



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

WILZA CARLA MOTA BRITO LIMA

**PRODUÇÃO DAS PRÁTICAS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA DE ALAGOINHAS-BA: procedimento-centrada e
organizada em ações programáticas**

**FEIRA DE SANTANA
2009**

WILZA CARLA MOTA BRITO LIMA

**PRODUÇÃO DAS PRÁTICAS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA DE ALAGOINHAS-BA: procedimento-centrada e
organizada em ações programáticas.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de concentração – Políticas, Planejamento, Gestão em Saúde.

Linha de pesquisa – Políticas, Organização de Sistema, Serviços e Programas de Saúde.

Orientadora: Prof^a Dr^a. Marluce Maria Araújo Assis.

**FEIRA DE SANTANA
2009**

Ficha Catalográfica

Lima, Wilza Carla Mota Brito

L711p Produção das práticas na estratégia saúde da família de Alagoinhas: procedimento-centrada e organizada em ações programáticas / Wilza Carla Mota Brito Lima. – Feira de Santana, 2009.

95f.; il.

Orientador: Marluce Maria Araújo Assis

Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Feira de Santana, 2009.

1. Saúde da família. 2. Acesso aos serviços de saúde. 3. Sistema Único de Saúde (SUS) –

WILZA CARLA MOTA BRITO LIMA

**PRODUÇÃO DAS PRÁTICAS DE SAÚDE NA ESTRATÉGIA SAÚDE
DA FAMÍLIA DE ALAGOINHAS – BA: procedimento-centrada e
organizada em ações programáticas.**

Dissertação apresentada ao programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Feira de Santana - BA, 24 de março de 2009.

BANCA EXAMINADORA

Profa Dra Maria José Bistafa Pereira
Universidade de São Paulo

Profa Dra Maria Salete Bessa Jorge
Universidade Estadual do Ceará

Profa Dra. Marluce Maria de Araújo Assis (orientadora)
Universidade Estadual de Feira de Santana – UEFS

À minha mãe, **Maria**, amiga de todas as horas e exemplo de mulher guerreira que soube encontrar o caminho da vitória e conduzir seus filhos por terrenos férteis.

Ao meu pai, **Enéas** (*in memoriam*), que foi um grande exemplo em toda minha vida.

Saudades.

Ao meu amor **Robinho** e as minhas filhas **Maria Clara e Beatriz**, pelo carinho, pela compreensão e pelos momentos que deixamos de partilhar em razão desse trabalho. Muitos foram os momentos de dores, distância e saudades e hoje somos mais do que ontem porque aprendemos a vencer e a acreditar que mesmo caídos somos mais se estivermos juntos.

Dedico este Trabalho.

AGRADECIMENTO ESPECIAL

A Deus – Pai, Filho e Espírito Santo – fonte inesgotável de bênçãos em minha vida. Pelo maior de todos os dons que me deste – **O DOM DA VIDA**.

A Prof.a. Dra.**Marluce Maria Araújo Assis**, pela competente orientação e paciência nos momentos de dificuldade, além do compromisso e persistência com que conduziu esse trabalho, com respeito ao meu ritmo diante de minhas limitações. Você foi um presente para mim! Uma fonte de saber, de responsabilidade, que me guiou o caminho da construção do saber . Sua vida profissional é um exemplo que guardarei em minha lembrança.

Muito Obrigado!!!!

AGRADECIMENTOS

A toda a minha família, pelo amor, preocupação, auxílio, disposição, torcida e pelo apoio para ajudar-me a consolidar mais essa conquista.

Ao meu irmão Mota que sempre esteve disponível e incansavelmente me conduzia para Feira de Santana a qualquer momento que eu pedia, desde a prova de seleção, e sempre torceu por mim, Valeu !!!

Ao meu irmão Roque com a sua dedicação, perfeccionismo, responsabilidade e compromisso na construção deste trabalho, bem como pelo incentivo para que tudo desse certo. Nunca esquecerei o mês de janeiro de 2009, as noites que montamos os quadros de análises da pesquisa e o surgir do amanhacer, quando você telefonava para confirmar se eu já estava acordada para construção da dissertação.

A Vera, Ana, Erivan, Meire, Roque, Mota, Ede e João Nilson meus irmãos e companheiros de caminhada, sustentáculos em qualquer circunstâncias. Muito Obrigado!

A Josameire que foi a primeira semente da nossa família, com o seu exemplo de coragem e incentivo constante para o crescimento pessoal e profissional, através da educação. Pelo carinho e dedicação com que sempre dedicou a mim, como uma irmã e mãe ao mesmo tempo.

A Erivan, irmão, amigo, figura paterna que ajudou muito nessa caminhada

Aos meus irmãos, cunhada, cunhado e sobrinha, Ede, Ezequiel, João Nilson, Silvia e Juliana, que, mesmo a distância, sempre me incentivam, demonstrando carinho e respeito.

A Juliana, querida sobrinha, que revisou com carinho o Abstract .

A querida Jéssica , minha sobrinha que assumiu um desafio, quando resolveu me ajudar. Sua participação foi especial!!!

A querida Milena , sobrinha e afilhada, que sempre esteve presente e se mostrou disponível.

As amigas Margarida e Fabiana por cuidarem das minhas filhas com dedicação e zelo, durante meus momentos de ausência. Não sei se conseguia vencer, se vocês não estivessem presente!!!

A todos os meus familiares, pelo afeto e respeito que sempre tiveram comigo, em especial, France, Guacira, Maraísa, Margarida .

Aos queridos amigos, Arai, Claudia Nanci, Luzia, Ritinha, Sara e Paulina. Desculpe-me pela ausência e distanciamento, temporário. Obrigado por tudo!!!

Aos sujeitos da minha pesquisa, trabalhadores de saúde, usuários das Unidades de Saúde da Família e gestores pela receptividade e presteza durante a realização desse estudo.

Aos trabalhadores da equipe de saúde de Alagoinhas, em especial Lívia, Claudia Lustosa e Marcia, que sempre estiveram disponíveis para o fornecimento de informações.

As amigas Mônica, Leticia e Ana Paula pela disponibilidade, carinho e atenção especial.

Aos amigos e amigas das Equipes de Saúde da Família Flávio Cavalcante e Miguel Velho, obrigado pela acolhida e disponibilidade durante o período de coleta.

Aos amigos Adriano e Marcio, incentivadores na Seleção do Mestrado. Lembre-se: os grandes amigos se expressam melhor em atos/atitudes do que em palavras.

Aos professores e funcionários do Mestrado, pelo compromisso e seriedade, em especial Maria Gorete e Jorge.

A Banca Examinadora **Prof.a. Dra Maria José Bistafa Pereira e Prof.a. Dra Maria Salete Bessa Jorge**, pela gentileza em aceitar o convite para participar da avaliação deste estudo.

Às professoras Maria Angela e Maria Salete pelas valiosas sugestões no momento da qualificação.

Aos colegas da turma [Emanuela, Elisangela, Valesca, Silvânia, Kleize, Maiza , Kaio, Jeferson, Julie, Ana Paula, Carol, Camila, Rita, Maria] pelo convívio, alegrias e inquietações vividas coletivamente diante de nossas singularidades e particularidades.

A querida amiga Emanuela , pelo companheirismo, amor, atenção e carinho a mim dispensado, amiga imprescindível, durante esta jornada.

A amiga Valesca, pela disponibilidade e gentileza durante os momentos de aflição.

A amiga Elisângela cujo laço foi construído numa relação harmoniosa e que permanecera no meu caminho.

A Maria das Graças que me acolheu com carinho e compartilhou comigo frente as dificuldades enfrentadas, e soube entender as minhas ausências, meus atrasos e meu cansaço.

Aos queridos amigos, Jaciel e Issi, pelo companheirismo, cumplicidade, e atenção. Obrigado por torcerem por mim!

Muito obrigada!

RESUMO

Este estudo sobre a produção das práticas de saúde desenvolvidas pela Estratégia Saúde da Família (ESF) no município de Alagoinhas-BA tem como objetivo: analisar a produção das práticas de saúde, proporcionada pela ESF em Alagoinhas – BA, considerando as dimensões de análise (acesso, acolhimento, vínculo, responsabilização e resolubilidade), na construção da integralidade da atenção à saúde. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, tendo como técnicas de coleta de dados: entrevista semi-estruturada e observação sistemática. Os sujeitos do estudo foram 21 pessoas: grupo I (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde-10); grupo II (usuários do sistema- 05) e grupo III (informantes-chave-6). Os resultados revelaram que as práticas de saúde na ESF se estabelecem de forma procedimento-centrada e organizada em ações programáticas por grupo de risco, em que os trabalhadores organizam a sua demanda de forma modular e regulada; o acesso é restrito e focalizado em ações programáticas por demanda organizada e espontânea; o acolhimento das equipes de saúde é pautado em um conjunto de problemas bem delimitados, por meio da vinculação de cada equipe a certo número de pacientes previamente inscritos na ESF; o processo de vinculação da equipe não é uniforme, sendo organizado em etapas, aonde alguns trabalhadores criam laços e outros não, com a noção de vínculo-reponsabilização, associada apenas as “boas relações”, no sentido de conhecer as pessoas e os seus problemas, da amizade e do tratar bem. Por fim, aponta-se que, o processo terapêutico ocorre de distintas maneiras: consulta clínica, atendimento as urgências e emergências, retornos agendados e encaminhamentos para especialistas e medicalização. Percebe-se características assistenciais diferenciadas desenvolvidas por trabalhadores no interior das práticas na ESF, como a incorporação de tecnologias leves, tais como o acolhimento e o vínculo, porém ainda com baixa resolubilidade na cadeia organizativa do sistema como um todo.

Descritores: Práticas, Programa Saúde da Família, Acesso aos serviços de Saúde, Acolhimento, Vínculo, Sistema de Saúde, Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

This study on the production of health practices developed by the Family Health Strategy in the city of Alagoinhas - BA aims to: examine the production of health practices, provided by the ESF in Alagoinhas - BA, considering the dimensions of analysis (access, host, link, accountability and resolution), the construction of the whole of health care. There is a qualitative research, with technical for data collection: semi-structured interview and systematic observation. Study subjects were 21 people: group I (doctors, nurses, technicians nurses, community health agents, 10), group II (users of the system-05) and group III (key informants-6). The results revealed that the FHP Health Practice is set in a procedure-oriented, specialized and organized into programmatic actions for at-risk group where the professionals organize their demand for modular way and regulated, access is restricted and focused on programmatic actions demand for organized and spontaneous, the host of the users in the FHP is narrow shapes, and has a unit that uses the host for organizing the health practices, the resolution is apart from the from the link and accountability is perceived as good relations and respect between members and community. The therapeutic process occurs in different ways: clinical consultation, the urgent care and emergencies, schedule feedback and referrals to specialists appointments and medicalization. It is perceived characteristics differentiated care developed by professionals within the practice in primary care focused strategy for the health of the family, as the incorporation of soft technologies, such as the host and the link.

Key Words: Practice, Family Health Program, Access to health services, receiving, Link, Health System, the Primary Health

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 BASE TEÓRICA DO ESTUDO	20
2.1 Integralidade da atenção na produção das práticas em saúde	20
2.1.1 Acesso aos serviços de saúde: como construir possibilidades de mudança na prática?	25
2.1.2 Acolhimento como dispositivo potencializador da prática	28
2.1.3 Vínculo-Responsabilização como eixos orientadores das práticas em saúde.	30
2.1.4 Resolubilidade	32
3. METODOLOGIA	35
3.1 Tipo de estudo	35
3.2 Campo de estudo	35
3.3 Sujeitos do estudo	39
3.4 Técnicas de coleta de dados	42
3.5 Análise de dados empíricos	43
3.5.1 Ordenação dos dados	44
3.5.2 Classificação dos dados	44
3.6 Aspectos Éticos	47
4. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	49
4.1 Artigo 1. Produção das Práticas no Programa de Saúde da Família:dilemas e desafios	49
4.2 Artigo 2. Acesso restrito e focalizado ao Programa Saúde da Família em Alagoinhas, Bahia Brasil: demanda organizada para grupos populacionais específicos x demanda espontânea	69
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	81
REFERÊNCIAS	83

APÊNDICES	87
Apêndice A - Roteiro para Entrevista Semi-estruturada – Grupo I	88
Apêndice B - Roteiro para Entrevista Semi-estruturada – Grupo II	89
Apêndice C - Roteiro para Entrevista semi-estruturada – Grupo III	91
Apêndice D - Roteiro para Observação Sistemática	92
Apêndice E - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	93
ANEXO	94

1 INTRODUÇÃO

O interesse em discutir as práticas de saúde desenvolvidas nas Equipes de Saúde da Família na dimensão da integralidade é oriundo de inquietações gestadas, a partir da nossa inserção/ experiência na Estratégia Saúde da Família¹ (ESF) no município de Alagoinhas – BA, durante um período compreendido entre os anos de 2001 a 2006.

Durante esse período, percebemos o cuidado em saúde fragilizado, associado ao sentimento de insatisfação, tanto dos usuários, como dos trabalhadores em relação ao sistema de referência e contra-referência, gerando fragmentação nas atividades desenvolvidas no cotidiano da atenção à saúde. Impedindo, dessa forma, a concretização do ideário do Sistema Único de Saúde (SUS), representados aqui, pela integralidade das ações e serviços em saúde.

A Constituição Brasileira de 1988 possibilitou o desenvolvimento de ações e estratégias na perspectiva de promoção da saúde e qualidade de vida ao implantar o SUS, como política de saúde nacional. O SUS deveria ser respeitado em todo território brasileiro e nos serviços públicos de saúde, devendo para tanto está organizado a partir de três diretrizes: a descentralização, com direção única em cada esfera de governo; a participação da comunidade e o atendimento integral.

A integralidade da atenção na produção das práticas de saúde vem se constituindo no Brasil, como um dos maiores desafios. Desafio compreendido aqui, não apenas como uma questão institucional ou política, mas, sobretudo como um desafio cultural, para romper com formas cristalizadas que conformam o fazer e agir em saúde.

Para Schraiber e col. (1996, p.48) “compreender as práticas em saúde por sua dimensão de trabalho permite-nos entender suas ações como processos de intervenção técnica e social na realidade de saúde”. Pensar as práticas como transformadoras se faz essencial para que possamos lançar nosso olhar, frente ao cuidado, que é dispensado às pessoas para garantir a integralidade das ações.

Ao criar o Programa Saúde da Família (PSF), o Ministério da Saúde (1994) inicialmente traz a concepção que este deveria ser uma estratégia para tentar inverter o modelo hegemônico, o qual desenvolve uma prática medico-centrada, com visão biologicista

¹ A Estratégia Saúde da Família na prática ainda não incorporou os seus princípios orientadores, traduzindo-se em programa médico-centrado, conforme será discutido adiante no capítulo 4, de análise e discussão de resultados.

do processo saúde-doença, voltado prioritariamente para as ações curativas na assistência ao indivíduo doente.

A Estratégia Saúde da Família, designada, inicialmente, como PSF, é concebida para ampliar a cobertura da atenção básica, com fácil articulação entre os três níveis de atenção à saúde, bem como possibilitar a promoção das mudanças organizacionais dos serviços de saúde de forma sistêmica, ou seja, como um todo.

É necessário compreender que a estratégia sistematiza os grandes objetivos a serem alcançados (seria a auto-análise² e autogestão³ do coletivo intervindo), com progressão das manobras dos espaços e territórios que se colocarão a opções, alternativas viáveis e os possíveis avanços e retrocessos (BAREMBLIT, 1996), ao passo que programa configura-se como forma de organizar a operação do trabalho, ou seja, uma tecnologia alicerçada por um saber de cunho prático- operativo – um saber tecnológico (SCHRAIBER e col. (1996). Portanto, o programa poderia ser considerado, como um ato operativo, pertencente a estratégia, ou seja, um plano da estratégia a ser colocado em prática.

Nesse sentido, a Norma Operacional Básica do SUS (NOB) 1996 foi uma estratégia política determinante para a expansão do PSF, uma vez que criou fórmulas de financiamento e cooperação para operacionalizar a política, a qual envolve todos os níveis de governo com papéis definidos.

Com isso o PSF, segundo Teixeira (2003) evoluiu das características iniciais de um programa que operacionalizava uma política de focalização da atenção básica em populações excluídas do consumo dos serviços, para o sentido de Estratégia com caráter substitutivo do modelo assistencial vigente, para ser um espaço de reorganização da atenção com garantia da universalização do acesso na “porta de entrada” do sistema.

Porém, para a autora, o PSF, possui várias lacunas, dentre elas é a de que não se pode afirmar que as ações e serviços produzidos em conjunto, promovam mudança de conteúdo das práticas e a forma de organização do processo de trabalho, visto que, as ações podem ser pontuais e sem cumprir o que está legalmente estabelecida, uma vez que este poderá estar preocupado, apenas, com intervenção focalizada.

² Auto-análise processo de produção e re-apropriação, por parte dos coletivos autogestionários, de um saber acerca de si mesmos, suas necessidades, desejos, demandas, problemas, soluções e limites.

³ É ao mesmo tempo o processo e o resultado da organização independente que os coletivos se dão para gerenciar sua vida.

A estas dificuldades, soma-se ainda, o fato que nos grandes centros, a ESF passa a competir com o modelo médico-assistencial hegemônico, enfrentando resistências dos atores sociais, inclusive da população usuária, a qual foi induzida e faz predileção ao consumo de serviços especializados, contribuindo dessa forma com os interesses de uma minoria da população, pela reprodução e manutenção desse modelo.

Dessa forma, para alcançar a mudança do modelo hegemônico-centrado na doença e hospitalocêntrico, para outro, que valorize os sujeitos e incorpore mudanças na organização da atenção de média e alta complexidade, induzidas por políticas de regulação e controle, e não apenas na atenção básica do sistema, este modelo deverá estar articulado com todos os diferentes níveis de atenção, e se constituir como “porta de entrada” do Sistema de Saúde, para tentar integralizar as práticas de promoção, proteção e recuperação da saúde.

Esse novo modelo teria que atentar para as necessidades de saúde da população em um determinado território, bem como, articular mudanças na organização da atenção de média e alta complexidade, garantida por políticas de regulação e controle para assegurar a resolubilidade na rede de serviços.

Na realidade, o que se busca é uma nova forma de fazer saúde deslocando o olhar centrado na doença, para outro que tenha na saúde e qualidade de vida pontos de ligação com a integralidade das práticas realizadas pelos trabalhadores que prestam o cuidado. Incorporando desta forma, em seu fazer cotidiano o conceito positivo de saúde e a integralidade da atenção à mesma.

Em consonância com Matos (2001); Assis (1998); Santos, Assis (2006), entre outros, a integralidade neste estudo não é apenas uma diretriz do SUS, ela é uma bandeira de luta, pois parte de uma “imagem objetivo” e deve ser entendida como um conjunto de valores pelos quais vale lutar, pois relacionam-se a um ideal de uma sociedade mais justa e solidária.

Do ponto de vista teórico-conceitual e de experiências concretas, existem vários trabalhos que tratam dessa temática. Os autores que produziram nesta direção no cenário nacional, dentre outros, foram: Campos (2005), Campos (2006), Cecílio (1994); Teixeira (2003), Teixeira (2005); Matos (2001); Matos (2003); Merhy (1997a, 2002); Merhy (1994); Merhy (2006); Merhy, Magalhães Junior e Franco (2006), Pinheiro e Mattos (2006); Merhy e Franco (2003) ao trazerem trabalhos que abordam modelos de atenção à saúde, discussão no campo dos espaços micropolíticos, práticas de saúde e PSF/ESF.

Salienta-se que a nível regional com articulação no contexto nacional, o Núcleo de Pesquisa Integrada em Saúde Coletiva (NUPISC) da UEFS desenvolve inúmeras pesquisas sobre a Atenção Primária à Saúde (APS), oferta de serviços, organização dos serviços de

saúde-gestão, modelos de atenção à saúde, recursos humanos, práticas de saúde e PSF: Assis, Assis e Cerqueira (2008); Assis et al (2008); Assis et al (2007); Assis; Villa e Nascimento (2003); Araújo (2007); Bezerra e Nascimento (2005); Santos e Assis (2006); Santos (2005); Santos et al (2007), Rodrigues e Assis (2005, 2007). Estes trabalhos mostram discussões teóricas sobre o tema, tomando a APS como eixo de discussão e abordam questões relacionadas às práticas cotidianas na APS e PSF de diferentes cenários da Bahia.

Para o presente trabalho recorta-se como objeto de análise as práticas de saúde operadas pela ESF em Alagoinhas, a partir das dimensões de análise do acesso, acolhimento, vínculo e responsabilização e resolubilidade, enquanto dispositivos da integralidade da atenção, considerando que até o momento, não foram realizados estudos que retratam estas dimensões de análise, ainda que, alguns trabalhos tenham recortado-as de forma isolada, sem articulações com a questão da resolubilidade.

A ESF, enquanto estratégia orientadora do modelo de atenção à saúde está inserido no primeiro nível de ações e serviços do sistema de saúde no âmbito municipal, conhecido no nosso país como atenção básica, a qual compõe uma rede de serviços que teriam que assegurar a integralidade das ações disponíveis aos indivíduos e coletividades de forma resolutiva, com referência e contra-referência efetiva e apoio tecnológico de maior complexidade, para resolução de situações ou problemas, identificados na atenção básica.

Esta dimensão é fundamental para se refletir sobre a dinâmica cotidiana das práticas na ESF e suas conexões com a rede SUS do município (básica média e alta complexidade).

A atenção à saúde na ESF teria que ser voltada para a família com um olhar integral sobre o ambiente em suas dimensões sociais e culturais, possibilitando às equipes saúde da família uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e da necessidade, de intervenções que vão além de práticas curativas, com a perspectiva de troca de saberes e fazeres com a comunidade, a qual se encontra vinculada. Assim, possibilitaria a valorização e adoção de novas práticas e diferentes saberes, que se constituirão essenciais para uma abordagem integral e resolutiva no campo da saúde, através da criação de vínculos de confiança com ética, compromisso e respeito (BRASIL, 2006).

As equipes atualmente são compostas minimamente por um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS). Só em 2001 é que ocorre a inserção do cirurgião-dentista (CD), do auxiliar de consultório dentário (ACD) e técnico em higiene dental (THD) para composição das equipes de saúde bucal (ESB).

Para Matumotto et al (2005, p.14), o trabalho de equipe constitui-se em “uma rede de relações (de trabalho, de poder, de afeto, de gênero, etc.) entre pessoas, produzidas

permanentemente no dia-a-dia, com múltiplas possibilidades de significados, de encontros e desencontros, satisfações e frustrações, lágrimas e sorrisos”.

Nesse sentido, o interesse pelo tema reside no fato de que, ao longo da nossa trajetória profissional, na Secretaria Municipal de Saúde de Alagoinhas – BA participamos e compartilhamos de diversas experiências, que envolviam aspectos ligados às dificuldades no desenvolvimento das práticas, entraves referentes à estrutura organizacional das unidades de saúde; desenvolvimento das práticas de saúde reducionistas, privilegiando o saber de algumas profissões em detrimento de outras; relações interpessoais conflitantes entre os trabalhadores de saúde, relação trabalhador de saúde-usuário deficitária, gerando demandas como queixas e / ou denúncias, apontando insatisfações da população frente ao atendimento prestado. Vivenciamos também, situações inovadoras e diversificadas nas práticas assistenciais frente ao cuidado em saúde, diferentemente de como a grande maioria dos profissionais têm desenvolvido suas atividades no cotidiano, ou seja, de forma isolada e autônoma.

Contribuíram, ainda, para reflexão das práticas em saúde a conclusão do curso de especialização em Saúde da Família, na Universidade Estadual de Feira de Santana-BA, em 2003, onde produzimos um artigo intitulado A Prevenção e Controle do Câncer de Colo do Útero: ações desenvolvidas por médicos e enfermeiros, o qual envolveu eixos temáticos quanto à responsabilização, acesso e a garantia da referência e contra-referência na rede de serviços de saúde (LIMA E COSTA, 2006).

Para a construção desse artigo realizamos um trabalho de campo associado à experiência de coordenação com a de aluna-pesquisadora, possibilitando neste momento repensar e ampliar a percepção quanto à organização e práticas de saúde desenvolvidas através de ações e serviços ineficazes e pouco resolutivos.

Em relação aos serviços de saúde Abreu de Jesus e Assis (2007) estabelecem que o acesso possa ser entendido como “porta de entrada”, o local de acolhimento do usuário na ocasião da manifestação da sua necessidade, e de certa forma aos caminhos trilhados por ele no sistema para resolução dos seus problemas.

Santos e Assis (2006) aprofundam a discussão de acolhimento como ações comunicacionais, atos de receber e ouvir a população, que busca os serviços de saúde com respostas em conformidade a cada situação em todo o trajeto de busca de atendimento.

Os autores abordam também o vínculo numa perspectiva de ampliação dos laços comunicacionais, propagando afetos e fortalecendo o processo terapêutico, entre os trabalhadores, usuários e os gestores do sistema. A responsabilização é vista como “[...] cúmplice das estratégias de promoção, prevenção, cura e reabilitação dos usuários” (p.54). A

resolubilidade se constituirá a partir da solução dos problemas sentidos e apresentados pelos referidos usuários e grupo social.

A partir das considerações apontadas formulamos a seguinte questão: Como estão sendo produzidas as práticas de saúde na ESF considerando as dimensões de análise: acesso, acolhimento, vínculo, responsabilização e resolubilidade na construção da integralidade da atenção à saúde de Alagoinhas – BA?

Assim esta pesquisa ⁴tem como objetivo: analisar a produção das práticas de saúde, proporcionada pela ESF em Alagoinhas – BA, considerando as dimensões de análise (acesso, acolhimento, vínculo, responsabilização e resolubilidade), na construção da integralidade da atenção à saúde e analisar o acesso aos serviços de saúde no PSF de Alagoinhas-BA na composição do modelo de atenção à saúde.

⁴ Esta pesquisa é parte do Projeto Interinstitucional “Avaliação da produção do cuidado em saúde e a construção da integralidade a partir do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF): o caso da Bahia” do Núcleo de Pesquisa Integrada em Saúde Coletiva (NUPISC) da Universidade Estadual de Feira de Santana sob a coordenação da Dr^a. Marluce Maria Araújo Assis e financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB).

2 BASE TEÓRICA DO ESTUDO

2.1 Integralidade da atenção na produção das práticas em saúde

A Constituição Federal, conhecida como constituição cidadã, considera a saúde a partir do ano de 1988, como direito de todos e dever do estado, sendo suas ações e serviços considerados de relevância pública. Pode-se compreender a partir daí, que cabe ao poder público sua regulamentação, fiscalização e controle, segundo uma rede regionalizada e de complexidade crescente que constitui um sistema único, devendo este ser organizado de acordo com a diretriz da descentralização e com direção única em cada nível de governo.

Em 1990 as leis complementares 8080/90 e 8142/90 instituí o processo de legalização e implantação do SUS; pautado em propostas que tem suas raízes no movimento da Reforma Sanitária, que defendia a criação de um novo modelo de saúde baseado na organização dos serviços e na mudança das práticas em todos os níveis do sistema de saúde.

Merhy (1992) infere que a organização do SUS ainda tem o desafio de construir um modelo tecnoassistencial que possa responder efetivamente as necessidades evocadas pela população. Se formos avaliar minuciosamente, identificaremos uma insatisfação da população, em geral, no nosso país, tanto no âmbito individual, como no coletivo configurando assim uma fragilidade no modo de produzir ações de saúde na rede de serviços assistenciais no Brasil.

Compreendemos que a inversão do modelo de atenção à saúde é importante, entretanto, se constitui em tarefa difícil, pois percorre um caminho não-linear, estabelecendo um processo de mudança, que envolve uma política de formação articulada com a prática. Trata-se, portanto, de projetos coletivos, integrados aos cuidados de saúde, em que trabalhadores de saúde, gestores e usuários devam ser co-responsáveis no fazer saúde, cotidianamente.

No plano da prática em saúde, mudar a forma de trabalhar incide diretamente em valores, cultura, comportamento e micro-poderes existentes nos ambientes de trabalho de cada um, gerando resistências e possíveis conflitos nos espaços de produção de saúde. Assim, temos que pensar e agir em saúde numa perspectiva de mudança do modelo de atenção hegemônico, direcionado apenas para medicina clínica e hospitalar, a qual envolve um alto aparato tecnológico bem como a utilização de fármacos.

Para Teixeira (2003) não é possível negar a importância dos serviços de atenção secundária e terciária. Entretanto, é fundamental estar atento e direcionar o olhar para

investir na Atenção Básica à Saúde (ABS), buscando dessa forma garantir a qualidade do atendimento na “porta de entrada” do sistema, na tentativa de reduzir as demandas reprimidas e necessidades pessoais, e a oferta à atenção a saúde que historicamente foram desprezadas.

De acordo a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2006), esta deve compreender um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, abrangendo a atenção primária, secundária e terciária, através de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, em equipes de trabalho voltadas para populações de territórios adscritos com responsabilidade sanitária. Contudo, utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade e considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural.

A política define também os princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social, como orientadores da ABS e elege a ESF como prioritária para a sua organização.

Mattos (2001) traz a integralidade como um princípio norteador e atributo que deveria está incorporado à prática de todos os profissionais de saúde, e não especificamente, a determinados indivíduos. Assim é possível acreditar que as práticas desenvolvidas pelos trabalhadores de saúde nos encontros ocorridos entre estes e usuários será determinante para que se construa a integralidade.

De acordo com Mattos (2001), a integralidade pode ser entendida a partir de sentidos diferentes, que ao se relacionarem, apresentam traços em comum, algumas analogias ou mesmo fios de ligação que articulados promovem uma reação contrária às práticas reducionistas, uma recusa à objetivação dos sujeitos envolvidos nos processos e uma possibilidade de abertura para comunicação dialógica, permitindo uma melhor compreensão dos problemas.

Acerca das transformações no campo das práticas, nos reportamos a Merhy (1997, 2002) que ao teorizar o processo de trabalho em saúde, afirma que este é um “trabalho vivo em ato”, onde só é possível acontecer em um processo de relações, ou seja, em ato, em ação, no momento do trabalho em si, a partir do encontro entre os sujeitos envolvidos na relação. Sendo assim, este trabalho será sempre presencial e poderá agregar a inter-subjetividade, sempre que necessário.

Ressaltamos também a necessidade de considerar o sujeito de forma singular/coletiva, com desejos e aspirações, respeitando também suas crenças, valores e as possibilidades

terapêuticas que abordem as necessidades das pessoas para torná-las mais autônomas, sem desprezar a clínica, a epidemiologia, a razão e a emoção. Nessa perspectiva, Mattos (2001, p.50) afirma que a maior marca da integralidade é “buscar compreender o conjunto de necessidade de ações e serviços de saúde que um paciente apresenta”.

Pinheiro e Mattos (2006, p.7) complementam ao discutirem que:

a integralidade emerge como principio de organização contínua do processo de trabalho nos serviços de saúde que se caracterizaria pela busca também contínua de ampliar as possibilidades de apreensão das necessidades de saúde de um grupo populacional.

Dessa forma, a ESF, deveria se constituir como “porta de entrada” do sistema de saúde, através de um espaço para atendimento integral do usuário em todas as necessidades e problemas de saúde, considerando a singularidade e a coletividade dos sujeitos envolvidos, visando garantir um atendimento digno para contribuição da promoção, manutenção e melhora da saúde, conforme preconiza Starfield (2004).

É possível relativizar a ESF como um espaço favorável para ação transformadora, uma vez que, profissionais teriam que repensar as suas práticas buscando organizar o trabalho coletivo no serviço de saúde, através da incorporação da integralidade para construir um modelo de saúde universal e equânime.

Nessa direção, é fundamental conceber o indivíduo como sujeito social, capaz de traçar projetos próprios de desenvolvimento e ser co-participe no cuidado ofertado a ele, ao considerar que o processo de mudança geralmente envolve interesses diversos, onde dificilmente serão consensuais, em relação à necessidade de rupturas; porque cada sujeito social tem certo grau de autogoverno – imprimem, no cotidiano das práticas em saúde, distintos processos instituintes que operam em várias direções dentro do seu espaço de governabilidade.

Diante dessa possibilidade de transformação, Merhy (1997) ao discutir sobre as ferramentas tecnológicas apropriadas para confrontar com as sólidas instituições de saúde aposta nas tecnologias leves – tecnologia de relações – para ampliar as possibilidades terapêuticas e o redirecionamento do modelo de saúde comprometido com a defesa da vida.

Para Merhy (1997) tecnologia está além das ferramentas - máquina disponível para auxiliarem nas intervenções assistenciais, nós trabalhadores de saúde dispomos e mobilizamos intensamente de conhecimento sobre a forma de saberes profissionais, bem estruturados como as diversas clínicas (do médico, do dentista e outros saberes).

É possível entender a partir dessa definição que a tecnologia estará sempre disponível

em nossas relações e que poderá ser utilizada além das máquinas, ferramentas leves (o saber) nas diversas relações estabelecidas com os usuários, construindo assim momentos importantes que poderão produzir contratos de responsabilização, confiabilidade, relações de vínculo e acolhidas.

Ainda no campo das práticas, Merhy e Franco (2003) consideram a Integralidade como um potente dispositivo para desencadear processos de transformação das práticas de saúde, permitindo um (re) direcionamento do modelo de atenção à saúde. Nesse contexto, o profissional de saúde teria que repensar as práticas desenvolvidas no seu cotidiano; rever os valores e conhecimentos de todos os sujeitos envolvidos no processo de produção social da saúde, para favorecer a construção de uma consciência sanitária.

Para Baremlitt (1994, p. 38) o desencadear de uma transformação depende de interpenetrações, cujo resultado conduzirá a possibilidades que se caracterizam “por criar dispositivos que não respeitam os limites das unidades organizacionais fortemente constituídas, gerando assim movimentos e montagens alternativas, marginais e até clandestinos às estruturas oficiais consagradas”.

A abordagem de Santos (2005, p.23) nos instiga a refletir sobre as diferentes formas de compreensão da Integralidade, pois aglutina dispositivo e se constitui em dimensões de análise, como: acesso aos serviços, acolhimento, vínculo, responsabilização e resolubilidade, na construção das linhas de cuidado para tentar garantir e facilitar o percurso das pessoas a todos os serviços da rede de atenção a saúde. Enfatiza o autor: “a integralidade é composta por um conjunto de agenciadores de mudança e, traçando uma analogia com a física, poderíamos concebê-la como um feixe de luz - forma de energia que ao atravessar um prisma, se decompõe em diferentes cores”.

A discussão de acesso do usuário aos serviços de saúde tomará como base para o presente estudo, a análise de Starfield (2004) e as de Assis (1998), Assis; Villa e Nascimento (2003). Os dois últimos estudos avaliaram um município da Região Nordeste do Brasil e apontaram que a

universalização da atenção se traduz em um sistema segmentado e desarticulado no âmbito interno do sistema público e na cadeia organizativa do sistema como um todo. Sendo o acesso definido não em função de uma oferta de serviços organizada e hierarquizada e, sim, pelas necessidades que são estabelecidas pelos usuários, traduzidas em demandas por atendimento médico. (ASSIS; VILLA; NASCIMENTO, 2003, p.821).

A discussão de acolhimento e vínculo orientar-se-á pelo estudo de Santos e Assis (2006), constituindo-os em componentes da Integralidade da atenção. Os autores

argumentam à necessidade de ampliação dos laços relacionais, desenvolvendo afetos e potencializando o processo terapêutico. O que nos leva a compreensão de responsabilização da equipe com o usuário em torná-lo autônomo, com possibilidades de estabelecer um acompanhamento no projeto terapêutico, (des)construindo a prática centrada no saber médico, com o cuidado baseado apenas no ato prescritivo; teríamos que incorporar nesta nova prática a valorização do outro, a preocupação com o cuidado e o respeito com a visão de mundo de cada um, considerando o outro como cúmplice das estratégias de promoção, prevenção, cura e reabilitação dos usuários. Para os autores seria revelar a co-responsabilização que poderá ser apreendida como a capacidade de perceber as singularidades de cada contexto e investir na capacidade individual e coletiva de fazer escolhas.

Desse modo, a resolubilidade envolve aspectos relacionados à conduta profissional e a relação equipe de saúde/usuário. Pode-se perceber a importância fundamental do ESF, estar inserido num sistema organizado de forma hierarquizada e resolutiva, para garantir o processo de referência e contra-referência e poder, se constituindo em “porta de entrada” do sistema de saúde.

Assim, como afirma Santos (2005), o PSF, teria que ser uma estratégia orientadora para a melhoria do modelo de atenção à saúde, com o desafio de resignificar a prática em saúde, através da incorporação da integralidade como dispositivo maior, onde poderá lançar e receber enquanto equipe, os dispositivos analisados como: acesso, vínculo, acolhimento, responsabilização e resolubilidade, para mudança do modelo atenção à saúde.

A partir dos conceitos construídos no quadro acima por Assis et al (2007) de acordo com as concepções Starfield (2004); Assis, Villa, Nascimento (2003); Franco e Magalhães Júnior (2003); Campos (2003a); Santos et al (2007); Santos e Assis (2006) propõem neste momento, caminharmos em direção as discussões sobre as dimensões de análise da integralidade da atenção na produção das práticas em saúde em relação a: acesso aos serviços de saúde, acolhimento, vínculo, responsabilização e resolubilidade.

Seguiremos com as abordagens em separado para que se faça de forma clara o que cada uma revela na sua essência e como pode contribuir para um SUS pleno e reluzente por feixes luminosos - a integralidade- tanto no plano individual, quanto no coletivo.

Diante do exposto, representamos no Quadro um as dimensões de análise teóricas que orientaram o estudo.

QUADRO 1: Dimensões de análise da integralidade da atenção na produção das práticas em saúde

Dimensão de análise	Definição
Acesso aos serviços de saúde	Envolve a localização da unidade de saúde próxima da população a qual atende os horários e dias em que está aberta para atender, o grau de tolerância para consultas não-agendadas e o quanto a população percebe a conveniência destes aspectos do acesso (STARFIELD, 2004). Disponibilidade de recursos de saúde e a capacidade da rede em produzir serviços que dêem respostas às necessidades traduzidas em demandas pela população (ASSIS, VILLA e NASCIMENTO, 2003).
Acolhimento	Ações comunicacionais, atos de receber e ouvir a população que procura os serviços de saúde, dando respostas adequadas a cada demanda, em todo o percurso de busca (recepção, clínica, encaminhamento externo, retorno, remarcação e alta) (SANTOS et al, 2007).
Vínculo	Estreita-se com o acolhimento, ampliando os laços relacionais, desenvolvendo afetos e potencializando o processo terapêutico. (SANTOS e ASSIS, 2006).
Responsabilização	Pressupõe “alguma forma de continuidade, seja por parte do atendimento pelo mesmo profissional, seja por meio de prontuários médicos, ou ambos, além do reconhecimento de problemas anteriores e novos. Inclui ainda o encaminhamento e acompanhamento do atendimento em outros serviços especializados” (STARFIELD et al., 2003, p.63). Indica o espaço de relações e de responsabilização na ação de cuidar das pessoas, em um movimento voltado para a ampliação do ato terapêutico, valorizando as singularidades de cada usuário do serviço (CAMPOS, 2003 ^a).
Resolubilidade	Resposta às demandas de acordo com as necessidades individuais e coletivas quer seja na “porta de entrada” ou nos outros níveis de complexidade do sistema.

Fonte: Starfield (2004); Assis, Villa, Nascimento (2003); Franco e Magalhães Júnior (2003); Campos (2003); Assis et al (2007); Santos et al (2007); Santos e Assis (2006).

2.1.1 Acesso aos serviços de saúde: como construir possibilidades de mudança na prática?

Pensar sobre a dimensão do acesso aos serviços de saúde nos leva a refletir sobre o processo de construção do SUS. Em linhas gerais a definição de acesso está relacionada com o ato de chegar, ingressar, entrar, aproximar e alcançar (FERNANDES, 2005, p.22). Assim, tudo que se interpolar, poderá ser considerado, como dificuldade para garantir o acesso, aos serviços de saúde.

A Constituição Federal de 1988 ao considerar como eixo estruturante o acesso universal aos serviços de saúde contempla uma bandeira de luta dos movimentos sociais que caminhou para a democratização do sistema de saúde brasileiro. Frente às características sociais no Brasil, consideramos que este princípio não tem se concretizado na prática, devido o sistema de saúde brasileiro ter como uma das suas características marcantes as desigualdades sociais no acesso aos serviços de saúde.

Assis; Villa e Nascimento (2003) discutem que a universalidade da atenção implica na formulação de um modelo social ético e equânime norteado pela inclusão social e

solidariedade humana. Assim, estratégias precisam ser colocadas em prática, para nortear reformular e fortalecer o sistema para garantir a saúde com um direito de todos, no plano individual e coletivo. Faz-se necessário também a incorporação de novas práticas em saúde, priorizando a promoção da saúde sem descuidar das demandas ligadas às doenças, com reorientação das políticas de saúde e organização dos serviços públicos e privados.

Para as autoras esse novo modelo teria que incorporar os determinantes sociais do processo saúde-doença em uma perspectiva de atenção integral às necessidades da população, ao tempo em que, reafirmam a saúde como bem público, a partir da efetivação de práticas e serviços de saúde como sendo de relevância pública, onde o Estado seria o responsável pela sua regulação e controle, independente do regime de propriedade de quem está a produzir os serviços (se público ou privado), uma vez que, no Brasil, convivemos com acessos seletivos, excludentes e focalizados, que se complementam e se justapõem, nos diferentes serviços públicos e privados, havendo um descompasso entre o que diz a lei e o que de fato legitima a sociedade.

De acordo com Giovanella e Fleury (1995) e Assis; Villa e Nascimento (2003) o acesso seletivo se refere à desigualdade de acesso e distribuição de benefícios em função do poder de compra, do usuário, seria a medicina supletiva, a qual é gerida pela lógica do mercado dispondo de várias modalidades de atendimento (individual, familiar ou empresarial); e com seleção social, onde o consumidor fica a à mercê da autoridade dos empresários da saúde para definir o quanto e o que deve consumir.

Excludente por está relacionado com a lógica do mercado e condicionado o direito à assistência universal aos mecanismos de racionamento dos gastos com conseqüente deterioração da qualidade da atenção prestada nos serviços públicos e excluir os grupos sociais que têm maior poder de organização (bancários, funcionários da indústria e outros) na sociedade (ASSIS; VILLA E NASCIMENTO, 2003).

Para as autoras o acesso é focalizado por restringir o atendimento público a determinados programas ou serviços, tornando a universalização segmentada e desarticulada no âmbito interno do sistema público como um todo.

Giovanella e Fleury (1995) analisam que o direito à saúde se expressa concretamente no cotidiano, a partir de uma relação do usuário com os serviços e que a categoria central para analisar essa inter-relação é o acesso.

Abreu de Jesus e Assis (2007) discutem sobre acesso a partir das dimensões específicas que descrevem a adequação entre os usuários e o sistema de saúde na linha do cuidado, bem como, os modelos teóricos que se configuraram ao longo da história e/ ou até

hoje. A disponibilidade compreendida aqui por estes autores significa uma relação do volume de atendimento aos usuários e o tipo de necessidades; a acessibilidade entendida como a relação entre a localização da oferta e dos usuários nos seus territórios sociais; a acomodação funcional, percebida como a relação entre o modo como a oferta está organizada para aceitar os usuários e a capacidade/habilidade dos usuários acomodarem-se a esses aspectos e perceberem a conveniência dos mesmos e a capacidade financeira como relação entre os custos dos serviços. Por fim, a aceitabilidade que é compreendida como a relação entre as atitudes dos usuários sobre os trabalhadores de saúde e as práticas dos serviços, assim como, a aceitação dos trabalhadores e dos serviços em prestar assistência a esses usuários.

No Brasil, segundo Giovanella & Fleury (1995) o acesso foi se conformando em diferentes momentos históricos e que podem ser evidenciados em quatro modelos teóricos, a partir de estudos e da legislação brasileira: o economicista, o sanitarista-planificador, o sanitarista-politicista e o da representação social .

Baseados nas autoras, Assis; Villa e Nascimento (2003) e Abreu de Jesus; Assis (2007) pretende-se discutir os quatro modelos referidos, a começar pelo modelo economicista, o qual procura mapear os diferentes padrões de consumo dos indivíduos, sendo, portanto, um modelo de estudo da relação entre oferta e demanda é moldada e balizada pela decisão do consumidor, o qual pertence a distintos grupos populacionais.

O modelo sanitarista-planificador traduz o conceito de acesso pela possibilidade de consumo garantida através da distribuição planejada de recursos da rede de serviços. Ou seja, ocorre uma ação planejadora do estado a partir de localização adequada, da disponibilidade e da articulação funcional dos serviços em rede organizada, de acordo com a demanda.

Ao discutirem o modelo sanitarista-politicista inspiram-se em Berlinguer (1978), com o conceito de consciência sanitária, o qual implicaria em componente cognitivo através do qual a população compreende a determinação social do processo saúde-doença e, da mesma forma, os fatores que determinam a organização social das práticas de saúde.

O modelo teórico da representação social discutido por Giovanella e Fleury (1995) trata da realidade como constituição eminentemente intersubjetiva e simbólica, não existindo, pois, fora dos sujeitos coletivos e históricos, que são ao mesmo tempo artífices, suportes e mediadores para a sua comunicação.

Starfield (2004) ao debater sobre acesso relaciona-o com as diversas possibilidades de adentrar aos serviços de saúde, aos quais estariam implicados com a localização da unidade de saúde, a disponibilidade de horários e dias em que a unidade atende, bem como a

possibilidade de atendimento a consultas não-agendadas e a percepção que a população tem, em relação a estes aspectos do acesso (se são adequados ou não).

Se considerarmos a possibilidade do atendimento à saúde ser dividida em fases, teríamos então o acesso aos serviços como a primeira fase a ser superada pelo usuário, na busca de atendimento para resolução de problemas, ou a satisfação de uma necessidade dentro do sistema de saúde. Estariam relacionadas a esta fase algumas questões, tais como: disponibilidade ou não do serviço, à distância, e quais práticas estão sendo ofertadas para o atendimento dos usuários; quais são os recursos disponíveis, qual a capacitação técnica dos profissionais que atuam na Unidade de Saúde e de que forma têm se responsabilizado pelos problemas da população, a quem e como devem prestar serviço.

Portanto, acesso se constitui em um importante dispositivo para construção da integralidade no SUS, por possibilitar ao usuário a utilização dos diversos serviços de saúde, necessários para garantir a sua saúde de forma universal e equânime, de acordo com o texto constitucional e como testifica Assis, Villa e Nascimento (2003, p. 816) que o acesso é “uma possibilidade a ser construída como direito de cidadania”.

Acreditamos que uma das dificuldades em garantir o acesso de forma universal, possa ser em decorrência da inexistência de uma rede integrada de ações e serviços, para atender as necessidades da população.

Santos e Assis (2006) em pesquisa realizada nas USF em um município do estado da Bahia perceberam que, a recepção funciona de acordo com critérios administrativos e, dessa forma, se constitui como meio de barrar ou limitar a demanda por serviços, pois o acesso passa a ser modulado pela ordem de chegada, cartazes informativos sobre as vagas, dias para atendimento a determinado grupo específico ou procedimento clínico, presença do trabalhador na unidade, dentre outros.

2.1.2 Acolhimento como dispositivo potencializador da prática

O verbo acolher segundo Fernandes (2005) significa recolher, receber, agasalhar, hospedar, abrigar, escutar, atender, dar ouvidos, assim o ato de acolher pode estar presente quando se deseja um atendimento mais digno e humanizado, uma atenção a saúde com acolhimento, considerando, a queixa que o outro traz e criar relações de aproximação com as pessoas.

Gomes e Pinheiro (2005) compreendem que a integralidade poderá está presente em todos os momentos (sejam em encontros ou em conversas) e que a identificação das necessidades implícitas que o paciente apresenta poderá ser reconhecida sim, desde que sejam dadas oportunidades para entender, de forma prudente o que o sujeito social⁵ traz subjetivamente.

Nessa perspectiva, o “objeto” de trabalho deve ser redimensionado, inserindo e valorizando a questão do “sujeito” e a sua singularidade. Os objetivos do trabalho em saúde também seriam redefinidos, visando “produção de saúde e a co-construção de capacidade de reflexão e de ação autônoma para os sujeitos envolvidos no processo: trabalhadores e usuários”. (CAMPOS, 2006, p.669).

Solla (2005, p.496) ao sistematizar conceitos e experiências de implantação desenvolvidas, identifica três grandes âmbitos de incorporação do acolhimento no SUS, como: “postura/prática do profissional de saúde frente ao usuário em seu processo de trabalho individual e coletivo (em equipe); ação gerencial de reorganização do processo de trabalho da unidade de saúde, visando melhor atender aos usuários e ampliar a capacidade de identificar e resolver os problemas; diretriz para as políticas de saúde, objetivando criar, nos diversos pontos de atenção do sistema de saúde com capacidade para dar respostas às demandas apresentada e disponibilizar tecnologias alternativas mais adequadas”.

Assim, o autor supracitado, afirma que, o acolhimento pensado enquanto diretriz para as políticas de saúde, poderia se transformar em uma importante estratégia para operacionalizar as principais diretrizes do SUS: Universalidade, Integralidade e Equidade.

O acolhimento ultrapassa o ato da ‘triagem qualificada’ ou da ‘escuta interessada’ e pressupõe ser um conjunto formado por atividades de escuta, identificação de problemas e intervenções resolutivas para enfrentamento e resolução de problemas, com ampliação da capacidade das equipes de saúde em responderem as demandas dos usuários, com possibilidades de potencializar a ação dos outros profissionais.

Schmith e Lima (2004) afirmam que acolhimento na saúde está pautado em ética, tolerância entre os diferentes, inclusão social com escuta clínica solidária e com compromisso da cidadania. Sendo, portanto resultante das relações no processo de atendimento. Nesse encontro, entre trabalhadores e usuários, poderão se estabelecer negociações para

⁵ Sujeito apreendido a partir da compreensão de Ayres, 2001 como sendo um “ser real, considerado como algo que tem qualidades ou exerce ações”; “... que existe não só em si, mas para si, e que, não se limitando a ser objeto, visível de fora ou delimitado por contornos lógicos, apenas tem a sua verdadeira realidade ao contribuir para se fazer a si mesmo, a partir, sem dúvida, de uma natureza dada e segundo exigências intimamente sofridas, mas por meio de um devir voluntário e uma conquista pessoal”.

identificação de suas necessidades, com conseqüente criação de vínculo e estímulo, quanto à autonomia para a sua saúde.

Sendo assim, seria necessário criar mecanismos para disparar esse dispositivo do acolhimento potencializando-o, e articulando-o com o “estabelecimento do vínculo entre usuários, trabalhadores de saúde e gestores do sistema de saúde, para que as unidades de saúde possam atender a população de acordo à necessidade e prioridade e não apenas pelo critério da ordem de chegada”. (SANTOS et al, 2007, p.76).

Franco et al (1999) abordam o acolhimento enquanto diretriz operacional, considerando-a importante para inverter a lógica da organização e do funcionamento do serviço de saúde, para que este seja organizado de forma usuário-centrado, onde todas as pessoas possam ser atendidas ao procurarem os serviços de saúde, com a garantia de acessibilidade universal. Seria uma relação acolhedora com escuta e resposta positiva, capaz de resolver os problemas de saúde da população, bem como a reorganização do processo de trabalho das equipes para uma equipe multiprofissional (equipe de acolhimento) e humanizar a relação trabalhador-usuário.

Santos e Assis (2006, p.57) ainda sobre acolhimento dizem que:

o acolhimento acontece nos microespaços das relações individuais e coletivas, seja na recepção, na clínica, no tipo de acesso, nas palestras e reuniões desenvolvidas, no tipo de oferta de serviço, entre outras formas relacionais e comunicacionais existentes entre trabalhadores de saúde e usuários.

Assim, o acolhimento poderia ser entendido como um potente dispositivo de reorganização do processo de trabalho na ESF, ao ampliar o acesso aos serviços de saúde com alteração do fluxo assistencial e potencialização do trabalho em equipe.

2.1.3 Vínculo-Responsabilização como eixos orientadores das práticas em saúde.

A palavra vínculo significa relação, ligação e união, segundo Fernandes (2005) e de acordo com a ESF, está como um dos objetivos deste programa. No campo da psicologia social este termo apresenta uma vasta produção, porém ao relacionarmos com o campo da política e da gestão verifica-se escassez quanto à atuação dos gestores na responsabilização da interação entre os sujeitos e na organização das práticas de cuidado (GOMES e PINHEIRO, 2005).

A noção de responsabilizar-se é inerente à noção de vínculo originária da prática clínica liberal, da relação médico-paciente, em que se busca estabelecer uma ligação um pouco mais estável e duradoura entre trabalhador e usuário (CAMPOS, 1994).

Merhy (1994) infere que a idéia de vínculo deveria nos levar a pensar sobre a responsabilidade e o compromisso. Assim, vínculo está em consonância com um dos sentidos da integralidade. Para o autor, estabelecer vínculos está ligado a desenvolver relações tão próximas e tão claras, que nos sensibilizamos com todo o sofrer do outro e nos sentimos também, responsáveis pela vida e pela morte do paciente. Daí a necessidade de realizarmos intervenções que não sejam burocráticas, nem impessoais.

O vínculo e a responsabilização são abordados por Silva Júnior e Mascarenhas (2004) como o atar, o comportamento de se ligar, de se enlaçar, de se comprometer com os outros, de responder às suas necessidades, de forma responsável com a ampliação dos laços relacionais e, conseqüente, desenvolvimento de afetos e potencialização do processo terapêutico.

Franco e Merhy (2003) ao discutirem sobre responsabilização, abordam que cada equipe de saúde é responsável por um conjunto de problemas muito bem delimitados e pelo planejamento e execução de ações capazes de resolvê-los, o que ocorreria por meio da vinculação de cada equipe a um certo número de pacientes previamente inscritos; do atendimento de uma certa parcela da demanda que espontaneamente procura a unidade, bem como pela responsabilidade em relação aos problemas coletivos.

Responsabilizar-se é reinterpretado no sentido do contrato embutido no conceito de vínculo, certo contrato em que se explicita certo projeto terapêutico que se quer trabalhar, um “contrato de cuidados, de direitos e deveres do paciente/família e da equipe de saúde” (CAMPOS, 1994, p.63), considerando os elementos técnicos, o acesso, o intercâmbio possível usuário/serviço e o potencial de produção destes.

De certa forma, o conceito de responsabilizar-se desencadeia uma revisão crítica dos princípios do SUS. Nesse sentido Merhy (1997), demonstra as diferentes e violentas formas de desrespeito ao direito à saúde, tanto pelos serviços privados como pelos públicos, desresponsabilizando-se dos problemas e do fazer saúde. Estes últimos fazem-no de forma velada, utilizando, muitas vezes, a própria questão técnica para isto, como a negação do acesso aos que “não pertencem à área da unidade”.

Santos e Assis (2006) afirmam que o vínculo estreita-se com o acolhimento, com conseqüente ampliação dos laços relacionais e desenvolvimento de afetos, onde a unidade de saúde passaria a organizar sua demanda, de acordo com as suas necessidades e prioridades, e não pela ordem de chegada, evitando desta forma filas e perda de tempo.

2.1.4 Resolubilidade: uma utopia a ser perseguida na prática

A proposta do SUS vem com a tentativa de construir um sistema sob novas bases e critérios, que visam dar respostas mais efetivas para a população. Por conseguinte, o SUS pode ser considerado como o principal mecanismo de garantir a mudança do modelo. Para tanto, as ações e serviços devem integrar uma rede regionalizada e hierarquizada segundo a complexidade da atenção. Dessa forma, quando organizada de maneira adequada, seguindo as normas e diretrizes do SUS, a população terá respostas para as suas necessidades de atenção, ao mesmo tempo em que, haverá maior otimização para os investimentos em saúde, através do mecanismo do sistema de referência.

Esta referência estaria associada à questão dos níveis de atenção a saúde, de acordo com o grau de necessidade que cada usuário precisa, a partir do nível da organização da rede (organização tecnológico). Ou seja, oferecer atenção integral à saúde das pessoas, dentro das atribuições estabelecidas para cada nível de atenção, com um fluxo ordenado de usuários.

A tentativa de mudança no sistema de saúde brasileiro decorre do anseio de superação do modelo tradicional de se prestar assistência a saúde, o qual se apresentava esgotado, e com limites de eficácia e eficiência, ou seja, baixo impacto com custos elevados (CAMPOS, 2005).

As desigualdades sociais no nosso país nos aspectos econômicos, sociais, demográficos, culturais e epidemiológicos têm interferido no processo saúde-doença, gerando assim, mudanças no padrão de qualidade de vida da população. Assim temos uma produção de demanda reprimida, que em outras palavras, seria quando a pessoa mesmo tendo algum tipo de acesso aos serviços de saúde tem a sua resolubilidade limitada.

Dessa forma, a necessidade de mudança no sistema de saúde, implicitamente traz a noção que este, não é suficiente para responder aos problemas existentes, caracterizando-se como de baixa resolubilidade nos diversos níveis do sistema, e apresentando divergências e conflitos pelo estabelecimento de dicotomia entre atenção preventiva x curativa; ações primárias *versus* maior complexidade; saúde pública x atenção médica individual, entre outras.

Ao enfatizar sobre os conceitos estruturantes para conseguir um novo modelo para o SUS, Campos (2005, p.109) diz que: “não há um único modelo ideal para todo o SUS... superior em todos os aspectos a outras formas de organizar a atenção”.

Para o autor, a ABS precisa estar inserida em um nível funcional e resolutivo, com redes hierarquizadas de serviços, para se constituir em verdadeiro acesso do sistema de saúde.

Ou seja, trabalhar com suporte científico-tecnológico que seja capaz de responder em média 80% dos problemas de saúde das pessoas.

Ao discutir sobre o modelo de atenção à saúde, Cecílio (1997) traz que o acesso aos serviços especializados é bastante difícil, geralmente a demora resulta em desistência por parte do usuário da consulta agendada. O número de consultas em especialidades é insuficiente, perante as necessidades das pessoas que usam o sistema, sendo muito difícil conseguirem acesso às cirurgias eletivas, independente da “porta de entrada” que esteja sendo usada pelo usuário.

Para o autor, o usuário teria que montar o seu cardápio de serviços por sua conta e risco, dessa forma buscando onde for possível o atendimento que precisa independente do nível de complexidade hierarquizado. Para tanto, afirma dizendo que “as pessoas acessam o serviço por onde é mais fácil ou possível entrar”.

Não temos aqui a intenção de diminuir os avanços conquistados no sistema de saúde, especificamente a ABS, a partir da ESF, mas de uma forma geral, que a integralidade da atenção à saúde, não tem sido praticada na sua essência, e dessa forma, não resolve efetivamente os problemas de saúde dos usuários. Ou seja, não tem promovido resolubilidade.

A baixa resolubilidade é reforçada, sobretudo, pelo exercício hegemônico de uma clínica centrada no ato prescritivo e na produção de procedimentos, em ação substitutiva da prática que valoriza a clínica como exercício ampliado de múltiplos profissionais, em relação entre si e com o usuário (FRANCO; MAGALHÃES JÚNIOR, 2006).

Outro aspecto importante é a rotatividade com o que o usuário utiliza o serviço, visto que, nem sempre tem sido garantido o tratamento completo do usuário, gerando assim, a necessidade deste, está retornando a unidade. Nesse sentido, pode criar um ciclo vicioso, no qual a baixa resolubilidade acaba por gerar a permanência dos usuários por muito tempo no serviço, e nem assim, ainda se garante que irão solucionar o seu problema ou pelo menos tentar (SANTOS e ASSIS, 2006).

Conforme afirmam os autores referenciados, criou-se nos serviços de saúde, entre trabalhadores e usuários, um imaginário que faz uma ilusória associação entre qualidade na assistência e insumos, exames, medicamentos e consultas especializadas. Assim, discussões sobre a resolubilidade vêm sendo trazidas no interior das políticas públicas, como necessária para a melhoria da qualidade dos serviços e indispensável para concretização da integralidade em saúde.

Mas afinal o que seria resolubilidade? Santos e Assis (2006) discutem resolubilidade como sendo uma resposta ao problema de saúde, de forma a garantir ao usuário o acesso ao

atendimento com acolhimento, vínculo e responsabilização, com vistas à integralidade das ações, seria, portanto, para os autores, uma utopia a ser perseguida na prática.

3. METODOLOGIA

3.1 Tipo de estudo

Com o intuito de compreender o processo de produção das práticas na ESF, compreende-se que seja indispensável pensar uma abordagem metodológica, que possibilite um significativo envolvimento e participação dos sujeitos.

Para nos aproximar do objeto de estudo adotamos a pesquisa qualitativa, visto que os elementos presentes nessa modalidade de pesquisa permitem estudar dinamicamente os problemas, decisões, ações, conflitos que ocorrem entre os agentes durante o processo de transformação do contexto histórico-social.

O estudo se articula as premissas apontadas por Santos (2005) de que as relações sociais são compostas de frações engendradas em terrenos de constantes conflitos estabelecidos num contexto não linear, e que traz consigo determinantes históricos, ideológicos, culturais, econômicos, políticos e sociais.

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, crítico-reflexiva, por possibilitar trabalhar com universos de significados sociais e um significativo envolvimento e participação dos sujeitos através diferentes olhares, saberes e práticas, capazes de refletir a totalidade do objeto em estudo, em suas múltiplas dimensões.

3.2 Campo de estudo

A pesquisa foi realizada, especificamente nas Unidades do ESF, pertencentes ao município de Alagoinhas – Bahia, o qual é componente do Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF), desde 2003.

A cidade de Alagoinhas teve seu primeiro povoamento nos fins do século XVIII, a partir de um povoado que surgiu em torno de uma capela construída por um sacerdote português (jesuíta). Esta vila se tornou próspera, em virtude da chegada de imigrantes e da passagem da estrada de boiadas, com acesso para o norte e para o sertão. Já foi denominada de Freguesia da Água Fria, Freguesia de Santo Antônio das Lagoinhas e, posteriormente, Villa de Santo Antônio d'Alagoinhas, então desmembrada da Vila de Inhambupe, quando adquiriu a qualidade de município.



Figura 1. Igreja de Alagoínhas Velha, Alagoínhas -BA.

A origem do nome de Alagoínhas deveu-se à existência de uma bacia de águas límpidas e refrescantes que ficou denominada como “Fonte dos Padres” e de várias lagoas e córregos nas proximidades, que levou a região a receber o nome de Lagoínha. Uma das maiores riquezas do município é a excelência da qualidade de sua água, que faz parte do aquífero que vai de Dias D'Ávila até Tucano.

Segundo registros do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o distrito de Alagoínhas foi criado no dia 15 de outubro de 1816, e pertenceu ao município de Inhambupe, até 16 de junho de 1852. A sua emancipação política só foi oficializada um ano após, no dia 2 de julho de 1853, há 155 anos. Atualmente é constituído pela sede, pelos distritos de Riacho da Guia e Boa União e pelos povoados de Estevão, Narandiba, Quizambú, Sauípe, Rio Branco, Macaquinho, Catuzinho, Calú, Lamarão, Papagaio, Buri, entre outros.

O município ocupa uma área de 736,8 km², limitando-se com o município de Inhambupe ao norte, com os municípios de Catu e Araçás ao Sul; o município de Teodoro Sampaio e Aramari a Oeste, e com o município de Entre Rios a Leste. Segundo o IBGE/2007, possui uma população em torno de 132.725 mil habitantes com uma densidade demográfica de 188,50 hab/km², compondo assim, um quadro de contraste e desigualdade social. Apresenta ainda uma taxa de crescimento anual de 1,35%. Em relação, às condições sócio-econômicos da população, apresenta os seguintes indicadores: 86,43% residem na zona urbana; possui uma taxa de analfabetismo na população de 15 anos ou mais de 14,29%.

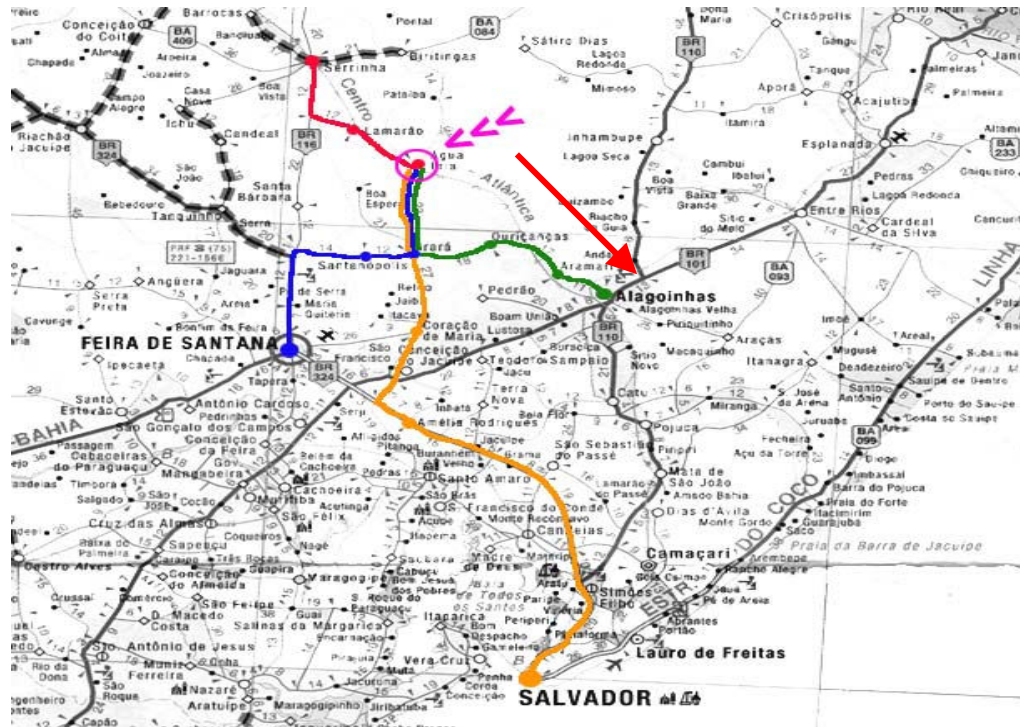


Figura 2: Mapa da Região de Alagoinhas

Fonte: www.cajufest.com.br/imagens/mapa_geral.jpg

Quanto á localização, a cidade está distante 107 km de Salvador, sendo ligada a capital pela BR-101 e BR-116, possui um clima úmido e sub-úmido com temperatura média anual de 24,2° C e período chuvoso de abril a junho.

Durante muito tempo, a principal base econômica foi à agricultura de mandioca, fumo e laranja. Esta última deu-lhe a denominação popular de “Terra da Laranja”, porém sua produção diminuiu muito em quantidade e qualidade. Atualmente o comércio é a base da economia, acrescida da indústria de pequeno porte (saboarias, cerâmicas, artefatos, de couro, mármore, e placas de gesso). Contando, ainda, com o Distrito Industrial de Sauípe, com empresas de médio e grande porte. (ALAGOINHAS, 2002).

De acordo com o Plano de Desenvolvimento Regional, Alagoinhas encontra-se inserida na Macro-região Nordeste, sendo o município - pólo ou cidade de referência para a microrregião, sendo composta por outros dezoito municípios, a saber: Acajutiba, Alagoinhas, Aporá, Araças, Aramari, Cardeal da Silva, Catu, Crisópolis, Esplanada, Entre Rios, Inhambupe, Itanagra, Itapicuru, Jandaíra, Ouriçangas, Pedrão, Rio Real, Sátiro Dias (BAHIA, 2004).

O município de Alagoinhas encontra-se na Gestão Plena do Sistema Municipal, a qual prevê mudanças na forma de organização e repasse de verbas destinadas á saúde no âmbito municipal para que o mesmo responda efetivamente, a ABS e os serviços de média e alta

complexidade, na garantia de serviços que respondam integralmente as necessidades da população.

Alagoinhas dispõe de 23 equipes de PSF, com cobertura de aproximadamente 52% da população do município. Nas Unidades de Saúde da Família são ofertados os seguintes programas e serviços: planejamento familiar, pré-natal, imunização, abordagem sindrômica da prevenção das doenças sexualmente transmissíveis e AIDS, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de crianças, teste do pezinho, bolsa família, AIDPI (Atenção integral às Doenças Prevalente na Infância), distribuição de medicamentos essenciais do componente farmácia básica, visitas domiciliares e atividades em saúde bucal. (ALAGOINHAS, 2007).

QUADRO 2 Distribuição das Unidades de Saúde da Família de Alagoinhas – BA, 2008.

Nº de Ordem	Nome da USF	Localização	Nº de Equipes
01	21 de setembro	Urbana	01
02	Flávio Cavalcante	Urbana	01
03	Jardim Petrolar	Urbana	01
04	Lírio dos Vales	Urbana	01
05	Nossa Senhora de Fátima	Urbana	01
06	Nova Brasília	Urbana	01
07	Pau Brasil	Urbana	01
08	Pró-Saúde	Urbana	01
09	Renovação/São José Operário	Urbana	02
10	Sagrada Família	Urbana	01
11	Santa Terezinha	Urbana	01
12	Santo Antônio	Urbana	01
13	São Cristóvão	Urbana	01
14	Taizé / Praça Kennedy	Urbana	02
15	URBIS III	Urbana	01
16	Boa União	Rural	01
17	Estevão	Rural	01
18	Miguel Velho	Rural	01
19	Narandiba	Rural	01
20	Riacho da Guia	Rural	01
21	Sauípe	Rural	01

FONTE: Informações obtidas durante a coleta de dados junto à SMS, no período de agosto/dez 2008.

As ações de média complexidade são ofertadas em unidades ambulatoriais e hospitalares municipais e/ou conveniadas com o SUS. As ações compreendem atividades em quatro especialidades básicas (clínica médica, pediatria, obstetrícia e cirurgia), urgência/emergência e atendimento e traumato - ortopedia.

As unidades de média complexidade têm como referência, o Centro Municipal de Atendimento Especializado (CEMAE), que disponibiliza a comunidade especialidades de

dermatologia, cardiologia, mastologia, urologia, otorrinolaringologia, gastroenterologia, pneumonia e angiologia; além de realizar pequenas cirurgias e autorizar internações hospitalares e exames complementares. (ALAGOINHAS, 2007).

A Maternidade Municipal realiza os atendimentos de emergência obstétrica, partos normais e cesarianos, laqueaduras – além de exames complementares (ultra-sonografia e outros). (ALAGOINHAS, 2007).

O Laboratório Central Municipal de exames clínicos, tem capacidade de oferta para a maior parte dos exames requeridos a um município em Gestão Plena; o Centro de Atenção Psicossocial - CAPS realiza o cuidado ao portador com distúrbio mental, através do desenvolvimento de atividades terapêuticas, composta por uma equipe multiprofissional (psiquiatra, enfermeira, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, auxiliar de enfermagem e farmacêutico) e funciona em período integral. (ALAGOINHAS, 2007).

As urgências e emergências (clínicas, pediátricas, cirúrgicas e ortopédicas) são encaminhadas ao Hospital Regional Dantas Bião (HGDB), unidade que encontra-se sob responsabilidade do governo estadual. Emergências ortopédicas e cirurgias eletivas são realizadas também pela rede privada contratada. O Serviço de Atendimento Móvel de Urgências - SAMU, implantado desde setembro de 2004, atua em regime de plantão, diariamente, através da assistência pré-hospitalar. (ALAGOINHAS, 2007).

Quanto às ações de alta complexidade, o município dispõe de terapia renal substitutiva, Unidade de terapia Intensiva (UTI), oncologia, e exames de alta complexidade como tomografia, ressonância e cintilografia óssea (estes serviços são terceirizados, através de clínicas do setor privado, no próprio município) (ALAGOINHAS, 2007).

3.3 Sujeitos do estudo

Por se tratar de um estudo qualitativo, delimitamos os participantes deste estudo, através de grupos de representação, por entendermos ser necessário à participação de diferentes olhares, saberes e práticas que fossem capazes de refletir a totalidade do objeto em estudo, em suas múltiplas dimensões.

A amostragem ideal, que de acordo Minayo (1999) deveria ser definida por saturação e relevância das informações, e das observações que podem trazer contribuições significantes e adequadas ao delineamento do objeto em estudo, que foi demarcada para este estudo, através de um número de entrevistados por grupo de representação, de acordo com as

orientações da saturação teórico-empírica. Abaixo, justifica-se a escolha de cada grupo de entrevistados.

Grupo I: trabalhadores de saúde - sujeitos que compõem as Equipes de Saúde da Família, envolvendo todos que participam das atividades pertinentes ao programa, desde o porteiro da Unidade Saúde da Família até o profissional com maior graduação. Foram escolhidos sujeitos que atuam em duas unidades (uma na zona urbana e outra na zona rural), totalizando 10 entrevistados (médico, enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem, agente comunitário de saúde).

Grupo II: Usuários do PSF: este grupo foi composto por sujeitos que utilizam os serviços ofertados no SUS e se constituíram como centro do processo de ação da saúde, com capacidade em expressar impressões referentes ao acesso, acolhimento, vínculo, responsabilização e resolubilidade no desenvolvimento das práticas, para atender possíveis demandas da população, frente as suas necessidades, individuais e/ou coletivas. A escolha se deu de forma aleatória no momento da observação no campo. Os usuários entrevistados foram todos maiores de 18 anos, cadastrados há mais de um ano no programa e constituiu-se num universo de 05 entrevistados.

Grupo III: referem-se às pessoas que supostamente tenham um conhecimento mais aprofundado e detalhado sobre o assunto de interesse específico ao objeto a ser pesquisado, correspondendo, portanto, a gestão municipal como coordenador da ABS, coordenador do PACS/PSF, coordenador do setor de regulação e avaliação, diretoria de planejamento gerentes de unidades, conselho municipal de saúde e outros. Foram entrevistados seis informantes-chaves.

Dessa forma, participaram do estudo 21 sujeitos no total, identificados de acordo com o grupo ao qual pertenciam e com o número que correspondeu à ordem em que estes foram entrevistados de acordo cada grupo. Assim temos a seguinte identificação: para os **trabalhadores**, Grupo I, Ent.01 até Ent.10, para os **usuários**, Ent.01 até Ent.05, para os **informantes-chave** Grupo III, Ent. 01 até E 06, Grupo III. Estes sujeitos foram caracterizados de acordo com os Quadros 3,4 e 5 a seguir.

QUADRO 3 Características dos trabalhadores de saúde das USF. Alagoinhas-BA, agosto/dezembro 2008.

Identificação	Sexo	Formação	Tempo no serviço	Função/cargo
Ent.01	F	Médica Esp. Pediatria	03 anos e 09 meses	Médica
Ent.02	F	ACS	07 anos	ACS
Ent.03	M	Médico Esp. Saúde Pública e Pediatria	01 ano e 02 meses	Médico
Ent.04	F	ACS	08 anos	ACS
Ent.05	F	ACS	16 anos	ACS
Ent.06	F	Técnica de Enfermagem Curso Téc. Enfermagem do trabalho	08 anos	Técnica Enfermagem
Ent.07	F	Técnica de Enfermagem	04 anos	Técnica de Enfermagem
Ent.08	F	Enfermeira Esp. Saúde Coletiva	7 anos e 5 meses	Enfermeira e Coordenadora da USF
Ent.09	F	Enfermeira Esp. Saúde Coletiva	1 ano e 10 meses	Enfermeira e Coordenadora da USF
Ent.10	F	ACS	07 anos	ACS

QUADRO 4 Caracterização dos usuários das Unidades de Saúde da Família de Alagoinhas-BA, agosto/dezembro de 2008.

Identificação	Sexo	Idade	Formação	Escolaridade	Tempo que usa o serviço
Ent.01	F	60 anos	Do Lar		07 anos
Ent.02	F	41 anos	Do lar	5ª série	07 anos
Ent.03	F	32 anos	Do Lar	7ª série 1º grau incompleto	07 anos
Ent.04	F	31 anos	Estudante	1º ano 2º grau incompleto	05 anos
Ent.05	F	28 anos	Do lar	Ensino Fundamental	03 anos

QUADRO 5 Características dos informantes-chave do estudo. Alagoinhas-BA, agosto/dezembro 2008

Identificação	Sexo	Formação	Tempo no serviço	Função/Cargo
Ent.01	F	Enfermeira	01 ano e 9meses	Coordenadora Municipal PACS/PSF
Ent.02	F	Cirurgiã-dentista Esp. em Saúde da Família e Saúde Coletiva	18 anos	Coordenadora e Supervisora de Nível Superior das ESF
Ent. 03	F	Enfermeira Esp. em Saúde Pública e Auditoria	22 anos	Coordenação do Setor Auditoria, Controle, Regulação e Avaliação
Ent.04	M	Técnico em Enfermagem Estudante Direito	22 anos	Conselheiro Municipal de Saúde
Ent. 05	F	Enfermeira Esp. em Clínica Médica	20 anos	Coordenadora Municipal de Planejamento
Ent.06	F	Técnica em Enfermagem Curso Técnico Enfermagem do Trabalho	16 anos	Supervisora Nível Médio das ESF

3.4 Técnicas de coleta de dados

Para a coleta de dados utilizaram-se as entrevistas semi-estruturadas e a observação das práticas. A opção pela entrevistas se deu pela possibilidade de valorizar a presença do investigador, oferecendo “todas as perspectivas possíveis para que o informante alcance a liberdade e a espontaneidade necessárias, enriquecendo a investigação” (TRIVIÑOS, 1987, p.146).

QUADRO 6: Síntese do Processo Teórico – Empírico de Análise

OBJETIVO	TÉCNICAS DE COLETA	SUJEITOS ENTREVISTADOS	DIMENSÕES DE ANÁLISE	R E S O L U B I L I D A D E
Analisar a produção das práticas de saúde, proporcionada pela ESF em Alagoinhas-BA, considerando as dimensões de análise (acesso, acolhimento, vínculo, responsabilização e resolubilidade), na construção da integralidade da atenção à saúde	Entrevista Observação	Informantes-chave Trabalhadores Usuários	Acesso Acolhimento Vínculo Responsabilização	
RESOLUBILIDADE				

As entrevistas foram realizadas através de questões norteadoras com trabalhadores de saúde (Apêndice A); usuários (Apêndice B) e com informante-chave (Apêndice C), questões estas, elaboradas em conformidade com os objetivos referidos anteriormente. Os roteiros das entrevistas tiveram o propósito de direcionar os relatos dos entrevistados, permitindo assim que o recorte temático da pesquisa seja contemplado de acordo as representações dos diferentes sujeitos que compõe o campo de estudo. As entrevistas foram gravadas, com autorização prévia do depoente, com horário e locais agendado previamente.

A observação sistemática da produção da prática constituiu-se em outra técnica de coleta de dados e teve duração de 32 horas. Para a sua realização foi elaborado um roteiro norteador (Apêndice D), para que a observação ocorresse de forma sistematizada nos espaços onde são desenvolvidas as linhas de cuidado do PSF, atentando sempre para o comportamento, atitude, ações desenvolvidas e diálogos mantidos entre os profissionais do PSF e os usuários assistidos pelos mesmos. Utilizamos para coleta de dados o quadro síntese do processo teórico – empírico de análise de dados a partir dos objetivos, das técnicas de coleta de dados, dos sujeitos entrevistados e das dimensões de análise.

3.5 Análises de dados empíricos

A análise dos dados foi orientada pelo método de análise de conteúdo temático das entrevistas com base em Minayo (1999), realizada em três etapas básicas, estabelecidas por Minayo (1999) e retraduzidas por Assis e Jorge (2007): ordenação, classificação e análise final dos dados.

3.5.1 Ordenação dos dados

Essa etapa teve como objetivo estabelecer uma identificação do material empírico coletado no campo de estudo. Assim, no primeiro contato com o material empírico coletado, realizamos a transcrição fiel e em seguida fizemos a leitura preliminar do material transcrito, organização dos diferentes dados contemplados nas entrevistas e observações, com o intuito de estabelecer um mapeamento horizontal do material empírico coletado no campo de estudo, organizando-o em diferentes conjuntos. As entrevistas foram classificadas nos Grupos I, II e III.

Vale lembrar que o conteúdo manifesto transcrito dos depoimentos tenta ser o mais fiel possível de como cada sujeito faz uso da língua.

3.5.2 Classificação dos dados

No primeiro momento foi realizada a **leitura exaustiva e “flutuante”** dos textos contidos nas entrevistas, recortando e realizando a síntese vertical ou geral, de cada unidade de análise, o que possibilitou a visualização das idéias centrais sobre o tema em foco, e a construção das categorias empíricas, a partir de algumas convergências encontradas, o que caracteriza o sentido das representações das falas ou outras formas de expressão, relacionadas ao objeto de estudo com direcionamento para sistematizar a análise (ASSIS, 1998).

Os dados contidos nas entrevistas foram classificados a partir de **núcleos de sentido** que emergiram da leitura repetitiva dos textos, bem como, das questões norteadoras e dos objetivos propostos, a saber: práticas. acolhimento, acesso; vínculo e responsabilização, resolubilidade.

Em cada entrevista, recortamos os fragmentos das falas correspondentes aos núcleos de sentido os quais foram inseridos em “gavetas”, tendo sido organizado três quadros de análise correspondente aos três diferentes grupos de sujeitos.

QUADRO 7 Síntese do cruzamento das entrevistas do Grupo I – Trabalhadores de Saúde. Alagoinhas-BA, agosto/dezembro 2009.

Núcleos de sentido	Ent. 1	Ent. 2	(...)	Ent. 10	Síntese horizontal
Práticas					
Acolhimento					
Acesso					
Vínculo-responsabilização					
Relações entre os sujeitos					
Resolubilidade					
Síntese vertical					

Realizamos um quadro para cada grupo de entrevistados como o representado no modelo abaixo e logo em seguida foi realizado uma síntese. Posteriormente, cruzamos a síntese de cada núcleo entre os diferentes grupos. O quadro a seguir demonstra essa nova etapa.

QUADRO 8 Síntese dos cruzamentos dos núcleos de sentido entre os Grupos I, II e III. Alagoinhas-BA, agosto/dezembro 2009.

Núcleos de sentido	Grupo I	Grupo II	Grupo III	Síntese horizontal ¹
Práticas				
Acolhimento				
Acesso				
Vínculo-responsabilização				
Relações entre os sujeitos				
Resolubilidade				
Síntese vertical²				

¹ **Síntese Horizontal:** : a síntese de cada núcleo de sentido pelo conjunto de entrevistados , identificando convergências, divergências e complementaridades.

² **Síntese Vertical:** a síntese de cada entrevistado em relação à totalidade dos núcleos de sentido.

Após a construção desses quadros, os dados empíricos foram entrecruzados, a partir da síntese horizontal de cada núcleo de sentido e também da síntese vertical. A primeira nos

possibilitou identificar convergências, divergências e complementaridades das idéias de cada entrevistado e da observação sistemática. Já a síntese vertical nos deu uma idéia geral de cada entrevistado sobre os núcleos de sentido.

Em seguida, efetuamos a leitura transversal de cada corpo ou *corpus* de comunicação, estruturados a partir dos núcleos de sentido, percebidos nos diferentes grupos de representações dos sujeitos que compõem a análise, fazendo-se a filtragem dos temas mais relevantes relacionados ao objeto, aos objetivos e o referencial teórico do estudo. A partir dessa leitura consolidamos as categorias do estudo.

QUADRO 9 Síntese dos cruzamentos das categorias empíricas do Grupo I, Alagoinhas-BA, agosto/dezembro 2009.

Categorias Empíricas	Ent. 01	Ent. 02	Ent. 10	Síntese Horizontal
Práticas de Saúde na Estratégia Saúde da Família: procedimento -centrada e organizada em ações programáticas por grupo de risco. Acesso restrito e focalizado em ações programáticas: demanda organizada x espontânea Acolhimento dos usuários no PSF: limites e contradições das “boas relações” x resolubilidade Vínculo – responsabilização: encontros e desencontros entre equipe, comunidade e gestão do PSF				

Destacam-se nesse momento, as “estruturas de relevância”, que significa segundo Minayo (1999) a apreensão das idéias centrais do texto e/ou fala e a transmissão dos momentos-chave de sua existência sobre o tema em foco.

QUADRO 10 Síntese dos cruzamentos das categorias empíricas entre os Grupos I, II e III Alagoinhas-BA, agosto/dezembro 2009.

Categorias Empíricas	Grupo I	Grupo II	Grupo III	Síntese horizontal
Práticas de Saúde na Estratégia Saúde da Família: procedimento -centrada e organizada em ações programáticas por grupo de risco. Acesso restrito e focalizado em ações programáticas: demanda organizada x espontânea Acolhimento dos usuários no PSF: limites e contradições das “boas relações” x resolubilidade Vínculo – responsabilização: encontros e desencontros entre equipe, comunidade e gestão do PSF				

Em relação às observações, estas não foram analisadas a partir de quadros classificatórios. Os dados coletados foram sendo articuladas durante a análise, tomando, como ponto de partida, as categorias empíricas, trazendo os elementos convergentes, divergentes e complementares, estabelecendo interfaces entre os vários discursos analisados, onde os pontos de vistas diferentes possibilitaram a verificação e validação da pesquisa por meio do uso de diversas técnicas de análise simultaneamente.

Assim, segundo Minayo (1999, p.237), “a investigação social enquanto processo de produção e produto é ao mesmo tempo uma objetivação da realidade e uma objetivação do investigador que se torna também produto de sua própria produção”.

O capítulo de análise e discussão dos resultados, a seguir, toma como ponto de partida, os depoimentos dos entrevistados estabelecendo interfaces com as observações e com o referencial teórico, para configurar-se como um todo.

3.6 Aspectos Éticos da Pesquisa

Em obediência a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que determina as diretrizes e normas que regulamentam as pesquisas envolvendo seres humanos esta pesquisa tomou a precaução para que todos os direitos dos sujeitos da pesquisa fossem respeitados. Para isso foi elaborado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice E) adequado à compreensão dos diferentes sujeitos da pesquisa.

O material coletado foi organizado em bancos de dados pelos pesquisadores e bolsistas de Iniciação Científica do NUPISC e após sua organização em um banco de dados, será destruído.

Os pesquisadores asseguraram o anonimato das informações, buscando respeitar a integridade moral, intelectual, social e cultural dos sujeitos envolvidos na pesquisa.

Esta pesquisa teve como **benefícios** proporcionar reflexões críticas sobre a produção da prática no PSF e rediscutir o modelo de atenção à saúde, redefinir rumos para a ABS e propor políticas a serem implementadas em Alagoinhas–BA.

Os possíveis **riscos** estão relacionados ao desconforto devido ao aparecimento de possíveis conflitos de opiniões ou pelo sentimento por parte dos trabalhadores de saúde de estarem sendo fiscalizados ou auditados. Os informantes-chave poderiam sentir-se incomodados, com o processo de avaliação ou fiscalizados, e os usuários poderiam se sentir inibidos para expor as suas opiniões com receio de influenciar no atendimento que necessitam. No entanto, os sujeitos poderiam a qualquer momento desistir de participar da pesquisa.

A coleta de dados iniciou após aprovação do projeto pelo Conselho de Ética na Pesquisa da UEFS, sob CAAE nº 0033.0.059.000-08.

4. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS ⁶

4.1 Artigo 1: Produção das Práticas na Estratégia Saúde da Família: limites e desafios

Wilza Carla Mota Brito Lima¹ ; Marluce Maria Araújo Assis²

Universidade Estadual de Feira de Santana, Discente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Núcleo de Pesquisa Integrada em Saúde Coletiva (NUPISC). Docente, Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, Brasil

Resumo

Este estudo sobre produção das práticas de saúde na Estratégia Saúde da Família, no município de Alagoinhas-BA, com objetivo de analisar a produção das práticas de saúde, proporcionadas pela ESF em Alagoinhas-BA, considerando as dimensões de análise de (acesso, acolhimento, vínculo, responsabilização e resolubilidade), na construção da integralidade da atenção à saúde. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, com coleta de dados através de entrevista semi-estruturada e observação sistemática. Os resultados revelaram Práticas de Saúde na ESF de forma procedimento-centrada, organizada em ações programáticas por grupo de risco, com demanda modular e regulada; o acesso é restrito e focalizado em ações programáticas por demanda organizada e espontânea; o acolhimento das equipes de saúde é pautado em um conjunto de problemas delimitados; o processo de vínculo-responsabilização está associado as “boas relações” e o processo terapêutico ocorre de distintas maneiras. Percebe-se a incorporação de tecnologias leves por algumas ESF, porém com baixa resolubilidade na cadeia organizativa do sistema.

Descritores: Práticas, Estratégia Saúde da Família, Acesso aos serviços de Saúde, Acolhimento, Vínculo, Sistema de Saúde, Atenção Primária à Saúde.

⁶ A análise e discussão dos resultados serão apresentadas em forma de artigo científico, conforme as normas do periódico que será encaminhado (Cadernos de Saúde Pública), ou seja são normas de Vancouver.

Abstract

The study on production of health practices in the Family Health Strategy in the municipality of Alagoinhas, Bahia, in order to analyze the production of health practices, provided by the FHS in Alagoinhas, Bahia, considering the dimensions of analysis (access, hosting, relationship, accountability and resolution), the construction of the whole of health care. This is a qualitative research, with data collection through semi-structured and systematic observation. The results revealed Practices of Health in ESF in procedure-oriented, organized in programmatic actions for at-risk group, with demand and modular set, the access is restricted and focused on demand in programmatic actions organized and spontaneous, the host of teams of health is based on a number of problems identified, the process of accountability is associated with link-the "good relations" and the therapeutic process occurs in different ways. We find the incorporation of technology by some light FHS, but with low resolution in the chain's organizational system.

Descriptors: Practice, the Family Health Strategy, Access to health services, home, Link, Health System, the Primary Health.

Introdução

Em 1988, a Constituição Brasileira possibilitou o desenvolvimento de ações e estratégias na perspectiva de promoção da saúde e qualidade de vida ao implantar o Sistema Único de Saúde (SUS), como política de saúde nacional. O SUS deveria ser respeitado em todo território brasileiro e nos serviços de saúde de qualquer natureza, devendo para tanto, está organizado a partir de três diretrizes: a descentralização, com direção única em cada esfera de governo; a participação da comunidade e o atendimento integral.

A integralidade da atenção na produção das práticas de saúde vem se constituindo no Brasil como um dos maiores desafios. Desafio compreendido aqui, não apenas como uma questão institucional ou política, mas, sobretudo como um desafio cultural, para romper com formas cristalizadas que conformam o fazer e agir em saúde.

No presente estudo, a integralidade, constitui-se em um potente “dispositivo” para desencadear processos de transformação das práticas de saúde, permitindo um (re) direcionamento do modelo de atenção à saúde. Nesse contexto, o profissional de saúde teria que repensar as práticas desenvolvidas no seu cotidiano; rever os valores e conhecimentos de

todos os sujeitos envolvidos no processo de produção social da saúde, para favorecer a construção de uma consciência sanitária¹. Além disso, a integralidade é uma bandeira de luta, pois parte de uma imagem objetivo, entendida como um conjunto de valores relacionados a uma sociedade mais justa e mais solidária^{2,3,4}.

Nessa perspectiva, dispositivo é considerado tudo aquilo que se contrapõe às estruturas funcionais e ao poder hegemônico, portanto, está a serviço da mudança, da transformação, da construção e produção do novo^{5,6}.

Dessa forma, o dispositivo também chamado de agenciamento, poderia manter ameaçar, destruir ou transformar os espaços de intervenção que operam as práticas de saúde. Em síntese, o desencadear de uma transformação depende de interpenetrações, cujo resultado conduzirá a possibilidades que se caracterizam “por criar dispositivos que não respeitam os limites das unidades organizacionais fortemente constituídas, gerando assim movimentos e montagens alternativas, marginais e até clandestinos às estruturas oficiais consagradas” (p 38).⁵

Diante desse contexto, a Estratégia Saúde da Família (ESF), enquanto dispositivo de mudança das práticas de saúde, evoluiu das características iniciais de um programa que operacionalizava uma política de focalização da Atenção Básica à Saúde (ABS) em populações excluídas do consumo dos serviços, para o sentido de estratégia com caráter substitutivo do modelo assistencial vigente, para ser um espaço de reorganização que possa garantir a universalização do acesso aos serviços de saúde⁷.

Assim, esse novo modelo teria que atender para as necessidades de saúde da população em um determinado território, bem como, articular mudanças na organização da atenção de média e alta complexidade, garantida por políticas de regulação e controle para assegurar a resolubilidade na rede de serviços. Ressalta-se a necessidade de desenvolver um novo jeito de fazer saúde, incorporando o conceito positivo de saúde e a integralidade da atenção no cotidiano das práticas, deslocando dessa forma, o olhar centrado na doença.

A atenção à saúde na ESF deve ser voltada para a família, com um olhar integral sobre o ambiente em suas dimensões sociais e culturais, possibilitando às equipes uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e das necessidades de saúde; de intervenções que vão além de práticas curativas, com a perspectiva de troca de saberes e fazeres com a comunidade, as quais se encontram vinculadas, com a possibilidade de valorização e adoção de novas práticas e diferentes saberes, que se constituirão essenciais para uma abordagem integral e resolutiva no campo da saúde⁸. Ou seja, o reconhecimento da criação de vínculos de confiança com ética, compromisso e respeito através do trabalho em equipe como uma rede de relações

entre pessoas, produzidas permanentemente no dia-a-dia, com múltiplas possibilidades de significados, encontros e desencontros, satisfações e frustrações, lágrimas e sorrisos⁹.

No campo das práticas em saúde integrais, mas especificamente nas relações estabelecidas no processo de trabalho das equipes, as tecnologias são compreendidas como um conjunto de saberes e instrumentos que expressam nos processos de produção dos serviços a rede de relações sociais entre agentes e práticas, conformada em uma totalidade social, que é constituída não apenas pelo saber, mas também pelos seus desdobramentos materiais e não-materiais^{5, 10}.

Ao teorizar sobre a micropolítica do processo de trabalho em saúde, Merhy¹¹ afirma ser um “trabalho vivo em ato”, possível de acontecer em um processo de relações, em ato, em ação, no momento do trabalho agregando a inter-subjetividade, sempre que possível. Considera as tecnologias que permeiam o trabalho em saúde em três tipos: leve, opera no campo das relações, tecnologia leve-dura, a que operacionalizada a partir de um saber estruturado agregando a clínica médica e a epidemiologia e, a dura, aquela que utiliza as máquinas os recursos tecnológicos.

A abordagem apontada acima possibilita considerar o sujeito de forma singular/coletiva, com desejos e aspirações, respeitando suas crenças, valores e as possibilidades terapêuticas que satisfaçam as necessidades das pessoas para torná-las mais autônomas, sem, contudo desprezar a clínica, a epidemiologia, a razão e a emoção que são atributos indispensáveis nas práticas de saúde. Nessa perspectiva, pode-se considerar que a maior marca da integralidade é “buscar compreender o conjunto de necessidade de ações e serviços de saúde que um paciente apresenta” (p.50)².

Nessa perspectiva, o “objeto” de trabalho deve ser redimensionado, inserindo e valorizando a questão do “sujeito” e a sua singularidade. Os objetivos do trabalho em saúde também seriam redefinidos, visando “produção de saúde e a co-construção de capacidade de reflexão e de ação autônoma para os sujeitos envolvidos no processo: trabalhadores e usuários” (p.669)¹².

Diante do exposto, a produção de práticas integrais na ESF deve ser pautada nas seguintes dimensões de análise: acesso, acolhimento, vínculo, responsabilização e resolubilidade, conforme definições resumidas no Quadro 1.

Com base nessas considerações, estabeleceram-se os seguintes objetivos: analisar a produção das práticas em saúde, proporcionada pela ESF, considerando as dimensões de análise apontadas acima.

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, crítico-reflexiva, por possibilitar trabalhar com universos de sentidos e significados sociais, e o envolvimento e participação dos sujeitos por meio de diferentes olhares, saberes e práticas, capazes de refletir a totalidade do objeto em estudo, em suas múltiplas dimensões.

O estudo foi realizado em duas unidades de saúde da família em que atuavam os profissionais da Secretaria Municipal de Saúde de um município do Estado da Bahia, Brasil. O município escolhido encontra-se na Gestão Plena do Sistema Municipal, respondendo pela atenção básica e pelos serviços de média e alta complexidade da rede local de saúde. Na atenção básica funcionam duas estratégias de reorganização, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa Saúde da Família (PSF), até dezembro de 2008, o município contava com 24 equipes de saúde da família responsáveis, aproximadamente, por 52% de cobertura da população. As equipes de saúde bucal foram implantadas em 2001, contando até o término da pesquisa de campo com 12 equipes.

Como ponto de partida foi definido inicialmente, um número de entrevistados por grupo de representação, totalizando 21 entrevistados: Grupo I: trabalhadores de saúde - 02 médicos, 02 enfermeiros, 02 técnicos de enfermagem e 04 Agentes Comunitários de Saúde (ACS); Grupo II: 05 usuários que utilizam os serviços ofertados pelo PSF foram escolhidos aleatoriamente no momento da observação no campo; grupo III: 06 informantes-chave: um coordenador do PACS/PSF, um supervisor de unidade de nível superior, um supervisor de nível médio, um coordenador do setor de regulação, controle, avaliação e auditoria, um coordenador do setor de planejamento e um conselheiro municipal de saúde.

Os dados foram coletados no período de agosto a dezembro 2008, orientados por roteiro, constando informações acerca do participante do estudo, em relação às práticas desenvolvidas no PSF, por meio das dimensões de análise de acesso: tipo de demanda, número de vagas, consultas agendadas, critérios de marcação de consulta, entre outros; acolhimento, vínculo-responsabilização: relações estabelecidas entre os membros da equipe com os usuários do programa e responsabilização na definição do projeto terapêutico; e resolubilidade: encaminhamentos para outras unidades, como são resolvidas as demandas dos usuários. As entrevistas foram gravadas, transcritas e conferidas com a gravação oral. As observações das práticas duraram 32 horas e foram registradas em um diário de campo. Os entrevistados foram apresentados a partir da classificação que receberam, enquanto grupos e

numeração de acordo com cada entrevista, por exemplo grupo 01, entrevistado 01 (GI, ent. 01).

A análise dos dados foi orientada por três etapas: ordenação, classificação e análise final dos dados, pelo método de análise de conteúdo temático com base em Minayo¹³, e das observações da prática, que possibilitou uma análise dos elementos subjetivos que atravessam a produção da prática, referente aos diversos momentos de fluxo de usuários na rede de atendimento SUS.

Para operacionalizar a pesquisa, todos os sujeitos entrevistados receberam um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, constando de esclarecimentos sobre a pesquisa, com solicitação para o fornecimento das informações necessárias e autorização para a participação no estudo. Esse termo está de acordo com a Resolução n. 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, que estabelecem diretrizes e normas regulamentadoras em pesquisas envolvendo seres humanos¹⁵. O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, da Universidade Estadual de Feira de Santana, que avaliou a pertinência do mesmo, os objetivos da pesquisa e os riscos e/ou benefícios a que estão vulneráveis os participantes da investigação.

Apresentação e discussão dos resultados

Práticas de Saúde na Estratégia Saúde da Família: procedimento-centrada e organizada em ações programáticas por grupo de risco.

A ESF através da incorporação de novas práticas de saúde, com possibilidades de promover saúde e prevenir doenças, trabalhar com população adscrita e grupos populacionais bem definidos, poderia ser o local ideal para o exercício de práticas e saberes alternativos ao modelo hegemônico.

Referente a isto os entrevistados quando abordados sobre as práticas desenvolvidas afirmam que:

PSF foi modificado, pois o enfermeiro e o médico estão apenas medicando. O PSF, com tendência mais para saúde curativa, o PSF antes cuidava de toda uma família e via-se resultado, hoje virou consultório, o paciente entra e muitas das vezes ele não chega nem a dizer o que ele sente [...] (G III, Ent. 06)

Aqui na unidade o médico atende passa o remédio e também às vezes manda nós, pra outro local. Agente participa da consulta, quando fala pro médico o que agente sente (G.II, Ent. 05)

Isso ai agente trabalha primeiro, com as normas do Ministério, tratamento de hipertenso agente da prioridade a o quê? A medicação que tem do Ministério de Saúde [...]. (G I, Ent. 08)

Nessa perspectiva, evidencia-se no discurso dos grupos de entrevistados que a prática desenvolvida na USF está centrada em consultas médicas individuais e o projeto terapêutico está pautado no ato prescritivo, contrariando a compreensão de uma estratégia que visa à transformação do modelo de atenção à saúde, com reorganização das práticas, que possibilite articular e desenvolver projetos terapêuticos inclusivos, valorizando a singularidade de cada sujeito, bem como, ações promotoras de saúde e preventivas que visem intervir nas diversas dimensões relacionadas à forma de adoecer e sofrer das pessoas.

Os discursos dos entrevistados a seguir, convergem quanto à forma de organização do serviço de saúde, revelando que as equipes de saúde, têm planejado as suas ações, através da demanda e da oferta do atendimento aos usuários, incluindo as ações programáticas por grupos de risco e contribuindo para a permanência do modelo médico-centrado.

Trabalham na lógica das práticas programadas, ainda que entendam sobre a Estratégia Saúde da Família. Atendimento pautado na clínica e encaminhamentos para outros níveis de atenção, onde o contexto familiar ou outros problemas associados são desconsiderados (G III, ent.01)

Cada equipe tem liberdade em usar estratégias para atender a sua demanda, seja por demanda organizada ou demanda espontânea, podendo ser ou não resolutivo, o serviço é distribuído por grupos de riscos [...]. (G III, ent.. 02)

Utilizam demanda livre e organizada por grupos de risco (G III, ent.. 06)

Durante o processo de observação percebeu-se a organização dos serviços ofertados pela ESF, e constatou-se que este tem se conformado na prática, ao modelo da ação programática de forma verticalizada, pautado nas diretrizes das políticas centrais.

As Ações Programáticas em Saúde é um modelo que delimita o objeto de intervenção no âmbito dos serviços como sendo “necessidades sociais de saúde” definidas em função de critérios demográficos, socioeconômicos e culturais, o que promove o estabelecimento de recortes populacionais sobre os quais incidem as ações programáticas.

Assim, o principal objetivo desta proposta, seria tentar aperfeiçoar as práticas com incorporação crítica dos saberes, dos conhecimentos e das tecnologias disponíveis para delimitar os objetos de intervenção, os quais seriam neste caso, os grupos populacionais específicos – mulheres, idosos – ou problemas específicos que se apresentam na prática clínica, relacionando-os no espaço social mais amplo das determinações sociais e políticas, com perspectiva focalizada de atendimento às demandas de saúde da população.

Este modelo⁷ apresenta lacunas numa perspectiva macroorganizacional do sistema, uma vez que, os programas em geral têm sido verticalizados e normativos, sem levar em conta

o processo operativo e as características específicas das populações, dos seus territórios, das condições reais de vida, ficando dessa forma, sem trabalhar a idéia de ações territoriais de prevenção, riscos e agravos.

Dessa forma, a ação programática promove recortes populacionais sobre os quais incidem as ações programáticas direcionadas para os ciclos de vida como: criança, adolescente, mulher, adulto, idoso, delimitando o objeto de intervenção nos serviços de saúde, considerando-os como ‘necessidades sociais’⁷.

Identificou-se também, que apesar da organização da prática obedecer a esta lógica, os informantes-chave percebem como esta vem se conformando, porém nos seus discursos, não apresentaram propostas para a reversão desta situação, talvez ainda não tenham despertado de fato, para os processos de mudança no cenário local.

Acesso restrito e focalizado em ações programáticas: demanda organizada x espontânea

A ESF poderia ser considerada “porta de entrada” para o sistema local de saúde exige uma nova lógica do processo de trabalho, diante do “novo modelo” que determina mudanças na política de saúde local, na perspectiva de universalizar a atenção em saúde, conforme preconiza o SUS.

Evidencia-se que, apesar do SUS ser um sistema hierarquizado, a ABS, enquanto “porta de entrada” no âmbito local, deveria se constituir em um espaço próprio de atendimento com oferta de acesso para a entrada do usuário no sistema de saúde.

A partir das informações empíricas foi possível perceber a existência de problemas organizacionais na rede de serviços de saúde do município, referente ao acesso, não só na ABS, mas em toda a rede de saúde:

As USF estão muito longe de ofertar acesso e tem como **nós** o perfil profissional e a grande demanda. Algumas equipes ainda encaminham o usuário, outras não, a porta é fechada, aumentando assim a demanda, insatisfação e demora em responder a marcação e entrega dos exames (Grupo III, ent. 02).

A coisa não funciona, alguma coisa está errada, que o povo começa a ser maltratado e reclama que o posto não funciona que tem fila ou que o médico não trabalha todos os dias ou que atende um turno só (Grupo III, ent. 03).

O acesso é focalizado, ao restringir o atendimento público a determinados serviços ou programas, e a universalização da atenção se traduz em um sistema segmentado e desarticulado no âmbito interno do sistema público e na cadeia organizativa do sistema como um todo¹⁶

Mesmo sendo contemplado dentro da política de saúde como facilitador para garantir o direito à saúde, o acesso aos serviços de saúde, nem sempre tem sido garantido na sua concretude à população do município pesquisado.

A realidade local vivenciada durante o período da coleta de dados se revelou um sistema de saúde com os serviços de atenção básica caracterizados em sua maioria por uma demanda, a partir de uma oferta restrita na porta de entrada – a recepção, modulado por cartazes informativos sobre o número de vagas, por ordem de chegada e por dias específicos para o atendimento a determinado grupo populacional, presença ou ausência do profissional, tipo de demanda e outros.

Evidenciou-se durante o período de observação que o acesso às consultas, em geral, é de responsabilidade da recepção da unidade com critérios para número de vagas a serem distribuídas e ordem de chegada para distribuição destas, sem utilizar priorização, conforme as peculiaridades de cada usuário.

A primeira opera com o acolhimento, como forma de organizar o serviço, porém mantém o sistema de marcação de consultas para médico, com um diferencial, pois o usuário “não precisa ir para fila pegar a ficha”, a Unidade de Saúde da Família (USF) mantém um sistema de agendamento diário para consultas médicas; o agendamento para enfermagem ocorre com o pré-natal e prevenção do câncer de colo de útero; para a odontologia a distribuição de vagas e marcação do atendimento se dá através de turnos com dias e datas previamente agendadas por microárea, com exceção das intercorrências.

Dessa forma, constata-se através das observações em estudo realizado neste município que as “recepções, nas unidades de saúde se mantêm burocratizadas e conduzidas por critérios administrativos e não técnicos”, conforme estudo realizado anteriormente no município (p. 80)⁴, evidenciados nos discursos a seguir:

As pessoas levantam duas, três horas da manhã pra vim pra cá tirar um ficha, eu acho isso um absurdo, na minha opinião, um absurdo. (Grupo I, ent. 03).

“[...] as filas continuam e os usuários saem de casa às 4 horas da manhã sendo que a USF só abre as 07h30min e quando marca pra de manhã atende de manhã, quando não, é pra tarde. (Grupo II, ent.02)

O paciente vem marcar, pega uma fila e marca, quem chegar primeiro de acordo com a quantidade que ele atende vai ser atendido, e aqueles que vêm sem marcar, no caso de uma urgência, fazem uma triagem e vai se necessário ser atendido logo ou não (Grupo I, ent.06).

Vale ressaltar que mesmo após ter conseguido ultrapassar a barreira para conseguir marcar a consulta, o usuário precisa “driblar” mais uma fila para conseguir ser atendido no dia em que a consulta está marcada.

Diferentemente, a segunda equipe pesquisada, tem um sistema de marcação mensal, com organização a partir das microáreas por ACS. Esta marcação contempla as consultas médicas, de enfermagem e dentista, sendo que o agendamento está atrelado à marcação realizada pelo próprio usuário e obedecendo à hora de chegada.

Assim é possível apontar que o sistema de saúde municipal configura-se como um sistema excludente, sem garantias para o atendimento, onde as pessoas na tentativa de conseguirem uma vaga começam a chegar cada vez mais cedo. Dessa forma, esta constatação coaduna com a pesquisa realizada no município⁴, sendo identificado que o acesso do usuário ao sistema é baseado em “demanda espontânea, a disputa travada por uma vaga para conseguir ser atendido é injusta, configurando o serviço como um serviço excludente, conflituoso e tenso” (p.80).

Observou-se que o atendimento se dá de forma estruturada, onde a oferta é modulada, em conformidade com os programas ministeriais, revelando um sistema que opera organizado em ações programáticas.

Dessa forma, ao analisar os depoimentos apresentados com a observação realizada no campo empírico, percebe-se uma assistência baseada em conhecimentos e tecnologias voltadas para a intervenção de grupos populacionais específicos ou problemas específicos que vão aparecendo na prática do trabalho vivo. Observa-se também, que ainda que as consultas fossem individuais, estas estavam atreladas a algum tipo de grupo populacional.

Revela-se ainda, a ocorrência de consultas, “exageradamente rápidas”, algo em torno de 05 minutos/usuário, estabelecendo relações distantes entre os trabalhadores e usuários. Os trabalhadores restringiam-se geralmente ao problema do momento, sem considerar movimentos capazes de identificar outros problemas que não estavam sendo postos naquele momento. Como mostra o depoimento a seguir:

Ainda que a demanda seja grande é preciso melhorar a consulta profissional e as relações interpessoais. É necessário mudar olhar profissional para a valorização dos movimentos próprios que terá um impacto positivo (Grupo III, ent. 03).

Em síntese, as práticas subjetivas não são consideradas, estabelecendo uma escolha para as relações direcionadas à queixa conduta, consultas e ações pautadas em procedimentos,

gerando baixa resolubilidade, na medida em que os problemas de saúde são resolvidos de forma fragmentada e focalizada.

Considerar a ESF como “porta de entrada” é buscar integrá-lo em uma rede com níveis crescentes de complexidade, com acesso facilitado à população adscrita por meio de ações humanizadas e acolhedoras, situando os usuários no centro do processo e com um certo grau de resolubilidade na cadeia do sistema¹⁶.

Dessa forma pode-se pensar em uma atenção básica resolutiva, que responda as necessidades de saúde de uma dada comunidade como um:

lugar implicado num território de acesso facilitado e próximo à vida cotidiana dos cidadãos, permeável à sua participação que, comprometido com uma atenção integral e com ações coletivas e intersetoriais de saúde, agenciadas por um trabalhador coletivo composto por um conjunto com composição variável de trabalhadores, constrói e incorpora tecnologias e ações de saúde de modo processual, não definido *a priori*, de acordo com um processo histórico relacionado: à capacidade de reivindicação e ampliação concreta das necessidades/direitos dos usuários, à dinâmica de ampliação do cardápio de ofertas por parte da equipe de saúde e ao investimento de um dado governo no estímulo e viabilização desse processo.
(BAHIA, 2008, p.06).

Assim a ESF poderia ser contemplada como um espaço propício de relações próximas com a população adscrita, para desenvolver trabalhos coletivos articulados com outros setores e práticas incorporadas por tecnologias e ações de saúde, sendo operadas de modo processual em busca da garantia da satisfação das necessidades e direitos dos usuários.

Pode-se imaginar a Saúde da Família como estratégia que busque a superação do modelo hegemônico, na tentativa de retratar o processo de trabalho em si, para construção de processos intercessores mediados pelos espaços de escutas, de saberes e práticas interdisciplinares.

Acolhimento dos usuários no PSF: limites e contradições das “boas relações” x resolubilidade

O acesso está interligado ao acolhimento, sendo, portanto, necessário considerar que os serviços de saúde para serem utilizados em sua plenitude, outros aspectos além do acesso são imprescindíveis, aspectos estes como a confiança nos trabalhadores e na equipe, sem perder de vista a competência e responsabilização da equipe no atendimento ofertado na unidade de saúde.

O acolhimento propõe inverter a lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde, partindo da premissa que é preciso atender a todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, garantindo o acesso universal. Enfatiza-se também a necessidade de reorganizar o processo de trabalho, deslocando o eixo centrado no profissional médico, para outro que valorize o trabalho em equipe, qualificando a relação trabalhador usuário, utilizando parâmetros humanitários de solidariedade e cidadania¹⁷.

Dessa forma no presente estudo, uma equipe de saúde da família, mostrou-se como a que desenvolve o acolhimento e que este foi determinante para as mudanças na USF, contribuindo para o estreitamento dos laços entre profissionais e usuários e proporcionando, ainda que relativamente, a resolubilidade: “A equipe após projeto de pesquisa com intervenção modificou a forma de organização do atendimento aos usuários bem como a forma de acolher, como se portar diante da comunidade, como dar as respostas sendo elas positivas ou negativas.” (Grupo I, ent. 09).

O acolhimento possibilita modificação no processo de trabalho e potencializa a ação dos trabalhadores, uma vez que, estes também passam a ser visualizados pelos usuários que podem se sentir co-responsáveis pelo atendimento ofertado a comunidade, conforme refere à entrevistada: “o acolhimento começa pela capacidade do profissional em convencer o usuário, que existem prioridades, então se conversar, se fizer esse trabalho de conversa no balcão, eles entendem e ai ficam satisfeitos, com isso acabou fila de madrugada, que tinha muita fila na madrugada“ (Grupo I, ent. 01).

O acolhimento está pautado em ética, tolerância entre os diferentes, inclusão social com escuta clínica solidária e com compromisso da cidadania, portanto, é resultante das relações no processo de atendimento, no encontro, entre trabalhadores e usuários, com possibilidades de negociações para identificar as necessidades, com conseqüente criação de vínculo e estímulo, com aumento do coeficiente de autonomia¹⁸.

Durante o período da pesquisa nas idas e vindas a USF, percebeu-se que a unidade referida mostra-se diferente, no seu agir do dia a dia, mesmo sem a presença do médico e do enfermeiro, a população procura a USF em busca de atendimento e/ou agendamentos.

Assim, a questão do atendimento está atrelada a demanda organizada pela oferta restrita na “porta de entrada” - a recepção. Nessa direção, a forma como se dá o acesso dos usuários à USF pode conflitar com o princípio da universalidade, considerando que o mesmo é regido por critérios como: ordem de chegada, cartazes explicativos sobre número de vagas, dias específicos atendimento dos grupos, trabalhador presente ou não na unidade, tipo de

demanda, triagem ou seleção prévia de alguns casos, dentre outras formas de regular o acesso ao serviço.

Paradoxalmente, a segunda equipe mantém o sistema verticalizado de atendimento, modulado apenas pelo agendamento de consultas de forma exclusiva, salvo os casos de emergência e urgência. Constatou-se através das observações a esta USF, que além do agendamento, este é subdividido pelos critérios das microáreas por ACS, sendo que esta marcação só ocorre uma vez por mês, excluindo possibilidades de atendimento por um período de 30 dias.

O diálogo seria a condição para acontecer o acolhimento, através da escuta e envolvimento, com a queixa do outro na resolução dos problemas apresentados pelos usuários, sendo imperiosa a co-responsabilização e procura pelo melhor cuidado “sente-se acolhida e sempre perguntam o que agente veio fazer aqui, o que ta precisando” (Grupo II, ent. 05).

O acolhimento não deveria ser colocado como ações individuais dos profissionais, uma gestão democrática e participativa seria necessária para apoiar a equipe. Ressalta-se que, o envolvimento do segmento social, através dos conselhos locais, seria essencial para o acolhimento.

Os discursos dos usuários convergem para o fato que o primeiro vínculo se dá através da recepção ou técnica de enfermagem, e ai ela passa todas as informações que forem necessárias, às vezes até definindo, se o caso apresentado pelo usuário é um problema a ser resolvido, posteriormente, ou não.

Assim, o direito de acesso ao serviço é cerceado pelos trabalhadores da recepção e configura-se como um desencontro entre o usuário e o serviço – um não acolhimento⁶. Ou, como diria Merhy¹⁹: "a função da porta não é mais barrar e limitar o atendimento e, sim, responder aos problemas que ali aparecem de modo criativo, explorando ao máximo as tecnologias leves de que dispomos em nosso saber e em nossas relações" (p.138).

È importante contextualizar que não basta apenas o usuário conseguir entrar na USF, se torna imprescindível que esta porta ofereça também “saída”, outras possibilidades, para o atendimento em outros níveis de atenção, para tentar ofertar uma atenção integral frente às necessidades, apresentadas no plano individual e coletivo.

Entretanto, os usuários entrevistados mostraram-se satisfeitos com o serviço ofertado pela ESF, ainda que percebam em algum momento, as dificuldades, acham o atendimento bom. A insatisfação apresenta-se em relação à referência e contra-referência e para a entrevistada 04, do grupo de informantes-chave: “o acesso na referência só existe na teoria...

Alagoinhas não tem oferta suficiente para a demanda existente e que ao invés de falar que não a tem, preferem criar barreiras.”

Os discursos dos três grupos apontam como “limite”, a ESF à dificuldade de estabelecer mecanismos de referência e contra-referência para os serviços especializados de média e alta complexidade, conforme retratam a seguir:

“Falta informação quanto às cotas a vaga existe e isso não acontece, as marcações se acumulam, marcação não é garantia de atendimento “chega lá não tem a vaga [...]”. (Grupo III, ent. 02)

“[...] muito difícil eu receber uma contra referência de uma especialista, hoje em dia to fazendo relatório rápido de marcação”. (Grupo I, ent.01)

Para agendar e marcar as consultas o usuário precisa vir de madrugada, se a pessoa não chegar no horário certo, não tem mais ficha, “as pessoas levantam duas, três horas da manhã pra vim pra cá tirar uma ficha. (Grupo II, ent.03).

Esta referência estaria associada à questão dos níveis de atenção a saúde, de acordo com o grau de necessidade que cada usuário precisa, a partir do grau de complexidade, para tentar ofertar atenção integral à saúde das pessoas, dentro das atribuições estabelecidas para cada nível de atenção, com um fluxo ordenado de usuários.

Considera-se o acesso aos serviços especializados difícil, geralmente a demora resulta em desistência por parte do usuário da consulta agendada, pois o número de consultas em especialidades é insuficiente frente às necessidades das pessoas, independente da “porta de entrada” que esteja sendo utilizada. As pessoas entram no serviço por onde é mais fácil o acesso, sendo assim o usuário teria que montar o seu cardápio de serviços por sua conta e risco, para buscar onde for possível o atendimento que precisa (p.471)²⁰.

O sistema de saúde local deve estar organizado de forma a atender os usuários dos serviços nos procedimentos de maior complexidade, facilitando assim, o acesso da população à resolubilidade dos seus problemas de saúde. Durante o período de observação foi possível perceber essa dificuldade, tanto por parte dos usuários, quanto dos trabalhadores da ESF, juntos enfrentam, ainda que não percebam estarem lado a lado, foi possível perceber nos momentos da observação, certa angústia, por parte dos profissionais, quando dizem “mais uma vez ao usuário que o exame não retornou da central de marcação de consulta”.

Nessa direção, cada equipe de saúde é responsável por um conjunto de problemas muito bem delimitados, e pelo planejamento e execução de ações capazes de resolvê-los, o que ocorreria por meio da vinculação de cada equipe a certo número de pacientes previamente

inscritos; do atendimento de certa parcela da demanda que espontaneamente procura a unidade, bem como, pela responsabilidade em relação aos problemas coletivos¹.

Dessa forma, seria necessário ampliar e reformar a rede básica de atenção à saúde, para que ocorra de fato, uma maior resolubilidade no SUS, com promoção da saúde, prevenção de riscos e o cuidado com as doenças, bem como a reabilitação de pessoas com problemas crônicos, tendo como “imagem objetivo”, a integralidade nos serviços de saúde com satisfação do usuário.

A pesquisa mostra os limites relacionados à resolubilidade de muitos problemas de saúde que chegam até as equipes de saúde. Pelas informações empíricas foi possível perceber problemas de hierarquização na rede de serviços de saúde, dificultando a garantia do acesso da população aos diversos níveis de atenção a saúde, que foge em muitos momentos da governabilidade dos trabalhadores de saúde.

Vínculo – responsabilização: encontros e desencontros entre equipe, comunidade e gestão do PSF

A ABS ao utilizar tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, para tentar resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância, deveria orientar-se-á pelos princípios da universalidade, acessibilidade e coordenação, vínculo e continuidade, integralidade e responsabilização, humanização, equidade, e participação social.

Assim, o vínculo, enquanto dispositivo orientador de práticas integrais poderia ser usado para tentar compreender as relações sociais nos interiores das ESF, a partir do envolvimento entre os profissionais e as pessoas da comunidade do território adscrito, bem como o compromisso que a gestão tem assumido, na busca da responsabilização e da interação entre os sujeitos na organização das práticas de cuidado.

Os discursos dos entrevistados do grupo dos trabalhadores convergem para a percepção da existência do vínculo entre a equipe do PSF e usuário.

Existe entre a equipe saúde e usuários um vínculo de confiança, interação, não existe um bloqueio, ir lá quando um “não sei como perguntar” quando chegar lá, então já existe uma boa convivência, não existe atrito, barreiras pra poder se dar esse contato direto é, comunidade e profissional (Grupo I, ent.08).

Com os usuários também a relação, a gente... Tem uma relação de confiança mesmo, porque quando a gente procura fazer um bom trabalho, eles confiam. Então a gente tem mesmo esse vínculo muito grande, esse contato muito grande com a comunidade. Eles sabem que não existem barreiras entre a

gente. Ele chega, tem a abertura ali, o canal é aberto o tempo todo, então isso favorece o vínculo e esse respeito que agente tem (Grupo I, ent.09).

O maior vínculo existe com os ACS e a comunidade, e de um ano prá cá que a equipe vem se aproximando mais dos usuários, já tivemos aqui situação que o povo vinha porque não tinha jeito [...] e a responsabilidade acha que todo mundo se responsabiliza (Grupo I, ent.10)

Foi possível perceber que o grupo dos trabalhadores entende e sente a necessidade do estabelecimento do vínculo entre profissionais e usuários, ao passo que, identificam-se algumas equipes que ainda não conseguem interação com a comunidade, para o estabelecimento de vínculos com responsabilidade.

Dessa forma, a entrevistada 09 do grupo de trabalhadores, pertence à equipe de saúde que trabalha com o dispositivo do acolhimento, e afirma, portanto, não existir barreiras entre a equipe e comunidade, e a mudança na forma de acolher positivou a relação com a comunidade, construindo vínculo, através da aproximação de quem cuida e de quem recebe o cuidado.

A mudança das práticas não é um ato isolado do trabalhador, visto que este precisaria de suporte consistente para desenvolver suas ações criativas, considerando que o sistema de saúde, apesar de ser desenhado como hierarquizado, é preciso à garantia de atendimento em todos os níveis de complexidade do sistema. Além, disso, os trabalhadores teriam que estabelecer uma rede de compromissos e co- responsabilidade com os usuários que demandam cotidianamente aos serviços.

Para os entrevistados, alguns trabalhadores conseguem estabelecer mais vínculos do que outros, a exemplo dos ACS e enfermeiro:

Informa que na USF quem se responsabiliza, normalmente é a enfermeira, mas a equipe toda toma conhecimento (grupo I, ent.06).

O vínculo e o acolhimento acontecem a partir do agente comunitário, que cadastra as famílias, acolhe, orienta, apresenta para as pessoas, o serviço de saúde, como é que ele funciona (grupo I, ent.04).

Assim o processo de vinculação da equipe não é uniforme, seria montado por etapas, aonde alguns trabalhadores vão criando laços, ao passo que outros não, com a noção de vínculo, associada apenas ao que seriam as “boas relações”, no sentido do conhecer as pessoas e os seus problemas, da amizade e do tratar bem.

Tomar conhecimento não é envolver-se e nem responsabilizar-se, uma vez que, o vínculo deve ser extensivo a toda a equipe de saúde, para que possa atender efetivamente as

demandas e necessidades dos sujeitos reais do trabalho em saúde. Além disso, é necessário que o projeto de acolhimento e produção de vínculo seja de toda a equipe, a fim de que se concretize um trabalho humanizado, acolhedor e integral¹⁸.

Para o estabelecimento de vínculo é preciso muito mais do que apenas conhecer as pessoas da sua área de abrangência, é necessário criar condições de envolvimento e compromisso, através da responsabilização e interação dos gestores, trabalhadores e usuários, na busca da organização das práticas do cuidado e, por conseguinte, do sistema de saúde.

Então, pode-se concluir que, para criar vínculos é preciso refletir sobre a responsabilidade e o compromisso que a equipe tem com o usuário do seu território social, e com os tipos de problemas que eles apresentam, dessa forma, criar vínculos implica ter relações tão próximas e tão claras, com sensibilização com o sofrer do outro e/ou da população, com possibilidades de permitir a ocorrência do processo de transferência entre o usuário e o trabalhador, sempre em busca da construção da autonomia do usuário¹⁹.

Em uma das entrevistas ao grupo dos usuários, uma entrevistada responde ao ser indagado em relação ao vínculo que: “A ACS tem uma preocupação com agente” (grupo II, ent.04).

Não seria possível imaginar que apenas um trabalhador, sozinho, fosse capaz de criar vínculos, pois este precisaria de outros sujeitos para criar uma rede de proteção com responsabilidade em dar respostas aos problemas, que na sua grande maioria fazem interface direta com o sistema de gestão, posto que, algumas necessidades extrapolam o campo de ação da equipe, e que, portanto, necessitaria de uma ação mais resolutiva, comprometida com os usuários e com os profissionais, já que estes acabam por se sentir também desvinculados do sistema.

As entrevistas no grupo dos informantes-chave trazem algumas questões mais amplas, do ponto de vista da gestão ao considerar que:

“[...] um problema que poderia ser resolvido ali, apenas com um gesto, uma palavra, uma atitude, termina ó virando aquela bola de neve e quando agente vai dar o socorro necessário já era, isso agente vê muito certo” (grupo III, ent.06).

se não houver formação de vínculo afetivo, nada sai bom e, portanto o usuário vai à busca de um atendimento mais especializado [...] e não vinculação no PSF significa dizer que, esse paciente não volta para o PSF, pessoas não tem só hipertensão e diabetes”(grupo III, ent.05).

As Unidades Básicas de Saúde (UBS) deveriam ser resolutivas ao máximo, procurando sempre tentar resolver os problemas de saúde de seus usuários, e encaminhar apenas os casos que não tenham capacidade tecnológica, pensando em tecnologias do tipo dura, de maior densidade tecnológica.

Ter ação resolutiva não se limita a ter uma conduta, mas, além, disso, coloca a possibilidade de usar tudo que se dispõe para eliminar o sofrimento e as causas reais do problema do paciente. E colocar a disposição do paciente toda a tecnologia disponível, a fim de se conseguir o diagnóstico e o tratamento adequado a cada caso, na dimensão individual e coletiva dos problemas de saúde demandados pelo usuário¹⁹.

Dessa forma, seria importante pensar o vínculo como instrumento capaz de potencializar transformações na prática, pois se pode vislumbrá-lo como a idéia de maior eficácia, através do aumento da cura como a noção que valoriza a constituição de espaços propícios a produção de sujeitos autônomos tanto profissionais como os pacientes.

A gestão deve ter um papel primordial para criar possibilidades junto a ESF, para que estas se tornem vinculadas a sua comunidade e vice-versa, buscando efetivar na prática um SUS mais humanizado e acolhedor, na busca da integralidade das ações e serviços desenvolvidos no sistema de saúde brasileiro, ao contrário do que relata esta entrevistada:

A coordenação do PSF tenta fazer a interlocução, com as unidades de saúde, através do coordenador da unidade, do médico ou do enfermeiro, o motivo do problema do usuário não ter conseguido atendimento, na tentativa de identificar, se houve falha na relação da rede de serviços (grupo III, ent.01).

Percebe-se também que o compromisso do gestor não deve se limitar apenas em fazer a interlocução entre o usuário e a equipe, quando o usuário não consegue atender a sua necessidade. Ou seja, precisaria ir muito mais além, promovendo e potencializando a equipe através de subsídios e resolução de problemas na rede SUS, impactando no dia – a – dia da unidade.

REFERÊNCIAS

1. Merhy EE, Franco TB. Por uma composição técnica do trabalho em saúde centrado no campo relacional e Saúde em Debate nas tecnologias leves: apontando mudanças para os modelos tecnoassistenciais. Rev Interface - Comunicação, Saúde, Educação 2003; 27: 316-23.
2. Mattos RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: IMS, UERJ, Abrasco; 2001. p. 39-64.

3. Assis MMA, Cerqueira EMC, Nascimento MAA, Santos AM, Abreu de Jesus WL. Atenção primária à saúde e sua articulação com a estratégia saúde da família: construção política, metodológica e prática. *Rev Atenção Primária à Saúde* 2007; 10:189- 99.
4. Santos AM, Assis MMA. Da fragmentação à integralidade: construindo e (des) construindo a saúde bucal no Programa de Saúde da Família (PSF) de Alagoinhas, BA. *Ciênc Saúde Coletiva* 2006; 11: 53-61.
5. Baremlitt G. *Compêndio de análise institucional e outras correntes*. 2 ed. Rio de Janeiro: Rosa dos Ventos; 1994.
6. Santos AM, Assis MMA, Rodrigues AAAO, Nascimento MAA, Jorge MSB. Linhas de tensões no processo de acolhimento das equipes de saúde bucal do Programa Saúde da Família: o caso de Alagoinhas, Bahia, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2007; 23: 75-85.
7. Teixeira, CF. A mudança do modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços. *Saúde em Debate* 2003; 65.
8. Brasil. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília; 2006.
9. Matumoto S. et al. Supervisão de equipes no Programa de Saúde da Família: reflexões acerca da produção de cuidados. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação* 2005; 16:45-59.
10. Mendes-Gonçalves RB. *Tecnologia e organização social das práticas de saúde*. São Paulo: Editora Hucitec; 1994.
11. Merhy E E. *Saúde a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec; 2002.
12. Campos RTO, Campos, GWS. Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. In Campos, G.W. de S. et al. *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Focruz; 2006. p. 669-688.
13. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 6 ed. São Paulo: Editora Hucitec; 1999.
15. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, Ministério da Saúde. *Normas para pesquisa envolvendo seres humanos*. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.
16. Assis, MMA., Villa, TCS., Nascimento, MAA. Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2003; 3:815-823.
17. Franco TB, Bueno WS, Merhy EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim. In: Merhy EE, Magalhães Jr. HM, Rímoli J, Franco TB, Bueno WS, organizadores. *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Editora Hucitec; 2003. p. 37-54.

18. Schimith MD, Lima MADS. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. *Cad Saúde Pública* 2004; 20:1487-94.
19. Merhy EE. 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: Cecílio LCO, organizador. *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo: Editora Hucitec; 1994. p. 117-60.
20. Cecílio LCO. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. *Cad Saúde Pública* 1997; 13:469-78.
21. Starfield B. *Atenção Primária. Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
22. Campos GWS. *Saúde Paidéia*. São Paulo: Hucitec; 2003.

4.2 Acesso restrito e focalizado ao Programa Saúde da Família em Alagoinhas, Bahia Brasil: demanda organizada para grupos populacionais específicos x demanda espontânea*

Restricted and focused to the Family Health Program in Alagoinhas, Bahia, Brazil: demand for specific population groups organized x spontaneous demand

Wilza Carla Mota Brito Lima

Enfermeira. Professora da Faculdade Santo Antônio e Faculdade Regional de Alagoinhas (UNIRB). Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS). Pesquisadora do Núcleo de Pesquisa Integrada em Saúde Coletiva (NUPISC)/UEFS. E-mail: wilza1@yahoo.com.br. Endereço: Rua B, 194. Conj. Parque das Jaqueiras. Bairro: Praça Kennedy. Alagoinhas-BA. CEP: 48020-580. Telefones: (75) 3421-6020; 8844-5534.

Marluce Maria Araújo Assis

Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo. Professora Titular do Departamento de Saúde da UEFS. Pró-Reitora de Pesquisa e Pós-Graduação da UEFS. Líder/Pesquisadora do NUPISC/UEFS. Pesquisadora do CNPq. E-mail: marluce.assis@pesquisador.cnpq.br. Endereço: Rua C, 121. Conj. ACM. Bairro: Mangabeira. Feira de Santana-BA. CEP: 44036-000. Telefones: (75) 3224-8028; 8811-2598.

* Artigo resultante da dissertação de mestrado intitulada: PRODUÇÃO DAS PRÁTICAS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE ALAGOINHAS-BA: procedimento-centrada e organizada em ações programáticas. A dissertação é produto de um projeto integrado, coordenado pela Profa. Dra. Marluce Maria Araújo Assis: “Produção das práticas em saúde e a construção da integralidade no Programa Saúde da Família em dois cenários da Bahia”. Financiado pelo CNPq.

Acesso restrito e focalizado ao Programa Saúde da Família em Alagoinhas, Bahia, Brasil: demanda organizada para grupos populacionais específicos x demanda espontânea

Restricted and focused to the Family Health Program in Alagoinhas, Bahia, Brazil: demand for specific population groups organized x spontaneous demand

Resumo

O estudo analisa o acesso aos serviços no Programa Saúde da Família (PSF) de Alagoinhas-BA na composição do modelo de atenção à saúde. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, tendo como técnicas de coleta de dados: entrevista semi-estruturada e observação sistemática da prática. Os sujeitos do estudo foram 21 pessoas: grupo I (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde-10); grupo II (usuários do sistema- 05) e grupo III (informantes-chave - 6). Os dados foram analisados através da análise de conteúdo temática. Os resultados revelaram que o acesso é restrito e focalizado em ações programáticas para determinados grupos populacionais, configurando em um modelo pautado em procedimentos e caracterizado por uma demanda espontânea, reprimida em suas necessidades de saúde. Conclui-se que, o acesso universal ao PSF não tem sido efetivado em sua plenitude, demarcando dificuldades dos usuários para concretizar o atendimento que necessitam por meio da demanda espontânea e da organizada, em ações pontuais e fragmentadas.

Palavras-chave: Programa Saúde da Família. Acesso aos serviços de Saúde. Atenção Primária à Saúde.

Abstract

The study examines access to health services in the Family Health Program (FHP) of Alagoinhas, Bahia in the composition of the model of health care. This is a qualitative research, with the data collection techniques: semi-structured and systematic observation of practice. Study subjects were 21 people: group I (doctors, nurses, technicians, nurses, community health agents-10), group II (users of the system-05) and group III (key informants - 6). Data were analyzed by analysis of thematic content. Results showed that the access is restricted and focused on programmatic actions for certain population groups, in setting a model based on procedures and characterized by a spontaneous demand, repressed in their health needs. It is concluded that universal access to the FHP has not been effective in its fullness, demarcating the difficulties of users to realize the care that they need through the spontaneous or organized demand in isolated and fragmented action.

Key- words: Family Health Program. Health services access. Primary Health Attention.

Acesso restrito e focalizado ao Programa Saúde da Família em Alagoinhas, Bahia, Brasil: demanda organizada para grupos populacionais específicos x demanda espontânea

Introdução

A Constituição Federal de 1988 ao considerar como princípio doutrinário o acesso universal aos serviços de saúde contempla uma bandeira de luta dos movimentos sociais que caminhou para a democratização do sistema de saúde brasileiro. A universalidade da atenção, portanto, implica na formulação de um modelo social ético e equânime norteado pela inclusão social e solidariedade humana. Assim, estratégias precisam ser colocadas em prática para garantir o acesso aos serviços de saúde, como um direito de todos, no plano individual e coletivo. Faz-se necessário também a incorporação de um novo modelo de saúde, priorizando a promoção da saúde sem descuidar das demandas relacionadas às doenças, com reorientação das políticas de saúde e organização dos serviços públicos e privados¹.

Esse novo modelo deve incorporar os determinantes sociais do processo saúde-doença em uma perspectiva de atenção integral às necessidades da população, ao tempo em que, reafirma a saúde como bem público, a partir da efetivação de práticas e serviços de saúde como sendo de relevância pública, onde o Estado seria o responsável pela sua regulação e controle, independente do regime de propriedade de quem está a produzir os serviços (se público ou privado), uma vez que, no Brasil, convive-se com “acessos seletivos, excludentes e focalizados”^{1:816}, que se complementam e se justapõem, nos diferentes serviços públicos e privados, havendo um descompasso entre o que diz a Lei e o que de fato é legitimado pela sociedade.

O acesso seletivo se refere à desigualdade de acesso e distribuição de benefícios em função do poder de compra do usuário, constituindo-se na assistência médica suplementar, a qual é gerida pela lógica do mercado dispondo de várias modalidades de atendimento (individual, familiar ou empresarial); e com seleção social, onde o consumidor fica à mercê da autoridade dos empresários da saúde para definir o quanto e o que deve consumir^{1,2}.

Excludente por está relacionado com a lógica do mercado e condicionar o direito à atenção universal aos mecanismos de racionamento dos gastos, com conseqüente deterioração da qualidade da atenção prestada nos serviços públicos, excluindo os grupos sociais que têm maior poder de organização na sociedade (bancários, funcionários da indústria, entre outros)^{1,2}.

O acesso é focalizado por restringir o atendimento público a determinados programas ou serviços, tornando a universalização segmentada e desarticulada no âmbito interno do sistema público como um todo¹.

O acesso pode ser analisado, a partir das dimensões específicas que descrevem a adequação entre os usuários e o sistema de saúde: a disponibilidade compreendida como uma relação do volume de atendimento aos usuários e o tipo de necessidades; a acessibilidade como a relação entre a localização da oferta e dos usuários nos seus territórios sociais; a acomodação funcional, percebida como a relação entre o modo como a oferta está organizada para aceitar os usuários e a capacidade/habilidade destes se acomodarem-se aos referidos aspectos e perceberem a conveniência dos mesmos; e a capacidade financeira como relação entre os custos dos serviços e a oferta³.

O acesso é visto, tomando como objeto de intervenção as diversas possibilidades de adentrar aos serviços de saúde, ao qual estaria implicado com a localização da unidade de saúde, a disponibilidade de horários e dias em que a unidade atende, bem como a possibilidade de atendimento a consultas não-agendadas e a percepção que a população tem, em relação a estes aspectos do acesso, se são adequados ou não⁴.

Se considerar a possibilidade do atendimento à saúde ser dividida em fases, o acesso aos serviços seria a primeira fase a ser superada pelo usuário, na busca de atendimento para resolução de problemas, ou a satisfação de uma necessidade dentro do sistema de saúde. Estariam relacionadas a esta fase algumas questões, tais como: disponibilidade ou não do serviço, à distância, e quais práticas estão sendo ofertadas para o atendimento dos usuários; quais são os recursos disponíveis, qual a capacitação técnica dos profissionais que atuam na unidade de saúde e de que forma têm se responsabilizado pelos problemas da população, a quem e como devem prestar os serviços.

Portanto, acesso se constitui em um importante disparador para construção da integralidade no Sistema Único de Saúde (SUS), por possibilitar ao usuário a utilização dos diversos serviços de saúde, necessários para garantir a sua saúde de forma universal e equânime: “uma possibilidade a ser construída como direito de cidadania”^{1:816}.

No presente estudo, o acesso aos serviços de saúde, constitui-se em um potente dispositivo para desencadear processos de transformação das práticas de saúde, permitindo um (re) direcionamento do modelo de atenção à saúde. Nesse contexto, o profissional de saúde teria que repensar as práticas desenvolvidas no seu cotidiano; rever os valores e conhecimentos de todos os sujeitos envolvidos no processo de produção social da saúde, para favorecer a construção de uma consciência sanitária⁵.

Diante desse contexto, a Estratégia Saúde da Família (ESF), enquanto potencializadora de mudanças das práticas de saúde evoluiu das características iniciais de um programa que operacionalizava uma política de focalização da Atenção Básica à Saúde (ABS) em populações excluídas do consumo dos serviços, para o sentido de estratégia com caráter substitutivo do modelo assistencial vigente, para ser um espaço de reorganização que possa garantir a universalização do acesso aos serviços de saúde⁶.

Assim, a ESF teria que atentar para as necessidades de saúde da população em um determinado território, bem como, articular mudanças na organização da atenção de média e alta complexidade, guarnecida por políticas de regulação e controle para assegurar a resolubilidade na rede de serviços. Ressalta-se a necessidade de desenvolver um novo jeito de fazer saúde, incorporando o conceito positivo de saúde e a integralidade da atenção no cotidiano das práticas, deslocando dessa forma, o olhar centrado na doença.

A atenção à saúde na ESF deve ser voltada para a família, com um olhar integral sobre o ambiente em suas dimensões sociais e culturais, possibilitando às equipes uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e das necessidades de saúde; de intervenções que vão além de práticas curativas, com a perspectiva de troca de saberes e fazeres com a comunidade, as quais se encontram vinculadas, com a possibilidade de valorização e adoção de novas práticas e diferentes saberes, que se constituirão essenciais para uma abordagem integral e resolutiva no campo da saúde⁷.

Com base nessas considerações, estabeleceu-se o seguinte objetivo: analisar o acesso aos serviços de saúde no PSF de Alagoinhas-BA na composição do modelo de atenção à saúde.

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa que possibilitou trabalhar com o envolvimento e participação dos sujeitos por meio de diferentes olhares, saberes e práticas, capazes de refletir sobre a realidade concreta de um determinado contexto social.

O estudo foi realizado em duas Unidades de Saúde da Família (USF) em que atuavam os profissionais da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Alagoinhas-BA. O município escolhido encontra-se na Gestão Plena do Sistema Municipal, respondendo pela atenção básica e pelos serviços de média e alta complexidade da rede local de saúde. Na ABS funcionam duas estratégias de reorganização, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa Saúde da Família (PSF), até dezembro de 2008, o município contava

com 23 equipes de saúde da família responsáveis, aproximadamente, por 52% de cobertura da população.

Foram entrevistados 21 pessoas, organizados em 3 grupos. Grupo I: trabalhadores de saúde - 02 médicos, 02 enfermeiros, 02 técnicos de enfermagem e 04 Agentes Comunitários de Saúde (ACS); Grupo II: 05 usuários que utilizavam os serviços ofertados pelo PSF, sendo escolhidos aleatoriamente, no momento da observação no campo; grupo III: 06 informantes-chave: um coordenador do PACS/PSF, um supervisor de unidade de nível superior, um supervisor de nível médio, um coordenador do setor de regulação, controle, avaliação e auditoria, um coordenador do setor de planejamento e um conselheiro municipal de saúde.

Os dados foram coletados no período de agosto a dezembro 2008, orientados por roteiro, constando informações acerca do participante do estudo, em relação ao acesso aos serviços no PSF: tipo de demanda, número de vagas, consultas agendadas, critérios de marcação de consulta, entre outros. As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra. As observações das práticas duraram 32 horas e foram registradas em um diário de campo. Os entrevistados foram identificados, a partir da classificação que receberam, enquanto grupos e numeração de acordo com cada entrevista, por exemplo, grupo 01, entrevistado 01 (Grupo I, ent. 01).

A análise dos dados foi orientada por três etapas: ordenação, classificação e análise final dos dados, pela técnica de análise de conteúdo temática com base em Minayo⁸, e das observações da prática, que possibilitou uma análise dos elementos subjetivos referentes aos diversos momentos do acesso dos usuários ao PSF.

Para operacionalizar a pesquisa, todos os sujeitos entrevistados receberam um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, constando de esclarecimentos sobre a pesquisa, com solicitação para o fornecimento das informações necessárias e autorização para a participação no estudo. Esse termo está de acordo com a Resolução n. 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, que estabelecem diretrizes e normas regulamentadoras em pesquisas envolvendo seres humanos⁹. O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UEFS.

Apresentação e discussão dos resultados

Acesso restrito e focalizado ao Programa Saúde da Família: demanda organizada para grupos populacionais específicos x demanda espontânea

Evidencia-se que, apesar do SUS ser um sistema hierarquizado, a ABS, e em especial o PSF, enquanto “porta de entrada” no âmbito local, não se constitui em um espaço próprio de atendimento com oferta de acesso para a entrada do usuário no sistema de saúde.

A partir das informações empíricas foi possível perceber a existência de problemas organizacionais na rede básica de saúde do município, referente ao acesso, conforme sinalizam os informantes-chave:

As Unidades de Saúde da Família (USF) estão muito longe de ofertar acesso e tem como nós o perfil profissional e a grande demanda. Algumas equipes ainda encaminham o usuário, outras não, a porta é fechada, aumentando assim a demanda, insatisfação e demora em responder a marcação e entrega dos exames (Grupo III, ent. 02).

A coisa não funciona, alguma coisa está errada, que o povo começa a ser maltratado e reclama que o posto não funciona que tem fila ou que o médico não trabalha todos os dias ou que atende um turno só (Grupo III, ent. 03).

O acesso é focalizado, ao restringir o atendimento público a determinados serviços ou programas, e a universalização da atenção se traduz em um sistema segmentado e desarticulado no âmbito interno do sistema público e na cadeia organizativa do sistema como um todo, retratada na “porta de entrada” dos serviços¹.

Mesmo sendo contemplado dentro da política de saúde como facilitador para garantir o direito à saúde, o acesso aos serviços de saúde, nem sempre tem sido garantido na sua concretude à população do município pesquisado.

A realidade local vivenciada durante o período da coleta de dados se revelou os serviços no PSF, caracterizados em sua maioria por uma oferta restrita na porta de entrada – a recepção, modulada por cartazes informativos sobre o número de vagas, por ordem de chegada e por dias específicos para o atendimento a determinado grupo populacional, presença ou ausência do profissional e caracterizado por uma demanda espontânea, reprimida em suas necessidades de saúde.

Evidenciou-se durante o período de observação da prática que o acesso às consultas, em geral, é de responsabilidade da recepção da unidade com critérios para número de vagas a

serem distribuídas e ordem de chegada para distribuição destas, sem estabelecer prioridades, conforme o grau de necessidade de cada usuário.

Uma unidade de PSF pesquisada opera com o acolhimento, como forma de organizar o serviço, porém mantém o sistema de marcação de consultas para médico, com um diferencial, pois o usuário “não precisa ir para fila pegar a ficha”. A USF mantém um sistema de agendamento diário para consultas médicas, sempre priorizando os encaminhamentos dos ACS por meio da escuta articulada com a demanda da comunidade; o agendamento para enfermagem ocorre com o pré-natal e prevenção do câncer de colo de útero; para a odontologia a distribuição de vagas e marcação do atendimento se dá através de turnos com dias e datas previamente agendadas por micro-área, com exceção das intercorrências.

Na referida unidade de PSF adotava-se um sistema de marcação mensal, com organização a partir das micro-áreas por ACS. Esta marcação contempla as consultas médicas, de enfermagem e dentista, sendo que o agendamento era condicionado à marcação realizada pelo próprio usuário e obedecendo a hora de chegada.

[...] agente sempre pára, escuta e tenta resolver se puder, naquele momento, senão, agendo uma consulta, ou então encaminho [...] um agente comunitário está na área e tem uma criança que está precisando de um atendimento, um hipertenso que o medicamento esta terminando, uma consulta de pré-natal, prevenção de câncer de útero, aí já vem: olhe, fulano de tal vai precisar de uma consulta, já deixa marcada... Então, articula junto com a equipe, para resolver os problemas de comunidade (Grupo I, ent. 07).

[...] sempre que preciso de um atendimento procuro o ACS na minha área e eles procuram encaminhar a unidade, mas termina que a hora de marcar a consulta, eu tenho que fazer (Grupo II, ent. 05).

Dessa forma, constatou-se através das observações realizadas neste município que de uma maneira geral, as recepções, nas USF se mantém burocratizadas e conduzidas por critérios administrativos e não técnicos, configurando uma demanda reprimida, evidenciados por outros estudos realizados no município^{10,11,12,13}, traduzidos pelos três grupos de entrevistados, a seguir:

As pessoas levantam duas, três horas da manhã pra vim pra cá tirar uma ficha (Grupo I, ent. 03).

[...] as filas continuam e os usuários saem de casa às 4 horas da manhã sendo que a USF só abre as 07h30min h. quando marca para a manhã atende de manhã, quando não, é à tarde. (Grupo II, ent.02)

O paciente vem marcar, pega uma fila e marca, quem chegar primeiro de acordo com a quantidade que ele atende vai ser atendido, e aqueles que vêm

sem marcar, no caso de uma urgência, fazem uma triagem e ver a necessidade de ser atendido logo ou não (Grupo I, ent.06).

[...] após, oito anos de PSF, não deveriam existir filas que começassem 02h00min horas da manhã pra marcar uma consulta (Grupo III, ent. 05)

Vale ressaltar que mesmo após ter conseguido ultrapassar barreiras para conseguir marcar a consulta, o usuário precisa “driblar” mais uma fila para conseguir ser atendido no dia em que a consulta está marcada.

Assim, apesar de observar diferenciação de atendimento entre as duas USF pesquisadas, é possível apontar que a ABS configura-se na rede, como um sistema excludente, sem garantias para o atendimento das pessoas que demandam serviços no PSF, onde as pessoas na tentativa de conseguirem uma vaga começam a chegar cada vez mais cedo. Dessa forma, esta constatação coaduna com pesquisa realizada no município^{11:80}, sendo identificado que o acesso do usuário ao sistema é baseado em “demanda espontânea, a disputa travada por uma vaga para conseguir ser atendido é injusta, configurando o serviço como um serviço excludente, conflituoso e tenso”.

Observou-se que o atendimento se dá de forma estruturada, onde a oferta é modulada, em conformidade com os programas ministeriais, revelando um sistema que opera organizado em ações programáticas. Dessa forma, ao analisar os discursos apresentados com a observação realizada no campo empírico, percebeu-se uma atenção baseada em conhecimentos e tecnologias voltadas para a intervenção de grupos populacionais específicos que vão aparecendo na prática cotidiana do PSF. Identificou-se também, que as consultas eram realizadas de forma individual, mas conectadas com algum tipo de grupo populacional (criança, mulher, diabético, entre outros).

Revelou-se ainda, a ocorrência de consultas, “exageradamente rápidas”, algo em torno de 05 minutos/usuário, estabelecendo relações distantes entre os trabalhadores e usuários. Os trabalhadores restringiam-se geralmente ao problema do momento, sem considerar movimentos capazes de identificar outros problemas que não estavam sendo postos no processo de atenção, que envolve relações entre o trabalhador e o usuário. Como mostra a representação do discurso a seguir:

Ainda que a demanda seja grande é preciso melhorar a consulta profissional e as relações interpessoais. É necessário mudar o olhar profissional para a valorização dos movimentos próprios que terá um impacto positivo (Grupo III, ent. 03).

Em síntese, as práticas subjetivas não são consideradas, estabelecendo uma escolha para as relações direcionadas à queixa conduta, por meio da demanda espontânea, retratada em consultas e ações pautadas em procedimentos, gerando baixa resolubilidade, na medida em que, os problemas de saúde são resolvidos de forma fragmentada e focalizada.

Considerações finais

As discussões sobre o acesso a ABS, em especial no PSF apresentadas neste estudo, possibilitam refletir sobre propostas alternativas ao modelo de atenção à saúde vigente. Neste campo, a Saúde da Família configura-se como uma estratégia que propõe ações de promoção, proteção e recuperação da saúde das pessoas, individualmente ou no plano coletivo, a partir da concretização das suas diretrizes. Os dados empíricos revelados nas observações e entrevistas com gestores, usuários e trabalhadores de saúde que atuam no PSF possibilitaram demarcar que essa estratégia não tem sido efetivada em sua plenitude, conforme preconizada em seus princípios fundamentais.

Por esta razão, o que se propõe com a discussão acerca do tema dessa pesquisa é a construção de um novo modelo assistencial mais humanizado e compromissado, diferente do vigente e institucionalizado no município em análise, uma vez que, a questão do acesso aos serviços de saúde, ainda não é universal e resolutivo no sistema de saúde. No entanto, é preciso ampliar a participação do usuário no processo e responsabilização do trabalhador com o cidadão que demanda os serviços ofertados no PSF. Em síntese, é necessário (des)construir ações centradas em procedimentos, focalizadas e excludentes, para ações que situem o usuário no centro do processo de avaliação, de forma articulada e integral.

O PSF em Alagoinhas revelou uma prática desenvolvida pelos profissionais, direcionada para o atendimento aos grupos populacionais específicos, se conformando em ações programáticas pontuais.

Considerar a ESF como “porta de entrada” é buscar integrá-la em uma rede com níveis crescentes de complexidade, com acesso facilitado à população adscrita por meio de ações humanizadas e acolhedoras, com um certo grau de resolubilidade na cadeia do sistema.

Assim, a ESF poderia ser contemplada como um espaço propício de relações próximas com a população adscrita, para desenvolver trabalhos coletivos articulados com outros setores e práticas incorporadas por tecnologias e ações de saúde, sendo operadas de modo processual em busca da garantia da satisfação das necessidades dos usuários.

Pode-se vislumbrar a possibilidade do PSF como estratégia que busque a superação do modelo hegemônico, na tentativa de construir processos intercessores mediados pelos espaços de escutas, de saberes e práticas interdisciplinares.

Referências

1. Assis, MMA, Villa, TCS, Nascimento, MAA. Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2003; 3:815-823.
2. Giovanella L, Fleury S. Universalidade da Atenção à Saúde: acesso como categoria de análise. In: Eibenschutz C, organizadora. *Política de Saúde: o público e o privado*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1996, p.177-198.
3. Abreu de Jesus, WL, Assis MMA. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. *Revista Ciência & Saúde Coletiva on line* 2008. Extraído de [<http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br>], acesso em [25 de abril de 2009].
4. Starfield B. *Atenção Primária. Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
5. Merhy EE, Franco TB. Por uma composição técnica do trabalho em saúde centrado no campo relacional e nas tecnologias leves: apontando mudanças para os modelos technoassistenciais. *Saúde em Debate* 2003; 27: 316-23.
6. Teixeira, CF. A mudança do modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços. *Saúde em Debate* 2003; 27: 257-277.
7. Brasil. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília; 2006.
8. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 6 ed. São Paulo: Editora Hucitec; 1999.
9. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, Ministério da Saúde. *Normas para pesquisa envolvendo seres humanos*. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.
10. Santos AM, Assis MMA. Da fragmentação à integralidade: construindo e (des) construindo a saúde bucal no Programa de Saúde da Família (PSF) de Alagoinhas, BA. *Ciênc Saúde Coletiva* 2006; 11: 53-61.
11. Santos AM, Assis MMA, Rodrigues AAAO, Nascimento MAA, Jorge MSB. Linhas de tensões no processo de acolhimento das equipes de saúde bucal do Programa Saúde

- da Família: o caso de Alagoinhas, Bahia, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2007; 23: 75-85.
12. Rodrigues AAAO, Assis MMA. Oferta e demanda na atenção à saúde bucal: o processo de trabalho no Programa Saúde da Família em Alagoinhas - Bahia. *Rev Baiana Saúde Pública* 2005; 29(2):273-285.
 13. Santos AM, Assis MMA. Rede de relações dos protagonistas da prática de saúde bucal no Programa Saúde da Família de Alagoinhas - BA. *Rev Baiana de Saúde Pública* 2005; 29: 313-325.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As discussões apresentadas neste estudo possibilitam refletir sobre propostas alternativas de modelo de atenção à saúde. Neste campo, a Saúde da Família configura-se como uma estratégia que propõe ações de promoção, proteção e recuperação da saúde das pessoas individualmente ou no plano coletivo, a partir da concretização das suas diretrizes. Mas a partir de estudos feitos e dados coletados em entrevistas com usuários e trabalhadores de saúde na Estratégia Saúde da Família em Alagoinhas- BA foi possível perceber que essa estratégia não tem sido efetivada em sua plenitude, bem como nos possibilitou refletir sobre propostas alternativas de modelo de atenção à saúde desenvolvida em nível local.

Por esta razão, o que se propõe com a discussão acerca do tema dessa pesquisa é a construção de um novo modelo assistencial mais humanizado e comprometido, diferente do modelo vigente e institucionalizado em Alagoinhas, uma vez que a questão da resolubilidade ainda não é eficaz no sistema de saúde nela implantado e o vínculo ainda tem a conotação de apenas “tratar bem”, sem grande responsabilização com o usuário, mantendo uma ação centrada na cura da doença e baixa oferta de serviços, configurando-se uma atenção à saúde fragmentada.

A forma com que o Programa Saúde da Família em Alagoinhas se configura no seu processo de construção das práticas de saúde nos revelou uma prática desenvolvida pelos profissionais das ESF direcionadas para o atendimento aos grupos prioritários, se conformando em ações programáticas, procedimento-centrada e sem estímulo a participação social, configurando-se em um modelo assistencial médico-hegemônico.

O modelo médico hegemônico foi evidenciado quando pudemos analisar no campo empírico a existência de características tais como: a medicalização, a prática de equipe desarticulada, alicerçada pela prática ao assistencialismo, o seguimento a normas e rotinas principalmente as ministeriais, além da referência central à figura do médico.

Complementando-se a isso, observa-se também um direcionamento das práticas a grupos organizados comumente por ações programáticas como diabetes, hipertensão e outros, bem como a grupos populacionais representados pelas mulheres, crianças e idosos, a partir de uma lógica de organização do atendimento, reduzindo o núcleo de atenção e perdendo de vista à integralidade dos sujeitos.

Porém, encontramos características assistenciais diferenciadas por parte de alguns profissionais no interior das práticas que priorizam o contexto individual e subjetivo dos

indivíduos que usufruem do serviço na atenção básica voltada para a estratégia de saúde da família, como a incorporação de tecnologias leves, tais como o acolhimento e o vínculo, para a condução de um processo de trabalho resolutivo e coerente com a proposta de se realizar um trabalho em saúde integral, com possibilidade do desenvolvimento da autonomia e responsabilização dos usuários em prol de caminharem suas vidas.

Contudo, evidencia-se que os trabalhadores precisam repensar e analisar a sua prática a partir dos princípios que norteiam o SUS, evidenciando a integralidade, para viabilizarem as transformações necessárias, e concretizar, na prática cotidiana, a superação do modelo hegemônico, para atender de fato as necessidades apresentadas pela população, construindo vínculos com responsabilização e garantia da resolubilidade da atenção no sistema municipal de saúde, a partir de ações acolhedoras assegurando o acesso do usuário aos serviços de saúde.

A transformação das práticas está associada à valorização de novos saberes, por uma postura diferenciada da equipe entre si e com os usuários, a uma maior resolubilidade. Na verdade é necessário reordenar o compromisso de cada um, o compromisso histórico nas instituições, avaliando as suas formas de organização no processo de trabalho.

Os desafios podem ser construídos por meio do vínculo com responsabilização para dar continuidade no processo de atenção, aproximando o profissional do usuário, personalizando assim, a relação através do compromisso e solidariedade, na busca da garantia da integralidade da atenção à saúde, incorporando nova forma de pensar e fazer saúde, numa perspectiva que coloca o usuário como sujeito de sua própria história.

REFERÊNCIAS

ALAGOINHAS. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de Gestão 2002**. Alagoinhas: SESAU, 2002.

ALAGOINHAS. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde: gestão 2002-2005**. Alagoinhas: SESAU, 2002.

ALAGOINHAS. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de Gestão 2007**. Alagoinhas: SESAU, 2007.

ABREU DE JESUS, W. L.; ASSIS, M. M.A. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, 2008 (no Prelo).

ASSIS, M. M. A. et al. Atenção primária à saúde e sua articulação com a estratégia saúde da família: construção política, metodológica e prática. **Revista APS**, Juiz de Fora – MG, v.10, n.2, p. 189-199, jul/dez 2007.

ASSIS, M. M. A.; ASSIS, A. A.; CERQUEIRA, E. M. Atenção Primária à Saúde e o direito à saúde: algumas reflexões. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador-BA, v.32, n.2, p.297-303, maio/ago 2008.

ASSIS, M. M. A. et al. Oferta de serviços na Atenção Primária à Saúde em um município da Bahia. **Revista APS**, Juiz de Fora - MG, v.11, n.2, p.152-162, abr./jun 2008.

ASSIS, M. M. A. **As formas de produção dos serviços de saúde: o público e privado**. 1998. 313 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1998.

ASSIS, M. M. A.; VILLA, T. C. S.; NASCIMENTO, M. A. A. Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.8, n.3, p.815-823, 2003.

BAREMBLITT, G. **Compêndio de análise institucional e outras correntes**. 2 ed. Rio de Janeiro: Rosa dos Ventos, 1994.

BEZERRA, N.O.; NASCIMENTO, M. A. A. Implantação do Programa Saúde da Família em Feira de Santana-BA no ano de 2000 como experiência piloto: vontade política ou interesses políticos? **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador-BA, v.29, n.2, p. 175-188, 2005.

BRASIL. Constituição, 1988. **Constituição da República Federativa**.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Informe da atenção básica nº 18**. O Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família - PROESF. 2003. Disponível em: <www.saude.gov.br>. Acesso em: fevereiro de 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1886/GM**. Normas e Diretrizes do Programa de ACS e do PSF. Aprova as normas e diretrizes do Programa de Agentes Comunitários e do Programa de Saúde da Família. Brasília, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Assistência de média e alta complexidade no SUS-1995/2000**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. **Portaria nº 648, de 28 de março de 2006**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, 2006.

CAMPOS, G. W. de S. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas: o caso da saúde. In: CECÍLIO, L. C. de (Org.). **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1994, p. 29-88.

CAMPOS, R.T.O.; CAMPOS, G.W. de S. Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. In Campos, G.W. de S. et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo/Rio de Janeiro: HUCITEC/FIOCRUZ, 2006, p. 669-688.

CAMPOS, G. W. de S. **Saúde Paidéia**. São Paulo: HUCITEC, 2003.

CAMPOS, G. W. de S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. São Paulo: HUCITEC, 2000.

CECILIO, L. C. O. Modelos tecnoassistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 13(3): 469-478 jul - set, 1997.

FERNANDES, F. **Dicionário de sinônimos e antônimos da língua portuguesa**. São Paulo: Globo, 2005.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim (MG). In: MERHY, E. E. et al. (Org.). **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: HUCITEC, 2003, p. 37-54.

FRANCO, T. B.; MAGALHÃES JÚNIOR, H. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. In: MERHY, E.E. et al. 3 ed. **Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: HUCITEC. 2003, p. 125-133.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim/MG. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, abr./jun. 1999.

GIOVANELLA L.; FLEURY, S. Universalidade da Atenção à Saúde: acesso como categoria de análise. In: EIBENSCHUTZ, C., (Org.). **Política de Saúde: o público e o privado**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996.

GOMES, M. C.P.A.; PINHEIRO, R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. **Interface - Comunicação, Saúde,**

Educação, Botucatu, 2005. v.9, n.17, p.287-301,

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Os sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2001, p. 39-64.

MATTOS, R. A. Integralidade e a formulação de políticas específicas de saúde. In: PINHEIRO, R., MATTOS, R. A. (Org). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e praticas em saúde**. Rio Janeiro: ABRASCO, 2003, p. 45-59.

MATUMOTO, S. et al. Supervisão de equipes no Programa de Saúde da Família: reflexões acerca da produção de cuidados. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu. 2005, v.9, n.16, p.45-59.

MERHY, E. E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecnoassistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e coletivamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde). In: CECÍLIO, L. C. de O. (Org.). **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1994, p. 117-160.

MERHY, E. E., FRANCO; T. B. Por uma composição técnica do trabalho em saúde centrado no campo relacional e nas tecnologias leves: apontando mudanças para os modelos tecnoassistenciais. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, set./dez. 2003, p. 316-323.

MERHY, E. E. **Saúde a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: HUCITEC, 2002.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde um desafio para o público**. São Paulo: HUCITEC, 1997, p. 71-112.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 5 ed. São Paulo: HUCITEC, 1999.

PINHEIRO, R., MATTOS, R. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2001.

RODRIGUES, A. A. A. O.; ASSIS, M. M. A. Oferta e demanda na atenção à saúde bucal: o processo de trabalho no Programa Saúde da Família em Alagoinhas - BA. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador-BA, v.29, n.2, p. 273-285, 2005.

SANTOS, A. M. **Da fragmentação à integralidade: construindo e (des) construindo a prática da saúde bucal no Programa Saúde da Família de Alagoinhas - BA**. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana. Feira de Santana, 2005.

SANTOS, A. M.; ASSIS, M. M. A. Da fragmentação à integralidade: construindo e (des) construindo a prática da saúde bucal no Programa Saúde da Família de Alagoinhas - BA. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v 11, n.1, p.53-61, 2006.

SANTOS, A. M. et al. Linhas de tensões no processo de acolhimento das equipes de saúde bucal do Programa Saúde da Família: o caso de Alagoinhas, Bahia, Brasil. **Cadernos Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.1, p.75-85, 2007.

SANTOS, A. M.; ASSIS, M. M. A. Rede de relações dos protagonistas da prática de saúde bucal no Programa Saúde da Família de Alagoinhas - BA. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador-BA, v.29, n.2, p. 313-325, 2005.

SILVA JÚNIOR, A. G. da; MASCARENHAS, M. T. M. Avaliação da atenção básica em saúde sob a ótica da integralidade. Aspectos conceituais e metodológicos. In: PINHEIRO, R., MATTOS, R. A. de, (Org.). **Cuidado**. As fronteiras da integralidade. São Paulo/ Rio de Janeiro: HUCITEC, 2004.

SCHIMITH, M.D.; LIMA, M. A. D. S. Acolhimento e Vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20(6): 1478-1494, nov - dez.,2004.

SCHRAIBER, L.L.; NEMES, M.I.B.; GONÇALVES-MENDES, R. B. **Saúde do Adulto – Programas e ações nas Unidades Básicas**. São Paulo: HUCITEC, 1996.

SOLLA, J. J.P. Acolhimento no sistema municipal de saúde. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, 5(4): 493-530, out/dez., 2005.

STARFIELD, B. **Atenção Primária**. Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

TEIXEIRA, C.F. A mudança do modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.27, n65, set/dez. 2003.

TEIXEIRA, R. R. O acolhimento num serviço entendido em rede de conversações. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Construção da Integralidade**: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: ABRASCO, p. 89-111, 2003.

TEIXEIRA, R. R. Agenciamentos tecno - semiológicos e produção de subjetividade: contribuição para o debate sobre a trans-formação do sujeito na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p.49-61, 2001.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

APÊNDICES

APÊNDICE A - ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA – GRUPO I

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO ACADÊMICO
PESQUISADORA RESPONSÁVEL: PROF^a. DR^a. MARLUCE MARIA ARAÚJO ASSIS
PESQUISADOR – COLABORADOR: WILZA CARLA MOTA BRITO LIMA

ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA – GRUPO I (TRABALHADORES DE SAÚDE)

Título: PRODUÇÃO DAS PRÁTICAS EM SAÚDE E A CONSTRUÇÃO DA INTEGRALIDADE NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA DE ALAGOINHAS-BA.

1. Dados de Identificação:

Código do entrevistado: _____ Idade: _____ Sexo: _____
 Unidade de Saúde: _____
 Formação profissional: _____
 Tempo de formação: _____
 Qualificação profissional: _____
 Tempo que trabalha em PSF: _____
 Tempo que atua nesta equipe: _____
 Outro(s) vínculo(s) empregatício(s): _____ Qual (is)? _____

2. Roteiro temático:

2.1 Acesso, Acolhimento e vínculo-responsabilização.

- ✓ Porta de entrada do serviço (quem e como);
- ✓ Critérios para o atendimento das necessidades individuais e coletivas;
- ✓ Oferta – tipo de demanda (organizada, espontânea), número de vagas;
- ✓ Sistema de atendimento (consultas agendadas, critérios de marcação de consultas);
- ✓ Postura da equipe em relação às demandas dos usuários e vice-versa.
- ✓ Como é definido o projeto terapêutico e quem se responsabiliza em resolver os problemas apresentados pelos usuários.

2.2 Relações estabelecidas entre sujeitos sociais (gestores, trabalhadores de saúde e usuários).

- ✓ Fale de sua opção em trabalhar no PSF. Como são as relações estabelecidas entre os sujeitos sociais que atuam na unidade;
- ✓ Como se dá à relação entre os dirigentes do SUS e trabalhadores de saúde e entre estes e usuários;
- ✓ Fale sobre as relações estabelecidas entre as unidades de referências e o PSF.
- ✓ A unidade tem Conselho de Saúde? Se tem como se organiza? E como se dá a participação do usuário?

2.3 Resolubilidade:

- ✓ Encaminhamento para outros serviços (referência e contra-referência).

APÊNDICE B - ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA – GRUPO II

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO ACADÊMICO
PESQUISADORA RESPONSÁVEL: PROF^a. DR^a. MARLUCE MARIA ARAÚJO ASSIS
PESQUISADOR – COLABORADOR: WILZA CARLA MOTA BRITO LIMA**

ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA – GRUPO II (USUÁRIOS)

Título: PRODUÇÃO DAS PRÁTICAS EM SAÚDE E A CONSTRUÇÃO DA INTEGRALIDADE NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA DE ALAGOINHAS-BA.

1 Dado de Identificação:

Código do entrevistado: _____ Idade: _____ Sexo: _____
 Unidade de Saúde: _____
 Grau de escolaridade: _____
 Onde você mora: _____
 Pertence à área de abrangência: _____

2. Roteiro temático:

2.1 Acesso, acolhimento e vínculo-responsabilização.

- ✓ Fale como você é atendido na recepção da Unidade de Saúde da Família (tempo de espera, condições do ambiente, satisfação, entre outros) pelos trabalhadores de Saúde (em especial pela equipe de saúde da família);
- ✓ Fale sobre os serviços de saúde que são ofertados na unidade de saúde: número de vagas, tipo de atendimento, consultas agendadas ou não, critério de marcação;
- ✓ Fale sobre a sua relação com os trabalhadores de saúde no PSF. No momento da consulta quem define o procedimento a ser realizado? Como é definido (pelo material disponível; sua necessidade; sua vontade; seu desejo, outros);
- ✓ Comente como os trabalhadores de saúde atendem as suas necessidades e como você participa (ou gostaria de participar) da elaboração de decisões para definir prioridades e/ou necessidades;

2.1 Relações estabelecidas entre os usuários, trabalhadores de saúde e gestores:

- ✓ Fale sobre as relações entre as pessoas que atuam na USF e a relação da equipe com os usuários e seus familiares;
- ✓ Você participa de algum Conselho de Saúde. Você poderia falar como se dá esta participação.

2.3 Resolubilidade:

- ✓ O senhor (a) está satisfeito com o atendimento?
- ✓ Quando o senhor (a) ou a sua família necessita é atendido aqui na unidade?

- ✓ Quando precisa realizar exames, quem encaminha o senhor? Para onde e como encaminham?
- ✓ Quem marca o exame quando o médico ou enfermeiro solicita?
- ✓ Quanto tempo o senhor (a) já esperou para conseguir realizar os exames solicitados durante a consulta?

APÊNDICE C - ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA – GRUPO III

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO ACADÊMICO
PESQUISADORA RESPONSÁVEL: PROF^a. DR^a. MARLUCE MARIA ARAÚJO ASSIS
PESQUISADOR – COLABORADOR: WILZA CARLA MOTA BRITO LIMA

ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA – GRUPO III (INFORMANTE CHAVE)

Título: PRODUÇÃO DAS PRÁTICAS EM SAÚDE E A CONSTRUÇÃO DA INTEGRALIDADE NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA DE ALAGOINHAS-BA.

1. Dado de Identificação:

Código do entrevistado: _____ Idade: _____ Sexo: _____
 Unidade de Saúde: _____
 Formação profissional: _____
 Tempo de formação: _____
 Qualificação profissional: _____
 Tempo que atua como gestor: _____
 Outro(s) vínculo(s) empregatício(s): _____ Qual (is)? _____

2. Roteiro temático:

2.1 Acesso, acolhimento e vínculo-responsabilização.

- ✓ Acesso – tipo de demanda (organizada, espontânea), número de vagas;
- ✓ Sistema de atendimento (consultas agendadas, critérios de marcação de consultas);
- ✓ Postura do dirigente em relação às demandas dos usuários e vice-versa.
- ✓ Como é definido o projeto terapêutico e quem se responsabiliza em resolver os problemas apresentados pelos usuários.

2.2 Relações estabelecidas entre sujeitos sociais (gestores, trabalhadores de saúde e usuários).

- ✓ Como são as relações estabelecidas entre os dirigentes do SUS e outros serviços que fazem interface com a USF;
- ✓ Relacionamento entre dirigente, trabalhadores de saúde e usuários (Conselho Municipal de Saúde e Conselhos Locais de Saúde);

3. Resolubilidade:

- ✓ Encaminhamento para outros serviços (referência e contra-referência).
- ✓ A demanda apresentada pelo usuário é resolvida em qual nível de complexidade? (atenção básica, média ou alta)
- ✓ Como são resolvidas as demandas dos usuários e das famílias nas USF? (utilizam quais tecnologias no ato produtivo?)

APÊNDICE D – Roteiro para Observação Sistemática

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO ACADÊMICO
PESQUISADORA RESPONSÁVEL: PROF^a. DR^a. MARLUCE MARIA ARAÚJO ASSIS
PESQUISADOR – COLABORADOR: WILZA CARLA MOTA BRITO LIMA**

ROTEIRO PARA OBSERVAÇÃO SISTEMÁTICA

Título: PRODUÇÃO DAS PRÁTICAS EM SAÚDE E A CONSTRUÇÃO DA INTEGRALIDADE NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA DE ALAGOINHAS-BA.

1 Dados de Identificação:

Código da unidade: _____ Tempo de funcionamento da Unidade _____
Tempo de implantação do PSF _____

2 Roteiro temático:

2.1 Produção das práticas no PSF

2.1.1 Acesso, Acolhimento e vínculo-responsabilização:

- ✓ Responsáveis pela recepção do usuário na Unidade;
- ✓ Acomodação das pessoas durante a espera;
- ✓ Tempo médio de espera na recepção;
- ✓ Acolhida dos usuários (informações, esclarecimentos, abordagem e linguagem);
- ✓ Tipo e adequação das informações sobre as atividades desenvolvidas pelos trabalhadores de saúde (cronogramas, fluxogramas, organogramas, cartazes, mapas, gráficos, relatórios);
- ✓ Critério utilizado para consulta (ordem de chegada, idade, necessidade, ordem de marcação, sexo, endereço);
- ✓ Critério para consulta subsequente;
- ✓ Condições do consultório (espaço físico, iluminação, ventilação/temperatura, nível ruído, aspecto estético, distribuição dos equipamentos);
- ✓ Horário de chegada/saída dos trabalhadores;
- ✓ Número de consultas por turno;
- ✓ Tempo médio por consulta;
- ✓ Vínculo da equipe com a comunidade;
- ✓ Como é definido o projeto terapêutico e quem se responsabiliza em resolver os problemas apresentados pelos usuários;
- ✓ Outras observações.

2.2 Relações estabelecidas entre os sujeitos sociais (gestores, trabalhadores de saúde e usuários).

- ✓ Relação entre os diversos membros da equipe de PSF;
- ✓ Reuniões de planejamento de atividades conjuntas (dirigentes trabalhadores e usuários);
- ✓ Como se dá à relação entre os dirigentes e os trabalhadores;
- ✓ Relações entre os trabalhadores e os usuários;
- ✓ Outras observações.

2.3 Resolubilidade:

- ✓ Encaminhamento para outros serviços nível de complexidade? (média ou alta complexidade)

APÊNDICE E - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nós, Marluce Maria Araújo Assis (pesquisadora - responsável) e Wilza Carla Mota Brito Lima (pesquisadora-colaboradora) estamos convidando você a participar de uma pesquisa sobre a assistência que vem sendo prestada pelo Programa Saúde da Família de Alagoinhas-BA. Os resultados obtidos poderão contribuir para a melhoria no acesso e na atenção à saúde. Se você concordar, suas respostas serão gravadas e/ou registradas no momento da observação, que você poderá ter acesso, para retirar e/ou acrescentar informações. O material coletado será organizado em um banco de dados pelos pesquisadores e bolsistas de Iniciação Científica do Núcleo de Pesquisa Integrada em Saúde Coletiva (NUPISC), após organização do banco de dados o material será destruído. Os pesquisadores asseguram o seu anonimato, isto é, ninguém saberá que foi você quem respondeu às perguntas, buscando respeitar a sua integridade moral, intelectual, social e cultural, tendo como **benefícios** proporcionar reflexões críticas sobre atenção à saúde na rede SUS, rediscutir como vem sendo prestada esta atenção e redefinir rumos para a Estratégia Saúde da Família em Alagoinhas-BA. Os possíveis **riscos** estão relacionados ao desconforto devido ao aparecimento de possíveis conflitos de opiniões ou pelo sentimento por parte dos trabalhadores de saúde de estarem sendo fiscalizados ou auditados. Os dirigentes podem se sentir incomodados com o processo de avaliação ou fiscalizados e os usuários poderão se sentir inibidos para expor as suas opiniões com receio de influenciar no atendimento que necessitam. No entanto, os sujeitos poderão a qualquer momento desistir de participar da pesquisa ou anular este consentimento em qualquer fase, caso decidam, de forma que se evite que seu depoimento sofra consequência danosa na expressão livre de suas opiniões.

No momento em que houver necessidade de esclarecimento de qualquer dúvida sobre a sua participação na pesquisa, você pode entrar em contato com os pesquisadores através dos telefones (75) 3224-8162 no Centro de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UEFS – Módulo VI – NUPISC. km-03, BR-116. Campus Universitário em Feira de Santana – BA.

Após ter sido informado (a) sobre os objetivos da pesquisa, caso concorde em participar, você pode autorizar ou não que as informações coletadas sejam utilizadas para relatórios de pesquisa, bem como para a divulgação dos resultados obtidos, somente para fins científicos. Se você concordar, por sua livre vontade, em participar da pesquisa, assine este termo de consentimento, ficando com uma cópia do mesmo.

Alagoinhas, _____ de _____.

Entrevistado (a): _____

Prof^a.Dr^a. Marluce M^a. A. Assis (Pesquisadora responsável): _____

Wilza Carla Mota B. Lima (Pesquisadora colaboradora): _____

ANEXO

Quadro 1: Dimensões de Análise de Práticas Integrais no Programa Saúde Da Família.

Dimensão de análise	Definição
Acesso aos serviços de saúde	Envolve a localização da unidade de saúde próxima da população a qual atende os horários e dias em que está aberta para atender, o grau de tolerância para consultas não-agendadas e o quanto a população percebe a conveniência destes aspectos do acesso ²¹ . Disponibilidade de recursos de saúde e a capacidade da rede em produzir serviços que dêem respostas às necessidades traduzidas em demandas pela população ¹⁶ .
Acolhimento	Ações comunicacionais, atos de receber e ouvir a população que procura os serviços de saúde, dando respostas adequadas a cada demanda, em todo o percurso de busca (recepção, clínica, encaminhamento externo, retorno, remarcação e alta) ⁶ .
Vínculo	Estreita-se com o acolhimento, ampliando os laços relacionais, desenvolvendo afetos e potencializando o processo terapêutico ⁴ .
Responsabilização	Pressupõe “alguma forma de continuidade, seja por parte do atendimento pelo mesmo profissional, seja por meio de prontuários médicos, ou ambos, além do reconhecimento de problemas anteriores e novos. Inclui ainda o encaminhamento e acompanhamento do atendimento em outros serviços especializados” ²¹ (p.63). Indica o espaço de relações e de responsabilização na ação de cuidar das pessoas, em um movimento voltado para a ampliação do ato terapêutico, valorizando as singularidades de cada usuário do serviço ²² .
Resolubilidade	Resposta às demandas de acordo com as necessidades individuais e coletivas quer seja na “porta de entrada” ou nos outros níveis de complexidade do sistema.

Fonte: Starfield²¹; Assis, Villa, Nascimento¹⁶; Franco e Magalhães Júnior¹⁷(2003); Campos²²; Assis et ; Santos et al⁶ ; Santos e Assis⁴.