

Juliana Destefani Passamani¹
Marta Zorzal e Silva²
Maristela Dalbello de Araújo³

**Family health strategy: the access
in a middle class territory**

Estratégia saúde da família: o acesso em um território de classe média

Abstract | Introduction: The Family Health Strategy, created by federal government for reorientation and reorganization of the Basic Care, has 'access universal' as one of its politics directive. Objective: This paper analyzes the access construction to Family Health Strategy in a middle class territory of Vitória/ES. Methods: It was realized free observations and interviews with various actors involved in the process. Results: The results demonstrated that the understanding of public system of health as a service that works only for the low income population that no have conditions to adhere to privates plans is strong yet. On the other hand, the professionals are trying to create ways of work and integration with community, that on your side is understanding and joining to the Strategy proposal. It was found obstacles related to the service organization too. Conclusions: The population is being benefited for the offer of this service that comes seeking to promote health and quality of life of its inhabitants.

Keywords: Family Health Program. Health Services Accessibility. Health Evaluation.

RESUMO | Introdução: A Estratégia Saúde da Família (ESF), criada pelo Governo Federal para a reorientação e reorganização da Atenção Básica, tem a “universalidade de acesso” como uma de suas diretrizes políticas. **Objetivo:** Este artigo analisa a construção do acesso à ESF em um território de classe média na cidade de Vitória/ES. **Métodos:** Foram realizadas observações livres e entrevistas com os diferentes atores envolvidos nesse processo. **Resultados:** Os resultados demonstraram que ainda é forte o entendimento de que o sistema público de saúde funciona apenas para a população de baixa renda que não tem condições de aderir aos planos privados. Por outro lado, os profissionais vêm tentando criar formas de trabalho e de integração com a comunidade, que, por sua vez, tem compreendido e aderido cada vez mais à proposta da Estratégia. Também foram encontrados entraves relacionados com a organização do serviço. **Conclusões:** A população está se beneficiando da oferta de um serviço que vem buscando promover a saúde e a qualidade de vida de seus moradores.

Palavras-chave | Programa Saúde da Família. Acesso aos serviços de saúde. Avaliação em saúde.

¹Psicóloga, mestre em Saúde Coletiva, Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde Coletiva, Universidade Federal do Espírito Santo – UFES

²Doutora em Ciência Política, docente do Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde Coletiva Universidade Federal do Espírito Santo – UFES

³Doutora em Psicologia, docente do Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde Coletiva, Universidade Federal do Espírito Santo – UFES

Introdução |

Em 1988, foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS). Como é sabido, o reconhecimento das muitas lutas e reivindicações sociais em torno das questões sanitárias da população brasileira propiciou a sua inclusão e regulação na Constituição Federal. Considerando que a Carta Magna define que “[...] a saúde é direito de todos e dever do Estado”, todo um conjunto de mudanças, tanto na normatividade – principalmente com a vigência das Leis Orgânicas e a regulamentação das Normas Operacionais – como nas práticas institucionalizadas nas atividades e relações do sistema, entrou em curso e foi efetuado. Com esses procedimentos, muito se avançou no sentido de se levar assistência a uma grande parte da população brasileira antes desamparada de cuidados à saúde. Todavia, apesar das conquistas verificadas, as conseqüências funestas trazidas por décadas de políticas excludentes ainda são visíveis, especialmente nas práticas institucionalizadas.

Soma-se a esse percurso a reforma de Estado pela ótica do neoliberalismo, nos anos 90, que desenvolveu um modelo econômico que interveio sobre a política de saúde, compelindo a classe média assalariada a tornar-se consumidora de planos privados de saúde. “Empurrada” do sistema público devido à precarização e à falta de investimentos nesse setor, por muito tempo, essa população vem se esforçando para não se tornar dependente desse sistema.

Nesse contexto e sob o influxo dos debates no plano internacional acerca dos modelos assistenciais de saúde — Conferências de Alma-Ata (1978) e Otawa (1986), que colocaram em pauta o tema da saúde como direito humano fundamental e a mais importante meta social mundial — a partir da década de 1990, o Brasil norteou suas políticas públicas de saúde para ações voltadas para a Rede Básica de Saúde.

No País, o debate em torno da Atenção Básica possui uma longa trajetória. Começou vinculado à expansão de cobertura e oferta de serviços à população de baixa renda, visando a oferecer aos excluídos uma assistência de baixo custo, passando por uma visão simplificadora de “porta de entrada”. A expressão de uma nova Atenção Básica, que deveria ser “inventada”, surgiu como fruto dos movimentos sociais que desembocaram na criação do SUS. Essa proposta trouxe consigo uma visão mais complexa da Rede Básica, como um lugar de ações individuais e coletivas, de ações integrais nas quais convergissem práticas de saúde e práticas sociais¹¹.

Sob essa nova proposta, a Atenção Básica passou a ser vista como um ponto estratégico para viabilizar a expansão da cobertura dos serviços e como forma de garantir maior efetividade das ações de saúde. Portanto, como lócus para o desenvolvimento de políticas de saúde comprometidas com a ampliação do acesso da população. Nesse sentido,

tem sido repensada como espaço de constituição de ações inovadoras, que busquem efetivamente produzir um novo olhar sobre a saúde e construir práticas mais comprometidas e próximas das necessidades das populações¹².

Resultante desses movimentos, o Programa Saúde da Família (PSF) foi criado, em 1994, como política prioritária do Governo Federal para a Atenção Básica. Embora receba a nomenclatura “programa”, é concebido como estratégia para reorientação da assistência. Essa é uma política que incorpora o domicílio e os diversos espaços comunitários que constituem o seu entorno, visando a fortalecer o vínculo entre profissionais da saúde e a comunidade local. Assim, tendo essas diretrizes como eixo central, o processo de reorientação do modelo assistencial de atenção à saúde e organização do Sistema Único reconhece que a proximidade com a população permite identificar melhor suas reais necessidades. Contudo, para alcançar tais objetivos, é necessário que a Estratégia chegue a toda a população e que todos os atores compreendam que as mudanças do modelo assistencial e dos modos de produzir saúde só podem ser concretizadas com práticas desenvolvidas tanto pelos usuários, como pelos profissionais e gestores cotidianamente nos serviços de saúde.

Sob essa perspectiva, o acesso dos usuários aos serviços de saúde não é um processo dado *a priori* pela oferta de serviços. Muitos aspectos perpassam o processo de gestão e o cotidiano do trabalho em saúde; muitas estratégias de resistências e desvios se desenvolvem nos serviços por parte dos diversos, atores impedindo a plena e efetiva implantação do sistema. Avaliar criticamente esse processo é, portanto, tarefa tanto desafiadora quanto necessária. Desse ponto de vista, tratar a dimensão do acesso à saúde implica considerar tal processo como algo a ser construído continuamente.

Inscrito nos marcos dessas preocupações, o presente artigo traz a público reflexões elaboradas no âmbito de uma pesquisa mais abrangente¹ que teve como objetivo “[...] analisar o processo de construção do acesso dos usuários à Estratégia Saúde da Família (ESF), focalizando as práticas cotidianas desenvolvidas na tentativa de propiciar a efetivação desse princípio do SUS”.

Esta pesquisa foi realizada em um território de saúde predominantemente constituído por populações de classe média residentes na cidade de Vitória, capital do Espírito Santo (ES). Tal característica – populações de classe média – fez emergir novas discussões e novos olhares sobre a Estratégia Saúde da Família em um contexto no qual não se trabalha com uma população totalmente excluída dos

¹Passamani JD. Programa Saúde da Família em Jardim da Penha: a construção do acesso em um território de classe média. [Dissertação] Vitória (ES): Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo; 2006.

serviços de saúde, uma vez que a grande maioria consegue manter uma atenção médica por meio de planos, convênios ou assistência privada e é tida como não necessitada de serviços públicos.

Cabe acrescentar que, apesar de o tema do acesso à saúde já ter sido explorado por diversos estudiosos, os quais produziram vários estudos, tendo como foco diversos municípios ou territórios de saúde brasileiros^{1, 2, 4, 6, 13, 16}, nenhum deles tratou especificamente de uma experiência da Estratégia em um território de classe média. De modo geral, o acesso tem sido analisado pela via da oferta de serviços às populações ditas “susdependentes”.

ACESSO À SAÚDE: CONSIDERAÇÕES SOBRE SUAS DIVERSAS INTERPRETAÇÕES

O acesso à saúde é um conceito complexo e multifacetado que varia entre os diversos autores e de acordo com o contexto. A terminologia empregada também varia. Alguns autores utilizam “[...] o substantivo acessibilidade — caráter ou qualidade do que é acessível —, enquanto outros preferem o substantivo acesso — ato de ingressar, entrada — ou ambos os termos para indicar o grau de facilidade com que as pessoas obtêm cuidados de saúde”¹⁸.

Ademais, o acesso e a acessibilidade podem ser estudados sobre diversos ângulos: organizacional, geográfico, econômico, social, cultural etc. Não há uma linha consensual sobre esses conceitos, ora o que é acessibilidade para um autor, para outro é acesso. Além do mais, nos estudos, a noção de acesso pode estar relacionada com etnia, gênero, tipo de agravo e idade^{1, 2, 13}.

Por outro lado, uma dimensão do acesso relaciona-se também com as discussões sobre os aspectos da “universalidade”, diretriz política que consagra a saúde como um direito universal e dever do Estado, na Constituição. Nesse sentido, a saúde pode ser traduzida em suas determinações social, política e econômica, cabendo ao Estado promover o acesso de todos de forma ampla e diversificada.

Para dar conta dessa temática, emergiram alguns modelos teóricos por meio dos quais o acesso pode ser categorizado e analisado. Nesse sentido, os modelos analíticos sanitário-planificador e sanitário-político, descritos por Giovanella e Fleury⁹, são considerados como os que melhor auxiliam a tratar a problemática definida neste artigo.

O primeiro modelo caracteriza o acesso como garantido por meio do planejamento da rede de serviços, que deve ser hierarquizada, regionalizada e ágil nos processos administrativos para facilitar os atendimentos. O acesso, nesse modelo, é definido pela ação planejadora do Estado “[...] a partir da garantia da localização adequada, da disponibilidade e da articulação funcional dos serviços em uma rede organizada de acordo com a demanda”⁹.

O segundo toma como conceito-chave a noção de consciência sanitária de Berlinguer, o qual diz respeito à ação individual ou coletiva para alcançar o direito à saúde. Esse processo ocorre quando a população toma consciência desse direito e está, portanto, ligada a um processo de desalienação e de politização. Neste caso, “[...] é visto não como uma entrada do usuário em um sistema preexistente, [...], mas sim como a construção, pela sua participação cidadã, deste sistema e a conformação de suas práticas”⁹.

Tendo, portanto, esse referencial como ponto de partida para o estudo do acesso, circunscreve-se: uma dimensão organizacional/planificadora por meio da qual se pretende analisar o papel do Estado como definidor de políticas e modelos assistenciais. Reconhece-se que cabe a este garantir tecnicamente o acesso dos usuários à saúde pela disponibilidade e oferta organizada de serviços, articuladas em uma rede; e uma dimensão política, a partir da qual a análise do acesso dos usuários à saúde é vista para além da entrada no sistema, considerando a importância das ações individuais e coletivas dos usuários para alcançar e fazer valer o direito à saúde.

Merhy¹⁰, embora não focalize especificamente o acesso, oferece uma concepção que lança luz sobre essas duas dimensões, auxiliando na leitura pretendida do que há de relacional entre aquele que oferta e aquele que busca o serviço de saúde.

Em relação à primeira dimensão citada, entende-se que o Estado é o definidor oficial das políticas e dos serviços a serem ofertados, mas está sujeito a pressões por parte da sociedade civil, que, “[...] quando insatisfeita com os recursos que não dispõe para a garantia das suas necessidades básicas, organiza-se e tensiona o Estado para a obtenção do direito ao acesso [...] para organização de serviços e obtenção do seu direito à saúde”⁸.

Em relação à dimensão política, entende-se que a consciência sanitária e organização popular dependem, além dos próprios usuários, também da capacidade das políticas sociais em gerar mudanças nas relações instituídas nos serviços de saúde, bem como viabilizar a participação da população nos processos de discussões e decisões. Essas mudanças precisam ser viabilizadas especialmente por intermédio dos profissionais de saúde inseridos nas políticas, contribuindo para uma postura mais autônoma dos usuários.

Isso quer dizer que ter acesso à saúde não é simplesmente ter um serviço “posto” na comunidade oferecendo atendimento médico. É necessário que as políticas fomentadas possibilitem novos modos de os usuários entrarem e estarem nos serviços de saúde, que podem ser viabilizadas no vínculo profissional-usuário, pela participação popular e pelas práticas de promoção à saúde.

Dessa forma, tratar a dimensão do acesso à saúde por esse prisma, no âmbito das políticas e das diretrizes que com-

põem o SUS, significa considerar a complexidade do sistema de saúde que vem sendo construído, o qual apresenta, em sua constituição, diferentes atores sociais portadores de projetos diversificados para o sistema ¹⁰.

Portanto, trata-se de um processo que conforma um campo de embates e de disputas entre os diferentes atores sociais, que defendem diferentes projetos para o cuidado à saúde. Nesse contexto de contínuo enfrentamento, em alguns momentos, abre-se espaço para a formação de consensos e pactuações, que possibilitam a formatação de propostas e projetos comuns. Nota-se, então, que as relações que se estabelecem no campo social e político são as que modulam a dinâmica desse Sistema, imprimindo sentido e conteúdo a todas as políticas e às diretrizes que o compõem.

DEFININDO O OLHAR SOBRE A AVALIAÇÃO DO ACESSO

Utilizou-se, como método, o estudo de caso tendo como perspectiva analítica o campo da avaliação em saúde, partindo de concepções que vêm se fortalecendo e que propõem que os serviços possam ser estudados como um campo de práticas, de técnicas e de embates políticos entre os diversos grupos que os compõem e lutam pelo direcionamento e prioridades das agendas ⁷.

Tendo em vista a natureza do objeto e dos problemas endereçados a ele, a sua aproximação pautou-se pela consideração de que “[...] um programa ou um serviço é entendido como um processo que possui movimento e dinâmica própria” ⁷. Como tal, é preciso que se leve em conta a ação de atores distintos que se aliam e se contrapõem em seu percurso. Portanto, avaliar é uma forma de decodificar os conflitos, entender a cultura institucional e a prática dos atores envolvidos.

Para abarcar a magnitude de uma avaliação que leva em conta todos esses fatores, foi efetuado o seguinte procedimento: entrevistas semi-estruturadas com os atores participantes do processo. Participaram da pesquisa quatro gestores, três profissionais das Equipes de Saúde da Família (EqSF) e três Agentes Comunitários de Saúde (ACS), não pertencentes à mesma equipe, além de seis usuários e dois representantes dos usuários no Conselho Local de Saúde (CLS). Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas para que pudessem ser analisadas. Também foi realizada pesquisa documental. Para ampliar a compreensão da realidade observada, foram feitas observações livres de diversas situações no dia-a-dia de funcionamento da Unidade, como: nos agendamentos de consulta, nas oficinas desenvolvidas com os usuários e nas Rodas de Educação Permanente realizadas com todos os trabalhadores da USF, no período de fevereiro a abril de 2006. O conjunto desses dados e informações foi trabalhado sob a perspectiva da análise temática.

As análises foram realizadas considerando os sujeitos como

atores do processo estudado. Para tanto, seguimos as pistas analíticas de Merhy ¹⁰, quando assinala que, embora os interesses e necessidades dos atores possam ser representados de diversas formas, vale perguntar: qual o papel que cada ator desempenha nessa arena? Entendendo melhor a realidade local, compreendemos o “gestor”² como aquele que representa o governo formal, o trabalhador – chamado de “profissional da EqSF” – é aquele que possui o domínio tecnológico do ato de cuidado à saúde, e o “usuário” expressa as necessidades de saúde. Vale ressaltar que foi necessário estabelecer uma divisão no que concerne ao ator “profissional da EqSF” e propor uma categoria para o “ACS”, uma vez que ele possui um papel particular dentro da equipe, por ser da própria comunidade, não ter uma formação acadêmica específica e atuar de forma muito próxima tanto com os demais profissionais da EqSF quanto da comunidade, o que o coloca em uma especificidade importante de ser considerada. Também foi destacada a categoria “representante dos usuários no CLS”, que são usuários, porém em uma posição diferenciada, uma vez que participam das discussões e decisões que são levadas para o Conselho Local. Dessa forma, os sujeitos foram contextualizados como atores nas seguintes categorias: Gestor, Profissional da EqSF, ACS, Usuário e Representante dos usuários no CLS.

A CONSTRUÇÃO DO ACESSO EM UM TERRITÓRIO DE CLASSE MÉDIA, ACOLHER OU SER ACOLHIDO?

A ESF foi implantada no território estudado em junho de 2000 e, desde então, vem funcionando com cinco equipes. Cada equipe possui, segundo relatórios do SIAB de 2006, uma média de 2.000 famílias cadastradas, um número muito superior ao preconizado pelo Ministério da Saúde (MS), que é de 600 a 1.000 famílias, porém muito inferior ao real, pois muitas famílias ainda não foram cadastradas, por diversos motivos, como: a dificuldade de realizar o cadastro de toda a população com um número tão reduzido de equipes, a grande rotatividade populacional do território e o grande número de pessoas que trabalham e ficam fora de suas residências durante o período de trabalho das ACSs. Além disso, no cadastramento das famílias, os ACSs encontraram uma população basicamente constituída por usuários de planos de saúde e convênios, cerca de 65% das famílias. Muitos, no início, não queriam ser cadastrados e se recusavam a receber os ACSs em suas casas.

Essa resistência à ESF faz sentido ao se atentar para a conjuntura de mudanças presentes no cenário econômico e

²Concorda-se com Merhy ¹⁰, quando afirma que todos os atores governam com as suas capacidades e nas disputas de seus projetos e assim transformam todo o cenário, mas a categoria de gestor será tomada como gestor do governo formal.

político-institucional que marcou as últimas décadas: a relativa hegemonia do pensamento neoliberal, com a idéia da redução do Estado. No Brasil, esse movimento fez com que os investimentos na saúde, educação e cultura fossem reduzidos. Esse ideário delegou à classe média o consumo de planos de saúde, de previdência e de educação privados, destinando as políticas públicas para os excluídos e incapazes de consumir esses bens. Contudo, atualmente, está ocorrendo um movimento contrário, no qual a classe média vem perdendo a força econômica e está cada vez mais sendo “empurrada” para o SUS.

Essas considerações trazem elementos para afirmar que, de modo geral, não há atualmente uma adesão ao sistema público movida pela vontade, mas, sim, pela necessidade. Assim, comumente, a classe média não quer se sujeitar às políticas “destinadas” às classes desfavorecidas¹⁴. No território, as principais dificuldades de adesão enfrentadas pelos profissionais vêm das pessoas com esse posicionamento.

Aqui você tem uma diferença: a pessoa se mata de trabalhar, tem quatro, cinco, seis empregos para conseguir tentar manter um padrão social que ela não consegue mais manter. Então, você vê a pessoa ficando tensa, muitas vezes, chega agressiva. E lá [em bairros de periferia] eles gostam de usar a Unidade de Saúde; aqui, muitas vezes, no começo, eles têm raiva de estar precisando, tem uma resistência de usar. Não é nem não gostar. Eles têm, assim, um constrangimento, seria a palavra certa. Eles ficam constrangidos de se tornar dependentes do SUS. Alguém que tinha uma condição financeira boa, que tinha seu plano de saúde, pagava um médico particular, de uma hora para a outra se vê caindo na necessidade de usar o SUS (PROFISSIONAL DA EqSF).

Outros depoimentos importantes para essa discussão revelam a reprodução de um imaginário sobre os serviços públicos e, particularmente, sobre o SUS, que é um posicionamento reforçado e divulgado pela mídia. Na maioria das vezes, o sentido dado a esse sistema está atrelado às suas dificuldades operacionais e às formas de se pensar o sistema público de saúde na atualidade, sendo reproduzido nas seguintes impressões: “Se eu tivesse que dar alguma sugestão, na época, seria sobre essa turma que tinha aí, que era tipo um cabide de emprego, e quando você chegava te atendia mal” (USUÁRIO).

Percebe-se que a população incorpora as representações sociais sobre o público, tais como “cabide de emprego” e “oferecedor de mau atendimento”. Essas concepções, compartilhadas pela maioria dos brasileiros, demonstram a necessidade de proporcionar a acessibilidade dos usuários a uma informação de qualidade que permita diferenciar um sistema ruim de um sistema complexo e em construção. Os avanços conseguidos com a criação do SUS raramente são divulgados pela mídia de massa. Ofertar uma informação clara e de qualidade é um dos grandes desafios que precisam ser enfrentados pelo SUS^{4,17}.

Contudo, não se pode negligenciar que muitas dificuldades enfrentadas nos serviços públicos de saúde, como a falta de materiais básicos, espaços físicos provisórios e desestruturados, sustentam essas concepções. Desse ponto de vista, é preciso indagar: até que ponto elas são sustentadas porque também perpassam o imaginário de quem está à frente dos processos decisórios e servem aos interesses corporativos mais poderosos?

Próximo disso, uma outra questão que emerge no cotidiano de trabalho, mesmo depois do processo inicial de implantação, é o pressuposto presente no entendimento de alguns profissionais, gestores e de grande parte da população, de que essa comunidade não precisaria da ESF, por ser um território de classe média. Dessa forma, alguns moradores vislumbraram, então, o lugar e a possibilidade de oferecer um “plano de saúde” para as suas empregadas domésticas.

Esse aspecto é considerado como o problema mais difícil de ser enfrentado.

Foi aí que começou aquela história que eu falei: ‘É o plano de saúde para minha empregada. Eu não vou fazer plano de saúde para ela, então é a Unidade que vai fazer’. Então foi muito custoso para a gente esclarecer para eles que nós precisaríamos acompanhar a família deles, não a empregada, o faxineiro, o zelador do prédio, o moço da quitanda, o lavador de carro etc. Eles também seriam atendidos, mas o nosso objetivo maior eram as famílias das pessoas que moravam aqui (PROFISSIONAL DA EqSF).

Por outro lado, o território estudado possui um movimento social que contraria a tendência da população com maior poder aquisitivo: que geralmente apresenta um distanciamento e não lança mão de estratégias para reivindicações de serviços públicos¹⁷. Ao inverso, tem-se o engajamento e a luta para conseguir o que os movimentos comunitários consideram de direito. Mesmo assim, verificou-se que a adesão da população à ESF está relacionada com a queda das condições econômicas dessa população e com a perda do plano de saúde.

Têm-se, portanto, duas posturas por parte da população: aqueles que se colocam como necessitados dos serviços públicos de saúde e aqueles que não querem de forma alguma aderir a ele. Os que passam a freqüentar a Unidade, porém, reivindicam o modelo médico tradicional, com demanda espontânea em grande volume e apelo por um atendimento curativo e pontual.

AS DIRETRIZES PARA CONSTRUÇÃO DA ESF: AMBIGÜIDADES E TENSÕES

Inúmeras tensões e questionamentos emergiram com o processo de implantação da Estratégia de Saúde da Família no território estudado. Entre elas, sobressaem e interessam à análise aqui delimitada seis aspectos que se configuraram como entraves ao acesso da população ao sistema. Desse, três estão relacionados com a organização do sistema

municipal de saúde visto por um olhar macropolítico, e os outros três estão interligados à forma de planejamento e de funcionamento desenvolvida na formatação da ESF no território.

Iniciando a análise a partir da organização do sistema, uma das grandes questões colocadas é a mudança contínua dos profissionais, o que não permite a criação de um vínculo efetivo entre os próprios profissionais e entre eles e a população.

Ribeiro, Pires e Blank¹⁵ consideram que, atualmente, uma das maiores dificuldades enfrentadas no processo de trabalho das equipes da ESF é o contrato de trabalho precário – contratos informais ou temporários – que vem sendo realizado de diversas formas pelo país, gerando muitas vezes a contratação de profissionais sem a qualificação e o perfil proposto para a Estratégia.

Além disso, essa precariedade do vínculo de trabalho tem se apresentado como um nó crítico para o bom funcionamento da Estratégia. Como resultado, obtém-se uma alta rotatividade das equipes, o que impede a formação de vínculo entre os profissionais e o desenvolvimento de novas práticas para a inversão do modelo assistencial, comprometendo toda a proposta da ESF.

No cotidiano das equipes desse território, os frágeis vínculos de trabalho são uma realidade constante. Representam uma quebra contínua das relações de compromissos e confiança e, por conseguinte, do acúmulo do conhecimento sobre as dinâmicas de interação usuário/comunidade e usuário/USF que incide sobre a eficiência e efetividade do serviço, fazendo com que, de tempos em tempos, todas as equipes precisem se debruçar para recomeçar a construir uma relação de trabalho e de confiança.

Além do mais, em uma comunidade exigente, as mudanças contínuas se configuraram como mais um entrave no acesso da população. Esse aspecto vai ao encontro do que alguns autores^{12,15} têm apontado em relação à importância do vínculo como forma de propiciar um melhor acesso aos usuários. Nesse sentido, destacam que o cotidiano de trabalho dos serviços deve se direcionar para um novo proceder em saúde que se oriente, entre outras coisas, pela “[...] construção de um vínculo efetivo entre os usuários e os trabalhadores na busca da garantia do acesso dos usuários às ações de saúde”¹².

Outra questão identificada no trabalho cotidiano das equipes é a dificuldade de oferecer um acesso amplo aos moradores que trabalham, os quais, conseqüentemente, ficam fora de suas residências durante o horário de funcionamento da Unidade. Assim, existe, primeiramente, uma dificuldade em cadastrá-los e, depois, mesmo cadastrados e freqüentando a Unidade, essas visitas são esporádicas e esses usuários acabam tendo o acesso somente aos atendimentos pontuais. Algumas propostas têm emergido e têm

sido estudadas no município, mas nenhuma efetivamente cumpre a missão de garantir o acesso desses trabalhadores e trabalhadoras as diversas ações da ESF.

Além disso, o acesso aos demais níveis de complexidade e aos exames complementares é extremamente problemático em toda a rede municipal. O entendimento compartilhado por todos os atores envolvidos é que o PSF vem funcionando sem o suporte de uma rede estruturada.

O nosso nó crítico chama-se ‘serviços de atenção secundária e terciária’, é aonde empaca o PSF. Às vezes, tinha uma situação que precisava ver com urgência e não conseguia. Então o paciente pensa: ‘Eu venho aqui para quê? Aqui dentro vocês são ótimos, lá fora, eu não consigo resolver nada’. E nós temos que entender, compreender e, realmente, não podemos fazer mais nada (PROFISSIONAL DA EqSF).

Em alguns estudos^{5,16}, essa capacidade do sistema de saúde brasileiro em garantir a viabilização do atendimento integral também é posta em debate, uma vez que é isso que possibilita à ESF cumprir a sua responsabilização, como “porta de entrada”, pelo acompanhamento contínuo e pela referência do usuário aos demais níveis do sistema.

Serra¹⁶ argumenta que a ESF, por aumentar o acesso da população à saúde, exige um sistema eficiente de referência e contra-referência para não se tornar iníquo, ineficiente e pouco resolutivo.

No território estudado, observa-se também que a ESF vem se constituindo como uma estratégia que viabiliza o acesso. Todavia, como não possui o suporte necessário da rede, acaba por receber demandas de urgência e emergência, o que é muito complicado para os profissionais que ali atuam.

Tornar uma Unidade de Saúde, de qualquer bairro, que não tem estrutura, a não ser para PSF e encaminhamento, em pronto-socorro é brincar com a saúde pública, atentar contra a saúde pública. Além de jogar os funcionários em um fogo que eles não merecem (REPRESENTANTE DOS USUÁRIOS NO CLS).

Uma vez demonstradas as dificuldades gerais que perpassam a organização do sistema de saúde como um todo, os entraves específicos da ESF no território podem ser mais bem trabalhados. O que se verificou é que o acesso dos usuários, em muitos momentos, esbarra na própria forma como a Estratégia foi organizada no território a partir dos processos decisórios iniciais.

Um elemento que compromete o processo de trabalho e o cuidado à saúde no território é o descompasso na relação do número de profissionais *versus* número de famílias. Essa defasagem derivou do raciocínio inicial de que, por ser uma população predominantemente com plano de saúde e uma Estratégia que tem como prioridade programas, como o da hipertensão e diabetes, poderia haver equipes responsáveis

por mais usuários, pois nem todos teriam acompanhamento contínuo. De certo modo, é o que veio ocorrendo, pois muitos moradores, até 2006, ainda não estavam cadastrados na Estratégia e muitos dos que estavam cadastrados não recebiam visitas regulares dos ACSs.

Vale ressaltar que foi realizado, no início do ano de 2006, um mutirão para que os ACSs conseguissem cadastrar o maior número possível de moradores, o que indica um esforço no sentido de oferecer o acesso a todos. Por conta dessa ação, muitos novos usuários estão chegando à Unidade em busca de atendimento. Contudo, diante de todos os entraves existentes, o movimento de incorporação de novos usuários acaba sendo vivenciado mais como uma dificuldade de que como um avanço.

Por outro lado, a estruturação do serviço, baseada nas ações programáticas, acaba gerando dificuldades para os usuários que não participam de programas. É nítida a diferença de avaliação feita por usuários que estão inseridos nos programas e os que não estão. Ambos consideram que o serviço foi um ganho para a população e, se comparado com o que tinha antes, muita coisa melhorou. Todavia, os usuários que não participam de programas denunciam a falta de acompanhamento; em contrapartida, aqueles que são acompanhados nos programas não têm nada a reclamar.

Para o 'plano' igual ao da minha filha, ela só marca na quinta-feira, mas o meu, que sou diabética, eu marco a qualquer hora que eu chego, porque eu sou emergência, eu sou paciente de risco, então eu tenho emergência. Eu sou safenada e diabética, então eu marco a qualquer hora que eu chego (USUÁRIO).

Araújo³, em uma discussão semelhante, problematiza a lógica desse processo, ao questionar se, com essas “prioridades”, as “necessidades de saúde” dos usuários não estariam sendo forçadas pela própria dinâmica do serviço.

Tomando a concepção de “projeto de doença” estudada por Carreiro, Araújo³ prossegue dizendo que o sofrimento – que não necessita ser representado pelo corpo doente *a priori* – não tem encontrado um locus institucional que o aceite socialmente. Os serviços de saúde não reconhecem o sofrimento não “etiquetado” como doença, então, quem sofre precisa se inserir por meio de alguma estratégia própria. Assim, alguns usuários se sentem satisfeitos em ser hipertensos. De um modo geral, tanto os usuários quanto os profissionais apontam que existem “benefícios” em participar dos programas, como ter acesso mais fácil a consultas e medicamentos.

Um outro conjunto de questões deriva das próprias características constituintes do território. Trata-se de um território onde circulam muitas pessoas, seja de passagem, seja por razões de trabalho, uma vez que possui um comércio forte e variado. Também possui um movimento grande de construção de novos prédios. Isso gera para a USF uma

grande demanda de usuários que não pertencem à população adscrita.

Para os profissionais e alguns gestores, lidar com essa realidade é uma grande incógnita. Tal situação os coloca entre prezar pelos princípios que regem a ESF, como a territorialização, o acompanhamento contínuo e o vínculo, ou pelo acesso a um serviço público que deve ser para todos.

A diversidade de situações características do território e a pouca flexibilidade da Estratégia, em termos de organização, geram conflitos e descompassos entre o que se apresenta como demanda nesse território e o que a Estratégia oferece. Além disso, a sobrecarga de trabalho vem se tornando uma rotina para os profissionais, o que vulnerabiliza o processo de trabalho das equipes e compromete toda a eficácia que poderia ser alcançada com a ESF¹⁵.

OS USUÁRIOS: DOS PLANOS PRIVADOS DE SAÚDE À ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

A inserção das equipes no território possibilitou conhecer demandas importantes de atendimento, de promoção e de prevenção à saúde tais como: a obesidade – adulta e infantil – o tabagismo, o câncer de próstata e, principalmente, o atendimento da população de idosos.

A constatação de que o território tem uma grande população de idosos vem acompanhada de um sério problema social. Devido à própria estrutura do bairro, com uma urbanização constituída basicamente por prédios pequenos e sem elevadores, essa população de idosos enfrenta dificuldades para manter o convívio social e muitas vezes fica enclausurada. O acompanhamento e o cuidado aos idosos têm sido uma prioridade no território estudado.

Outro aspecto constatado é que, mesmo enfrentando uma forte resistência à adesão por uma parte da população que considerava não precisar do serviço, a implantação do PSF possibilitou a uma parcela dos moradores, que já utilizavam o serviço público em outros territórios, ter um cuidado à saúde próximo de suas residências.

Além do mais, o trabalho, à medida que foi se estruturando, trouxe uma grande parte da população que possui plano de saúde para a ESF. Esses usuários passaram a fazer comparações entre o serviço prestado pelo plano e o atendimento recebido na Unidade. “Às vezes, pelo plano de saúde, demora muito mais do que ser atendido aqui. Lá, pelo plano de saúde, demora muito mais” (USUÁRIO).

A oferta desse serviço proporcionou à população, que antes fazia uso somente do sistema de saúde suplementar, um acesso mais constante às ações de promoção à saúde. Esse aspecto é ressaltado, uma vez que a prioridade dessas ações, característica dos processos de trabalho da Atenção Básica, não é encontrada na assistência privada ou nos planos de saúde. “Nenhum plano de saúde, nenhuma unidade parti-

cular, ninguém faz um trabalho de promoção à saúde que o serviço público faz. Então, tudo vem para as nossas mãos. Infelizmente, não é?” (GESTOR).

Nas entrevistas, ficou evidente que a possibilidade de oferecer o cuidado à saúde ligado às ações de prevenção e promoção é também a possibilidade de oferecer uma vida com mais qualidade e saudável à população. Nesse caso, a inserção desse trabalho na comunidade é considerada como um benefício.

O bom trabalho desenvolvido surte efeito quando se percebe a boa “propaganda” que é feita por aqueles que utilizam o serviço. Para alguns entrevistados, as ações realizadas com empenho possibilitaram construir um serviço que hoje é reconhecido pela população do território.

Alguns depoimentos destacam o fato de que muitos problemas encontrados no início do processo de implantação da ESF já foram amenizados com o percurso trilhado até o momento. Essa é uma importante colocação feita pelos gestores, profissionais e ACSs.

Acho que trouxe para eles a visão de que eles podem buscar o serviço de saúde público. Algumas pessoas ficavam surpresas: “Aqui é um serviço público? Nossa, é tão bom!”. Então eu acho que levou o acesso e levou essa possibilidade. Eu tenho direito a usar o Sistema Único de Saúde (GESTOR).

Há, portanto, um reconhecimento de que esse trabalho é uma construção cotidiana, que estará em contínua implementação, sendo constantemente reavaliado e repensado para alcançar sua finalidade última: atender às necessidades de saúde da população e proporcionar benefícios aos seus usuários.

Conclusões |

Este estudo, ao analisar a construção do acesso à ESF, considerou a forma dinâmica como esse processo vem se desenvolvendo no território analisado. A partir dessa perspectiva, entendeu-se que a participação dos diversos atores, estando cientes ou não, delinea e sela os rumos da Estratégia em cada lugar em que essa política pública é executada.

Um aspecto interessante a ser ressaltado é que as dificuldades relatadas pelos entrevistados, em relação à efetivação do acesso, estão todas centradas na organização do serviço. A difícil tarefa de propiciar e promover a participação dos usuários parece não ser reconhecida como uma forma de entrave ao acesso à saúde. Essa postura acaba por se refletir em práticas que, embora busquem não estar só centradas na doença e nos atendimentos, também não caminham para a reflexão junto à população dos seus desejos e anseios pelo serviço.

O vínculo dos profissionais com a população é uma estratégia que deveria ser utilizada para potencializar essa parceria

entre ambos na criação e efetivação desses canais de troca. Tem-se a clareza, entretanto, de que, como um processo, essa construção é lenta e demanda novas posturas por parte de todos os atores.

Contudo, é necessário reconhecer que, para propiciar um melhor acesso da população ao PSF, o número de equipes deve ser adequado ao número de famílias, para que os profissionais possam atuar de forma condizente; é preciso, também, potencializar as equipes para desenvolverem ações criativas e menos normatizadas; é importante que a própria organização do serviço não invista somente na doença como foco de intervenção e busque os usuários para estarem nos serviços de saúde de outras formas que não só recebendo o atendimento médico; e, principalmente, que os contratos de trabalho e a formação profissional sejam vistos como dispositivos preciosos para a concretização da Estratégia Saúde da Família. A opção por focar a temática como um processo possibilitou verificar que os próprios atores percebem que, apesar de todas as dificuldades enfrentadas, estão construindo novos olhares sobre a saúde e buscando efetivar o acesso à ESF.

Em um contexto geral, a implantação da ESF nesse território vem ampliando o acesso à saúde, assim como em outras experiências implementadas no Brasil ^{4,6,16}.

Referências |

- 1 Acúrcio FA, Guimarães MDC. Acessibilidade de indivíduos infectados pelo HIV aos serviços de saúde: uma revisão de literatura. *Cadernos de Saúde Pública* 1996; 12(2):233-42.
- 2 Araújo MAL, Leitão GCM. Acesso à consulta a portadores de doenças sexualmente transmissíveis: experiências de homens em uma unidade de saúde de Fortaleza, Ceará, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública* 2005; 21(2):396-403.
- 3 Araújo MD. *O cotidiano de uma equipe do Programa Saúde da Família: um olhar genealógico sobre o controle social*. [Tese de Doutorado] Vitória: Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo; 2005.
- 4 Assis MMA, Villa TCS, Nascimento MAA. Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática. *Ciência & Saúde Coletiva* 2003; 8(3):815-23.
- 5 Cecílio LCO. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade e ser explorada. *Cadernos de Saúde Pública* 1997; 13(3):469-78.
- 6 Conill EM. Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994-2000. *Cadernos de Saúde Pública* 2002;

- 18(supl 1):191-202.
- 7 Deslandes SF. Concepções em pesquisa social: articulações com o campo da avaliação em serviços de saúde. *Cadernos de Saúde Pública* 1997; 13(1):103-7.
- 8 Franco TB, Merhy EE. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo technoassistencial. In: Franco TB, Merhy EE, organizadores. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec; 2003.
- 9 Giovanella L, Fleury S. Universalidade da atenção à saúde: acesso como categoria de análise. In: Eibenschutz C, organizador. Política de saúde: o público e o privado. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1996.
- 10 Merhy EE. Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção. In: Merhy EE, organizador. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec; 2003.
- 11 Merhy EE. A rede básica de saúde como uma construção da saúde pública e seus dilemas. In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. Agir em saúde: um desafio para o público. 2 ed. São Paulo: Hucitec; 2002.
- 12 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 coletivamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde). In: Cecílio LCO, organizador. Inventando a mudança na saúde. São Paulo: Hucitec; 1997.
- 13 Pinheiro RS, Viacava F, Travassos C, Brito AS. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* 2002; 7(4):687-707.
- 14 Rattner H. O declínio da classe média. *Revista Espaço Acadêmico* [revista on-line] 2006; 57. Disponível em: http://www.espacoacademico.com.br/057/57_rattner.htm (12 abr. 2006).
- 15 Ribeiro EM, Pires D, Blank VLG. A teorização sobre o processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. *Cadernos de Saúde Pública* 2004; 20(2):438-46.
- 16 Serra CG. *Garantia de acesso à atenção básica e continuidade de cuidados como estratégias para consolidação da integralidade no SUS: uma análise sobre os processos de implantação do PSF, construção dos sistemas de referência e regionalização assistencial no Estado do Rio de Janeiro*. [tese] Rio de Janeiro (RJ): Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva em Política, Planejamento e Administração em Saúde da Universidade Estadual do Rio de Janeiro; 2003.
- 17 Tavares FL, Laignier MR, Silva MZ, Daros RF, Lima RCD. O SUS que temos e a informação como estratégia de (in) visibilidade. *Saúde em Debate* 2003; 27(65):405-13.
- 18 Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cadernos de Saúde Pública* 2004, 20(supl 2):190-8.

Correspondência para/Reprint request to:

Juliana Destefani Passamani

Rua Odette de Oliveira Lacourt, 1.195/301

Jardim da Penha – Vitória/ES 29060-050.

Telefone(s): (27) 3325-7664/9981-3038

julidp@uol.com.br