

Rachel Cristine Diniz Silva¹

Maristela Dalbello Araujo²

Health unit daily life as promoter of bonds

| O cotidiano das unidades de saúde da família como promotoras de vínculo

ABSTRACT | *Objective: This article explores the relationships built between professionals from health unit and a reference population, identifying if the services provided meet the health needs of this population and if the health unit is configured as a gateway system. Methodology: It adopts the qualitative approach method. It was conducted 14 individual interviews with five users and professionals. Moreover, he was made a focus group attended by seven community health workers. The material was analyzed by the technique of the Collective Subject Discourse. Results: The analysis revealed that the unit has been configured as a gateway to the health system, while the network service is not yet articulated to ensure comprehensive care to the population. The presence of the Health Family Strategy (HFS) in the territory, receives good rating by users, mentioning the link, the knowledge of family and the environment in which they live as factors that promote a better understanding by the professional about their health needs and solving them. The host introduced in this unit is also facilitating the access of users. Conclusion: It is observed that the ESF brings a new perspective on the population that feels safer to have professional reference. However, adjustments are still needed with respect to work processes and articulation of the services network, to give necessary attention to ensure the population.*

Keywords | *Family health; Primary health care; Health services accessibility.*

RESUMO | *Objetivo: Este artigo explora as relações construídas entre profissionais de uma unidade de saúde e a população de referência, identificando se os serviços disponibilizados atendem às necessidades de saúde dessa população e se a unidade se configura como porta de entrada do sistema. Metodologia: Adota, como método, a abordagem qualitativa. Foram realizadas 14 entrevistas individuais com usuários e cinco com profissionais. Além disso, formou-se um grupo focal com a presença de sete agentes comunitários de saúde. O material foi analisado por meio da técnica do Discurso do Sujeito Coletivo. Resultados: A análise evidenciou que a unidade tem se configurado como porta de entrada para o sistema de saúde, embora a rede de serviços ainda não esteja articulada de forma a garantir atenção integral à população. A presença da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no território recebe boa avaliação por parte dos usuários, que citam o vínculo, o conhecimento do ambiente familiar e do meio ambiente em que vivem como fatores que favorecem uma melhor compreensão por parte dos profissionais sobre suas necessidades de saúde e resolutividade. O acolhimento instituído nessa unidade também vem facilitando o acesso dos usuários. Considerações Finais: Observa-se que a ESF traz um novo olhar sobre a população, que se sente mais segura ao ter profissionais de referência. Porém, ainda são necessários ajustes no que tange aos processos de trabalho e articulação da rede de serviços, para que haja garantia da atenção necessária à população.*

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

¹Mestre em Saúde Coletiva, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC) da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES).

²Professora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC) da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES).

INTRODUÇÃO |

As políticas de atenção à saúde no Brasil foram marcadas historicamente pela ineficiência da gestão pública e pela baixa efetividade das ações no atendimento às necessidades da população, principalmente entre as décadas de 1930 e 1980, o que culminou com o Movimento da Reforma Sanitária, que idealizou um sistema de saúde abrangente, universal e que realmente atendesse às necessidades de saúde de uma população tão diversa quanto é a do Brasil²⁰. Alguns autores vêm destacando a importância de uma atenção primária eficiente para a consolidação do novo sistema^{2, 20}.

A atenção primária à saúde (APS)¹, definida pela Conferência de Alma-Ata, é uma assistência sanitária posta ao alcance de todos os indivíduos e famílias da comunidade, com sua plena participação e a um custo que a comunidade e o País possam suportar².

Starfield²² considera que a APS adequada é aquela que permite aos indivíduos seu acesso ou entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção à pessoa no decorrer do tempo e atenção a todas as situações de saúde, exceto as incomuns.

No Brasil, com o SUS, apesar de ter havido uma grande ampliação da rede de serviços destinados a APS – favorecendo a acessibilidade aos serviços de saúde – a desarticulação da rede básica com os serviços de maior complexidade provoca um movimento de demanda em direção inversa à proposta da APS, uma vez que os indivíduos buscam a resolutividade de suas necessidades de saúde e, quando não a encontram, procuram em serviços de maior nível de complexidade a resposta que necessitam¹⁴.

A taxonomia proposta para as “necessidades de saúde”, segundo Matsumoto¹², abrange a causa do problema, contemplando fatores como: necessidade de boas condições de vida, garantia de acesso a todas as tecnologias, necessidade de ter vínculo com uma equipe ou profissional de saúde, necessidade de autonomia e autocuidado na escolha do modo de viver e na construção do sujeito, o que só poderá ser garantido quando houver integração dos serviços em todos os seus níveis de complexidade, garantindo aos usuários desse sistema a atenção integral.

O município de Vitória, cenário deste estudo, é a Capital do Espírito Santo, que conta com uma população de 314.042 habitantes¹⁰. A Estratégia de Saúde da Família (ESF), em Vitória, teve início a partir do ano de 1998, naquele

momento ainda como Programa de Saúde da Família (PSF). Vitória está dividida em seis regiões de saúde²⁴ e conta atualmente com 28 unidades de saúde. Destas, 21 atendem com Equipes de Saúde da Família, três com a Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde e quatro são unidades básicas de saúde².

A Unidade de Saúde da Família (USF) Benedito Gomes da Silva, localizada no bairro de Santa Martha, foi inaugurada em 2006 e conta hoje com cinco equipes da ESF atendendo à população dos bairros de Santa Martha, Joana D’Arc e Mangue Seco. Essa unidade foi eleita para o desenvolvimento desta pesquisa, que objetivou explorar as relações construídas entre os profissionais e a população de referência, identificando se os serviços disponibilizados atendem às necessidades de saúde dessa população e se a unidade se configura como porta de entrada do sistema.

METODOLOGIA |

Foi utilizada a abordagem qualitativa com pesquisa de campo, no formato de um estudo de caso, devido à necessidade de aprofundamento e interpretação dos fatos em questão, o que é corroborado por Alves-Mazzotti¹, quando discute que há setores importantes na área de pesquisa que, por sua natureza, dependem muito mais de interpretação do que de explicação.

As técnicas adotadas para a coleta de dados foram entrevistas com roteiro semiestruturado e a discussão em Grupo Focal (GF). Para alcançarmos o objetivo da pesquisa, todos os grupos foram trabalhados em relação a cinco temas, que foram: relacionamento entre profissionais, ACS e usuários; vagas para consultas *versus* atendimento às necessidades da população; especialidades e serviços de apoio, diagnóstico e terapêutico; fluxo do agendamento e o acesso da população; e, por fim, o acolhimento.

Foram realizadas 14 entrevistas individuais com usuários da USF, que foram abordados ao acaso, tanto no ambiente da unidade como em seu território. Foram entrevistados usuários maiores de 18 anos, que residiam no bairro há pelo menos um ano. Também foram efetuadas cinco entrevistas individuais com profissionais de saúde de diferentes categorias³, pertencentes as cinco equipes existentes na unidade, de acordo com sua disponibilidade para participação na pesquisa. Além disso, foi feita uma

²SIAB, 2010.GAS/CAB.

³Estiveram representadas as seguintes categorias de profissionais de saúde: auxiliar de enfermagem, enfermeiro, médico e odontólogo.

¹ A APS vem comumente sendo designada de Atenção Básica (AB) pelos municípios, especialmente após a publicação da NOB/96, que estipulou o piso da atenção básica (PAB).

discussão com o uso da ferramenta GF com os agentes comunitários de saúde (ACS), ocasião essa em que sete ACS das diferentes equipes estiveram presentes. Os ACS foram tratados num grupo diferente de profissionais, uma vez que seu cargo não exige formação específica para ingresso nas atividades, sendo necessário tão somente ter completado o ensino médio. A opção de entrevistar os ACS por meio do GF se deu, na verdade, ao longo da pesquisa, uma vez que o território e não a US é o seu campo de trabalho. Tendo em vista a dificuldade em encontrá-los na US sem que estivessem participando de alguma atividade da qual não poderiam ser liberados, foi feito um acordo com a gerência da US para evitar prejuízo ao trabalho. Dessa forma, realizou-se uma reunião para a qual foram convidados os ACS que quisessem participar. Todos os que concordaram em participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)⁴.

A pesquisa de campo foi desenvolvida no período de dezembro de 2008 a março de 2009. Todo o material foi gravado e transcrito na íntegra e o conteúdo das entrevistas, da população, dos profissionais de saúde e dos ACS foi submetido à técnica de análise do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) de Lefevre e Lefevre¹¹.

RESULTADOS E DISCUSSÃO |

Relacionamento entre profissionais, ACS e usuários

De modo geral, o relacionamento estabelecido entre esses sujeitos é bom, e o que ainda não é qualificado como bom vem melhorando ao longo do tempo, principalmente pela possibilidade de construção do vínculo que a ESF estabelece – o que é confirmado por outras pesquisas de mesmo cunho. Hildebrand e Shimizu⁹ descrevem que “[...] a comunidade tem percepção bastante positiva do programa, principalmente porque permitiu maior aproximação entre a população e o serviço de saúde”. Rodrigues e Ramires¹⁸ também apontam o vínculo como fator de melhoria nas relações entre comunidade e serviços de saúde, quando descrevem que “[...] quanto maior for esse vínculo, melhores serão as relações entre as pessoas que participam dessa rede”. Os discursos a seguir corroboram as afirmações:

Criou-se o vínculo, eu já estou há um ano e seis meses aqui e eu fiz um vínculo com a comunidade. A gente tem um ponto positivo, que as pessoas que trabalham aqui, médico,

enfermeiro, têm um bom relacionamento. Tudo que você constrói devagar, constrói um relacionamento duradouro, melhora, é o vínculo [...] (PROFISSIONAIS).

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

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

Vagas para consultas versus atendimento às necessidades da população

A ESF tem como característica a disponibilização de vagas para atendimento mediante uma demanda organizada, ou seja, a agenda de seus profissionais é aberta com vagas destinadas ao atendimento de grupos específicos, de acordo com o diagnóstico situacional da região. Porém, como considerado por Franco e Merhy⁸, não é possível trabalhar com uma agenda “fechada” em termos de grupos de atendimento, pois necessidades de saúde surgem a todo momento sem serem previstas, havendo, desse modo, necessidade da organização do atendimento à demanda espontânea – que abrangerá o atendimento às situações de urgência e também àquelas de sofrimentos e angústias.

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

[...] Fica muita coisa de fora [...] até porque o número de pessoas do bairro a gente não dá conta. Se tivesse um número menor de pessoas na minha área, talvez desse pra atender melhor. Se eu tivesse um clínico pra fazer demanda, eu tinha espaço pra fazer [...] planejamento familiar, pediatria [...].

⁴ O TCLE e como o projeto de pesquisa, foram aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Espírito Santo, sob o nº 045/08, e pela Gerência de Formação e Desenvolvimento em Saúde da SEMUS/PMV.

Os programas como HIPERDLA, Pré-natal, puericultura e preventivo são bem atendidos, o restante é que é difícil de encaixar, e acaba por ser atendido na demanda. [...] o que gera descontinuidade no atendimento e não cria vínculo com a equipe [...] (PROFISSIONAIS).

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

Venho primeiro e marco a ficha, vou à consulta, mas é bem difícil pela superlotação. Assim, né, quando consegue marcar consulta é bom, né? O problema é até a gente conseguir marcar, muita demora e pouca vaga, acho que pouco médico. Pra melhorar [...] não acho que precisa mudar muita coisa, só ter mais ficha ou pôr mais gente pra atender [...] (USUÁRIOS).

Para a mudança das práticas de saúde, é necessária também a transformação das relações de trabalho da própria equipe de saúde. É preciso uma nova forma de olhar o usuário, o colega de trabalho e a si mesmo nessas relações profissionais. Para atender às necessidades de saúde do território e nortear o trabalho das equipes de saúde, os profissionais da USF devem analisar o contexto social, econômico, sanitário e assistencial, a partir de um novo pensar e agir em saúde. Campos e Bataiero⁴, ao discutirem as necessidades de saúde como reguladoras da oferta de serviços, fazem a seguinte consideração:

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

Especialidades e serviços de apoio diagnóstico e terapêutico

A queixa sobre a dificuldade em acessar profissionais e serviços especializados, ainda que solicitados pela própria unidade básica de saúde, também aparece nesta pesquisa, assim como em tantas outras, como as de Rodrigues e

Ramires¹⁸ e Scochi *et al*¹⁹.

Visando à melhor assistência da USF, com o estabelecimento de áreas de risco em Belo Horizonte/MG, foi priorizada, em algumas regiões do município, a organização de equipes de especialistas responsáveis por um determinado número de ESF⁷. No Estado do Espírito Santo, com a recente formulação das linhas-guia e a proposta de capacitação de todos os profissionais de nível superior das ESF, essa problemática tem sido repensada, considerando que a unidade de saúde deve ofertar serviços que estejam condizentes com as necessidades locais⁵.

Acho que, além dos médicos do PSF, cada unidade deveria ter algumas especialidades. Pelo menos as mais importantes: Cardiologista, Oftalmologista [...]. A demora é muito grande. Especialidade, se precisar, morre. É de três a seis meses pra conseguir uma vaga [...]. Cardiologia leva mais de três meses pra conseguir marcar, a não ser que você ligue pro médico regulador e fala 'Oh, tá passando mal', aí aí consegue pra outra semana [...] (PROFISSIONAIS).

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

Não tenho o que reclamar, só quando a história é especialista, aí você tem que esquecer. [...] quando precisamos de encaminhamento, aí a gente tem que esperar muito, tem mais de um mês que meu filho precisa de médico de pulmão e não acha vaga [...] minha esposa espera há mais de seis meses uma consulta com o médico de vista, isso é ruim, a espera é desanimadora [...]. Podia ter um cardiologista, oftalmologista, geriatra, neurologista, essas coisas assim, sabe? Médico assim não tem, e nem exames específicos. Queria mais médico, médico que cuidasse direto de nosso problema, pra não ficar mandando pra outro lugar, e podia também ter mais exames [...] (USUÁRIOS).

O fluxo do agendamento e o acesso da população

O agendamento para as consultas com os profissionais da USF ocorre apenas uma vez ao mês para cada equipe – o que vem gerando, tanto do ponto de vista dos profissionais como dos usuários, uma dificuldade no acesso à demanda

programada, uma vez que nem sempre, no dia estipulado para o agendamento, o indivíduo que necessita de uma consulta está disponível para comparecer à USF para agendá-la, seja por compromissos profissionais, seja por necessidades pessoais.

Dentro dos questionamentos levantados por esta pesquisa, está o fato de o ACS poder ou não agendar consultas. Em pesquisa recente sobre acesso e acolhimento na atenção básica, Souza *et al.*²¹ encontraram, como resposta dos profissionais e dos usuários, que o agendamento de consultas por parte do ACS facilita o acesso.

Abre todo mês. Tem um dia direcionado para médico e enfermeiro de cada equipe. As vagas acabam no mesmo dia [...]. A agenda abre uma vez no mês, então no dia que abre a agenda ela já fecha. No dia que abre pra marcar, muita gente já vem, aí lota [...] devia abrir a agenda mais vezes no mês. Pra puericultura eles (ACS) marcam e pra pré-natal eles marcam também [...]. Na odontologia quem faz a agenda é a administração e os programas (Hipertensos, Diabéticos, Gestantes e Saúde do Escolar) que são agendados pelas equipes do PSF (PROFISSIONAIS).

Hoje já não tem tanta fila [...], eles estão enxergando que com a ESF não precisam mais vir pra cá de madrugada [...] cada profissional, enfermeiro, médico, tem sua agenda, cada equipe marca em dia diferente [...] e ajudou a gente, e muito, a conseguir marcar pra maior parte das pessoas, mas demora muito! Eu não aguentaria [...] e a população fala mal [...]. Não podemos marcar consulta, é ordem da SEMUS não existe nem um porquê [...] (ACS).

Tem a consulta quando abre agenda, [...] existe um dia pra marcação que é uma vez no mês, o agente comunitário avisa e a gente marca, geralmente não é difícil [...], se tiver vaga é bom, logo depois somos atendidos, mas ainda assim tem demora [...] mas tem mês que não dá vaga [...] aí volta pra casa. (USUÁRIOS).

Em pauta o acolhimento

A problemática do acolhimento vem sendo amplamente discutida no âmbito dos serviços de saúde do SUS nos últimos anos com o intuito de humanizar a relação entre os trabalhadores e os serviços de saúde e seus usuários¹⁵.

Andrade, Barreto e Bezerra² discutem as funções do acolhimento dentro do conceito da clínica ampliada, referindo que é função dos profissionais que acolhem avaliar risco e necessidades de saúde, resolvendo os casos possíveis de acordo com a capacidade individual e a complexidade exigidas, encaminhando com responsabilidade o paciente

conforme gravidade e disponibilidade para atendimento na própria unidade de saúde, pronto-socorro ou serviço de referência. No entanto, Teixeira²³ refere que tem havido uma banalização do acolhimento, transformando-o em mais um serviço de pronto-atendimento. Na USF estudada, percebe-se um desvirtuamento do acolhimento, manifesto tanto pela insatisfação dos profissionais quando atendem aos casos que são passíveis de agendamento, quanto pela declaração dos usuários de que ficha na demanda é fácil. O ponto positivo percebido no acolhimento dessa USF é a referência de que as urgências sempre são atendidas: tanto profissionais como usuários reafirmam que nenhum paciente que apresente uma necessidade de atendimento imediato deixa de ser atendido.

Na recepção tem uma avaliação inicial, aí [...] tem a salinha [...] pra escutar com privacidade o paciente, e é separada a demanda de adulto e de criança, que passa pelo técnico ou auxiliar de enfermagem, que vai então de acordo com a queixa do paciente encaminhá-lo para o atendimento do médico ou do enfermeiro. Todo mundo tem que ser atendido. O número de senhas da demanda pro médico é de 16, mas, se tiver alguém passando mal, tem que atender, às vezes chega a 20, 21 (PROFISSIONAIS).

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

Pra ter consulta é fácil. Tem as fichas que são distribuídas pra demanda [...] é só chegar cedo e pegar ficha [...] mas tem que acordar cedo. Leva pela manhã para encaixe na parte da tarde. Chego cedo, pego a ficha, se ainda tiver, e consulto [...], se for urgência, é fácil, sempre atendem [...] isso não posso reclamar. [...] eu já passei mal da pressão e fui atendida rapidamente aqui (USUÁRIOS).

CONSIDERAÇÕES FINAIS |

Foi verificado que a USF Benedito Gomes da Silva se configura como porta de entrada do Sistema de Saúde para a comunidade de seu território, embora alguns mecanismos do processo de trabalho necessitem, ainda, ser reajustados para “acolher” aqueles indivíduos que de alguma forma encontram empecilhos para o uso dos serviços de saúde.

Os empecilhos verificados dizem respeito ao horário de funcionamento da USF, ao horário de trabalho dos usuários e às dificuldades em conseguir um agendamento por não se

enquadrar nos grupos prioritários de atendimento ou, ainda, pela abertura da agenda se dar somente uma vez ao mês.

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

A população vem reconhecendo que ter uma equipe de saúde responsável por seus cuidados favorece o reconhecimento de suas necessidades e, por conseguinte, a resolutividade dos problemas, quando passíveis de solução dentro da estrutura da USF. As visitas domiciliares realizadas pelos diversos profissionais que compõem a equipe, visando a atender e orientar aqueles indivíduos com dificuldades ou impossibilitados de comparecer à USF, são consideradas pela população como um importante avanço gerado pela ESF. De outro lado, os profissionais referem que é gratificante ver seu trabalho sendo reconhecido e poder contribuir para a melhoria da qualidade de vida dessa população.

No que diz respeito à percepção da população sobre o atendimento às suas necessidades de saúde, é interessante observar que o questionamento desses usuários não se refere às necessidades passíveis de solução dentro da capacidade proposta para a USF, e sim à atenção integral. Uma das dificuldades mais referidas é o atendimento solicitado pelos próprios profissionais da USF em outros serviços, sejam eles da própria rede municipal (próprios ou conveniados), sejam da rede estadual.

Quando esses usuários pedem que haja especialistas na USF, querem, na verdade, facilidade no acesso a esses profissionais, assim como há facilidade no acesso aos profissionais da USF. É necessário que a rede de atenção esteja mais bem organizada para atender aos princípios da hierarquização e atendimento integral do SUS, garantindo a esses usuários o atendimento às suas necessidades.

Cabe aqui ressaltar que fatores externos à área da saúde contribuem no processo saúde-doença da população, e, havendo, por parte do Poder Público, maior ação afirmativa quanto aos determinantes sociais da saúde, haverá também diminuição da demanda por serviços de saúde, que, em muitos momentos, são acessados por questões sociais, angústias e complicações relativas à falta de condições dignas de vida.

Enfim, talvez um dos mais importantes aspectos observados nesta pesquisa seja o acolhimento. Apesar de vir sendo trabalhado como importante estratégia nos serviços públicos de saúde há mais de dez anos, ainda

não conseguiu constituir-se tal como seu propósito. O acolhimento está baseado na escuta, e essa escuta atenta gera responsabilização de quem quer que a faça – se não no sentido de garantir, pelo menos no sentido de auxiliar o indivíduo no percurso que levará à resolução de sua necessidade, haja vista que nem todos os fatores relacionados com a necessidade desse indivíduo irão encontrar resposta nos serviços de saúde.

O processo de trabalho em relação ao acolhimento encontra-se, de certo modo, distorcido de seu foco. Idealmente, a proposta do acolhimento é baseada na resolutividade individualizada de cada caso, de acordo com a complexidade que requeira. Para isso, o paciente, após uma escuta criteriosa, poderá ser agendado para um atendimento, encaminhado ao serviço social, encaminhado para atendimento imediato e até mesmo para um pronto-atendimento ou pronto-socorro.

Ao percorrer o caminho que levou à construção deste trabalho, por meio da leitura de tantos outros estudos, da observação da rotina instituída na USF e da análise realizada em “conversa” entre os atores, foi possível perceber grandes avanços e contribuições do SUS e da ESF na construção do acesso universal aos serviços de saúde. No entanto, é necessário que haja profissionais comprometidos com o usuário, que tenham formação para o trabalho no SUS, condições dignas de trabalho, remuneração e garantia de retaguarda, quando essa for necessária.

Para que isso ocorra, há que se rever vontade política, financiamento, programação de serviços baseada na demanda e não na oferta, mudança na formação profissional, com conseqüente alteração nos processos de trabalho, promovendo um modelo centrado no usuário, tendo o acolhimento como pilar dessa construção.

Talvez esteja na hora de um novo movimento, que tenha a mesma força propositiva que o Movimento da Reforma Sanitária e que nos leve à construção do que falta para alcançar o SUS que queremos e merecemos.

REFERÊNCIAS |

- 1 - Alves-Mazzotti AJ. O método nas ciências sociais. In: Alves-Mazzotti AJ. O método nas ciências naturais e sociais. São Paulo: Pioneira; 1999.
- 2 - Andrade LOM, Barreto ICHC, Bezerra RC. Atenção Primária à Saúde e Estratégia de Saúde da Família. In: Campos GWS, organizador. Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Editora Hucitec; 2007.

- 3 - Campos CEA. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. *Ciênc Saúde Colet* 2003; 8(2):569-84.
- 4 - Campos CMS, Bataiero MO. Necessidades de saúde: uma análise da produção científica brasileira de 1990 a 2004. *Interface* 2007; 11(23):605-18.
- 5 - Espírito Santo. Secretaria de Estado da Saúde. Diretrizes para Organização da Atenção Primária à Saúde no Espírito Santo. *Diretrizes Clínicas – Organização da Atenção Primária à Saúde*. Vitória; 2008.
- 6 - Franco TB, Bueno WS, Merhy EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública* 1999; 15(2):345-53.
- 7 - Franco TB, Magalhães Jr. HM. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. In: Merhy EE, Miranda Jr. H, Rimoli J, Franco TB, Bueno WS. *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Editora Hucitec; 2006.
- 8 - Franco TB, Merhy EE. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: Merhy EE, Miranda Jr. H, Rimoli J, Franco TB, Bueno WS. *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Editora Hucitec; 2006.
- 9 - Hildebrand SM, Shimizu HE. Percepção do agente comunitário sobre o Programa Família Saudável. *Rev Bras Enferm* 2008; 61(3):319-24.
- 10 - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Contagem da população 2007. [citado 2010 nov. 3]. Disponível em: URL: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/contagem2007/contagem_final/tabela1_1_18.pdf.
- 11 - Lefevre F, Lefevre AMC. Depoimentos e discursos: uma proposta de análise em pesquisa social. Brasília: Líber Livro Editora; 2005.
- 12 - Matsumoto NF. A operacionalização do PAS de uma unidade básica de saúde do município de São Paulo, analisada sob o ponto de vista das necessidades de saúde. 1999 [Dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 1999.
- 13 - Medeiros CRG, Junqueira AGW, Schwingel G, Carreno I, Jungles LAP, Saldanha OMFL. A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família. *Cien Saude Colet* 2010; 15(1):1521-31.
- 14 - Mendes EV. O SUS que temos e o SUS que queremos: uma agenda. *Revista Mineira de Saúde Pública* 2004; 3(4):4-26.
- 15 - 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: Merhy EE, Campos GWS, Cecílio LCO, organizadores. *Inventando a Mudança na Saúde*. São Paulo: Editora Hucitec; 2006.
- 16 - Merhy EE. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor Saúde. *Interface* 2000; 6:109-16.
- 17 - Oliveira SF, Albuquerque FJB. Programa de saúde da família: uma análise a partir das crenças dos seus prestadores de serviço. *Psicol Soc* 2008; 20(2):237-46.
- 18 - Rodrigues MJ, Ramires JCL. O Programa Saúde da Família em Uberlândia: a visão dos usuários e das coordenadoras de equipe do núcleo Pampulha. *Hygeia* 2008; 3(6):126-41.
- 19 - Scochi MJ, Mathias TAF, Souza RKT, Gazola S, Tavares CRG. Conhecimento e utilização de serviço de atenção básica em saúde por famílias em município da região Sul do Brasil. *Rev Eletr Enf* 2008; 10(2):347-57.
- 20 - Silva PLB. Serviços de Saúde: o dilema do SUS na nova década. *São Paulo em Perspectiva* 2003; 17(1):69-85.
- 21 - Souza ECF, Vilar RLA, Rocha NSPD, Uchoa AC, Rocha PM. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. *Cad Saúde Pública* 2009; 24 (Supl 1):100-10.
- 22 - Starfield B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.
- 23 - Teixeira RRO. Acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: UERJ/ABRASCO; 2007.
- 24 - Vitória. Prefeitura Municipal de Vitória. [citado 2008 abr 20]. Disponível em: URL: www.vitoria.es.gov.br.

Correspondência para/ Reprint request to:

Rachel Cristine Diniz Silva

Rua Ruy Dias Barbosa, nº 280

Joana D'Arc - Vitória-ES

CEP: 28048-165

e-mail: diniz.rachel@gmail.com