipes compostas por profissionais médicos generalistas, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde, posteriormente sendo agregados o cirurgião-dentista, o psicólogo e o assistente social à equipe, ou à unidade, de acordo com o diagnóstico situacional de cada território.

Em fevereiro de 2009, as informações do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB)⁷ demonstram que não houve alteração nos últimos dois anos no que tange à expansão da ESF em Vitória, que continua com 72 equipes de saúde da família - sendo que dessas, 44 possuem equipe de saúde bucal. Há ainda no município 04 equipes de PACS. A cobertura total em termos de PACS e ESF aumentou para 73,78%. A justificativa para tal fato, fornecida pela Coordenação da Atenção Básica (CAB), tendo em vista que a pactuação realizada pelo município com o MS era de 100% de cobertura em 2008, está no fato de ainda não haver uma definição por parte da Prefeitura sobre o modo de contratação dos agentes comunitários de saúde

⁷ SIAB 2009. GAS/CAB.

(ACS). E, não ocorrendo contratação dos ACS, não há como expandir o número de equipes de PACS ou ESF, apesar de ter havido concurso público para todos os demais profissionais que compõem as equipes nos anos de 2006 e 2007.

Esclarecendo sobre a contratação dos ACS, o impasse atual ocorre em função da Emenda Constitucional (EC) nº 51, de 14 de fevereiro de 2006 (ANEXO A), que dispõe sobre o vínculo dos ACS, estabelecendo que, a partir da data da promulgação, os ACS só poderiam ser contratados diretamente pelos Estados, Distrito Federal e Municípios, não podendo mais haver terceirização dessa contratação.

O Município de Vitória, assim como tantos outros, vem tentando resolver essa questão, pois a ESF determina que o ACS seja morador do bairro onde irá trabalhar, e, ao realizar concurso público para essa função, como garantir a permanência do ACS no bairro? Na modalidade de contrato temporário, o número máximo de renovações do contrato é de três anos e, então, tem-se outro impasse: como criar vínculo de um ACS com sua comunidade, se a cada três anos haverá mudança desse profissional?

Ainda não há por parte da Prefeitura Municipal de Vitória (PMV) uma definição sobre o caso, que será obrigatoriamente solucionado agora em 2009, uma vez que esse é o terceiro e último ano de renovação de contrato dos ACS hoje em exercício.

4.1 SANTA MARTHA

Como esse estudo ocorreu na USF Santa Martha, será apresentado um breve relato sobre as características desse bairro e de sua população.

O bairro de Santa Martha, assim como Joana D'arc e Mangue Seco, território de responsabilidade da USF Santa Martha, pertencem à região de saúde de Maruípe.

A história aqui contada faz parte do Relatório de Estágio Curricular da Graduação em Psicologia da UFES, realizado em 2007⁸, e foi complementada através do *site Geocities* (2009).

Santa Martha é um dos bairros mais antigos da periferia de Vitória. Surgiu por volta de 1950, a partir de uma ocupação de uma área pública, e se chamava Mulembá, por causa de um único exemplar da árvore Mulembá que existia no meio do bairro. A liderança comunitária da região na época pressionou para que houvesse mudança de nome. Então, em 1958, o bairro foi rebatizado com o nome de Santa Martha. A professora Maria Osório doou uma imagem de Santa Martha a Sebastião Gomes, o então presidente do Movimento Comunitário, e, desse modo, a troca de nome foi feita.

A comunidade tem como vizinhos os bairros São Cristóvão, Andorinhas, Joana D'Arc, Maruípe, Bairro da Penha e Mangue Seco.

Segundo o último censo do IBGE (2007), o bairro possui 1.525 domicílios, com 2.577 mulheres e 2.339 homens.

No início do bairro, a situação de infraestrutura era muito precária. Os moradores referem que era um verdadeiro caos, não havia água – essa tinha que ser pega na Ponte da Passagem ou em Maruípe. Depois a água passou a ser recolhida na casa de uma pessoa que canalizou uma fonte (na casa do Macaco). Mais tarde foi feito um chafariz na praça, onde as pessoas ficavam até de madrugada pegando água.

Atualmente o bairro possui infraestrutura de saneamento básico e serviços públicos, tais como escolas, creches, unidade de saúde, polícia, além de comércio variado, como açougues, padarias, supermercado, farmácias, dentre outros.

Quanto à cultura do bairro, existe uma história muito interessante, pois, do encontro entre um ferroviário, uma professora e um devoto de São Benedito, nasceu a Banda de Congo “Amores da Lua”, maior representante do gênero no Estado do Espírito

⁸ Fica registrado o meu agradecimento à Clara Maria de Souza e Liana Souza Santos, autoras desse relatório, que, mesmo sem saber, contribuíram na realização deste trabalho.

Santo. Era 20 de março de 1945 quando seu Alarico Azevedo, dona Jacinta Souza e seu Alfredo Manoel da Silva se reuniram no então bairro Mulembá, e criaram a banda. Em 25 de dezembro do mesmo ano, com "congueiros" emprestados da Banda de Congo de Gurigica de Baixo, a Amores da Lua fez a estréia na Festa de São Benedito e na Puxada de Mastro - eventos até hoje tradicionais no bairro.

O bairro Joana D'Arc, também adscrito pelo território da USF Santa Martha, assim como Mangue Seco, foi fundado mais tarde, no século passado, em meados dos anos 1970. Era uma área de fazenda, com bois e cavalos, além do mangue. A parte de fazenda foi loteada pela Imobiliária São José e a outra, próxima ao mangue, foi invadida na mesma época da invasão da região de São Pedro.

A população carente do bairro mora na parte invadida, que é conhecida como Mangue Seco⁹. No bairro está o Vale do Mulembá, uma área onde as Paneleiras de Vitória extraem o barro para trabalhar. O vale está numa área de 194.005 metros quadrados e a Companhia Espírito Santense de Saneamento (CESAN) administra o local, que faz parte do Programa de Despoluição dos Ecossistemas Litorâneos do Espírito Santo (Prodespol). De quando em vez uma polêmica surge com a CESAN, que quer instalar no local um sistema de tratamento de esgoto e encontra oposição por parte da Comunidade e das paneleiras. Entre o ano passado e esse ano já ocorreram dois protestos pela associação de moradores do bairro de Joana D'arc contra a CESAN. Na ocasião, interditaram a Rodovia Serafim Derenze com pneus em chamas, rechaçando a idéia da construção do que eles chamam de "pinicão" - que seria o sistema de tratamento de água e esgoto.

Joana D'Arc possui 2.141 habitantes e tem como vizinhos São Cristóvão, Santa Martha e Andorinhas, além de fazer parte da região da Grande Maruípe. No bairro, segundo a PMV, existem cerca de 928 imóveis cadastrados, dentre os quais, residências, comércio, terrenos sem uso e Igrejas.

⁹ Não é oficialmente considerado como bairro. Para a PMV, é considerado parte de Andorinhas, apesar de esses moradores terem escolhido pertencer ao território de Santa Martha. na época da territorialização para adscrição da clientela das USF Andorinhas e Santa Martha.

Antes de prosseguirmos, cabe ressaltar que a população dimensionada pela PMV/SEMUS para os bairros de Santa Martha, Joana D'arc e Mangue Seco não correspondem à atualidade, tendo em vista que em 2006 foi inaugurado um condomínio de prédios residenciais ao lado da USF Santa Martha, com seis prédios de aproximadamente 10 andares cada, que não foi cadastrado pela ESF, por recusa dos moradores, apesar dos mesmos utilizarem os serviços de saúde da USF. Outro ponto importante diz respeito à falta de quatro ACS na equipe da USF nos últimos dois anos, fazendo com que as micro-áreas descobertas não tivessem seus cadastros atualizados. Desse modo, pode haver de fato um número muito maior de usuários da USF Santa Martha do que consta hoje nos registros do SIAB.

Dentre tantas histórias, a que se conta se refere ao processo que deu origem à USF Santa Martha. Esse serviço de saúde pública da PMV foi inaugurado em Maio de 2006, fruto de pressões da comunidade e votação no orçamento participativo entre 2000 e 2002. No entanto, o que havia sido solicitado pela comunidade era um serviço de pronto-atendimento, e não uma unidade de saúde da família. Porém, obedecendo às regras de regionalização e hierarquização, a SEMUS alegou que não havia como construir um pronto-atendimento específico para aquele bairro, pois fugiria a estrutura organizacional do município¹⁰.

O fato de ter sido solicitado um PA e ter sido construída uma USF gerou grandes conflitos com a comunidade, e até hoje há resquícios desse impasse na fala de moradores da região - o que foi identificado durante a entrevista para essa pesquisa. Uma das perguntas era referente a quais serviços achavam mais importantes, e a resposta foi *“Todos são importantes, mas seria bom ter um atendimento 24h”*¹¹.

Após três anos de implantação desta USF, a maior parte da comunidade reconhece a importância desse serviço, referindo inclusive grande melhoria nos serviços prestados, como evidenciado nas seguintes falas dos usuários do sistema:

“Melhorou, porque antes era bagunçado, nunca conseguia agendar ou consultar. Agora tem dentista, pediatra, mesmo com a espera, a quantidade de gente não é mais como antes”¹²;

¹⁰ Informações foram cedidas pela CAB e pela Coordenadora da USF Santa Marta.

¹¹ N.S. 42 anos, moradora do bairro há 29 anos.

¹² V.C. 61 anos, morador do bairro há 23 anos.

“Com certeza melhorou nosso acesso a consultas, e as palestras educativas são muito boas, minha mãe é hipertensa e diabética, ela sempre vai aos mutirões e consegue consultas”¹³.

Esse foi o cenário em que buscamos as informações para a construção de três sujeitos coletivos. Um chamo simplesmente de “profissional” - agrega as ideias-chave de todos os cinco entrevistados que trabalham na unidade. Outro, chamado “ACS”, congrega a voz do debate feito entre sete agentes comunitários de saúde. O terceiro e talvez o mais importante, chamado de “usuário”, agrega a voz de catorze pessoas ouvidas durante o trabalho de campo.

¹³ S. N. S. 29 anos, moradora do bairro há 11 anos.

5 ANÁLISE

5.1 PROFISSIONAIS

TEMA 1 - Relacionamento entre os profissionais da ESF e a população adscrita.

Análise do DSC para esse tema, foram evidenciadas duas (2) Ideias Centrais (IC), assim distribuídas: **A** – O relacionamento é ruim; **B** – O vínculo facilita o relacionamento. As perguntas utilizadas na construção desses discursos foram as de número 2.7, 2.8 e 2.9 do roteiro de entrevista para profissionais de saúde (APÊNDICE B).

IDEIA CENTRAL A: O RELACIONAMENTO É RUIM

Quanto ao relacionamento entre os profissionais e a comunidade atendida na USF Santa Martha, observou-se certa tensão provocada por uma expectativa não atendida da construção de um PA - e não de uma USF, gerando, segundo os profissionais, um relacionamento ruim, conflitos e agressividade, conforme se observa no discurso abaixo:

Vem melhorando, mas é ruim. O problema é que havia uma expectativa de que a unidade construída aqui seria um PA e veio o PSF. A maior parte da população já aceitou; porém, a parte que não aceitou é muito agressiva em relação a isso. [...]. 'Existem' ameaças e não aceitação do PSF. A comunidade aqui é agressiva, porque quer ser atendida naquela hora, chega no horário que ela quer, chega depois das 4 horas. Tem uma minoria que não entende, que faz barraco, eles não aceitam o médico generalista do PSF. Se bem que o pessoal não é agressivo com a gente (médico), é agressivo com o pessoal da enfermagem. 'O atendimento' não agrada a todos, talvez uns 80% da população. Mas tem reclamação, rejeição pelo atendimento do Enfermeiro, a população não entende o PSF e o relacionamento em geral é muito ruim, a população reclama muito. Reclama se o médico demora pra começar a atender, se demora durante a consulta. 'Existe' agressividade, grosserias e ameaças. O pior ponto aqui desta comunidade é a agressividade e o grande número de usuários de drogas (PROFISSIONAIS).

IDEIA CENTRAL B: O VÍNCULO FACILITA O RELACIONAMENTO

Os profissionais relataram, de uma forma geral, que o tempo de implantação da ESF nessa comunidade e a convivência diária com os pacientes vêm promovendo a formação de um vínculo, propiciando a melhoria do relacionamento e da atenção a esse usuário:

Eu acho que com o passar do tempo você consegue estabilizar algumas coisas. Então eles (pacientes) estão entendendo que você tem um médico, que pode ir naquele médico que é referência deles, tem muita gente que gosta e que entende. Criou-se o vínculo, eu já estou há um ano e seis meses aqui e eu fiz um vínculo com a comunidade. A gente tem um ponto positivo aqui, que as pessoas que trabalham aqui, médico, enfermeiro, tem um bom relacionamento. Tudo que você constrói devagar, constrói um relacionamento duradouro, melhora, é o vínculo, é o vínculo mesmo. [...] Essa questão de ter sempre assim alguém na demanda é importante. Bem, o que é bom é você ir numa casa, orientar, fazer visita, acompanhar e ver que está melhorando, que a família está te recebendo bem. Adoro fazer visita, é gratificante passar na rua e ser reconhecido. O vínculo que criamos com a comunidade é muito bom, [...] a gente conhece um pouco a estrutura familiar e às vezes consegue entender melhor algumas questões dos pacientes, [...] que acostumam com a gente, que retornam sempre, que aderem aos programas e que a gente consegue ajudar na melhoria da qualidade de vida deles (PROFISSIONAIS).

TEMA 2 - Percepção dos profissionais da USF sobre os serviços que disponibilizam e prestam a essa comunidade.

Na análise do DSC para esse tema, foram evidenciadas duas (2) Idéias Centrais (IC), assim distribuídas: **A** – Dificuldade de agendamento para o especialista; **B** – Os serviços ofertados não atendem às necessidades da população. A pergunta utilizada na construção desses discursos foi a de número 2.3 do roteiro de entrevista para profissionais de saúde (APÊNDICE B).

IDEIA CENTRAL A: DIFICULDADE DE AGENDAMENTO PARA O ESPECIALISTA

Na análise das respostas dos profissionais quanto à percepção dos mesmos sobre a prestação de serviços à comunidade, ficou evidenciado a necessidade da melhoria no sistema de referência e contra-referência, pois, quando necessitam de apoio diagnóstico terapêutico para a condução dos casos, a falta ou demora no agendamento para o especialista compromete a assistência integral a esse usuário.

Acho que, além dos médicos do PSF, cada unidade deveria ter algumas especialidades. Pelo menos as mais importantes: Cardiologista, Oftalmologista [...] A gente faz ação (palestra e atendimento aos hipertensos) e tudo, não vem todo mundo. A demora é muito grande. Especialidade, se precisar, morre. É de 3 a 6 meses pra conseguir uma vaga pra especialidade. Cardiologia leva mais de 3 meses pra conseguir marcar, a não ser que você ligue pro médico regulador e fala “oh, tá passando mal”, aí até consegue pra outra semana. Sabe como que eles estão marcando agora? Tem que vir aqui todo dia e insistir, aí eles marcam, mas quem vem aqui todo dia? Quem trabalha não dá. Pra fazer hipertensão, teria que ter uma vez ao ano cardiologista pra fazer teste de esforço, o oftalmologista pra fazer fundo de olho, mas não consegue. Existe paciente moderado e leve que você leva numa boa, mas tem paciente complicado que precisa de especialista, que você não dá conta de acompanhar ele, muito complicado, cardiopata, quem já fez cirurgia, que já teve infarto, que tem uma ICC de longa data. Esses pacientes são os que você mais olha mas não consegue aquela consulta. Por exemplo vai ao cardiologista que fala pra voltar daqui um mês, mas não consegue. Não consegue (PROFISSIONAIS).

IDEIA CENTRAL B: OS SERVIÇOS OFERTADOS NÃO ATENDEM ÀS NECESSIDADES DA POPULAÇÃO

É consenso entre os profissionais que os serviços atualmente disponibilizados na USF não dão conta do atendimento às necessidades de saúde da população. Apontam para uma melhoria da estrutura física, estabelecimento de fluxo para a demanda e excesso de pessoas por equipe¹⁴, principalmente em uma população que, por suas características socioeconômicas, torna-se usuária mais frequente do SUS.

Acho que não. Fica muita coisa de fora. Pediatria precisaria ter mais. Até porque o número de pessoas do bairro a gente não dá conta. Se tivesse um número menor de pessoas na minha área talvez desse pra atender melhor. Na minha área tem mais ou menos 5 ou 6 mil pessoas. A minha população é SUS dependente. De hipertenso são quase 400 pessoas. Se eu tivesse um clínico pra fazer demanda eu tinha espaço pra fazer outras coisas, pra fazer programa, planejamento familiar, pediatria. A população do bairro não quer PSF, quer um PA. Muita gente falta nas consultas agendadas dos programas. A maioria vem na demanda. Eu não tenho agenda para atendimento em consultório, porque, fora a demanda, não há um consultório específico disponível para o enfermeiro, então não dá pra abrir agenda de preventivo, pré-natal, essas coisas assim. Olha só, o que vem na demanda não é bem aquilo que a gente espera. Resultado de preventivo vem na demanda espontânea e, assim, coisa de pele, muito difícil pegar uma urgência [...] não tem critério de horário, eles vêm na demanda espontânea e chega aqui 5 horas da tarde com uma dor que está sentindo há dois dias.

¹⁴ Apesar dessas pessoas não aparecerem no cadastro do SIAB - como apontamos no capítulo anterior, a falta de quatro ACS durante os últimos dois anos - além de haver um condomínio inteiro de prédios que não quis ser cadastrado, apesar de utilizar os serviços da USF, justificam essa fala dos profissionais.

Não vejo muita diferença entre o meu atendimento antes de vir para o PSF e o atual (PROFISSIONAIS).

Um dos questionamentos feitos aos profissionais de saúde nessa pesquisa foi relativo à realização do diagnóstico situacional para planejamento das ações da ESF em Santa Martha, e sobre se acham que o funcionamento atual da unidade está adequado. O que se observou como unanimidade nas respostas dos profissionais foi a não realização desse diagnóstico - pelo menos não por parte deles, também não lhes sendo apresentado diagnóstico anterior. O outro ponto diz respeito à insatisfação com o modo de funcionamento atual, através das respostas encontradas na pergunta 2.1 e 2.5 do roteiro de entrevista para os profissionais de saúde dessa unidade (APÊNDICE B). No entanto, o próprio Ministério da Saúde¹⁵ faz uma consideração importantíssima para a implantação da ESF:

Para planejar localmente, faz-se necessário considerar tanto quem planeja como para quê e para quem se planeja. **Em primeiro lugar, é preciso conhecer as necessidades da população**, identificadas a partir do diagnóstico realizado e do permanente acompanhamento das famílias adscritas. O pressuposto básico do PSF é o de que quem planeja deve estar imerso na realidade sobre a qual se planeja. Além disso, o processo de planejamento deve ser pensado como um todo e direcionado à resolução dos problemas identificados no território de responsabilidade da unidade de saúde, visando a melhoria progressiva das condições de saúde e de qualidade de vida da população assistida (BRASIL, 1997, p. 19).

Os profissionais entrevistados afirmam que: “Não houve diagnóstico situacional. Começaram a atender e foram vendo aos poucos qual é (era) a necessidade. Abriu (a USF) atendendo demanda”. Essa fala demonstra com clareza que parte dos problemas detectados na formulação da agenda e no não atendimento às necessidades de saúde da comunidade ocorreram e ocorrem devido à supressão de etapas no processo de implantação da ESF neste local, já que a ausência do diagnóstico e planejamento das ações deu lugar ao atendimento de demanda, de diretrizes da Secretaria de Saúde para organização da agenda e do que os profissionais achavam importante atender. Portanto, mudou-se o modelo; porém, não houve ruptura da dinâmica médico-centrada do modelo hegemônico que ainda persiste em nossa realidade.

¹⁵ Saúde da Família: Uma Estratégia para Reorientação do Modelo Assistencial.

TEMA 3 - Programação da agenda dos profissionais da USF para o atendimento à comunidade.

Na análise do DSC para esse tema, foram evidenciadas duas (2) Ideias Centrais (IC), assim distribuídas: **A** – A agenda abre para marcação de consultas somente uma vez por mês; **B** – O agendamento de consultas não contempla as necessidades da população. A pergunta utilizada na construção desses discursos foi a de número 2.2 do roteiro de entrevista para profissionais de saúde (APÊNDICE B).

IDEIA CENTRAL A: A AGENDA ABRE PARA MARCAÇÃO DE CONSULTAS SOMENTE UMA VEZ POR MÊS

Os profissionais afirmaram que a agenda para marcação de consultas de cada equipe é aberta somente uma vez ao mês, gerando uma série de transtornos, uma vez que as vagas são ocupadas no mesmo dia, fazendo com que os pacientes que não conseguiram agendamento procurem atendimento descontinuado através do que é comumente chamado de demanda espontânea.

Abre todo mês. Tem um dia direcionado para médico e enfermeiro de cada equipe. Não é bom abrir agenda só uma vez por mês. Pelo tanto de paciente deveria ter mais médico. Abrir a agenda mais vezes no mês. As vagas acabam no mesmo dia [...] Pré-natal e preventivo é um dia na agenda pra cada, tipo assim, um dia o médico atende um e um dia o médico atende outro [...] A agenda abre uma vez no mês, então no dia que abre a agenda ela já fecha. No dia que abre pra marcar muita gente já vem, aí lota. Pra puericultura eles (ACS) marcam e pra pré-natal eles marcam também. Normalmente nós pegamos a agenda e a gente vê, porque a gente tenta cumprir com o que, por exemplo, pré-natal, preventivo, hipertenso, diabético, clínica médica, puericultura, ação e as demandas [...], a cada mês a gente tenta encaixar todos os grupos [...] A demanda, a demanda é o calo, esse mês nós praticamente fizemos baseados na demanda. Porque é muita gente, dá confusão, dá problema, aí tem que ter a demanda. Marca na recepção. A gente não marca nada, a menos que eles (ACS) peçam. Em algumas áreas eles marcam puericultura, na minha área não, eu mesmo remarco. Às vezes tem os casos que eles pedem, aí a gente tenta encaixar [...]. 'Na odontologia' quem faz a agenda é a administração e os programas (Hipertensos, Diabéticos, Gestantes e Saúde do Escolar) que são agendados pelas equipes do PSF (PROFISSIONAIS).

IDEIA CENTRAL B: O AGENDAMENTO DE CONSULTAS NÃO CONTEMPLA AS NECESSIDADES DA POPULAÇÃO

A falta do diagnóstico situacional como norteador do planejamento das ações a serem desenvolvidas na unidade e a perpetuação de programas verticalizados e focados - como Saúde da Criança, Saúde da Mulher, Saúde do Idoso, dentre outros, geram demandas específicas, que nem sempre são a real necessidade do ambiente em questão, afastando o profissional da ESF de uma visão abrangente de sua área e, conseqüentemente, da resolução dos problemas de saúde de sua microárea.

Os programas como HIPERDIA, Pré-natal, puericultura e preventivo são bem atendidos, **o restante** é que é difícil de encaixar, e acaba por ser atendido na demanda. A minha área é SUS dependente, então tem grande demanda para atendimentos fora dos programas, o que gera uma descontinuidade no atendimento, já que sempre acabam sendo atendidos somente pela demanda, aí não cria vínculo com a equipe, porque é quem tá na demanda que atende, e pode ser o médico ou o enfermeiro de qualquer equipe na escala. Olha só, o hipertenso eles trabalham aqui com o que eles chamam de ação, que é uma consulta coletiva. Eles fazem uma palestra e depois o médico atende um a um. Cada equipe faz do seu jeito. A maior dificuldade na organização é o espaço para o atendimento da pediatria e clínica médica, principalmente a pediatria (PROFISSIONAIS).

A reorganização do sistema de saúde através da ESF ainda necessita avançar em muitos quesitos, principalmente quando se entende que os serviços devem oferecer aquilo que se mostra como necessidade de saúde da população, e não aquilo que o profissional entende ser a necessidade, o que já era apontado há dez anos atrás por Franco e Merhy (2006, p. 103), quando afirmaram que “É dada ao PSF a missão de mudar o modelo assistencial para a saúde, e essa mudança deve se caracterizar quando tiver um modelo que seja usuário-centrado”.

TEMA 4 - Acolhimento aos usuários na Unidade.

Na análise do DSC para esse tema, foram evidenciadas duas (2) Ideias Centrais (IC), assim distribuídas: **A** – Todo mundo tem que ser atendido; **B** – Fluxo de atendimento no acolhimento. A pergunta utilizada na construção desses discursos foi a de número 2.6 do roteiro de entrevista para profissionais de saúde (APÊNDICE B).

IDÉIA CENTRAL A: TODO MUNDO TEM QUE SER ATENDIDO

Observou-se entre os profissionais uma insatisfação quanto à forma atual de organização do acolhimento, no que diz respeito à imposição de atendimento imediato a todos os pacientes que passam pelo serviço, pois muitas queixas poderiam ser agendadas a partir do acolhimento e acabam, no entanto, ocupando as vagas de demanda para os médicos e enfermeiros, que deveriam ser prioritariamente direcionadas para os casos de urgência.

Todo mundo tem que ser atendido. O acolhimento não é o enfermeiro superior que faz, é um auxiliar ou técnico de enfermagem, ninguém é mandado embora, tem que ser atendido ou pelo médico ou pela enfermagem. Quando o auxiliar ou técnico de enfermagem percebe que a demanda é para o médico, mas não tem mais vaga, o enfermeiro tem que atender do mesmo jeito! O número de senhas da demanda pro médico é de 16, mas se tiver alguém passando mal tem que atender, às vezes chega a 20, 21 (PROFISSIONAIS).

IDÉIA CENTRAL B: FLUXO DE ATENDIMENTO NO ACOLHIMENTO

Uma questão que é consensual entre os profissionais, mostrando que há uma rotina estabelecida quanto a isso, é o fluxo do acolhimento, sobre o qual foram observadas falas congruentes quanto ao modo de entrada do paciente no serviço e seu encaminhamento de acordo com as queixas em questão. Esse fluxo não é operacional e causa transtornos, uma vez que o atendimento imediato, sem orientação adequada - exceto no caso das urgências, dificulta a formação de vínculo entre as equipes e sua população. Esse acréscimo de dificuldade se deve ao fato de que em cada horário há um médico e um enfermeiro de diferentes equipes para o atendimento da demanda. Além disso, o paciente passa a não ter responsabilidade com o agendamento, pois ele pode ser atendido a qualquer hora que chegar, não precisando comparecer às consultas agendadas. De acordo com os profissionais, poderia ser feita a demanda específica para cada equipe, mas não possuem ainda ideia definida de como melhorar esse processo.

O fluxo é: o paciente chega, ele passa ali na frente. Aqui tem os agentes que fazem o posso ajudar, que é a pessoa que chega que eles vão orientar onde tem que ir, uns vão pro laboratório marcar exame, outros vão pra sala do especialista. Tem o pessoal que já tá marcado e tem o pessoal da demanda. Então as meninas (ACS) ficam ali na frente, elas mais ou menos fazem isso, aí elas pegam uma senha pro laboratório, pra especialidade e pra demanda. Na recepção tem uma avaliação inicial, aí [...] tem a salinha

[...] pra escutar com privacidade o paciente e é separada a demanda de adulto e de criança, que passa pelo técnico ou auxiliar de enfermagem que vai então de acordo com a queixa do paciente encaminhá-lo para o atendimento do médico ou do enfermeiro. Tem os dois (médico e enfermeiro) na demanda todo dia de manhã e de tarde. O enfermeiro, quando atende, se perceber que o problema não é para ele, também pode encaminhar para o médico, mas tem que ver o número de vagas, não é? (PROFISSIONAIS).

5.2 ACS

No território da USF Santa Martha, existem dezoito microáreas, divididas em quatro equipes de ESF. Dessas, atualmente, quatro estão sem ACS, devido à saída desses agentes sem que houvesse reposição.

Dos catorze ACS atualmente em atividade na USF, participaram do grupo focal sete ACS, representando todas as equipes da unidade.

Nesse grupo há predominância do sexo feminino, com faixa etária variando entre 20 a 55 anos. O vínculo empregatício atual é através de contrato por tempo determinado, regido pela CLT, e o tempo de permanência desses ACS na ESF varia entre dois a oito anos.

TEMA 1 - Percepção dos ACS desta USF sobre os serviços que disponibilizam e prestam a essa comunidade.

Na análise do DSC para esse tema, foram evidenciadas duas (2) Ideias Centrais (IC), assim distribuídas: **A** – Sobrecarga de trabalho; **B** – Instabilidade do vínculo empregatício. O roteiro utilizado na construção desses discursos encontra-se no APÊNDICE C.

IDEIA CENTRAL A: SOBRECARGA DE TRABALHO

Quando questionados a respeito de como é trabalhar nessa Unidade, percebeu-se que existem determinadas situações que interferem nas atividades diárias, como, por exemplo, microáreas descobertas, das quais eles acabam ficando responsáveis por dar conta. Tal fato faz com que fiquem sobrecarregados e acabem deixando algo

por fazer, já que não é possível dar 100% de cobertura à microárea pela qual são responsáveis, além dessa, uma outra microárea inteira.

Agora, tá difícil... já foi bem melhor [...] lembra daquele ditado 'eu era feliz e não sabia!', pois é, é a gente [...] estamos trabalhando sob pressão que vem de todo lugar [...] a gente sabe que tem paciente que não é nosso [...] mas a gente vai deixar de ver? Por que que meu amigo de outra unidade não foi ver, não pensou igual a mim? Há muitas áreas descobertas. Tá faltando 4 pessoas na microárea de Santa Martha [...] a gente não sabe se vai contratar ou não [...] a gente tá esperando o prefeito reassumir [...] mas o concurso foi feito no meio do processo de eleição [...] já tem gente que passou, mas que está esperando ser chamado [...] gente querendo trabalhar tem [...] (ACS).

IDEIA CENTRAL B: INSTABILIDADE DO VÍNCULO EMPREGATÍCIO

Foi referida pelos ACS uma grande instabilidade no vínculo de emprego devido à questão do contrato atual. Segundo o relato dos mesmos há mais de um (1) ano, essa questão vem sendo discutida sem que haja uma solução, gerando insatisfação e apreensão. Sentem-se desvalorizados por não perceberem empenho por parte da SEMUS na solução do problema.

Não temos nenhuma segurança, cinco de nós vamos sair em janeiro [...] eu fico preocupada com quem tem mais idade [...] eu ainda consigo uma faxina [...] nós não temos certeza de nada [...] imagina eu com 55 anos de idade e em janeiro fico sabendo que estou desempregada? eles podiam dar uma definição pra gente [...] dia 22 de dezembro é que talvez vamos saber [...] mas não é nada certo [...] é só falar 'sim ou não' [...] cada dia que você chega é uma notícia diferente, a cada dia pior [...] a gente chegou a ponto de não saber em quem confiar. Isso de contrato é só com a SEMUS [...] (ACS).

TEMA 2 – Relação entre os ACS dessa USF e a população adscrita.

Na análise do DSC para esse tema, foram evidenciadas três (3) Ideias Centrais (IC), assim distribuídas: **A** – A relação é boa; **B** – A relação é difícil; **C** – A população desconhece a rotina de trabalho dos ACS. O roteiro utilizado na construção desses discursos encontra-se no APÊNDICE C.

IDEIA CENTRAL A: A RELAÇÃO INTERPESSOAL É BOA

Parte do grupo dos ACS referiu ser boa a relação **interpessoal** com a comunidade, envolvendo uma série de aspectos, tanto geográfico quanto situacional - o que propicia a construção de um vínculo com essa população, fazendo com que o trabalho diário se torne mais tranquilo, devido ao conhecimento das dificuldades/problemas de cada microárea, favorecendo, assim, a resolatividade dos mesmos.

A minha (microárea) neste momento, está mais fácil [...], infelizmente perdi uns pacientes, então tá mais fácil ainda, porque o problema dos pacientes não está mais lá [...], e é baixada, é tranquilo [...]. A minha (microárea) é boa, é tranquila [...], é ótima, tanto geograficamente quanto à comunidade, tem morro e escadaria, mas hoje tenho moto e ajuda muito, por isso fiquei com o topo [...] É muito bom porque a gente tá dentro de casa... a gente pode estar perto dos filhos [...] quanto à chefia, não tenho nada contra, me dou bem com todo mundo [...], muito bem com os usuários [...].eu gosto, eles são barraqueiros, bagunceiros, animados, a gente se dá bem com eles e a gente precisa disso, somos muito bem recebidos (ACS).

IDEIA CENTRAL B: A RELAÇÃO INTERPESSOAL ESTÁ DIFÍCIL

Parte do grupo dos ACS referiu ser difícil a relação **interpessoal** com a comunidade, envolvendo uma série de aspectos, tanto geográficos quanto situacionais, pois nem toda a população compreende a ESF e aceita bem a figura do ACS. A área geográfica de algumas microáreas também é colocada como ponto dificultador do acesso a essas famílias, já que o terreno íngreme e irregular desgasta fisicamente os ACS. A falta de reposição desses agentes é outro fator dificultador, uma vez que os mesmos precisam se desdobrar para assistir as microáreas descobertas.

Minha microárea é plana, mas as pessoas ainda não recebem muito bem, estamos num nível de estresse muito grande, nossa pressão arterial está subindo, estamos preocupados com esta questão do contrato e estamos muito pressionados. Cada microárea tem sua particularidade [...] a minha não é fácil, é pesada, de risco, muito carente [...], tô cobrindo a parte de outro agente, tô quebrada, tô cansada e, se não tiver férias, nem sei [...]. Às vezes é difícil isso de subir e descer morro [...] (ACS).

IDEIA CENTRAL C: A POPULAÇÃO DESCONHECE A ROTINA DE TRABALHO DOS ACS

Devido a uma série de aspectos que interferem na relação entre a população assistida e os ACS, percebe-se que o fato do agente residir no mesmo território

dessa população faz com que a **relação profissional** do ACS com essa comunidade seja confundida com a relação **pessoal** que naturalmente existe entre moradores do mesmo bairro – o que traz alguns inconvenientes que podem interferir não só no desenvolvimento do trabalho, como também na avaliação que essa comunidade faz desses agentes.

Se torna uma coisa tão íntima que a gente não tem mais feriado, fim-de-semana [...], na hora do almoço eles estão na porta e, pra descansar nas férias, temos que viajar [...], sem contar as brincadeiras, né? Às vezes a gente tem que engolir seco, respirar fundo [...] alguns acham que nossa vida é fácil [...], a gente pensa em pegar uns usuários e levar pra andar conosco pra entregar convite [...], eles não sabem da nossa rotina, do nosso trabalho [...], não podemos marcar consulta, é ordem da SEMUS, não existe nem um porquê [...], só (agendamos) para gestante e, quando vemos que precisa muito, se não tiver ninguém pra estar vindo (agendar a consulta) (ACS).

TEMA 3 – Programação da agenda e acolhimento dos usuários.

Na análise do DSC para esse tema, foram evidenciadas duas (2) Ideias Centrais (IC), assim distribuídas: **A** – O agendamento melhorou, mas demora muito; **B** – Sempre tem alguém pra atender a demanda. O roteiro utilizado na construção desses discursos encontra-se no APÊNDICE C.

IDEIA CENTRAL A: O AGENDAMENTO MELHOROU, MAS DEMORA MUITO

Observou-se na fala dos ACS em relação ao agendamento que a ESF contribuiu para a organização da demanda. Em 2000, Silva já discutia esse assunto, ponderando que os serviços básicos de saúde não deveriam somente apagar incêndios, mas sim planejar localmente sua agenda de acordo com as necessidades da população, substituindo o atendimento à demanda espontânea por uma oferta organizada.

No entanto, o fato de a agenda abrir somente uma vez por mês para cada equipe dificulta o acesso dos pacientes, uma vez que normalmente as vagas se esgotam no mesmo dia em que a agenda é disponibilizada para marcação de consultas. Se não houver disponibilidade para comparecer a USF no dia da abertura dessa agenda, o usuário terá que procurar atendimento na demanda espontânea ou nos serviços de pronto-atendimento. Sobre esse tema, Teixeira e Paim, há dezenove anos, já

apontavam para alguns possíveis caminhos, de forma a equalizar a transição que naquele momento ainda estava por vir.

Conseqüentemente, faz-se pertinente analisar, no processo de construção do Sistema Único de Saúde, os princípios da organização da rede de serviços de saúde à luz de cada experiência concreta. No caso da evolução dos Programas Especiais, por exemplo, há que se considerar, principalmente, a relação conflitante, à primeira vista, entre os princípios do impacto e o da não-rejeição da demanda: o primeiro reconhece que todo serviço é organizado com o objetivo de produzir mudanças no quadro ambiental e epidemiológico e não apenas para a produção de atividades preventivas e/ou assistenciais; já o segundo assinala que quando o primeiro nível de complexidade rejeita pacientes, estes irão à unidade de maior complexidade, produzindo um exagerado uso dos serviços emergenciais, já que a atenção dos pacientes, em última instância, é responsabilidade da rede de serviços e não só das unidades de saúde individualmente (TEIXEIRA E PAIM, 1990, p. 265)

Entre melhorias e percalços, típicos na construção de um novo caminho, a fala dos ACS corre no sentido de apontar as melhorias trazidas pela ESF, principalmente na organização da demanda.

Hoje já não tem tanta fila [...], eles estão enxergando que com a ESF não precisam mais vir pra cá de madrugada [...] cada profissional, enfermeiro, médico, tem sua agenda, cada equipe marca em dia diferente. A agenda é de 1 dia pra cada médico e ajudou a gente, e muito, a conseguir marcar pra maior parte das pessoas, mas demora muito! Eu não aguentaria [...] Não sei como aguentam, é 1 médico só e, então, tem que atender as 15 pessoas, ou até mais, e a população fala mal. A minha área, uns falam 'já foi pior', eu acabei de perder um paciente e a esposa do paciente disse que a gente está de parabéns e (também) uma pessoa de MG veio aqui e disse que a gente está de parabéns [...], o que eu ouvi falar foi 'vale a pena esperar pelo tanto que esperamos porque o médico é bom' [...], a gente orienta a esperar a agenda e a pessoa tem que vir, ela pode esperar a agenda [...], mas têm ocasiões em que não dá mesmo pra esperar [...], tinham que atender mais urgência [...] (ACS).

IDEIA CENTRAL B: SEMPRE TEM ALGUÉM PRA ATENDER A DEMANDA

O acolhimento do usuário através da demanda espontânea, segundo observado no grupo dos ACS, não só facilita o trabalho deles, como também permite que aqueles pacientes que não conseguiram acesso ao agendamento tenham a possibilidade de serem atendidos em suas necessidades na unidade de saúde de seu próprio bairro.

Sempre tem alguém pra atender a demanda, médico, enfermeiro [...], quando tem alguém com necessidade, a gente fala que vai falar com a enfermeira e dá o retorno pra pessoa [...], a gente não deixa ninguém na mão, não, a gente dá um jeito, ninguém vai embora com necessidade. As

peessoas gostam de ficar na unidade [...], o médico daqui é muito querido, a demanda dele fica lotada [...], ele até passou mal, mas ele dá conta [...], é 40 minutos cada consulta, ele te vira pelo avesso [...] (ACS).

TEMA 4 – Percepção da comunidade sobre os serviços disponibilizados

Na análise do DSC para esse tema, foi evidenciada uma (1) Ideia Central (IC): **A** – Os usuários querem especialidade na USF. O roteiro utilizado na construção desse discurso encontra-se no APÊNDICE C.

IDEIA CENTRAL A: OS USUÁRIOS QUEREM ESPECIALIDADE NA USF

Embora a implantação da ESF em Santa Martha tenha estruturado a demanda organizada e estabelecido o acolhimento do usuário através da demanda espontânea, foi unanimidade entre o grupo de ACS a dificuldade do acesso às consultas para as especialidades. Todos referiram que um dos grandes entraves à aceitação da ESF por parte da comunidade é a falta de especialistas na USF, bem como a dificuldade para agendamento de consultas para os especialistas, mesmo quando solicitadas pelo médico da ESF.

Os usuários, de forma geral, não entendem a ESF, porque eles querem especialidade, principalmente ortopedista, cardiologista e oftalmo [...]. É muito difícil marcar especialidade, mesmo se for o médico da ESF que encaminhar é muito difícil [...], neurologista não existe [...]. Depois que mudou o sistema de marcação (SISREG), eu não sei como vai ser [...], o pedido não fica mais cadastrado [...], quem vem mais, quem tá mais perto, consegue mais fácil [...], quem já veio e está esperando há muito tempo, não consegue [...]. Eles querem especialidades! (ACS).

5.3 USUÁRIOS

Para a obtenção de dados que atendessem à necessidade da pesquisa, optou-se por entrevistar moradores do território da USF Santa Martha, tanto na própria unidade de saúde, como também nas ruas e comércio da região. Foram entrevistados no total catorze indivíduos - dos quais onze eram do sexo feminino, e três do sexo masculino, reforçando a idéia de que a população feminina ainda predomina sobre a masculina na busca do cuidado à saúde. Um dos entrevistados estava apenas acompanhando a esposa. Na faixa etária, os entrevistados têm a

idade mínima de 21anos e a máxima de 63 anos. O tempo de moradia no bairro nos remete à impressão de ser um bairro residencial com pouca rotatividade de moradores, uma vez que o menor tempo encontrado foi de 4 anos, o maior de 60 anos e a média de 21 anos de tempo de moradia entre os entrevistados. O roteiro para a entrevista dessa população encontra-se no Apêndice A.

TEMA 1 – Percepção da população sobre os profissionais da ESF.

Na análise do DSC para esse tema, foram evidenciadas três (3) Ideias Centrais (IC), assim distribuídas: **A** – O ACS ajuda; **B** – O meu ACS não é bom e **C** – A ESF melhorou o atendimento. As perguntas utilizadas na construção desses discursos foram as de número 2.12, 2.13, 2.14 e 2.15 do roteiro de entrevista para profissionais de saúde (APÊNDICE A).

IDEIA CENTRAL A: O ACS AJUDA

Dentro da ESF a principal figura identificada costuma ser a do ACS, porque eles são o contato mais próximo entre os serviços de saúde e a comunidade, o que é confirmado por Rodrigues e Ramires (2008), quando tratam os ACS como “mensageiros” do PSF; esse trabalho mostra também que os ACS foram os que receberam a avaliação mais positiva por parte da população, o que não foi diferente em nossa análise, quando observamos que, além de o ACS ser a figura mais lembrada, é também uma das mais elogiadas, como podemos observar no discurso abaixo.

É bom o ACS, a gente pode falar pra ele como tá as coisas, e ele ajuda a gente [...], eles avisam quando a agenda vai abrir, dias de mutirão [...], trazem médico na nossa casa, [...] trazem o pessoal pra olhar a gente quando estamos doentes, [...] ah, quando meu netinho nasceu, ele levou a enfermeira lá e a gente fica mais seguro, né?! É uma ajuda e tanto! Antes não tinha isso. [...]. O ACS ajuda nas minhas consultas, não deixa a gente faltar, ele é importante [...] é a forma de a gente ter acesso ao posto. Eles sempre passam e conversam com a gente. Isso facilita, né? (USUÁRIOS).

Confirmando o achado dessa pesquisa na comunidade de Santa Martha, o estudo realizado por Scochi et al. (2008, p. 352) na região leste de um município do Paraná ressalta que, da maioria das famílias que recebia visitas domiciliárias, quase

metade delas não conhecia algum membro da equipe “[...] das 223 famílias que conheciam algum membro da ESF o ACS foi citado por 88,2% seguido de longe pelo enfermeiro e pelo médico (10,9% e 10,4%, respectivamente)”.

IDEIA CENTRAL B: O MEU ACS NÃO É BOM

Dentre as entrevistas realizadas, pontualmente 3 usuários, cujas respectivas microáreas procuramos não identificar, demonstraram opinião diversa dos demais em relação a seus agentes de saúde, tanto pelo fato do ACS não passar em sua casa, como também por não trazer informações que consideraram necessárias em relação ao funcionamento da unidade de saúde.

Atualmente, na minha área, estou tendo que me deslocar, porque minha agente não nos dá informações, não sabe o dia de abrir agenda [...], mas não é toda área que é assim não, onde minha sogra mora o ACS também nunca sabe de nada, quase não passa lá em casa, passa muito o da dengue. É muito difícil, ai, meu Deus. A mãe é hipertensa e não é acompanhada, demora mais de um mês pra passar (USUÁRIOS).

IDEIA CENTRAL C: A ESF MELHOROU O ATENDIMENTO

Apesar de a maior parte dos usuários não saber identificar adequadamente o que é a Estratégia de Saúde da Família, observou-se que, após a implantação da USF Santa Martha, eles apontam uma melhoria no relacionamento e atendimento da população pelos profissionais da unidade, o que é reforçado pelo discurso abaixo. Percebe-se que, mesmo não entendendo que essa atividade é parte da estratégia, referenciam-na como melhoria.

Melhorou sim, a gente se sente mais acolhido, [...] mudou muito, antes a gente tinha que ir no hospital pra tudo, hoje muita coisa o posto resolve. Ela (ACS) sempre traz alguém do posto pra minha casa, porque meu neto é especial e eles vêm sempre ver meu neto, isso é muito bom [...]. As visitas são importantes. Quando tive meu neto, a enfermeira visitou minha casa, e ensinou várias coisas pra minha filha, a gente se sente mais seguro, [...] antes era bagunçado, nunca conseguia agendar ou consultar, agora tem dentista, pediatra, mesmo com a espera a quantidade de gente não é mais como antes, [...] melhorou nosso acesso a consultas, e as palestras educativas são muito boas, minha mãe é diabética e hipertensa, ela sempre vai aos mutirões e consegue as consultas. Hoje não é mais lotado e desorganizado e [...] sempre tem atendimento quando passamos mal (USUÁRIOS).

Tema 2 – Percepção da comunidade sobre os serviços disponibilizados

Na análise do DSC para esse tema, foram evidenciadas cinco (5) Ideias Centrais (IC), assim distribuídas: **A** – O atendimento é bom; **B** – O serviço é bom, mas demora; **C** – A marcação para especialidade demora muito; **D** – Podia ter especialista e **E** – Gostaria de maior resolutividade na USF. As perguntas utilizadas na construção desses discursos foram as de número 2.7, 2.9 e 2.11 do roteiro de entrevista para profissionais de saúde (APÊNDICE A).

IDEIA CENTRAL A: O ATENDIMENTO É BOM

A análise das entrevistas evidenciou que, de uma forma geral, a população gosta do atendimento ofertado pela USF, reconhecendo inclusive alguns serviços que caracterizam a ESF, como a visita domiciliar. Outro ponto observado como positivo é a oferta de vagas de demanda, para o atendimento às urgências, o que favorece a relação da comunidade com a ESF, pois, quando precisam, podem ter a unidade como referência, o que também favorece a criação de vínculo.

Olha, eu acho bom o posto, [...] eu e minha família gostamos, meus parentes e vizinhos também são atendidos, mesmo com a superlotação eu gosto do atendimento.. Aqui é muito bom, [...] além de ser perto da minha casa, eu sempre sou atendida, e o pessoal aqui é muito atencioso, sempre tem atendimento, mesmo na urgência, tem remédio, [...]. Eu gosto dos médicos, sempre faço acompanhamento, [...] acho bom também o pessoal que visita a casa da gente, a gente pode explicar melhor nosso problema. A gente gosta, sempre é atendido! (USUÁRIOS).

IDEIA CENTRAL B: O SERVIÇO É BOM, MAS DEMORA

Embora a comunidade goste dos serviços ofertados pela USF, há uma queixa recorrente em relação à demora para a marcação de consultas - o que, em parte, pode ser justificado pelo próprio fluxo de agendamento, já que a agenda dos profissionais abre somente uma vez ao mês. Outro ponto importante a ser considerado é que esta demora muitas vezes está relacionada ao tipo de atendimento, pois alguns programas, como o atendimento aos hipertensos e diabéticos, são realizados através de mutirões, denominado AÇÃO, nos quais se cumpre uma atividade educativa mensal para cada microárea, com atendimento pelo médico e enfermeiro a todos os pacientes que comparecem.

O serviço é bom, mas tudo é muito demorado, [...] o problema é a demora no agendamento e a quantidade de médico, que é pequena. Minha família costuma usar o posto também, mas a demora é complicada e as poucas fichas também, [...] às vezes demora demais pra marcar, aí eu até desisto, [...] mas, quando vem o atendimento, aí é bom. [...] hoje em dia eu vejo no jornal que até particular é assim. Então nem dá pra reclamar, [...] mas não gosto da espera, que é longa, e da demanda, que enche os consultórios (USUÁRIOS).

IDEIA CENTRAL C: A MARCAÇÃO PARA ESPECIALIDADE DEMORA MUITO

Quando questionada sobre o fato de suas necessidades de saúde serem atendidas, encontramos unanimidade quando o assunto é a consulta com especialista. A queixa refere-se à demora para o agendamento das especialidades, principalmente após a implantação do novo sistema de marcação no município de Vitória, o SISREG¹⁶.

Não tenho o que reclamar, só quando a história é especialista, aí você tem que esquecer. [...] quando precisamos de encaminhamento, aí a gente tem que esperar muito, tem mais de um mês que meu filho precisa de médico de pulmão e não acha vaga, [...] minha esposa espera há mais de 6 meses uma consulta com o médico de vista, isso é ruim, a espera é desanimadora, [...] mas deve ser por causa da grande quantidade de pessoas, né!? (USUÁRIOS).

Em relação à demora para o agendamento de especialidades, observamos que o fato não é exclusivo da USF Santa Martha, tampouco do município de Vitória, pois são encontrados relatos diários na mídia sobre o fato em questão. Rodrigues e Ramires (2008) também apontam essa dificuldade na pesquisa que realizaram em Uberlândia (MG), com coordenadores das equipes da ESF e com usuários do sistema. Um ponto crucial defendido pela coordenação da ESF na referida pesquisa diz respeito à criação de um sistema de cotas, com número de consultas diferenciado, de acordo com o diagnóstico situacional de cada território, pois, se é o diagnóstico situacional um pressuposto da ESF, tendo em vista que ele age exatamente como balizador das ações a serem desenvolvidas, por que não utilizá-lo

¹⁶ Nesse sistema, as vagas para especialistas são divulgadas diariamente para todo o município online. No setor de marcação de especialidades da unidade o paciente comparece com encaminhamento para determinado especialista. Se a vaga estiver disponível, a consulta é agendada na hora. Senão, o paciente deve voltar diariamente na unidade para que novamente seja consultado o sistema sobre a disponibilidade de vagas (informação cedida pelos profissionais da USF Santa Martha).

em uma distribuição mais justa e equânime em um sistema de regulação de vagas para especialidades?

IDEIA CENTRAL D: DEVIA TER ESPECIALISTA

Através das entrevistas com membros da comunidade, foi percebido que o modelo médico centrado ainda prevalece no modo da população enxergar os serviços de saúde, uma vez, que ao serem questionados sobre os serviços que gostariam que a USF oferecesse, encontra-se em todas as respostas a figura da especialidade médica. Faz-se importante ressaltar que, quando consideram que o que há na unidade é bom, não identificam o médico de saúde da família como generalista, identificam-no como pertencente também a uma especialidade, ainda que da clínica básica.

Pediatra, clínico e dentista é muito importante, mas podia ter especialista. Todos são importantes, mas as especialidades precisavam ter, seria mais fácil. Todos são necessários, mas podia ter um cardiologista, oftalmologista, geriatra, neurologista, essas coisas assim, sabe, médico assim não tem, e nem exames específicos (USUÁRIOS).

A demanda das famílias por maior número de ações médicas, ou seja, por mais médicos, sobretudo os especialistas, pode levar a uma análise do aspecto organizacional do serviço. É importante ressaltar que a solicitação de maior número de médicos especialistas pelas famílias pode ser significativo, uma vez que “[...] a dificuldade de acesso ao médico especialista ou ao atendimento de emergência pode ser utilizado como indicador de satisfação ou aprovação dessas famílias ao serviço de saúde (SCOCHI et al., 2008, p. 352). Portanto, o usuário e/ou a família não atendidos em suas necessidades poderiam classificar esse serviço como precário ou insuficiente.

IDEIA CENTRAL E: GOSTARIA DE MAIOR RESOLUTIVIDADE NA USF

Foi recorrente nas entrevistas com a comunidade a queixa de que precisam se deslocar da USF para outros serviços distantes para realização de alguns tipos de exames auxiliares nos diagnósticos médicos, bem como para as consultas com especialistas. Essa queixa foi mais frequente principalmente entre os entrevistados

maiores de 50 anos que possuem alguma patologia de base, como hipertensão e diabetes, e frequentemente necessitam ser encaminhados para acompanhamento com especialista e exames específicos. Apesar de se entender que uma USF não tem como oferecer determinados serviços, e que tampouco é esse o seu propósito, questiona-se que, em uma rede de serviços integrada, poderiam existir unidades regionais, com um aporte de profissionais e exames que atendesse, com base no diagnóstico situacional, as situações de exames específicos e encaminhamentos mais recorrentes dentro de uma determinada área de abrangência. No município de Vitória, atualmente, há um Centro Médico de Especialidades (CME), que fica no andar superior da US Vitória, no Parque Moscoso. Há alguns especialistas, bem como exames, distribuídos em algumas unidades de maior porte. No entanto, não há uma grade de referência, de acordo com as regiões de saúde, anteriormente citadas no capítulo que foi discutido o município de Vitória.

Queria mais médico, **médico que cuidasse direto de nosso problema**, pra não ficar mandando pra outro lugar. E podia também ter mais exames. É muito difícil especialidade e exames tipo Raio X, porque a gente tem que ir em outro lugar, [...], tem que ir longe e esperar muito [...] (USUÁRIOS).

Como afirmam Scochi e outros (2008, p. 353) “É possível que ainda existam dificuldades da comunidade em compreender o PSF e as atividades realizadas na UBS e identificar sua lógica de funcionamento”. Os autores afirmam ainda que a avaliação das famílias representa respostas pontuais de utilização dos serviços, e não uma visão mais ampla de entendimento da lógica de funcionamento da ESF. Essas famílias apresentam, na verdade, uma visão fragmentada do modelo proposto.

Tema 3 – Programação da agenda dos profissionais da USF

Na análise do DSC para esse tema, foram evidenciadas quatro (4) Ideias Centrais (IC), assim distribuídas: **A** – A agenda abre uma vez ao mês; **B** – O número de consultas da agenda não atende as necessidades da população; **C** – É muito bom quando a consulta é marcada na agenda; **D** – A consulta é agendada mais rapidamente de acordo com a doença. As perguntas utilizadas na construção desses discursos foram as de número 2.5, 2.8, 2.10 e 2.11 do roteiro de entrevista para usuários (APÊNDICE A).

IDEIA CENTRAL A: A AGENDA ABRE UMA VEZ AO MÊS

Em questão relativa à organização da agenda para marcação de consultas, ficou evidenciado que o atual modo de funcionamento não é aprovado pela população, pois a abertura da agenda se dá para cada uma das equipes apenas uma vez ao mês, e, no mesmo dia, as vagas disponibilizadas são ocupadas. Apesar do ACS avisar a população da data da abertura da agenda, nem todos tem disponibilidade naquele dia para comparecer à unidade para agendamento da consulta. O acolhimento que ocorre na unidade, em parte, supre essas necessidades, porém, descaracteriza o vínculo de cada equipe com sua área de responsabilidade, já que a procura por consultas no acolhimento é aleatória, podendo o paciente pertencer a qualquer área.

Tem a consulta quando abre agenda, [...] existe um dia pra marcação, que é uma vez no mês, o Agente Comunitário avisa e a gente marca, geralmente não é difícil [...] se tiver vaga é bom, logo depois somos atendidos, mas ainda assim tem demora, [...] mas tem mês que não dá vaga, [...] aí volta pra casa. Eu que trabalho não tenho muita chance de pegar ficha, aí fico dependendo da abertura da agenda [...] Devia ter consulta e poder marcar todos os dias, né!? Mas não tem jeito, então podia ser pelo menos mais dias (USUÁRIOS).

IDEIA CENTRAL B: O NÚMERO DE CONSULTAS DA AGENDA NÃO ATENDE ÀS NECESSIDADES DA POPULAÇÃO

Observou-se nas entrevistas com a população que, de modo geral, não há insatisfação com os serviços prestados na USF. Há, inclusive, várias referências de que os profissionais são bons, porém, é recorrente a referência à dificuldade de agendamento. Esse fato pode ser explicado não só pela agenda abrir somente uma vez ao mês, como também pelo número e tipo de consultas disponibilizados, uma vez que a ESF trabalha com demanda programada. Muitas consultas disponibilizadas são para programas específicos, como pré-natal, preventivo, HIPERDIA, puericultura e outros. Por isso, não há agendamento específico para pediatria, somente quando sobram vagas da puericultura e o número de consultas de clínica geral é insuficiente.

A Política Nacional da Atenção Básica (BRASIL, 2006) estabelece que cada equipe de ESF deve ser responsável por um determinado número de indivíduos,

recomendando um quantitativo de 3000, não devendo ultrapassar 4000 pessoas. Porém, esse fato não leva em consideração as características das comunidades e nem o princípio de equidade do SUS, pois cada território tem sua especificidade, devendo-se levar em conta condições socioeconômicas e o próprio diagnóstico situacional. Em uma comunidade em que a população é idosa, provavelmente a demanda maior será de consultas clínicas, diferentemente de uma comunidade onde o predomínio seja de adultos em idade produtiva, ou de uma comunidade que tenha muitas mulheres em idade reprodutiva - nessa, provavelmente a demanda maior será de consultas de pré-natal e, posteriormente, de puericultura e pediatria.

Venho primeiro e marco a ficha, vou à consulta, mas é bem difícil pela super lotação. Assim, né, quando consegue marcar consulta é bom, né! O problema é até a gente conseguir marcar, muita demora e pouca vaga, acho que pouco médico. Pra melhorar, [...] não acho que precisa mudar muita coisa, só ter mais ficha ou pôr mais gente pra atender, [...] mais médico, mais ficha, e abrir a agenda mais vezes, [...] mas não tem jeito, né?! Se for agendado, demora muito, [...] a espera é ruim, [...] é longa e às vezes nem tem vaga. Podia ter mais médico pra abrir mais a agenda e diminuir o povo que vem sem marcar (USUÁRIOS).

IDEIA CENTRAL C: É MUITO BOM QUANDO A CONSULTA É MARCADA NA AGENDA

Embora haja queixa quanto à dificuldade para o agendamento, quando ele ocorre, a população se mostra satisfeita com os serviços prestados pelos profissionais da USF, bem como quanto à própria organização no dia da consulta agendada em relação ao horário estabelecido para início do atendimento e a ordem de chegada dos pacientes.

Quando marca na agenda é muito bom, sempre somos atendidos, meu esposo também se consulta e lá em casa ninguém tem do que reclamar. Assim, oh, abre a agenda [...] a gente vem marca a consulta e poucos dias depois a gente é atendido, [...] e, quando tá marcado, quem chega primeiro é atendido, [...] é por ordem de chegada, mas sempre somos atendidos, mesmo quando tá um pouco cheio [...] é só chegar e esperar ser chamado. Eu e minha família sempre conseguimos (USUÁRIOS).

IDEIA CENTRAL D: A CONSULTA É AGENDADA MAIS RAPIDAMENTE DEPENDENDO DA DOENÇA

Alguns pacientes relataram uma facilidade maior no agendamento de consultas, devido a problemas específicos de saúde. Esse fato se justifica dentro da USF, já que existem grupos que têm prioridade no atendimento, como hipertensos, diabéticos, idosos, acamados, gestantes e crianças - principalmente no primeiro ano de vida, dentre outros grupos que podem variar de acordo com o diagnóstico situacional, visando principalmente à transformação do modelo de atenção, procurando superar o modelo centrado no atendimento à demanda espontânea, enfatizando e incluindo cada vez mais ações de prevenção de riscos e agravos e promoção da saúde (ESPÍRITO SANTO, 2008).

Depende da doença, aí a consulta vem mais rápida. É bom, pelo menos pra mim, porque sempre consigo, como eu tenho pressão alta, minhas consultas quase nunca demoram, [...] para os que estão acamados ou passando mal, o Agente de Saúde mesmo marca e o enfermeiro vai na casa. Ajuda muito! (USUÁRIOS).

Tema 4 – Acolhimento dos usuários na USF

Na análise do DSC para esse tema, foram evidenciadas duas (2) Ideias Centrais (IC), assim distribuídas: **A** – Existe facilidade para se obter a consulta na demanda espontânea e **B** – Sempre sou atendido na urgência. As perguntas utilizadas na construção desses discursos foram as de número 2.5, 2.8, 2.10 e 2.11 do roteiro de entrevista para usuários (APÊNDICE A).

IDEIA CENTRAL A: EXISTE FACILIDADE PARA SE OBTER A CONSULTA NA DEMANDA ESPONTÂNEA

A questão do acolhimento nas unidades de saúde, sem dúvida, tem melhorado em muito o relacionamento e a confiança dos usuários nos serviços de saúde. A IC acima foi encontrada no discurso de praticamente todos os entrevistados quando se referiam ao acolhimento, também chamado de atendimento à demanda, que, nessa unidade, ocorre com distribuição de parte das vagas pela manhã, ficando as outras o disponíveis para aqueles indivíduos que venham a ter alguma intercorrência ao longo do dia. Através do acolhimento, até mesmo as vagas existentes nas agendas dos profissionais por conta de falta dos pacientes agendados são preenchidas, de acordo com as necessidades observadas.

Franco e Merhy (2006) consideram que a proposta inicial do PSF de não contemplar o atendimento à demanda enfraquecia sua proposição, visto que os indivíduos recorrem aos serviços de saúde não só por “doenças do corpo físico”, mas também por sofrimentos e angústias - o que decerto não é considerado na programação da agenda dos profissionais. Porém, quando essa população não encontra o atendimento necessário, acaba por recorrer a serviços de pronto-atendimento, perdendo ou desfazendo o vínculo e a credibilidade que poderiam desenvolver com o serviço de saúde de seu território. Quanto ao fluxo do acolhimento, esse já foi descrito anteriormente na análise do discurso dos profissionais.

Pra ter consulta é fácil, tem as fichas que são distribuídas pra demanda [...] é só chegar cedo e pegar ficha, [...] mas tem que acordar cedo. Leva pela manhã para encaixe na parte da tarde. Chego cedo, pego a ficha, se ainda tiver, e consulto. Como tenho o cartão do SUS, sempre que preciso, venho e sou atendida (USUÁRIOS).

IDEIA CENTRAL B: SEMPRE SOU ATENDIDO NA URGÊNCIA

Outro aspecto positivo do acolhimento é a identificação dos casos que realmente necessitam de intervenção imediata do profissional médico e da equipe de enfermagem, pois, uma vez que o paciente tem a possibilidade de ser visto e escutado, torna-se mais fácil para ele e para o profissional de saúde o entendimento de sua necessidade e, quando essa necessidade é emergente, o suporte ao acolhimento pela equipe como um todo também favorece a resolutividade dos problemas de saúde, seja no próprio local ou no encaminhamento rápido para o serviço que possa prestar a assistência que aquele paciente necessita. Tal fato reforça a confiança da população na equipe de saúde e o vínculo com os profissionais que estão sempre prontos a atendê-la quando ela mais precisa. Esse vínculo poderá construir, ao longo do tempo, uma visão do usuário sobre a resolutividade do sistema no nível local, diminuindo a sua procura por serviços de pronto-socorro e pronto-atendimento para soluções disponíveis na Unidade de Saúde da Família. Isso favoreceria a referência e a contra-referência e o seguimento adequado dos níveis de hierarquização dos serviços.

Chego cedo pra pegar a ficha. Se for urgência, é fácil, sempre atendem, [...] quando passo mal eles sempre me atendem, isso não posso reclamar. Se é

urgência, só vim que a gente é atendido [...] eu já passei mal da pressão e fui atendida rapidamente aqui (USUÁRIOS).

5.4 AS RELAÇÕES NA ESF

Com a finalidade de se evidenciar a resposta à questão problematizadora dessa pesquisa “as unidades de saúde têm se configurado como a principal porta de entrada no sistema de saúde, tendo em vista que a ESF implantada na maior parte delas, busca exatamente a construção de um vínculo, um elo com a comunidade e suas particularidades?”, optou-se por apresentar os pontos congruentes ou conflitantes existentes nas falas dos sujeitos da pesquisa, de forma que essa composição trouxesse uma análise mais profunda das relações estabelecidas entre esses grupos. Essa análise trouxe não só a resposta à questão problematizadora, como também outras respostas, que permitiram que a visão inicial sobre o acesso e a utilização da unidade de saúde como porta de entrada mudasse e se ampliasse, fazendo com que fosse possível pensar sobre a questão da integralidade e hierarquização da rede assistencial.

Observou-se que os usuários estão satisfeitos com o acesso e a utilização dos serviços de saúde na Unidade de Santa Martha, ou seja, a Unidade de Saúde da Família é reconhecida como **a porta de entrada do sistema**, porém, quando a necessidade de saúde do paciente extrapola o nível de atenção ofertado por essa unidade, os entraves do sistema têm início - o que foi afirmado e reafirmado não só pelo usuário, mas também pelos profissionais e pelo ACS. O atendimento integral como princípio norteador do SUS mostra-se ainda inadequado, uma vez que a unidade, mesmo com dificuldades, consegue realizar seu papel. Pode não conseguir na verdade - pelo menos não de modo adequado - dar seguimento ao manejo de sua clientela, quando há necessidade de referenciá-la aos serviços de maior complexidade. Quanto a isso, Starfield (2002, p. 314) afirma que “A integralidade exige que a atenção primária reconheça adequadamente, a variedade completa de necessidades relacionadas à saúde do paciente e disponibilize os recursos para abordá-las”.

A partir dos temas encontrados na análise do DSC dos sujeitos dessa pesquisa, iniciou-se uma discussão sobre os pontos de vista desses indivíduos.

RELACIONAMENTO ENTRE PROFISSIONAIS, ACS E USUÁRIOS

De modo geral, o relacionamento estabelecido entre esses sujeitos é bom, e o que não é bom vem melhorando ao longo do tempo, principalmente pela possibilidade de construção do vínculo que a ESF estabelece - o que é confirmado por outras pesquisas de mesmo cunho. Hildebrand e Shimizu (2008, p. 6), descrevem que “[...] a comunidade tem percepção bastante positiva do programa, principalmente porque permitiu maior aproximação entre a população e o serviço de saúde”. Rodrigues e Ramires (2008, p. 155) também apontam o vínculo como fator de melhoria nas relações entre comunidade e serviços de saúde, quando descrevem que “quanto maior for esse vínculo, melhores serão as relações entre as pessoas que participam dessa rede”.

Os discursos abaixo evidenciam que esses sujeitos avaliam as relações como sendo boas ou em processo de melhora.

Criou-se o vínculo, eu já estou há um ano e seis meses aqui e eu fiz um vínculo com a comunidade. A gente tem um ponto positivo aqui, que as pessoas que trabalham aqui, médico, enfermeiro, têm um bom relacionamento. Tudo que você constrói devagar, constrói um relacionamento duradouro, melhora, é o vínculo, é o vínculo mesmo [...] (PROFISSIONAIS).

A minha (microárea) é boa, é tranquila [...], é ótima, tanto geograficamente quanto à comunidade,[...]. É muito bom porque a gente tá dentro de casa... a gente pode estar perto dos filhos [...] quanto à chefia, não tenho nada contra, me dou bem com todo mundo [...], muito bem com os usuários [...] eu gosto, eles são barbaqueiros, bagunceiros, animados, a gente se dá bem com eles e a gente precisa disso, somos muito bem recebidos (ACS).

Aqui é muito bom, [...] além de ser perto da minha casa, eu sempre sou atendida, e o pessoal aqui é muito atencioso, sempre tem atendimento, mesmo na urgência, tem remédio, [...]. Eu gosto dos médicos, sempre faço acompanhamento, [...] acho bom também o pessoal que visita a casa da gente, a gente pode explicar melhor nosso problema. A gente gosta, sempre é atendido! (USUÁRIOS).

VAGAS PARA CONSULTAS *VERSUS* ATENDIMENTO ÀS NECESSIDADES DA POPULAÇÃO

A ESF tem como característica a disponibilização de vagas para atendimento através de uma demanda organizada, ou seja, a agenda de seus profissionais é aberta com vagas destinadas ao atendimento de grupos específicos, de acordo com o diagnóstico situacional da região. Porém, como considerado por Franco e Merhy (2006), não é possível trabalhar com uma agenda “fechada” em termos de grupos de atendimento, pois necessidades de saúde surgem a cada momento sem serem previstas, havendo, desse modo, necessidade da organização do atendimento à demanda espontânea - que abrangerá o atendimento às situações de urgência e também àquelas de sofrimentos e angústias.

Na USF Santa Martha, observa-se que o processo de trabalho para atendimento à demanda espontânea cobre todos os dias e horários em que a USF está aberta, porém, a demanda programada não tem hoje espaço para importantes grupos de atendimento - como, por exemplo, a pediatria. Tal fato, na visão dos próprios profissionais e usuários, traz um discurso de que os serviços ofertados pela USF não atendem - pelo menos, não de forma integral - às necessidades de saúde de sua população.

Tal fato pode inclusive estar associado à questão da estrutura física da unidade, que não dispõe de consultórios suficientes para que todos os médicos e enfermeiros das quatro equipes estejam simultaneamente atendendo, seja na demanda organizada ou na espontânea, tendo em vista que existem seis consultórios, sendo um deles uma adaptação de uma sala que não era utilizada na unidade. Nesses consultórios quatro médicos e quatro enfermeiros revezam seu atendimento, além de um pediatra de suporte a ESF que atende todos os dias pela manhã, e uma ginecologista que atende uma vez por semana. Ou seja, em geral, há dez profissionais para seis consultórios.

É lógico que existem ações que não necessitam de consultório para sua realização, como a visita domiciliar e as atividades educativas. Além disso, há necessidade de horários reservados para planejamento das ações. Porém, ainda assim, se

houvesse uma maior disponibilidade de espaço físico, seria aumentado o potencial de atendimento desses profissionais, e decorreria disso o aumento da oferta de serviços entendidos como necessários dentro do contexto desse território.

Os discursos abaixo reforçam essa discussão.

[...] Fica muita coisa de fora. Pediatria precisaria ter mais. Até porque o número de pessoas do bairro a gente não dá conta. Se tivesse um número menor de pessoas na minha área, talvez desse pra atender melhor. Na minha área tem mais ou menos 5 ou 6 mil pessoas. [...] De hipertensos são quase 400 pessoas. Se eu tivesse um clínico pra fazer demanda, eu tinha espaço pra fazer outras coisas, pra fazer programa, planejamento familiar, pediatria. [...] Eu não tenho agenda para atendimento em consultório, porque, fora a demanda, não há um consultório específico disponível para o enfermeiro, então não dá pra abrir agenda de preventivo, pré-natal, essas coisas assim [...] Os programas como HIPERDIA, Pré-natal, puericultura e preventivo são bem atendidos, **o restante** é que é difícil de encaixar, e acaba por ser atendido na demanda. [...] então tem grande demanda para atendimentos fora dos programas, o que gera uma descontinuidade no atendimento, já que sempre acabam sendo atendidos somente pela demanda, aí não cria vínculo com a equipe, porque é quem tá na demanda que atende e pode ser o médico ou o enfermeiro de qualquer equipe na escala. [...] A maior dificuldade na organização é o espaço para o atendimento da pediatria e clínica médica, principalmente a pediatria (PROFISSIONAIS).

[...] A agenda é de um dia pra cada médico, e ajudou a gente, e muito, a conseguir marcar pra maior parte das pessoas, mas demora muito! Eu não aguentaria [...] Não sei como aguentam, é 1 médico só e, então, tem que atender as 15 pessoas, ou até mais, e a população fala mal. A minha área, uns falam 'já foi pior' [...], a gente orienta a esperar a agenda e a pessoa tem que vir, ela pode esperar a agenda [...], mas tem ocasiões em que não dá mesmo pra esperar [...], tinham que atender mais urgência [...] (ACS).

Venho primeiro e marco a ficha, vou à consulta, mas é bem difícil pela super lotação. Assim, né, quando consegue marcar consulta é bom, né! O problema é até a gente conseguir marcar, muita demora e pouca vaga, acho que pouco médico. Pra melhorar, [...] não acho que precisa mudar muita coisa, só ter mais ficha ou pôr mais gente pra atender, [...] mais médico, mais ficha e abrir a agenda mais vezes, [...] mas não tem jeito, né?! Se for agendado demora muito, [...] a espera é ruim, [...] é longa e às vezes nem tem vaga. Podia ter mais médico pra abrir mais a agenda e diminuir o povo que vem sem marcar. Depende da doença, aí a consulta vem mais rápida (PROGRAMAS). É bom, pelo menos pra mim, porque sempre consigo, como eu tenho pressão alta, minhas consultas quase nunca demoram, [...] para os que estão acamados ou passando mal, o Agente de Saúde mesmo marca e o enfermeiro vai na casa. Ajuda muito! (USUÁRIOS).

Para a mudança das práticas de saúde, é necessária também a transformação das relações de trabalho da própria equipe de saúde. É preciso uma nova forma de olhar o usuário, o colega de trabalho, e a si mesmo, nessas relações profissionais. De acordo com Campos (2003, p. 580):

As equipes de saúde precisam oferecer mais do que a prestação de um serviço pura e simplesmente, entendido como a realização de atos formais. A formalidade e a burocratização da prática de saúde coíbe a satisfação profissional, além de provocar um estado de estagnação, em que o profissional tem consciência da inoperância do resultado final das ações realizadas, mas não se sente responsável por isso. Continua a realizá-las de forma mecânica, como não se incomodasse com a recorrência do adoecimento, fruto da permanência das determinações do mesmo.

Para atender as necessidades de saúde do território e nortear o trabalho das equipes de saúde, os profissionais da USF devem analisar o contexto social, econômico, sanitário e assistencial, a partir de um novo pensar e um novo agir em saúde. A Constituição Federal de 1988, que institucionalizou o SUS, já trazia o conceito de saúde-doença como fruto de vários determinantes e condicionantes. Campos e Bataiero (2007), ao discutirem as necessidades de saúde como reguladoras da oferta de serviços, fazem a seguinte consideração:

[...] saúde não se aprimora somente com atenção à doença. Com base nessa definição de saúde, responder às necessidades de saúde deveria significar implementar ações que incidissem nos determinantes, e não só na doença, que já é o resultado do desgaste expresso no corpo biopsíquico individual. Pode-se, então, afirmar que a concepção de saúde-doença expressa no SUS sanciona necessidades de saúde ampliadas. Logo, as respostas deveriam ser mais complexas, para além das ações curativas (CAMPOS; BATAIERO, 2007, p. 606)

A equipe não tem que dominar todo o conhecimento sobre todas as ocorrências e agravos da comunidade, mas precisa estar alerta às “[...] relações existentes entre o adoecer e a vida cotidiana de seus integrantes. Ao tomar para si essa gestão da saúde local, a equipe pode acionar os diversos setores e especialistas que cada caso requer” (CAMPOS, 2003, p. 582).

ESPECIALIDADES E SERVIÇOS DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO

A queixa da dificuldade em acessar profissionais e serviços especializados, ainda que solicitados pela própria unidade básica de saúde enquanto necessidade referida da população, aparece nessa pesquisa, assim como em tantas outras, como as de Rodrigues e Ramires (2008) e Scochi e outros (2008).

No entanto, não só a população, como os próprios profissionais de saúde, queixam-se da dificuldade que encontram ao indicar um paciente para algum tipo de profissional especialista ou serviços de apoio diagnóstico e terapêutico.

Sabe-se que no mundo tecnicista atual, muitas vezes, não por necessidade, mas por insistência do paciente, o profissional se vê pressionado a encaminhá-lo a uma determinada especialidade ou solicitar exames mais sofisticados. No entanto, Franco e Magalhães Jr. (2006, p. 126) apontam para a seguinte questão:

Em relação à rede básica, podemos inicialmente imaginar como ela pode contribuir ou não para uma melhor performance da assistência especializada. Uma maior resolutividade da assistência prestada em nível das Unidades Básicas de Saúde poderá reduzir a demanda por consultas especializadas e exames, especialmente os de maior complexidade, reservando os recursos públicos para garantir os procedimentos realmente necessários. Atualmente, parte dos encaminhamentos feitos por médicos da rede básica a especialistas, não esgotam todos os recursos assistenciais disponíveis na Unidade Básica.

Quanto ao encaminhamento a especialistas por profissionais da Unidade Básica de Saúde, Starfield (2002) também faz uma importante consideração, levando-nos a refletir mais uma vez sobre a qualificação desses profissionais para o atendimento, pois os custos do atendimento especializado realmente são elevados. No entanto, se esse profissional da UBS não se sente suficientemente capaz de dar conta de determinado paciente, deve encaminhá-lo. Ou seja, a sua decisão para encaminhamento deve estar pautada na necessidade do paciente e não no custo da consulta.

Se o propósito da porta de entrada for fornecer um uso mais racional de recursos, deveria haver uma fundamentação científica para a crença de que os profissionais de atenção primária podem julgar de forma eficaz e eficiente quem deve ser encaminhado a um especialista ou não. Sem uma clara fundamentação para o que deveria ser mantido na atenção primária e o que deveria ser encaminhado, sempre haverá a suspeita de que fatores como as contenções de despesas estão controlando as decisões (STARFIELD, 2002, p. 223)

Visando a melhor assistência da USF, através do estabelecimento de áreas de risco em Belo Horizonte/MG, foi priorizada em algumas regiões do município a organização de equipes de especialistas responsáveis por um determinado número de ESF (FRANCO; MAGALHÃES JR., 2006). No estado do Espírito Santo, com a

recente formulação das linhas-guia¹⁷ e a proposta de capacitação de todos os profissionais de nível superior das ESF do Estado, essa problemática tem sido repensada, considerando que a unidade de saúde:

[...] deve ofertar serviços que estejam condizentes com as necessidades locais, levantadas no diagnóstico, de forma a garantir a integralidade nesse nível de assistência. Conhecer o perfil epidemiológico e o que leva as pessoas ao adoecimento determinará as ações e os serviços disponibilizados no nível local (ESPÍRITO SANTO, 2008, p. 77).

Para a avaliação dessas necessidades, foi proposto ainda nessas linhas-guia o preenchimento de uma planilha pelo setor da unidade responsável pelo agendamento das especialidades. Essa planilha poderá ser entregue semanal, quinzenal ou mensalmente, de acordo com cada caso, em que são registrados a data do encaminhamento, o motivo do mesmo, o profissional responsável, o serviço e o retorno (ANEXO C). Desse modo, seria possível uma análise individual de cada ESF e o agrupamento de determinados territórios com características semelhantes com a oferta dos serviços mais demandados, através de policlínicas ou centros de especialidades mais próximos a essas regiões, favorecendo, assim, o acesso da população e a integralidade do sistema.

Em Vitória-ES, persistem nos discursos dos profissionais, ACS e usuários, a ênfase na grande dificuldade de agendamento para especialidades e serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, como evidenciado abaixo:

Acho que, além dos médicos do PSF, cada unidade deveria ter algumas especialidades. Pelo menos as mais importantes: Cardiologista, Oftalmologista [...]. A demora é muito grande. Especialidade, se precisar, morre. É de 3 a 6 meses pra conseguir uma vaga pra especialidade. Cardiologia leva mais de 3 meses pra conseguir marcar, a não ser que você ligue pro médico regulador e fala “oh, tá passando mal”, aí até consegue pra outra semana. Sabe como que eles estão marcando agora? Tem que vir aqui todo dia e insistir, aí eles marcam, mas quem vem aqui todo dia? Quem trabalha não dá. Pra fazer hipertenso, teria que ter uma vez ao ano cardiologista pra fazer teste de esforço, o oftalmologista pra fazer fundo de olho, mas não consegue. Existe paciente moderado e leve que você leva numa boa, mas tem paciente complicado que precisa de especialista, que você não dá conta de acompanhar ele, muito complicado, cardiopata, quem já fez cirurgia, que já teve infarto, que tem uma ICC de longa data. Esses pacientes são os que você mais olha mas não consegue aquela consulta.

¹⁷ Manuais que orientam a organização das redes de atenção à saúde no Estado do Espírito Santo, compostos pelos seguintes títulos: 1) Organização da Atenção Primária à Saúde; 2) Prontuário da Saúde da Família; 3) Hanseníase; 4) DST/AIDS; 5) Hipertensão e Diabetes; 6) Saúde Bucal; 7) Saúde da Pessoa Idosa e 8) Saúde Mental.

Por exemplo, vai ao cardiologista que fala pra voltar daqui um mês, mas não consegue. Não consegue (PROFISSIONAIS).

Os usuários, de forma geral, não entendem a ESF, porque eles querem especialidade, principalmente ortopedista, cardiologista e oftalmo [...]. É muito difícil marcar especialidade. Mesmo se for o médico da ESF que encaminhar, é muito difícil [...], neurologista não existe [...]. Depois que mudou o sistema de marcação (SISREG), eu não sei como vai ser [...], o pedido não fica mais cadastrado [...], quem vem mais, quem tá mais perto, consegue mais fácil [...], quem já veio e está esperando há muito tempo, não consegue [...]. Eles querem especialidades! (ACS).

Não tenho o que reclamar, só quando a história é especialista, aí você tem que esquecer. [...] quando precisamos de encaminhamento, aí a gente tem que esperar muito, tem mais de um mês que meu filho precisa de médico de pulmão e não acha vaga, [...] minha esposa espera há mais de 6 meses uma consulta com o médico de vista, isso é ruim, a espera é desanimadora, [...] mas deve ser por causa da grande quantidade de pessoas, né!? [...] Todos são importantes, mas as especialidades precisavam ter, seria mais fácil. [...] podia ter um cardiologista, oftalmologista, geriatra, neurologista, essas coisas assim, sabe, médico assim não tem, e nem exames específicos. Queria mais médico, **médico que cuidasse direto de nosso problema**, pra não ficar mandando pra outro lugar, e podia também ter mais exames. É muito difícil especialidade e exames tipo Raio X, porque a gente tem que ir em outro lugar, [...], tem que ir longe e esperar muito [...] (USUÁRIOS).

O FLUXO DO AGENDAMENTO E O ACESSO DA POPULAÇÃO

O agendamento para as consultas com os profissionais da USF Santa Martha ocorre apenas uma vez ao mês para cada equipe - o que vem gerando, tanto do ponto de vista dos profissionais como dos usuários, uma dificuldade no acesso à demanda programada, uma vez que nem sempre no dia estipulado para o agendamento o indivíduo que necessita de uma consulta está disponível para comparecer à USF para agendá-la, seja por compromissos profissionais ou por necessidades pessoais.

Outro ponto observado no processo de trabalho da USF Santa Martha é que, se uma pessoa deseja determinado atendimento - ainda que voltado para a prevenção, como coleta de preventivo, por exemplo- e se não puder comparecer ao dia do agendamento, deverá aguardar ainda mais um mês para que consiga ser atendido. Tal fato acaba por fazer com que os usuários procurem por atendimento na demanda espontânea, a qual diariamente existem profissionais atendendo, porém, como em cada dia e horário há profissionais diferentes responsáveis pelo acolhimento, o usuário não terá um atendimento continuado e nem criará vínculo com a equipe da ESF responsável por sua área.

Um questionamento que se faz nessa pesquisa diz respeito ao fato do ACS não poder agendar as consultas aqui no município de Vitória-ES. Segundo os ACS, essa é uma determinação vinda da SEMUS. Porém, se entendermos o ACS como a figura que faz o elo de ligação entre a comunidade e as equipes, e que identifica as necessidades de saúde da população ao visitar as casas diariamente, por que ele não poderia fazer o agendamento de grupos específicos, já que a agenda é aberta, para grupos específicos de atenção? Em pesquisa recente sobre acesso e acolhimento na atenção básica, Souza (2009) encontrou como resposta dos profissionais e dos usuários que o agendamento de consultas por parte do ACS facilita o acesso.

Verificou-se a valorização de iniciativas para equacionar demanda organizada e espontânea e reduzir as idas às unidades como, por exemplo, a marcação realizada por agentes de saúde. Nesse sentido, observou-se maior avanço nas unidades de saúde da família (SOUZA, 2009, p. 107)

Dentro dessa perspectiva, torna-se claro que é necessário mudar o modo de agendamento. Andrade, Barreto e Bezerra (2007), discutindo a clínica ampliada na ESF, referem que o agendamento não deveria ocorrer sem avaliação de risco, devendo haver apenas agenda futura para indicações terapêuticas.

Os DSC selecionados para a discussão desse tópico evidenciam de forma clara o posicionamento dos atores envolvidos nesse processo.

Abre todo mês. Tem um dia direcionado para médico e enfermeiro de cada equipe. Não é bom abrir agenda só uma vez por mês. Pelo tanto de paciente deveria ter mais médico. Abrir a agenda mais vezes no mês. **As vagas acabam no mesmo dia [...]** Pré-natal e preventivo é um dia na agenda pra cada, tipo assim, um dia o médico atende um e um dia o médico atende outro [...]. **A agenda abre uma vez no mês, então no dia que abre a agenda ela já fecha. No dia que abre pra marcar, muita gente já vem, aí lota.** Pra puericultura eles (ACS) marcam e pra pré-natal eles marcam também. [...] Marca na recepção. A gente não marca nada, a menos que eles (ACS) peçam. Em algumas áreas eles marcam puericultura, na minha área não, eu mesmo remarco. Às vezes tem os casos que eles pedem, aí a gente tenta encaixar [...]. 'Na odontologia' quem faz a agenda é a administração e os programas (Hipertensos, Diabéticos, Gestantes e Saúde do Escolar) que são agendados pelas equipes do PSF (PROFISSIONAIS).

Hoje já não tem tanta fila [...], eles estão enxergando que com a ESF não precisam mais vir pra cá de madrugada [...] cada profissional, enfermeiro, médico, tem sua agenda, cada equipe marca em dia diferente. A agenda é de 1 dia pra cada médico e ajudou a gente, e muito, a conseguir marcar pra maior parte das pessoas, mas demora muito! Eu não aguentaria [...] Não sei

como aguentam, é 1 médico só e, então, tem que atender as 15 pessoas, ou até mais, e a população fala mal. [...], o que eu ouvi falar foi “vale a pena esperar pelo tanto que esperamos porque o médico é bom” [...], **a gente orienta a esperar a agenda e a pessoa tem que vir, ela pode esperar a agenda** [...], mas tem ocasiões em que não dá mesmo pra esperar [...], tinham que atender mais urgência [...] eles não sabem da nossa rotina, do nosso trabalho [...], não podemos marcar consulta, é ordem da SEMUS não existe nem um porquê [...], só (agendamos) para gestante e quando vemos que precisa muito, se não tiver ninguém pra estar vindo (agendar a consulta) (ACS).

Tem a consulta quando abre agenda, [...] existe um dia pra marcação que é uma vez no mês, o Agente Comunitário avisa e a gente marca, geralmente não é difícil [...].**se tiver vaga é bom, logo depois somos atendidos, mas ainda assim tem demora, [...] mas tem mês que não dá vaga, [...] aí volta pra casa.** Eu, que trabalho, não tenho muita chance de pegar ficha, aí fico dependendo da abertura da agenda [...] Devia ter consulta e poder marcar todos os dias, né!? Mas não tem jeito, então podia ser pelo menos mais dias (USUÁRIOS).

EM PAUTA O ACOLHIMENTO

A questão do acolhimento vem sendo amplamente discutida no âmbito dos serviços de saúde do SUS nos últimos anos com o intuito de humanizar a relação entre os trabalhadores e os serviços de saúde e seus usuários (MERHY, 2006).

Andrade, Barreto e Bezerra (2007) discutem as funções do acolhimento dentro do conceito da clínica ampliada, referindo que é função dos profissionais que acolhem avaliar risco e necessidades de saúde, resolvendo os casos possíveis de acordo com a capacidade individual e complexidade exigidas, encaminhando com responsabilidade o paciente conforme gravidade e disponibilidade para atendimento na própria UBS, Pronto-Socorro ou Serviço de Referência. No entanto, Teixeira (2007) refere que tem havido uma banalização do acolhimento, transformando-o em mais um serviço de pronto-atendimento, como demonstra o DSC dos profissionais da USF Santa Martha na IC **“Todo mundo tem que ser atendido”**, fazendo com que a classificação de risco deixe de nortear o processo de trabalho, o que faz voltar à “velha prática” de que quem chega primeiro, de acordo com a lógica da fila, conseguirá vaga para ser atendido na demanda, independente do tipo de necessidade que apresente.

As soluções práticas que temos conhecido ultimamente para a questão do acolhimento na atenção primária, principalmente em unidades de PSF, tendem a concebê-la como uma atividade particularizada, que realizaria a combinação de alguns dispositivos organizacionais tradicionais dos serviços

de saúde (recepção, triagem, acesso). Em muitos casos, tende a sofrer deslocamentos (acesso, porta-de-entrada, pronto-atendimento), que vão até o limite de esvaziá-la de significado próprio, sendo apenas um nome novo para uma velha atividade (em geral, algum tipo de pronto-atendimento) (TEIXEIRA, 2007, p. 100).

Na USF Santa Martha, os DSC demonstrados a seguir apontam o desvirtuamento do acolhimento, manifesto tanto pela insatisfação dos profissionais quando atendem aos casos que são passíveis de agendamento quanto pela declaração dos usuários de que ficha na demanda é fácil. O ponto positivo que encontramos no acolhimento dessa USF é a referência de que as urgências sempre são atendidas: tanto profissionais como usuários reafirmam que nenhum paciente que apresente uma necessidade de atendimento imediato deixa de ser atendido. Os DSC abaixo refletem esse difícil caminho que vem sendo trilhado por profissionais, serviços de saúde e usuários em busca de uma atenção mais humanizada.

O fluxo (do acolhimento) é o paciente chega, ele passa ali na frente. [...] Na recepção tem uma avaliação inicial, aí [...] tem a salinha [...] pra escutar com privacidade o paciente, e é separada a demanda de adulto e de criança, que passa pelo técnico ou auxiliar de enfermagem, que vai então de acordo com a queixa do paciente encaminhá-lo para o atendimento do médico ou do enfermeiro. Tem os dois (médico e enfermeiro) na demanda todo dia de manhã e de tarde. O enfermeiro, quando atende, se perceber que o problema não é para ele, também pode encaminhar para o médico, mas tem que ver o número de vagas, não é? Todo mundo tem que ser atendido. O acolhimento não é o enfermeiro superior que faz, é um auxiliar ou técnico de enfermagem, ninguém é mandado embora, tem que ser atendido ou pelo médico ou pela enfermagem. Quando o auxiliar ou técnico de enfermagem percebe que a demanda é para o médico, mas não tem mais vaga, o enfermeiro tem que atender do mesmo jeito! O número de senhas da demanda pro médico é de 16, mas se tiver alguém passando mal tem que atender, às vezes chega a 20, 21 (PROFISSIONAIS).

Sempre tem alguém pra atender a demanda, médico, enfermeiro [...], quando tem alguém com necessidade, a gente fala que vai falar com a enfermeira, e dá o retorno pra pessoa [...], a gente não deixa ninguém na mão não, a gente dá um jeito, ninguém vai embora com necessidade [...] (ACS).

Pra ter consulta é fácil, tem as fichas que são distribuídas pra demanda [...] é só chegar cedo e pegar ficha, [...] mas tem que acordar cedo. Leva pela manhã para encaixe na parte da tarde. Chego cedo, pego a ficha, se ainda tiver, e consulto. Como tenho o cartão do SUS, sempre que preciso, venho e sou atendida. Chego cedo pra pegar a ficha, se for urgência é fácil, sempre atendem, [...] quando passo mal eles sempre me atendem, isso não posso reclamar. Se é urgência, só vir que a gente é atendido [...] eu já passei mal da pressão e fui atendida rapidamente aqui (USUÁRIOS).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao final do percurso desta pesquisa, sinto-me surpresa com as inúmeras descobertas realizadas - inclusive houve mudança de conceitos antes arraigados, que foram a mola impulsora no meu caminho ao mestrado, quando me questionava por que a unidade de saúde da família não conseguia se configurar como porta de entrada do SUS, fazendo com que os pacientes sobrecarregassem os serviços de pronto-atendimento.

Durante as entrevistas realizadas não foi possível entender claramente o que estava sendo dito, porém, ao analisar as falas e compartilhar os dados é que foram surgindo falas elucidadoras, que sempre estiveram ali, mas que talvez, sozinhas, não fizessem tal sentido.

Enfim, a surpresa foi grata, pois posso, respondendo ao meu objetivo geral, dizer que foi verificado que a Unidade de Saúde da Família do bairro de Santa Martha se configura sim como porta de entrada do Sistema de Saúde para a comunidade de seu território. Alguns mecanismos do processo de trabalho necessitam, ainda, ser reajustados para “acolher” aqueles indivíduos que de alguma forma encontram empecilhos para o uso dos serviços de saúde dessa unidade. Franco e Merhy (2006) discutem que a essência do sucesso da ESF está na reorganização de seu processo de trabalho, que deverá ser baseado em um modelo usuário-centrado. Os empecilhos verificados dizem respeito ao horário de funcionamento da USF, ao horário de trabalho dos usuários e às dificuldades em conseguir um agendamento por não se enquadrar nos grupos prioritários de atendimento ou, ainda, pela abertura da agenda se dar somente uma vez ao mês - aspectos esses apontados por Starfield (2002), como barreiras na consolidação da APS como porta de entrada dos sistemas de saúde.

Considerando os objetivos específicos propostos como meio de subsidiar a questão principal, foi observado que na construção das relações entre os profissionais e usuários, no decorrer de três anos de existência dessa unidade, vem ocorrendo, como é proposta da ESF, a criação de um vínculo entre esses indivíduos, o

que, conforme Merhy (2006), favorece a melhoria dessas relações - fato esse que tem sido observado nesta USF, apesar de inicialmente essa relação ter sido bastante conflituosa, pois, como pontuado anteriormente, a população esperava por um serviço de pronto-atendimento e não uma USF.

O que os resultados nos mostram é que, por um lado, a população vem reconhecendo que ter uma equipe de saúde responsável por seus cuidados favorece o reconhecimento de suas necessidades e, por conseguinte, a resolutividade das mesmas, quando passíveis de solução dentro da estrutura da USF. Outro ponto levantado é que a presença do ACS, visitando as casas, conversando e ouvindo os problemas de saúde dessa população, também ajuda - o que é reafirmado pela pesquisa de Nery (2006), na qual a comunidade aponta que no ACS, além de ser o indivíduo mais reconhecido dentro da ESF, esse se caracteriza como elo entre a comunidade e a USF.

As visitas domiciliares realizadas pelos diversos profissionais que compõem a equipe, visando a atender e orientar aqueles indivíduos com dificuldades ou impossibilitados de comparecer a USF, também é reconhecido pela população como um importante avanço da ESF. Por outro lado, os profissionais e ACS também referem que é gratificante ver seu trabalho sendo reconhecido, poder contribuir na melhoria da qualidade de vida dessa população e acompanhar a evolução dos cuidados que implementam, o que também é apontado no trabalho de Oliveira e Albuquerque (2008), apesar de ainda haver uma pequena parte da população que resiste ao cadastramento e à forma de intervenção da ESF.

Acreditamos que a própria efetivação dos profissionais, ocorrida por meio de concurso público, foi muito importante para que as equipes criassem vínculo entre seus componentes, bem como com a população, já que a rotatividade de profissionais não favorece o processo de estabelecimento da ESF. Através dessas equipes consolidadas, a tendência é que haja cada vez maior vínculo, comprometimento e aceitação, tanto por parte dos profissionais como por parte da população - que, no cotidiano, irão identificar necessidades dessa população ainda não contempladas. Além disso, devem encontrar mecanismos adequados para supri-las, como já é identificado na fala desses profissionais, respondendo inclusive

à questão da percepção dos profissionais sobre os serviços ofertados, uma vez que reconhecem pontos falhos e, até mesmo, fazem propostas para equacionar tais questões. Sobre esse fato, cabe ressaltar que a falta de articulação entre a rede de serviços assistenciais de média complexidade dificulta a resolatividade de uma série de problemas. Campos e Bataiero (2008) também afirmam que a garantia do atendimento às necessidades de saúde caminha na direção de políticas públicas que promovam o direito universal.

No que diz respeito à percepção da população sobre o atendimento às suas necessidades de saúde, foi muito interessante observar que, na verdade, o grande questionamento desses usuários não diz respeito às necessidades passíveis de solução dentro da capacidade proposta para essa unidade de saúde, e sim em relação à integralidade da atenção, uma vez que extrapolada a capacidade resolativa dessa USF. A dificuldade várias vezes diz respeito ao atendimento solicitado pelos próprios profissionais da USF em outros serviços, sejam eles da própria rede municipal (próprios ou conveniados), ou da rede estadual.

Quando esses usuários pedem que haja especialistas na USF, querem, na verdade, facilidade no acesso a esses profissionais, assim como há facilidade no acesso aos profissionais da USF. É necessário que a rede de atenção esteja melhor organizada para atender aos princípios da hierarquização e atendimento integral do SUS, garantindo a esses usuários, assim, o atendimento às suas necessidades. Tal medida evitaria inclusive o agravamento de determinados quadros clínicos, que, em virtude da demora no atendimento, acabam por gerar maior demanda nos serviços de pronto-atendimento e pronto-socorro, levando a internações prolongadas e aumento nos custos finais do processo, além, é claro, das possíveis sequelas - muitas vezes irreversíveis, o que, com certeza, não tem preço. Portanto, não se trata de gastar mais recursos, e sim de realocá-los, a fim de garantir a tempo o atendimento necessário.

Cabe aqui ressaltar que fatores externos à área da saúde contribuem no processo saúde-doença da população, e, havendo por parte do poder público maior ação afirmativa quanto aos determinantes sociais da saúde, haverá também diminuição da demanda por serviços de saúde, que, em muitos momentos, são acessados por

questões sociais, angústias e complicações relativas à falta de condições dignas de vida.

Enfim, talvez um dos mais importantes aspectos observados seja o acolhimento. Apesar de vir sendo trabalhado como importante estratégia nos serviços públicos de saúde há mais de dez anos, ainda não conseguiu constituir-se tal como seu propósito. De acordo com Franco, Bueno e Merhy (1999), o acolhimento está baseado na escuta, e essa escuta atenta gera responsabilização de quem quer que a faça - senão no sentido de garantir, pelo menos no sentido de auxiliar o indivíduo no percurso que levará à resolução de sua necessidade, haja vista que nem todos os fatores relacionados à necessidade desse indivíduo irão encontrar resposta nos serviços de saúde.

O processo de trabalho do acolhimento na USF Santa Martha encontra-se, de certo modo, distorcido de seu foco, uma vez que, além do usuário não ser “escutado” por sua equipe, descaracterizando, assim, o vínculo, e dificultando o processo de responsabilização, ele necessariamente tem que ser atendido pelo médico ou enfermeiro, em um sentido de prescrição, reforçando, assim, a prática curativa.

Idealmente, a proposta do acolhimento é baseada na resolutividade individualizada de cada caso, de acordo com a complexidade que requeira. Para isso, o paciente, após uma escuta criteriosa, poderá ser agendado para um atendimento, encaminhado ao serviço social, encaminhado para atendimento imediato e até mesmo para um pronto-atendimento ou pronto-socorro.

A proposta de acolhimento descrita pelos atores de nosso enredo assemelha-se ao que Teixeira (2007) considera como práticas atuais de acolhimento como um novo nome para uma velha atividade. O que ocorre nada mais é do que um serviço de pronto-atendimento, que, se por um lado favorece o atendimento imediato às situações de urgência/emergência, por outro, reforça práticas pautadas tão-somente no ato prescritivo, no modelo biomédico, nas tecnologias apontadas por Merhy (2000) como duras. Por si só, essas tecnologias baseadas tão somente em laudos e resultados de exames e provas diagnósticas, não permitem a produção da relação

entre profissional e usuário, perdendo, naquele instante que é único, a possibilidade de capturar o momento vivo.

Ao percorrer o caminho que levou à construção desse trabalho, através da leitura de tantos outros estudos, da observação da rotina instituída na USF Santa Martha e da análise realizada através da “conversa” entre os atores, foi possível perceber grandes avanços e contribuições do SUS e da ESF na construção do acesso universal aos serviços de saúde. No entanto, ansiamos por mais, ansiamos por mudanças nas grades curriculares que formam os profissionais que irão atuar no SUS. Essas grades requerem interdisciplinaridade, mas não encontram profissionais sensibilizados para o trabalho em equipe. Ansiamos por profissionais comprometidos com o usuário, que, para além da formação, tenham condições dignas de trabalho, remuneração e garantia de retaguarda, quando essa for necessária.

O SUS que queremos, como aponta Mendes (2004, p. 15), é aquele que seja capaz de “[...] oferecer a todos os brasileiros, independentemente do gênero, idade, renda ou risco, com financiamento público, um conjunto de serviços sanitariamente necessários”. Para que isso ocorra, há que se rever vontade política, financiamento, programação de serviços baseada na demanda e não na oferta, mudança na formação profissional, com consequente alteração nos processos de trabalho, promovendo um modelo centrado no usuário, tendo o acolhimento como pilar dessa construção.

São outros os olhos com que enxergo nesse momento, e observo que muitos outros envolvidos nesse processo de construção de um sistema de saúde mais justo e equânime também já enxergam com esses mesmos olhos. Talvez esteja na hora de um novo movimento, que tenha a mesma proposição e força que o Movimento da Reforma Sanitária, e que nos leve não ao todo, mas à construção das partes que ainda faltam para alcançar o SUS que queremos e merecemos.

REFERÊNCIAS

1. ALMEIDA, C. Reforma Del Estado y Del Sector Salud em América Latina. In: MINAYO, M. C. de S.; COIMBRA Jr, C. E. (orgs). **Críticas e Atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. 708p.
2. ALVES-MAZZOTTI, A. J. O método nas ciências sociais. In: ALVES-MAZZOTTI, A. J. **O método nas ciências naturais e sociais**. São Paulo: Pioneira, 1999. 203p.
3. ALVES-MAZZOTTI, A. J.; GEWANDSZNAJDER, F. **O método nas ciências naturais e sociais: pesquisa quantitativa e qualitativa**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2002. 203p.
4. AMORIM, L. Rede de saúde com atendimento diferenciado. Disponível em: <http://www.vitoria.es.gov.br/secretarias/saude/home.htm>. Acesso em: 12 jun. 2008.
5. ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. C. H. C.; BEZERRA, R. C. Atenção Primária à Saúde e Estratégia de Saúde da Família. In: CAMPOS, G. W. S. (orgs). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2007. 871p.
6. ARRUDA, D. **Sistemas de informações e alocação de recursos**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1998.
7. AYRES, J. R. C. M. et al. Risco, vulnerabilidade e práticas de Prevenção e Promoção da Saúde. In: CAMPOS, G. W. S. et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2006. 871p.
8. BARBOZA, T. A. V.; FRACOLLI, L. A. A utilização do "fluxograma analisador" para a organização da assistência à saúde no Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1036-1044, 2005.**
9. 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.
10. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº648**, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
11. CAMPOS, C. E. A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 569-584, 2003.
12. CAMPOS, C. M. S. **Necessidades de saúde pela voz da sociedade civil (os moradores) e do estado (os trabalhadores em saúde)**. 2004. 189 f.

Tese (Doutorado) – Escolas de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto – São Paulo, 2004.

13. CAMPOS, C. M. S.; BATAIERO, M. O. Necessidades de saúde: uma análise da produção científica brasileira de 1990 a 2004. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 11, n. 23, dez., 2007 .
14. CAMPOS, G. W. S. et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2006. 871p.
15. CECÍLIO, L. C. de O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. de A. (orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 4. ed., 2006. 180p.
16. COHN, A. et al. **A saúde como direito e como serviço**. São Paulo: Cortez, 1999.
17. COHN, A. Estado e sociedade e as reconfigurações do direito à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 9-18, 2003.
18. CRUZ NETO, O. **Grupos focais e Pesquisa social: o debate orientado como técnica de investigação**. Rio de Janeiro : Fiocruz, 1999.
19. CRUZ. S. C. S. **Avaliação do processo de implantação da Estratégia de Saúde da Família: o caso de Resistência, Vitória/ES**. 174f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2007.
20. DALBELLO ARAÚJO, M. Comunidade ampliada de pesquisa. In: ROSA, E. M; SOUZA, L.; AVELLAR, L. Z (orgs). **Psicologia Social em Debate**. Vitória: ABRAPSO, 2008.
21. ESCOREL, S., NASCIMENTO, D. R., EDLER, F. C. **As origens da reforma sanitária e do SUS**. In: LIMA, N. T., GERSCHMAN, S., EDLER, F.C. (orgs.). **Saúde e Democracia**. Rio de Janeiro : FIOCRUZ, 2005.
22. ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado da Saúde. **Diretrizes para Organização da Atenção Primária à Saúde no Espírito Santo**. Diretrizes Clínicas – Organização da Atenção Primária à Saúde. v.1. . Vitória, 2008.
23. FLEURY, S. (org). **Saúde e democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.
24. FLEURY, S. Pobreza, desigualdades ou exclusão? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 6, p. 1422-1428, 2007.
25. FLICK, U. **Pesquisa qualitativa**. Bookman, 2004.
26. FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 345-353, abr-jun, 1999.

27. FRANCO, T. B.; MAGALHÃES JR., H. M. Integralidade na Assistência à Saúde: A Organização das Linhas do Cuidado. In: MERHY, E. E. et al. **O trabalho em saúde: Olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.
28. FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, E. E. et al. **O trabalho em saúde: Olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.
29. GEOCITIES. Santa Martha/Vitória-ES. Disponível em: <http://www.geocities.com/vitorianews/bairros1.html>. Acesso em: 16 mai. 2009.
30. GOMES, R. Análise e Interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: DESLANDES, S. F.; GOMES, R.; MINAYO, M. C. S. (orgs). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 25. ed. rev. Petrópolis: Vozes, 2007.
31. HILDEBRAND, S. M; SHIMIZU, H. E. Percepção do agente comunitário sobre o Programa Família Saudável. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v. 61, n.3, mai/jun., 2008.
32. IBGE. Censo demográfico. Disponível em: www.ibge.gov.br. Acesso em: 27 set. 2007.
33. LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A. M. C. **Discurso do sujeito coletivo**: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos). ed. rev. e amp. Caxias do Sul: EDUCS, 2003.
34. LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A. M. C. **Depoimentos e discursos**: uma proposta de análise em pesquisa social. Brasília: Líber Livro Editora, 2005.
35. LIMA, N. T.; GERSCHMAN, S.; EDLER, F.C. (org.). **Saúde e Democracia**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.
36. MALTA, D. C. et al. A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. **Rev. Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 15, n. 1, p.47-65, 2006.
37. MATSUMOTO, N. F. **A operacionalização do PAS de uma unidade básica de saúde do município de São Paulo, analisada sob o ponto de vista das necessidades de saúde**. 1999. 201 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.
38. MENDES, E. V. O SUS que temos e o SUS que queremos: uma agenda. **Revista Mineira de Saúde Pública**, v. 3, n. 4, p. 04-26, jan/jun, 2004.
39. MENDES, H. W.B. Regionalização da assistência à saúde: análise de demanda ao Serviço de Urgência/Emergência de um Hospital Universitário. **Interface Comunic., Saúde, Educ.**, v.8, n.14, p.185-90, 2004.

40. MERHY, E. E. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor Saúde. **Interface Comunic., Saúde, Educ.**, n. 6, p. 109-116, fev., 2000.
41. MERHY, E. E. Em busca da qualidade dos serviços de Saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde). In: MERHY, E. E.; CAMPOS, G. W. S. & CECÍLIO, L. C. O. (org.). **Inventando a Mudança na Saúde**. São Paulo: Hucitec, 2006.
42. MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.
43. OLIVEIRA, S. F. **Avaliação do Programa Saúde da Família: Uma análise a partir das crenças dos profissionais da equipe de saúde e da população assistida**. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social). Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2006.
44. OLIVEIRA, S. F. de; ALBUQUERQUE, F. J. B. de. Programa de saúde da família: uma análise a partir das crenças dos seus prestadores de serviço. **Psicol. Soc.**, Porto Alegre, v. 20, n. 2, p. 237-246, ago., 2008.
45. PINHEIRO, R. S. et al. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php>. Acesso em: 26 set. 2006.
46. RODRIGUES, M. J.; RAMIRES, J. C. de L. O Programa Saúde da Família em Uberlândia: A visão dos usuários e das coordenadoras de equipe do núcleo Pampulha. **Hygeia, Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**. v. 3, n. 6, p. 126-141, Jun, 2008.
47. RIBEIRO, M. C. S. de A. et al. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para usuários e não-usuários do SUS-PNAD 2003. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n.4, p.1011-1022, 2006.
48. SCOCHI, M. J., et al. Conhecimento e utilização de serviço de atenção básica em saúde por famílias em município da região Sul do Brasil. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. v. 10, n. 2, p. 347-57, 2008. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n2/v10n2a06.htm> . Acesso em: 15 abr. 2009.
49. SILVA, S. F. da. Planejamento em Unidades Básicas de Saúde: noções de Planejamento, Estratégia e Modelo Assistencial. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v.1, n.2, p. 65-74, jun., 2000.
50. SILVA, P. L. B. Serviços de Saúde: o dilema do SUS na nova década. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 69-85, 2003.
51. SOUZA, E. C. F. de et al . Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cad. Saúde**

- Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, S 1, p. 100-110, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001300015&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 01 mai. 2009.
52. STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p.
 53. STOTZ, E. N. Os desafios para o SUS e a educação popular: uma análise baseada na dialética da satisfação das necessidades de saúde. In: ROCHA, C. M. F. et al. (Org) **Rev. – SUS Brasil: cadernos de textos**. Brasília: Ministério da Saúde, v. 1, p. 284-299, 2004.
 54. TEIXEIRA, M. da G. L. C.; PAIM, J. S. Os programas especiais e o novo modelo assistencial. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 264-277, set., 1990.
 55. TEIXEIRA, R. R. O Acolhimento num Serviço de Saúde Entendido como uma Rede de Conversações. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (org.). **Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. 4. Ed. . Rio de Janeiro: UERJ/ABRASCO, 2007.
 56. TOBAR, F.; YALOUR, M. R. **Como fazer teses em saúde pública: conselhos e idéias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.
 57. TRAVASSOS, C.; OLIVEIRA, E. X. G.; VIACAVA, F. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 4, p. 975-986, 2006.
 58. UFES. **Relatório Final de Estágio Supervisionado II**. Disciplina de Psicologia e Saúde Coletiva, 2007.
 59. VIANA, A. L. D.; DAL POZ, M. R. A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, Supl., p. 225-264, 2005.
 60. VITÓRIA (ES). Prefeitura Municipal de Vitória. Secretaria de Saúde. **Projeto de Implantação do Sistema Integrado de Serviços de Saúde – SISS na Região de São Pedro**. Vitória, 2001.
 61. _____. _____. Secretaria Municipal de Saúde. Gerência de Regulação, Controle e Avaliação: Análise dos dados de Morbidade pela classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde – décima revisão (CID-10), no município de Vitória, 2006c.
 62. VITÓRIA. Prefeitura Municipal de Vitória. Informações sobre serviços de saúde. Disponível em: <www.vitoria.es.gov.br>. Acesso em: 20 Abr. 2008.
 63. WERNER, R. C. D. **Realidades e perspectivas da assistência à saúde do adulto trabalhador no município de Vitória – ES**. 141f. Dissertação

(Mestrado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2006.

APÊNDICES

**APÊNDICE B - Formulário para entrevista aos profissionais de saúde da ESF
da Unidade de Saúde da Família do Bairro de Santa Martha.**

1 DADOS DE IDENTIFICAÇÃO
1.1 Nome:
1.2 Idade:
1.3 Sexo: Masculino () Feminino ()
1.4 Profissão:
1.5 Há quanto tempo trabalha aqui na ESF em Santa Martha?
2 DADOS REFERENTES A ORGANIZAÇÃO DA AGENDA E RELAÇÃO COM OS USUÁRIOS
2.1 Como é feita a organização da agenda para atendimento à população do bairro?
2.2 Foi realizado diagnóstico situacional aqui no bairro pela ESF?
2.3 Você acha que os serviços disponibilizados pela ESF aqui no bairro dão conta do atendimento às necessidades de saúde dessa população?
2.4 Como é o relacionamento da ESF com a comunidade?
2.5 Você observou alguma melhoria nos indicadores de saúde a partir da implantação da ESF aqui no bairro?
2.6 Que pontos você destacaria como positivos e negativos na relação com a comunidade neste bairro?
2.7 Você acha que a forma de funcionamento atual está adequada? Se não, o que você acha que deveria mudar?

**APÊNDICE C - Formulário para entrevista aos agentes comunitários de saúde
da ESF do Bairro de Santa Martha.**

1 DADOS DE IDENTIFICAÇÃO
1.1 Nome/Idade:
1.2 Há quanto tempo trabalha aqui na ESF em Santa Martha?
2 DADOS REFERENTES A PERCEPÇÃO DAS RELAÇÕES EXISTENTES ENTRE OS PROFISSIONAIS DA ESF E A COMUNIDADE DO BAIRRO
2.1 Como a população aqui do bairro reagiu à implantação da ESF?
2.2 De maneira geral, vocês são bem recebidos nas residências?
2.3 O que vocês apontariam como maior dificuldade na realização deste trabalho?
2.4 O que a população comumente elogia ou reclama em relação à ESF?
2.5 Existe flexibilidade na agenda dos profissionais da ESF para o atendimento à intercorrências?
2.6 Você acha que a forma de funcionamento atual está adequada? Se não, o que você gostaria que mudasse?

APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO LIVRE E ESCLARECIDO

AOS USUÁRIOS E PROFISSIONAIS DA ESF DO BAIRRO DE SANTA MARTHA

Título do Projeto: O cotidiano como promotor de vínculos: o caso da USF Santa Martha, Vitória-ES

Pesquisador: RACHEL CRISTINE DINIZ DA SILVA

Local da pesquisa: Unidade de Saúde da Família de Santa Martha

INFORMAÇÃO AO ENTREVISTADO SOBRE O TERMO DE CONSENTIMENTO

Você está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa coordenada por um profissional de saúde, agora denominado pesquisador. Para poder participar, é necessário que você leia este documento com atenção. Qualquer dúvida, solicite ao pesquisador os esclarecimentos necessários.

O propósito deste documento é dar a você as informações sobre a pesquisa e, se assinado, dará a sua permissão para participar no estudo. O documento descreve o objetivo, procedimentos, benefícios e eventuais riscos ou desconfortos, caso você queira participar. Você só deve participar do estudo se quiser. **Você pode se recusar a participar ou se retirar deste estudo a qualquer momento.**

INTRODUÇÃO

Esta pesquisa tem o objetivo de saber se a Unidade de Saúde da Família do bairro de Santa Martha tem conseguido se configurar como porta de entrada do sistema para a comunidade desta região, através do estudo da relação existente entre os profissionais da ESF desta unidade e sua população adscrita.

PROPÓSITO DA PESQUISA

O propósito desta pesquisa é o de analisar como tem sido o processo de transição do modelo de atendimento antigo para a ESF, e que impacto isso vem causando na população, enquanto associação da unidade de saúde como porta de entrada para o sistema de saúde.

SELEÇÃO

Para participar desta pesquisa, o entrevistado(a), usuário, deverá estar na Unidade de Saúde de Santa Martha, no horário de funcionamento convencional, ser maior de dezoito anos e residir há pelo menos um ano no bairro. Para os profissionais da ESF, todos farão parte da pesquisa, exceto em caso de recusa.

PROCEDIMENTOS

A entrevista será realizada através de formulário próprio, com perguntas abertas e fechadas. Também será solicitada a gravação para posterior análise e compilação dos dados.

PARTICIPAÇÃO VOLUNTÁRIA

Sua decisão em participar desta pesquisa é voluntária, portanto, você não será pago por sua participação nesta pesquisa. Você pode decidir não participar da pesquisa. Uma vez que você decidiu participar da pesquisa, você pode retirar seu consentimento e participação a qualquer momento. Se você decidiu não continuar a pesquisa e retirar sua participação, você não será punido, nem perderá qualquer benefício ao qual você tem direito.

CUSTOS

Não haverá nenhum custo a você relacionado aos procedimentos previstos no estudo.

PERMISSÃO PARA REVISÃO DE REGISTROS, CONFIDENCIALIDADE E ACESSO AOS REGISTROS

O pesquisador irá coletar informações sobre você. Em todos esses registros, um código substituirá seu nome. Todos os dados coletados serão mantidos de forma confidencial. Os dados coletados serão usados para a avaliação da pesquisa, membros das Autoridades de Saúde ou do Comitê de Ética podem revisar os dados fornecidos. Os dados também podem ser usados em publicações científicas sobre o assunto pesquisado. Porém, sua identidade não será revelada em qualquer circunstância.

Você tem direito de acesso aos seus dados.

CONTATO COM O PESQUISADOR

Se você ou seus parentes tiverem alguma dúvida com relação à pesquisa, aos direitos do usuário, ou no caso de danos relacionados à pesquisa, você deverá contatar o Pesquisador (Rachel Cristine Diniz da Silva – Tel.: 9973-4341 – 3224-5528). Se você tiver dúvidas sobre seus direitos como um paciente de pesquisa, você pode contatar o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) do Centro de Ciências da Saúde, ou o Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde Coletiva, pelo telefone: 3335-7287. O CEP se trata de um grupo de indivíduos com conhecimentos científicos e não-científicos que realizam a revisão ética inicial e continuada do estudo de pesquisa para mantê-lo seguro e proteger seus direitos.

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO DO ENTREVISTADO

Após leitura deste termo e da explicação de todos os itens pelo pesquisador, eu concordo que os dados coletados para o estudo sejam usados para o propósito acima descrito.

Porém, eu entendo que sou livre para aceitar ou recusar, e que posso interromper minha participação a qualquer momento, sem dar uma razão. Eu entendi a informação apresentada neste termo de consentimento. Eu tive a oportunidade para fazer perguntas e todas as minhas perguntas foram respondidas.

Eu receberei uma cópia assinada e datada deste Documento de Consentimento Informado.

Nome do Entrevistado: _____

Assinatura: _____

Data: _____

Nome do entrevistador: Rachel Cristine Diniz da Silva

Assinatura: _____

Data: _____

APÊNDICE E – QUADRO DOS BAIRROS E SERVIÇOS DE SAÚDE POR REGIÃO ADMINISTRATIVA EM VITÓRIA

Região Administrativa	Bairros	Serviços de Saúde
Região I	Centro, Fonte Grande, Forte São João, Piedade, Morro do Moscoso, Parque Moscoso, Santa Clara e Vila Rubim.	03 Unidades de Saúde, 02 Módulos do Serviço de Orientação ao Exercício (SOE), 03 Centros de Referência e 01 Laboratório de Análises Clínicas.
Região II	Santo Antônio, Bela Vista, Ilha do Príncipe, Caratoíra, Estrelinha, Favalessa, Grande Vitória, Inhanguetá, Mário Cypreste, Morro do Cabral, Morro do Quadro, Santa Tereza e Universitário.	06 Unidades de Saúde, 01 Módulo do SOE, 01 Academia popular.
Região III	Bento Ferreira, Consolação, Cruzamento, Bairro de Lourdes, Fradinhos, Gurigica, Horto, Ilha de Santa Maria, Ilha de Monte Belo, Jesus de Nazareth, Jucutuquara, Nazareth e Romão	03 Unidades de Saúde, 01 Módulo do SOE, 03 Centros de referência.
Região IV	Maruípe, Bairro da Penha, Bonfim, Itararé, Joana D'Arc, São Benedito, Santa Cecília, Santa Martha , Santos Dumont, São Cristovão, Tabuazeiro e Andorinhas	05 Unidades de Saúde, 01 Módulo do SOE.
Região V	Barro Vermelho, Enseada do Suá, Ilha do Boi, Ilha do Frade, Praia do Canto, Praia do Suá, Santa Helena, Santa Lúcia e Santa Luiza	02 Unidades de Saúde, 01 Pronto-atendimento 24 h, 01 Módulo do SOE.
Região VI	Antônio Honório, Boa Vista, Goiabeiras, Jabour, Jardim da Penha, Maria Ortiz, Mata da Praia, Morada de Camburi, Pontal de Camburi, Bairro República, Segurança do Lar, Solon Borges e Aeroporto	04 Unidades de Saúde, 03 Módulos do SOE
Região VII	Condusa, Conquista, Ilha das Caieiras, Nova Palestina, Redenção, Resistência, São José, Santo André, São Pedro e Santos Reis	04 Unidades de Saúde, 01 Policlínica que também funciona como pronto-atendimento 24 h, 02 Módulos do SOE, 01 Academia popular, 01 Centro de referência.
Região VIII	Jardim Camburi	01 Unidade de Saúde 01 Módulo do SOE

QUADRO 1- Regiões Administrativas, bairros e serviços de saúde do município de Vitória-ES, 2008.

APÊNDICE F – TERMO DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA DA UFES

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Vitória-ES, 29 de maio de 2008

Da: Profa. Dr^a. Ethel Leonor Noia Maciel
Coordenadora
Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde

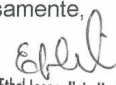
Para: Profa. Rita de Cássia Duarte de Lima
Pesquisadora Responsável pelo Projeto de Pesquisa intitulado: **“A unidade de Saúde do município de Vitória. Porta de Entrada do Sistema? Opinião dos Usuários”**

Senhora Pesquisadora,

Informamos à Vossa Senhoria, que o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, após analisar o Projeto de Pesquisa, N^o Registro no CEP-045/08, intitulado: **“A unidade de Saúde do município de Vitória. Porta de Entrada do Sistema? Opinião dos Usuários”** e o **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**, cumprindo os procedimentos internos desta Instituição, bem como as exigências das Resoluções 196 de 10.10.96, 251 de 07.08.97 e 292 de 08.07.99, **APROVOU** o referido projeto, em Reunião Ordinária realizada em 28 de Maio de 2008.

Gostaríamos de lembrar que cabe ao pesquisador responsável elaborar e apresentar os relatórios parciais e finais de acordo com a resolução do Conselho Nacional de Saúde n^o 196 de 10/10/96, inciso IX.2. letra “c”.

Atenciosamente,


Prof.^a Dra. Ethel Leonor Noia Maciel
COORDENADORA
Comitê de Ética em Pesquisa
Centro de Ciências da Saúde/UFES

Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde
Av. Marechal Campos, 1468 – Maruípe – Vitória – ES – CEP 29.040-091.
Telefax: (27) 3335 7504

APÊNDICE G – TERMO DE APROVAÇÃO DO NÚCLEO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

PREFEITURA DE VITÓRIA			COMUNICAÇÃO INTERNA		
Número	Origem	Destino	Data	Emitida por	Recebida por
620/2008	SEMUS/GFDS	SEMUS/ US SANTA MARTHA	14/11/2008	SARA	Rachel
Resumo do Assunto					em 14/11/08
PROJETO DE PESQUISA					
Texto Senhor (s) Diretor (s): O projeto de pesquisa da Universidade Federal do Espírito Santo intitulado " A Unidade de Saúde no Município de Vitória. Porta de Entrada do Sistema? Opinião dos usuários " de autoria de Rachel Cristine Diniz da Silva, sob orientação da Prof^a. Maristela Dalbello de Araújo foi aprovado para sua realização. Ressaltamos que a requerente foi orientada que a liberação está condicionada à devolução dos resultados em forma de CD e/ou apresentação oral para a Secretaria. Solicitamos que a pesquisadora seja recepcionada por Vossa Senhoria e que a pesquisa seja viabilizada neste Local. Atenciosamente,  Josenan de Alcântara Almeida Costa Gerente de Formação e Desenvolvimento em Saúde					

APÊNDICE H – ESTRUTURA DA METODOLOGIA DE ANÁLISE – DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO (DSC)

Análise da questão 2.3 do APÊNDICE B: Você acha que os serviços disponibilizados pela ESF aqui no bairro dão conta do atendimento às necessidades de saúde dessa população?

IAD 1

EXPRESSÕES-CHAVE	IDEIAS CENTRAIS	ANCORAGEM
1- Acho que não. Fica muita coisa de fora. Pediatria precisaria ter mais. Até porque o número de pessoas do bairro a gente não dá conta. Se tivesse um número menor de pessoas na minha área talvez desse pra atender melhor. Na minha área tem mais ou menos 5 ou 6 mil pessoas. A minha população é SUS dependente. De hipertenso são quase 400 pessoas. A gente faz ação e tudo, não vem todo mundo. Demora muito grande. Especialidade...Se precisar morre. É de 3 a 6 meses pra conseguir uma vaga pra especialidade. Cardiologia leva mais de 3 meses pra conseguir marcar, a não ser que você ligue pro médico regulador e fala "ó, tá passando mal", aí até consegue pra outra semana. Sabe como que eles estão marcando agora, tem que vir aqui todo dia e insistir, aí eles marcam, mas quem vem aqui todo dia, quem trabalha não dá. Se eu tivesse um clínico pra fazer demanda, eu tinha espaço pra fazer outras coisas, pra fazer programa, planejamento familiar, pediatria. Pra fazer hipertenso, teria que ter uma vez ao ano, cardiologista pra fazer teste de esforço, o oftalmologista pra fazer fundo de olho, mas não consegue. Existe paciente moderado leve que você leva numa boa, mas tem paciente complicado que precisa de especialista, que você não dá conta de acompanhar ele, muito complicado, cardiopata, quem já fez cirurgia, que já teve infarto, que tem uma ICC de longa data. Esses pacientes são os que você mais olha mas não consegue aquela consulta. Por exemplo, vai no cardiologista que fala pra voltar daqui um mês, mas não consegue. Não consegue. Ele vem pra cá pra fila e fica e fica e fica. Mudaram todo o sistema. O encaminhamento perde a validade e não consegue. O paciente passa 6 meses às vezes pra ir no médico, ele tinha que ter o direito de ter o retorno dele garantido, mas ele passa mais de 6 meses pra fazer um retorno.	A- Não dá conta, fica muita coisa de fora. B- Demora muito grande pra agendar especialidade.	A- Número excessivo de pessoas por equipe B- A atenção integral não está garantida

2- A população do bairro não quer PSF, quer um PA. Muita gente falta nas consultas agendadas dos programas. A maioria vem na demanda. Existe ainda uma rejeição pela figura do enfermeiro. A população é muito agressiva. Eu não tenho agenda para atendimento em consultório, porque, fora a demanda, não há um consultório específico disponível para o enfermeiro, então não dá pra abrir agenda de preventivo, pré-natal, essas coisas. Assim, só na AÇÃO é que eu ajudo a Dra. 1 no atendimento e nas visitas, além, é claro, da demanda. Mas o espaço físico é o problema que impede que o enfermeiro tenha uma agenda de atendimento baseada nos programas, só tem mesmo pra demanda.	A- Não atende às necessidades da população.	
3- Olha só, o que vem na demanda não é bem aquilo que a gente espera. Resultado de preventivo vem na demanda espontânea, e, assim, coisa de pele, muito difícil pegar uma urgência, uma urgência mesmo. Não tem critério de horário, eles vêm na demanda espontânea e chega aqui 5 horas da tarde com uma dor que está sentindo há dois dias.	A- O atendimento à demanda está desvirtuado.	A- Processo de trabalho não é claro.
4- Não atende. A população tem uma exigência por especialidade. Acho que, além dos médicos do PSF, cada unidade deveria ter algumas especialidades. Pelo menos as mais importantes: Cardiologista, Oftalmologista...	A- Não atende as necessidades da população. B- Há necessidade de especialista na ESF	B- A atenção integral não está garantida
5- Não atende! Fica muita coisa de fora. A prioridade é para os grupos, o restante tem que enfrentar fila pra marcar. A gente faz atividade educativa e consegue pegar um pouco mais de gente, mas no atendimento individual não dá conta. Se tiver que encaminhar pra especialidade, pior ainda, aí que não dá mesmo.	A- Não atende às necessidades da população B- Dificuldade para o agendamento de especialistas.	B- A atenção integral não está garantida.

IAD 2

A – Dificuldade de agendamento para o especialista.

EXPRESSÕES -CHAVE	DSC
1. Demora muito grande. Especialidade...Se precisar morre. É de 3 a 6 meses pra conseguir uma vaga pra especialidade. Cardiologia leva mais de 3 meses pra conseguir marcar, a não ser que você ligue pro médico regulador e fala “ó, tá passando mal”, aí até consegue pra outra semana. Sabe como que eles estão marcando agora, tem que vir aqui todo dia e insistir, aí eles marcam, mas quem vem aqui todo dia, quem trabalha não dá. Se eu tivesse um clínico pra fazer demanda, eu tinha espaço pra fazer outras coisas, pra fazer programa, planejamento familiar, pediatria. Pra fazer hipertenso, teria que ter uma vez ao ano cardiologista pra fazer teste de esforço, o oftalmologista pra fazer fundo de olho, mas não consegue. Existe paciente moderado leve que você leva numa boa, mas tem paciente complicado que precisa de especialista, que você não dá conta de acompanhar ele, muito complicado, cardiopata, quem já fez cirurgia, que já teve infarto, que tem uma ICC de longa data. Esses pacientes são os que você mais olha, mas não consegue aquela consulta. Por exemplo, vai no cardiologista que fala pra voltar daqui um mês, mas não consegue. Não consegue. Ele vem pra cá pra fila e fica e fica e fica. Mudaram todo o sistema. O encaminhamento perde a validade e não consegue. O paciente passa 6 meses às vezes pra ir no médico, ele tinha que ter o direito de ter o retorno dele garantido, mas ele passa mais de 6 meses pra fazer um retorno. 4- A população tem uma exigência por especialidade. Acho que, além dos médicos do PSF, cada unidade deveria ter algumas especialidades. Pelo menos as mais importantes: Cardiologista, Oftalmologista... 5- Se tiver que encaminhar pra especialidade, pior ainda, aí que não dá mesmo.	<i>Acho que, além dos médicos do PSF, cada unidade deveria ter algumas especialidades. Pelo menos as mais importantes: Cardiologista, Oftalmologista [...] A gente faz ação (palestra e atendimento aos hipertensos) e tudo, não vem todo mundo. A demora é muito grande. Especialidade, se precisar, morre. É de 3 a 6 meses pra conseguir uma vaga pra especialidade. Cardiologia leva mais de 3 meses pra conseguir marcar, a não ser que você ligue pro médico regulador e fala “oh, tá passando mal”, aí até consegue pra outra semana. Sabe como que eles estão marcando agora? Tem que vir aqui todo dia e insistir, aí eles marcam, mas quem vem aqui todo dia? Quem trabalha não dá. Pra fazer hipertenso, teria que ter uma vez ao ano cardiologista pra fazer teste de esforço, o oftalmologista pra fazer fundo de olho, mas não consegue. Existe paciente moderado e leve que você leva numa boa, mas tem paciente complicado que precisa de especialista, que você não dá conta de acompanhar ele, muito complicado, cardiopata, quem já fez cirurgia, que já teve infarto, que tem uma ICC de longa data. Esses pacientes são os que você mais olha mas não consegue aquela consulta. Por exemplo, vai ao cardiologista que fala pra voltar daqui um mês, mas não consegue. Não consegue (PROFISSIONAIS).</i>

IAD 2

B – Os serviços ofertados não atendem às necessidades da população.

EXPRESSÕES-CHAVE	DSC
1- Acho que não. Fica muita coisa de fora. Pediatria precisaria ter mais. Até porque o número de pessoas do bairro a gente não dá conta. Se tivesse um número menor de pessoas na minha área, talvez desse pra atender melhor. Na minha área tem mais ou menos 5 ou 6 mil pessoas. A minha população é SUS dependente. De hipertenso, são quase 400 pessoas. A gente faz ação e tudo, não vem todo mundo. Se eu tivesse um clínico pra fazer demanda, eu tinha espaço pra fazer outras coisas, pra fazer programa, planejamento familiar, pediatria. 2- A população do bairro não quer PSF, quer um PA. Muita gente falta nas consultas agendadas dos programas. A maioria vem na demanda. Eu não tenho agenda para atendimento em consultório, porque, fora a demanda, não há um consultório específico disponível para o enfermeiro, então não dá pra abrir agenda de preventivo, pré-natal, essas coisas assim, só na AÇÃO é que eu ajudo a Dra. 1 no atendimento e nas visitas, além, é claro da demanda. Mas o espaço físico é o problema que impede que o enfermeiro tenha uma agenda de atendimento baseada nos programas, só tem mesmo pra demanda. 3- Olha só, o que vem na demanda não é bem aquilo que a gente espera. Resultado de preventivo vem na demanda espontânea, e, assim, coisa de pele, muito difícil pegar uma urgência, uma urgência mesmo. Não tem critério de horário, eles vêm na demanda espontânea e chega aqui 5 horas da tarde com uma dor que está sentindo há dois dias. 4- Não atende. 5- Não atende! Fica muita coisa de fora. A prioridade é para os grupos, o restante tem que enfrentar fila pra marcar. A gente faz atividade educativa e consegue pegar um pouco mais de gente, mas no atendimento individual não dá conta.	<i>Acho que não. Fica muita coisa de fora. Pediatria precisaria ter mais. Até porque o número de pessoas do bairro a gente não dá conta. Se tivesse um número menor de pessoas na minha área, talvez desse pra atender melhor. Na minha área tem mais ou menos 5 ou 6 mil pessoas. A minha população é SUS dependente. De hipertenso, são quase 400 pessoas. Se eu tivesse um clínico pra fazer demanda, eu tinha espaço pra fazer outras coisas, pra fazer programa, planejamento familiar, pediatria. A população do bairro não quer PSF, quer um PA. Muita gente falta nas consultas agendadas dos programas. A maioria vem na demanda. Eu não tenho agenda para atendimento em consultório, porque, fora a demanda, não há um consultório específico disponível para o enfermeiro, então não dá pra abrir agenda de preventivo, pré-natal, essas coisas assim. Olha só, o que vem na demanda não é bem aquilo que a gente espera. Resultado de preventivo vem na demanda espontânea e, assim, coisa de pele, muito difícil pegar uma urgência [...] não tem critério de horário, eles vêm na demanda espontânea e chega aqui 5 horas da tarde com uma dor que está sentindo há dois dias. Não vejo muita diferença entre o meu atendimento antes de vir para o PSF e o atual (PROFISSIONAIS).</i>

ANEXOS

ANEXO A – EMENDA CONSTITUCIONAL 51

EMENDA CONSTITUCIONAL Nº 51 - DE 14 DE FEVEREIRO DE 2006 – DOU DE 15/2/2006

Acrescenta os §§ 4º, 5º e 6º ao art. 198 da Constituição Federal.

As Mesas da Câmara dos Deputados e do Senado Federal, nos termos do art. 60 da Constituição Federal, promulgam a seguinte Emenda ao texto constitucional:

Art. 1º O art. 198 da Constituição Federal passa a vigorar acrescido dos seguintes §§ 4º, 5º e 6º:

"Art.	198.
.....	
.....	

§ 4º Os gestores locais do sistema único de saúde poderão admitir agentes comunitários de saúde e agentes de combate às endemias por meio de processo seletivo público, de acordo com a natureza e complexidade de suas atribuições e requisitos específicos para sua atuação.

§ 5º Lei federal disporá sobre o regime jurídico e a regulamentação das atividades de agente comunitário de saúde e agente de combate às endemias.

§ 6º Além das hipóteses previstas no § 1º do art. 41 e no § 4º do art. 169 da Constituição Federal, o servidor que exerça funções equivalentes às de agente comunitário de saúde ou de agente de combate às endemias poderá perder o cargo em caso de descumprimento dos requisitos específicos, fixados em lei, para o seu exercício." (NR)

Art 2º Após a promulgação da presente Emenda Constitucional, os agentes comunitários de saúde e os agentes de combate às endemias somente poderão ser contratados diretamente pelos Estados, pelo Distrito Federal ou pelos Municípios na forma do § 4º do art. 198 da Constituição Federal, observado o limite de gasto estabelecido na Lei Complementar de que trata o art. 169 da Constituição Federal.

Parágrafo único. Os profissionais que, na data de promulgação desta Emenda e a qualquer título, desempenharem as atividades de agente comunitário de saúde ou de agente de combate às endemias, na forma da lei, ficam dispensados de se submeter ao processo seletivo público a que se refere o § 4º do art. 198 da Constituição Federal, desde que tenham sido contratados a partir de anterior processo de Seleção Pública efetuado por órgãos ou entes da administração direta ou indireta de Estado, Distrito Federal ou Município ou por outras instituições com a efetiva supervisão e autorização da administração direta dos entes da federação.

Art. 3º Esta Emenda Constitucional entra em vigor na data da sua publicação.

Brasília, em 14 de fevereiro de 2006

Mesa da Câmara dos Deputados

Mesa do Senado Federal

Deputado ALDO REBELO
Presidente

Senador RENAN CALHEIROS
Presidente

Deputado JOSÉ THOMAZ NONÔ
1º Vice-Presidente

Senador TIÃO VIANA
1º Vice-Presidente

Deputado CIRO NOGUEIRA
2º Vice-Presidente

Senador ANTERO PAES DE BARROS
2º Vice-Presidente

Deputado INOCÊNCIO OLIVEIRA
1º Secretário

Senador EFRAIM MORAIS
1º Secretário

Deputado NILTON CAPIXABA
2º Secretário

Senador JOÃO ALBERTO SOUZA
2º Secretário

Deputado JOÃO CALDAS
4º Secretário

Senador PAULO OCTÁVIO
3º Secretário

Senador EDUARDO SIQUEIRA CAMPOS
4º Secretário

ANEXO B – MAPA DA REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE EM VITÓRIA



ANEXO C – PLANILHA PARA ACOMPANHAR OS ENCAMINHAMENTOS**Planilha para Acompanhar os Encaminhamentos**

Nº	Data	Motivo	Profissional responsável	Serviço	Retorno

Fonte: ESPÍRITO SANTO, 2008, p. 78