
FORTALEZAS E FRAGILIDADES DO ATENDIMENTO NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE TRADICIONAIS E DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA PELA ÓTICA DOS USUÁRIOS¹

Maria José Sanches Marin², Milton Marchioli³, Maria Yvette Aguiar Dutra Moracvick⁴

¹ Parte do estudo - Comparação entre o atendimento das Unidades Básicas de Saúde Tradicional e das Unidades de Saúde da Família da cidade de Marília, na ótica dos usuários e profissionais.

² Doutora em Enfermagem. Docente do Curso de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA). Marília, São Paulo, Brasil. E-mail: marnadia@terra.com.br

³ Médica Dermatologista. Docente do Curso de Medicina da FAMEMA. Marília, São Paulo, Brasil. E-mail: somebody@terra.com.br

⁴ Doutor em Medicina. Docente da Disciplina de Educação em Ciências da Saúde da FAMEMA. Marília, São Paulo, Brasil. E-mail: marchioli@unimedmarilia.com.br

RESUMO: A pesquisa teve como objetivo analisar as fortalezas e as limitações da Estratégia Saúde da Família e da Unidade Básica de Saúde tradicional na ótica dos usuários, pautando-se nas dimensões de avaliação da atenção primária à saúde proposta por Starfield. Investigação de abordagem qualitativa, a partir de entrevistas com usuários que utilizam as distintas modalidades de atenção à saúde. As fragilidades e as fortalezas das duas modalidades assemelham-se quanto ao acesso, porta de entrada, oferta de serviços de saúde de diferentes níveis de densidade tecnológica e sua articulação. Para os usuários da Estratégia Saúde da Família, o vínculo, a longitudinalidade e o enfoque familiar ocorrem de forma mais efetiva. Quanto à equipe profissional, os usuários da Unidade Básica tradicional demonstram maior satisfação. Para os usuários da Estratégia Saúde da Família, ao se disponibilizar apenas médico generalista, não se atende a todas as necessidades. Depreende-se a necessidade de ajustes nas duas modalidades de atenção.

DESCRIPTORES: Atenção primária à saúde. Sistema Único de Saúde. Qualidade da assistência à saúde.

STRENGTHS AND WEAKNESSES OF THE CARE DELIVERED IN THE TRADITIONAL PRIMARY HEALTHCARE UNITS AND FAMILY HEALTHCARE STRATEGY UNITS IN THE PERSPECTIVE OF USERS

ABSTRACT: This study was aimed at analyzing the strengths and weaknesses of the Family Healthcare Strategy and the Traditional Primary Healthcare Unit from the perspective of users, based on the assessment dimensions proposed by Starfield in relation to primary healthcare. A qualitative approach was used in this research, carried out through interviews with users of these distinct healthcare models. The weaknesses and strengths of these models of healthcare are similar regarding the access, gateway, healthcare services offered at different levels of technological density and their articulation. For the users of the Family Healthcare Strategy, the bond, longitudinality and focus on the family occur in a more effective way. As for the professional team, the users of the traditional Primary Healthcare unit are more satisfied than the users of the Family Healthcare Strategy, since these do not have all their needs met due to the fact that this service only offers access to a general practitioner. It can, therefore, be concluded that there is a need to make changes to the two models of healthcare services.

DESCRIPTORS: Primary health care. Unified Health System. Quality of health care.

FORTALEZAS Y FRAGILIDADES DE ATENCIÓN EN UNIDADES BÁSICAS DE SALUD TRADICIONALES Y ESTRATEGIA DE SALUD FAMILIAR DESDE LA PERSPECTIVA DE USUARIOS

RESUMEN: Este estudio propone analizar fortalezas y limitaciones de Estrategia de Salud Familiar y Unidad Básica de Salud Tradicional desde la perspectiva de usuarios, basándose en dimensiones de evaluación de atención primaria de salud propuesta por Starfield. La investigación es cualitativa, basada en entrevistas con usuarios que utilizan las diferentes modalidades de atención a la salud. Las debilidades y fortalezas de las dos formas son similares en términos de acceso, puerta de entrada, prestación de servicios de salud con diferentes niveles de complejidad y su articulación. Para los usuarios de Estrategia de Salud Familiar, el vínculo, longitudinalidad y el enfoque familiar ocurren de manera más eficaz. Sin embargo, considerando el equipo profesional, los usuarios de Unidad Básica de Salud Tradicional están más satisfechos que los usuarios de la Estrategia de Salud Familiar, porque sólo refieren que un médico general es suficiente. Al parecer, existe necesidad de ajustes en ambas modalidades de atención.

DESCRIPTORES: Atención primaria de salud. Sistema Único de Salud. Calidad de la atención de salud.

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) trouxe um grande avanço ao propor um conceito de saúde que considera os diferentes determinantes e condicionantes do processo de saúde/doença. Assim, saúde passa a ser considerada como um produto social e como boa qualidade de vida. Além disso, propõe que a atenção à saúde siga os princípios da universalidade do acesso, integralidade da assistência, equidade, descentralização e participação social,¹ cuja ênfase está na atenção primária à saúde.

A atenção primária é definida pelo Ministério da Saúde (MS) como “ações de caráter individual ou coletivo, desenvolvidas no primeiro nível de atenção dos sistemas de serviços, voltadas para a promoção da saúde, prevenção dos agravos, tratamento e reabilitação”.^{2,44} A atenção primária oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, foca a atenção sobre a pessoa, além de coordenar ou integrar a atenção fornecida em algum outro nível de atenção à saúde.³ É na atenção primária que se organiza e se proporciona a otimização de recursos, tanto básicos, como especializados e que se mantém o vínculo e a responsabilização pelas necessidades de saúde das pessoas, das famílias e da comunidade.

A atual proposta de atenção à saúde do SUS difere radicalmente do modelo que, por muitas décadas, prevaleceu em nossa realidade, o qual não tem conseguido atender às reais necessidades da população, uma vez que tem como características o atendimento individual, centrado na queixa, nos aspectos biológicos, na fragmentação do cuidado e, como principal cenário de atenção, o hospital.

A mudança necessária tem representado um grande desafio e, para enfrentá-lo, o Ministério da Saúde vem utilizando algumas estratégias, destacando-se o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), desde 1991, e o Programa de Saúde da Família (PSF), desde 1994.² A Estratégia Saúde da Família (ESF), em particular, vem sendo considerada como a proposta mais abrangente e instigadora e, assim, sujeita aos maiores investimentos, expectativas e interrogações quanto a sua efetividade.

No decorrer das duas décadas de esforços dispensados com vistas a modificar o modelo de atenção, observam-se alguns avanços no que se refere aos princípios norteadores do SUS e às estratégias propostas. No entanto, ainda se enfrentam dificuldades, destacando-se a fragmentação

do processo de trabalho e das relações entre os profissionais; a falta de complementaridade entre a rede básica e o sistema de referência; precária interação nas equipes e despreparo para lidar com a dimensão subjetiva nas práticas de atenção; baixo investimento na qualificação dos trabalhadores e no fomento à co-gestão e, ainda, desrespeito aos direitos dos usuários.⁴

Estudo que analisa a ESF, considerando suas possibilidades e seus limites a partir de publicações referentes ao seu desempenho, aponta para uma discreta superioridade desta estratégia sobre as unidades de atenção básica tradicionais, permanecendo desafios teóricos e operacionais que ainda devem ser enfrentados nesta implementação.⁵

No estabelecimento de um marco de referência que seja abrangente e ágil para o estudo da atenção primária, alguns autores têm utilizado² as dimensões de avaliação da atenção primária à saúde,³ que compreendem acesso, porta de entrada, vínculo ou longitudinalidade, elenco de serviços, coordenação ou integração de serviços, enfoque familiar, orientação para a comunidade, formação profissional.⁶ Essas dimensões representam importantes indicadores de qualidade da atenção básica, servindo para analisar as potencialidades de diferentes modalidades presentes nos serviços saúde.

Ao vivenciar o processo de implantação da ESF em um município de médio porte que também convive com o modelo de Unidade Básica de Saúde Tradicional (UBAT) com a incorporação do PACS, observam-se alguns avanços e, no entanto, algumas dificuldades. Sendo assim, cabe indagar em que aspectos essa estratégia está contribuindo para o atendimento das reais necessidades da população e para a implantação de uma lógica de atenção à saúde que propõe o acesso, o vínculo e a integralidade como seus principais eixos norteadores. Propõe-se, portanto, analisar os aspectos das fortalezas e as limitações da ESF e da UBST, segundo seus usuários, a partir das dimensões da qualidade da atenção básica.³

MÉTODO

Na presente investigação foi utilizada a abordagem qualitativa. O campo de estudo limita-se às unidades de atenção primária à saúde de uma cidade situada no centro-oeste do Estado de São Paulo, que conta atualmente com 220.000 habitantes. De acordo com documentos de gestão da Secretaria Municipal de Saúde, o modelo de atenção

vem sendo gradativamente reorientado para uma transformação progressiva, com o objetivo de complementar a ESF, norteada pelos princípios do SUS.

Atualmente, o município conta com 12 UBSTs e 30 Unidades de Saúde da Família (USFs).⁷ Nas UBSs do município, apesar de terem incorporado o PACS, houve pouca mudança no processo de trabalho dos profissionais. As reuniões de equipe são esporádicas e nelas nem sempre é possível a participação de todos.

As USFs do município, de maneira geral, cumprem os requisitos mínimos à sua implantação, conforme preconiza o MS, em relação à estrutura física, composição da equipe mínima e desenvolvimento dos programas nacionais básicos. Essas unidades são instaladas em áreas nas quais a população apresenta maior carência socioeconômica, atendendo aproximadamente a 110.000 pessoas, o que representa por volta 50% da população da cidade. Para a realização do estudo selecionaram-se quatro UBSs e 12 USFs, por meio de sorteio, sendo uma UBS e três USFs de cada região da cidade (norte, sul, leste e oeste).

Os dados foram coletados por meio de entrevistas com perguntas semiestruturadas, pautadas nas dimensões: acesso, porta de entrada, vínculo, elenco de serviços, coordenação ou integração dos serviços, enfoque familiar, orientação para a comunidade e formação profissional.³ Na seleção dos entrevistados buscou-se contemplar pessoas adultas de diferentes faixas etárias, portadoras de agravos e pessoas sem agravos no estado de saúde. Foram realizadas 32 entrevistas, sendo 16 com usuário das UBSTs e 16 da ESF, as quais foram gravadas e transcritas na íntegra. Os entrevistados foram contatados na própria unidade de saúde, por um entrevistador com experiência na atividade, antes ou após o atendimento, obtendo-se uma amostragem por conveniência. A coleta de dados ocorreu nos meses de novembro e dezembro de 2010.

A análise dos dados foi fundamentada na hermenêutica-dialética, sendo que a partir da obtenção das falas dos participantes, as mesmas foram organizadas em um quadro que permitiu a visualização dos dados por participante e por questão realizada, o que foi considerado como o momento de encontro com os fatos empíricos e a ordenação dos dados. Num segundo momento, foi realizada a classificação dos dados em ideias centrais, que consiste em compreender que os mesmos não existem por si só, eles são construídos a partir de questionamentos sobre eles, com base nos

fundamentos teóricos. Assim, foram identificadas as estruturas relevantes das narrativas dos participantes, as quais foram agrupadas em núcleos de sentido, nos quais se trabalham com sentidos mais amplos, caminhando para movimento de síntese por meio da construção de possíveis significados.⁸⁻⁹ Por fim, a análise final, momento que se estabeleceu a articulação entre os dados coletados e os referenciais teóricos da pesquisa, num movimento dialético que considera a divergência, a contradição, o concreto e o abstrato, o particular e o geral, visando chegar ao concreto pensado.⁹

Esta pesquisa contou com a autorização do Secretário Municipal de Saúde e com a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa que envolve seres humanos da Faculdade de Medicina de Marília, protocolo n. 682/08, e todos os sujeitos que aceitaram participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ao analisar as entrevistas, pautando-se nas dimensões da qualidade da atenção básica propostas por Starfield,³ foram elaborados seis núcleos de sentido que indicam as fragilidades e fortalezas das duas modalidades de atenção, as quais se assemelham em alguns aspectos e divergem em outros, conforme segue.

O acesso facilitado pela localização da unidade em contrapartida à demora no agendamento da consulta médica

Referindo-se ao acesso, a localização da unidade não representa ser problema para nenhuma das modalidades. Já quanto à disponibilidade de horário para atendimento médico, os usuários da UBST apontam para a frequente falta de profissional e para a necessidade de chegarem muito cedo à unidade para conseguir o agendamento e que, mesmo assim, encontram dificuldades. Para os usuários da ESF, a principal dificuldade está na demora do agendamento de consulta, que algumas vezes chega a meses.

A localização é boa também porque eu moro pertinho, só que eu não gosto de vim cedinho aí porque eu tenho medo de assalto, eu tenho medo, mas em todo caso, se precisando (E2, UBS leste, 74 anos, F).

Olha, tem que marcar consulta, né? Aí demora alguns meses, mas quando a gente não tá muito bem, eles faz uma forma que a gente fica bem, pelo menos pra mim eles atendem (E3, USF1 sul, 53 anos, F).

Então você tem que vim, levanta cinco horas da manhã, pra você conseguir horário. Aí te passam pra tarde, aí você não é atendida, entendeu? Sempre pra depois, nunca tem horário [...]. A gente vai no médico porque a gente tá ruim e a gente precisa do médico, mas sempre tem uma certa assim, 'ah, vem depois?' 'Não tá! tá de férias!' Não é possível todos os médicos entrarem de férias na mesma hora, não tem como (E1, UBS leste, 27 anos, F).

Considerar o acesso e a obtenção de cuidados à saúde, quando necessários, de modo fácil e conveniente, traduz-se, como parâmetro ideal de distância, uma caminhada de vinte a trinta minutos, levando também em conta aspectos relacionados ao transporte coletivo, como o custo e o tempo de espera. Do ponto de vista funcional, destaca-se a necessidade de oferta de serviços contínuos, oportunos, que atendam à demanda real e que sejam capazes de assegurar acesso aos demais níveis de atenção.¹⁰

Relacionam-se ao acesso quatro dimensões explicativas: a política, a econômica, a técnica e a simbólica.¹¹ Por essa perspectiva, observa-se na fala dos usuários a existência de um desequilíbrio entre oferta e demanda, refletindo na dimensão econômica. Embora se tenha organizado a distribuição geográfica das unidades de saúde, facilitando a chegada dos usuários, a oferta de serviços parece não condizer com as necessidades da população.

Por outro lado, na fala do usuário da USF, é preciso considerar a demora de meses após marcar uma consulta, pois muitas vezes a busca pelo atendimento se traduz em uma necessidade de difícil elucidação quando pautada em critérios puramente objetivos, como ocorre ao se utilizar o sistema de classificação de risco para definir a urgência da consulta. Este aspecto ancora-se na dimensão técnica do acesso, que exprime a utilização e a dificuldade do usuário para concretizar o atendimento pretendido. É possível que, ao esperar meses após a necessidade sentida, outras alternativas tenham sido encontradas para a solução do problema. Este aspecto merece estudo mais apurado, visando caracterizar as faltas às consultas agendadas meses antes, bem como as medidas adotadas pelos usuários para resolver o problema de acesso.

Na dimensão simbólica do acesso, revela-se que os usuários apontam apenas para as necessidades e dificuldades com as consultas médicas dando a idéia de que a oferta das demais ações está a contento ou que elas não são valorizadas como

capazes de oferecer atendimento às necessidades de saúde. Desta forma, observa-se um caminhar na contramão por se imprimirem mudanças no modelo de atenção com ênfase na promoção da saúde, embora a consulta médica represente aspecto importante na agenda da atenção primária em saúde. Revela-se, assim, a inexpressividade da dimensão política do acesso, enquanto desenvolvimento da consciência sanitária e da organização popular.

A atenção primária como porta de entrada ao sistema, compreendida, muitas vezes, como uma condição que burocratiza o acesso, tanto para os usuários da UBST como da ESF

Na atual organização do sistema de saúde, a atenção primária constitui a porta de entrada prioritária, considerando as diretrizes da integralidade e regionalização que representam um importante movimento de reorganização do modelo, imprimindo racionalidade ao seu funcionamento. Este direcionamento parte da necessidade de maior adequação dos recursos destinados à saúde, considerando que muitos dos problemas podem ser resolvidos por meio de tecnologias leves. Desta forma, os cenários de maior densidade tecnológica são otimizados para atendimento de reais demandas, reduzindo os custos.

Na abordagem da atenção em rede do sistema de saúde é preciso resgatar o pressuposto de racionalidade empresarial, segundo o qual os arranjos estruturais corretos reduzem os problemas e ampliam a performance. Embora essa diretriz organizativa tenha beneficiado a saúde pública, muitos desafios são pontuados como a ineficácia da atenção primária, a heterogeneidade do serviço e as dificuldades de fluxo pelos níveis de atenção.¹²

Tais indicativos são também abordados nas falas dos usuários da UBST e da USF que foram entrevistados.

É o posto mesmo. Primeiramente, se tiver recurso para atender eu lá, na necessidade que a gente precisa, é lá mesmo que eu vou que a gente não paga. É que como a gente não paga nada particular e então a gente vai em posto mesmo. É um recurso do pobre, né (E1, UBS sul, 70 anos, F).

[...] meio difícil porque às vezes não tem médico, tem que voltar sem, porque a gente precisa e tem que procurar o pronto socorro à noite, porque precisa de encaminhamento, e é uma burocracia [...] (E2, UBS norte, 46 anos, F).

Olha, o grande problema é que as coisas às vezes acontecem em horário que o médico não está. Então, o

que acontece? A gente tem que se locomover pra outras unidades, né, e a gente fica sem saber pra onde vai. Ou vai pra santa casa, ou vai no HC, pra onde a gente vai, em casos de emergências, quando não tem médico? [...] não tem essa informação (E4, USF3 leste, 66 anos, M).

É, a gente vem aqui pra depois ser encaminhado, tem que passar aqui. Se você não passa aqui eles não atendem. Agora, lá, se você for na parte da tarde, assim, perto das cinco horas, aí qualquer um que chegar consulta, né? (E5, USF 4 norte, 57anos, F).

As falas deixam explícita a lacuna da atenção primária como porta de entrada, uma vez que os usuários não encontram o necessário suporte para o alcance das tecnologias a que têm direito. Por outro lado, ao sentirem-se perdidos, alteram os arranjos organizacionais e encontram escape para ter suas necessidades acolhidas. Frente a isso, atropela-se o fluxo, levando à manutenção da sobrecarga de atendimento nos níveis de atenção de maior densidade tecnológica.

Estudo sobre as práticas de saúde desenvolvidas na cidade do Rio de Janeiro também identificou que tal princípio não é respeitado, uma vez que os usuários buscam os serviços de urgência para o atendimento de qualquer que sejam suas necessidades, burlando, assim, a hierarquização prevista para o sistema.¹³

O imanente vínculo com a equipe da ESF, empreendido de forma menos intensa na UBST

Ao vislumbrar mudanças no modelo de atenção à saúde, o MS propõe a ESF e define para o seu direcionamento “o estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromissos e de responsabilidades entre população e profissionais de saúde”.^{14,7} Acolhimento e vínculo podem ser identificados no encontro do trabalhador com o usuário durante o trabalho vivo em ato. O trabalho vivo é o trabalho em ação, que está em processo de construção. Durante o trabalho vivo em ato, o trabalhador pode ser criativo e autônomo quanto aos instrumentos à sua disposição, dentro de um objetivo que se pretende atingir.¹⁵

Nos atributos propostos,³ identifica-se o vínculo e a longitudinalidade como uma característica central da atenção primária em saúde. Para a autora, no acompanhamento do usuário, ao longo do tempo, encontra-se implícita uma relação de responsabilidade e confiança, o que possibilita diagnósticos mais precisos e tratamentos mais eficazes.

Olha, o pessoal aqui é bastante atencioso. Sempre passam nas casas, preocupados, pra saber como que tá os moradores. Quando eu tive bebê, eles passaram aqui várias vezes com a dentista, preocupados com a reação do bebê. Me cuida direitinho. Eu acho que eles são bastante preocupados nessa parte (E2, USF2 oeste, 28 anos, F).

Eu acho eles bastante atenciosos, vêm na casa da gente. Vê as coisas assim, que nem eu, tava doente, esses dias elas vinham direto pra ver. A enfermeira, as moças lá, né? Direto elas me acompanham na casa quando eu não posso ir (E1, USF2 norte, 63 anos, F).

Ah, eles demonstram, sim, estar preocupados sim, né! Mas tem alguns assim que, às vezes, não se preocupa muito não, com as condições: se você pode, se você não pode comprá um remédio, você entendeu? (E2, UBS sul, 49 anos, F).

Conhece, conhece, inclusive eles passa lá. A gente vê eles direito passando na rua em campanhas com um monte de coisas. A gente sempre vê eles na rua, eles estão sempre presente (E1, UBS oeste, 38 anos, M).

Embora muitas dificuldades e desafios sejam colocados à ESF, é preciso reconhecer que a equipe dispõe da potencialidade de conhecer as pessoas no seu contexto social, emocional, familiar e financeiro. Este privilégio é ímpar, comparando-se com outros cenários de atenção à saúde em que, para obter informações sobre as condições de vida e saúde dos seus usuários, necessitam realizar anamneses extensas com todas as implicações que isso representa no que se refere ao tempo despendido e às condições e disposição do sujeito para fornecer as informações necessárias a um plano que contemple suas necessidades de saúde.

Baixa oferta de especialidades médicas, exames específicos e pouca visibilidade da integração entre os serviços de saúde de diferentes níveis de densidade tecnológica, comuns para as duas modalidades

Na fala dos usuários se observa que o elenco de serviços está muito aquém das suas necessidades, especialmente no que se refere ao atendimento especializado. No município em tela, há mais de uma década vem se ampliando a oferta de serviços de atenção primária, por meio da implantação da ESF. Embora esse aspecto, sem dúvida, amplie a possibilidade de acesso, tal acesso muitas vezes limita-se à porta de entrada, uma vez que os serviços de maior densidade tecnológica não foram ampliados na mesma proporção. É possível que, sem a vazão dessa demanda, ela retorne frequente-

mente à porta de entrada e forme um ciclo de alta demanda e baixa resolutividade, além de causar desgaste aos profissionais que fazem o enfrentamento cotidiano das necessidades da população. Acrescenta-se a crença dos profissionais e da população no modelo centrado na doença e na tecnologia dura, o que limita as possibilidades de avançar na perspectiva da promoção da saúde e do uso da tecnologia leve, pautada na escuta ampliada, no vínculo e responsabilização como condição essencial para os avanços no atendimento das necessidades de saúde. As falas seguintes apontam para as dificuldades dos usuários quanto ao elenco de serviços de saúde, aos quais legalmente eles têm direito, embora não sejam cientes deles.

[...] *é particular, medicamento e exame, porque demora muito, entendeu? Que nem eu, tenho probleminha no intestino. Se eu ficasse contando com os medicamentos daqui, eu não me trataria nunca. Então eu compro os remédios e os exames eu faço particular* (E1, UBS leste, 27 anos, F).

[...] *encaminhamento eu esperei dois anos pra conseguir uma neuro pra minha filha, dois anos* (E2, UBS norte, 46 anos, F).

Consegue [atendimento com especialista], mas é questão de um ano a dois anos, porque tem uma vez que eu pedi o encaminhamento [...] um ano e três meses eu esperei [...]. (E3, USF2 norte, 36 anos, F).

Eles fazem uma consulta para saber o que tenho [referindo-se ao serviço especializado]. [...] o resultado eu fui pegar depois de 15 dias; deu tudo certo (E2, UBS oeste, 63anos, F).

Para acesso ao elenco de serviços a que o usuário tem direito, propõe como alternativa à organização hierarquizada e piramidal do atual modelo de atenção, um modelo que funcione em círculo, o que associa a ideia de movimento, de múltiplas alternativas para a entrada e saída do usuário no sistema de saúde.¹⁶

Associa-se às dificuldades encontradas pelos usuários, em relação ao elenco de serviços, a baixa integração entre os mesmos. Embora para ser atendido no serviço especializado seja necessário um encaminhamento contendo a condição do usuário, a contra-referência, via de regra, não é realizada pelo serviço especializado, sendo que é o próprio usuário que acaba trazendo a informação, o que pode dificultar a continuidade do cuidado.

Visando avançar nesta perspectiva, a Portaria do Ministério da Saúde n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010, estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito

do SUS, propondo a superação da fragmentação da atenção e da gestão dos serviços de saúde, com vistas proporcionar aos usuários as ações e serviços necessários ao seu atendimento de suas necessidades.¹⁷

O enfoque no contexto familiar sentido principalmente por usuários da ESF

Nas falas dos usuários da ESF encontram-se expressões que denotam que a equipe apreende o seu contexto familiar, de forma mais veemente do que os usuários da UBS, conforme se observa nos trechos seguintes:

[...] *sim, por que eles fazem todo um trabalho familiar, fazem perguntas. Eles é bem amoroso, eu acho sim* (E7, USF3 sul, 23 anos, M).

[...] *olha, a outra médica conhecia a Dra XXX por causa que eu tinha minha mãe, que eu falei né? Então ela vinha consultar a minha mãe em casa. Então ela sabia como que era a nossa situação dentro de casa, né? Ela dava bastante dica como fazer as coisas com ela, com minha mãe, né? Então ela era ,assim, bem prestativa* (E6, USF3 sul, 34, F).

[...] *não, não conhece não, eu acho que não, né? Eles não é tão preocupados assim, não* (E1, UBS sul, 59 anos, F).

A ESF, entendida como uma proposta de reorientação do modelo de atenção à saúde, apresenta-se como um avanço pela possibilidade de resgate das múltiplas dimensões que envolvem a atenção à saúde, e pela aproximação da equipe ao contexto de vida das pessoas. Ressalta-se, no entanto, que a organização estrutural da ESF, embora consista em grande potencialidade para um olhar diferenciado para o processo saúde e doença, não garante que os diferentes profissionais que a compõem exerçam suas ações pautando-se nesta direcionalidade.¹⁸

Compreende-se, desta forma, que, ao se adotarem múltiplas abordagens, que não dialogam e não se complementam no cuidado voltado à família, corre-se o risco de práticas diversas e parciais que não contribuem para a integralidade do cuidado.¹⁸

De forma semelhante, estudo que analisou a integralidade do cuidado à criança na atenção básica de saúde concluiu que os fatores limitadores referem-se às instâncias políticas e gerenciais no macro e microespaço e aos aspectos pessoais e profissionais dos integrantes da equipe.¹⁹

A falta de médico especialista sentida pelos usuários da ESF

As mudanças propostas ao modelo de atenção à saúde apresentam características diferenciadas do pressuposto de atendimento à saúde presente no imaginário da população e, muitas vezes, também dos profissionais de saúde e gestores. Além disso, embora o SUS ressalte o abrangente objetivo de “saúde para todos”, nos diferentes níveis de atenção à saúde, com o direito ao consumo das diferentes tecnologias de que o sistema dispõe, a ênfase está na atenção primária à saúde, na perspectiva de melhorar as condições de vida das pessoas.

O movimento de implantação desta nova lógica, mesmo que represente uma conquista de lutas sociais por melhores condições de vida e saúde, com garantia de acesso, equidade e integralidade das ações, pela sua dimensão e na regência de uma política neoliberalista que valoriza e incentiva a iniciativa privada, algumas vezes, em detrimento das ações de natureza pública, impõem-se à sociedade dificuldades de entendimento dessa proposta.

Sendo assim, encontra-se expresso nas falas seguintes, que a população tem dificuldade de compreender o papel da equipe da ESF:

[...] *olha, eu acho assim: ter um médico é certo pra cada área específica, porque aqui é um médico só pra todos, mas é regra da unidade, né? Então o que eu tenho a reclamar é só isso [...]* (E4, USF3 leste, 33 anos, F).

[...] *inclusive quando eu vim aqui, quando a enfermeira, ela mediu a pressão, ela viu que estava alterada e ela inclusive foi conversar com a médica, para ver o que fazer, e eles me deram um comprimido para baixar a minha pressão, e depois que eu tive esse atendimento aqui, foi muito bom [...]* (E3, UBS oeste, 38 anos, M).

[...] *o médico da família é meio complicado porque é só clínico geral, né? Antigamente que tinha tudo que não era médico da família, tinha mais médico, tinha mais opção, né? Agora médico da família não tem, não tem nem pediatra, não tem nada. Então, médico deveria ter* (E3, USF oeste, 65 anos, F).

A esse respeito, vale resgatar as reflexões de sobre a mitificação do generalista, pois consideram ser uma “especialidade” médica que, por si só, não consegue implementar novas práticas de saúde junto à população, sugerindo que o mais adequado seria absorver com mais naturalidade outras especialidades e dar-lhes a oportunidade de operar novas formas de cuidado em saúde, em espaços

de sobreposição do exercício profissional. Nesta proposição, acrescentam que, se o generalista se isolar no seu campo de conhecimento próprio, ao longo do tempo, se transformará em especialista desta generalidade.²⁰

Frente a isso, pode-se compreender que a equipe da ESF, colocada para operar as tecnologias leves, a fim de disparar as redes de relação imbuídas do atendimento das necessidades de saúde das pessoas, não está atuando na perspectiva de articulação dos diferentes saberes entre a própria equipe e dessa com os serviços de referência, uma vez que a organização dos serviços muitas vezes tem sido regida por normas e regras que pouco contribuem para o processo de criação e invenção, necessário aos serviços de atenção primária em saúde. Nesta perspectiva, discutem-se os desafios a serem superados, considerando que a nova lógica de atenção proposta ainda não se encontra incorporada ao cotidiano das práticas de saúde na atenção básica.²¹

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A atenção primária à saúde apresenta pressupostos claros que objetivam a implantação de um novo modelo de atenção, com vista à vigilância em saúde e ênfase na promoção, empreendido pelos princípios e diretrizes do SUS. Mesmo que esta responsabilidade seja expandida a todas as modalidades de atenção primária, encontra-se na ESF uma direcionalidade mais efetiva para que isso ocorra, pois, do ponto de vista estrutural, apresenta elementos privilegiados para operar segundo tal lógica.

Na análise das falas dos usuários da UBST e da ESF, tendo como quesito a qualidade da atenção primária, constatam-se semelhanças no se refere ao acesso, uma vez que as duas modalidades deixam lacunas nesse aspecto. O mesmo parece ocorrer quando questionados sobre a atenção primária como “porta de entrada no sistema”, uma vez que, ao necessitar de outros serviços de saúde, o usuário depende de encaminhamento, o que nem sempre lhe é ofertado de acordo com seu desejo, constituindo, na ótica dos usuários, uma condição burocrática. Na superação dessa dificuldade, muitas vezes eles precisam utilizar outras estratégias, ainda que contradigam a proposta de atenção à saúde vigente.

Por outro lado, no que se refere ao vínculo e à longitudinalidade, deixam clara a aproximação da equipe da ESF com os usuários, o que não

ocorre de forma efetiva na UBST. Pela proximidade da equipe da ESF com usuários, também houve a pontuação de que ela conhece o contexto familiar. Destaca-se que a USF, em algum sentido, vem cumprindo o seu papel de aproximação e de abordagem mais integral, já que o conhecimento do contexto social e familiar é condição ímpar no cuidado à saúde.

No que se refere à oferta de serviços de diferentes níveis de densidade tecnológica e à integração entre eles, constata-se um grande descompasso entre as necessidades apresentadas e o que é ofertado, tanto por usuários da USF como da UBST. Esse aspecto parece indicar que somente a ampliação do acesso à porta de entrada não é suficiente para resolver os problemas de saúde da população, demandando novas formas de organização dos fluxos de serviços. Talvez seja em consequência dessa condição que, principalmente os usuários da USF, pontuam como dificuldade a falta de médico especialista na unidade.

Embora a ESF, indiscutivelmente, tenha contribuído com o acesso da população, especialmente aquelas com maior carência sócio-econômica, o eixo relacionado à equidade de acesso a toda tecnologia disponível para melhoria das condições de vida e saúde, ainda não foi atingido, o que ocorre, em parte, pela desarticulação dos diferentes níveis de atenção à saúde.

Constatam-se, assim, importantes obstáculos e desafios no enfrentamento da mudança do modelo assistencial, uma vez que as alterações estruturais implementadas, embora tenham se constituído em importante iniciativa na ampliação do acesso, vínculo e longitudinalidade, ainda demandam avanços e ajustes significativos.

REFERÊNCIAS

1. Buss PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Cienc Saúde Coletiva*. 2000 Jan-Jun; 5(1):163-77.
2. Almeida C, Macinko J. Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do Sistema de Saúde (SUS) em nível local. Brasília (DF): Organização Pan-Americana de Saúde; 2006.
3. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002.
4. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. 3ª ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006.
5. Conill EM. Ensaio histórico-conceitual sobre a atenção primária à saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2008; 24(supl 1):S7-16.
6. Elias PE, Ferreira CW, Alves MCG, Cohn A, Kishima V, Escrivão Junior A, et al. Atenção básica em saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. *Cienc Saúde Coletiva*. 2006 Jun-Set; 11(3):633-41.
7. Secretaria Municipal de Higiene e Saúde de Marília. Relatório de gestão 2002. Marília (SP): Secretaria Municipal de Higiene e Saúde de Marília; 2002.
8. Gomes R, Souza ER, Minayo MCS, Malaquias JV, Silva CFR. Organização, processamento, análise e interpretação de dados: o desafio da triangulação. In: Minayo MCS, Assis SG, Souza ER, organizadoras. *Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais*. Rio de Janeiro (RJ): Fiocruz; 2005. p. 185-221.
9. Minayo MCS. O desafio do conhecimento. São Paulo (SP): Hucitec; 2003.
10. Ramos DD, Lima MADs. Acesso e acolhimento aos usuários em unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2003 Jan-Fev; 19(1):27-34.
11. Jesus WLA, Assis MMA. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. *Cienc Saúde Coletiva*. 2010 Jan; 15(1):161-70.
12. Quinellato LV. A diretriz de hierarquização do SUS: mudando a antiga perspectiva do modelo médico-assistencial privatista [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Fundação Getúlio Vargas; 2009.
13. Oliveira DC, Sá CP, Gomes AMT, Ramos RS, Pereira NA, Santos WCR. A política de saúde brasileira e memória social de profissionais. *Cad Saúde Pública*. 2008 Jan; 24(1):197-206.
14. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. *Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1997.
15. Campos CMS, Bataiero MO. Necessidades de saúde: uma análise da produção científica brasileira de 1990 a 2004. *Interface Comum Saúde Educ*. 2007 Set-Dez; 11(23):605-18.
16. Cecílio LCO. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. *Cad Saúde Pública*. 1997 Jul-Set; 13(3):469-78.
17. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito

- do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, 31 dez 2010. Seção 1.
18. Ribeiro EM. As várias abordagens da família no cenário do Programa/Estratégia de Saúde da Família (PSF). Rev Latino-Am Enferm. 2004 Jul-Ago; 12(4):658-64.
19. Sousa FGM, Erdmann AL, Mochel EG, Condições limitadoras para a integralidade do cuidado à criança na atenção básica de saúde. Texto Contexto Enferm. 2011; 20(esp):263-71.
20. Franco T, Merhy E. PSF: contradições e novos desafios [Internet]. In: Anais da 11^a Conferência Nacional de Saúde on-line; 2000 Dez 15-19; Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2000 [acesso 2008 Out 28]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cns/temas/tribuna/PsfTito.htm>
21. Campos RO, Gama CA, Ferrer AL, Santos DVD, Stefanello, S, Trapé TL, et al. Saúde mental na atenção primária à saúde. Ciênc Saúde Coletiva. 2011 Dez; 16(12):4643-52.