**Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública**

**Construção Social da Demanda em Saúde: como a oferta
modela a demanda?**

Carolina Rogel de Souza

**Tese apresentada ao Programa de Pós-
Graduação em Saúde Pública para obtenção
do título de Doutor em Ciências.**

**Área de concentração: Política, Gestão e
Saúde**

Orientador: Prof. Dr. Carlos Botazzo

Versão Corrigida
São Paulo
2018

Construção Social da Demanda em Saúde: como a oferta modela a demanda?

Carolina Rogel de Souza

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo para obtenção do título de doutor em Ciências.

Área de Concentração: Política, Gestão e Saúde

Orientador: Prof. Dr. Carlos Botazzo

Versão corrigida
São Paulo
2018

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que cite a fonte.

Agradecimentos

À minha mãe que sempre me apoiou e incentivou e acompanhou essa trajetória. Por acreditar e apostar nas minhas escolhas de vida.

Aos usuários, trabalhadores e gestores da UBS Campo Limpo pelas conversas, caminhadas pelo território e pela acolhida sempre afetuosa no dia a dia por vezes conturbado da unidade. Sem vocês e nossos encontros esse trabalho não seria completo.

À equipe com quem trabalhei no NASF, que me ensinou sobre cuidado, sobre apoio, sobre amizade e que me acompanha até hoje. À Elaine e Bruna que me “escolheram” e também Roberta, Maria Luisa, Janaina, Fabi, Marta, Gilsa, Nathy e Raquel.

Às equipes de saúde da família com quem trabalhei, que também me ensinaram muito, sobre como andar pelo território, o que olhar e como cuidar de modos muito variados. Principalmente às enfermeiras Graziela, Janaina, Daniela parceiras na produção de uma outra forma de cuidar.

À Profa. Felismina Mendes da Escola de Enfermagem da Universidade de Évora pela acolhida durante o doutorado sanduíche. Sempre disponível e disposta a ajudar e discutir sobre os cuidados primários e sobre os rumos políticos em Portugal e no Brasil. E também à D. Eugénia também da UÉ pelas conversas e dicas sobre Évora e Portugal.

Aos docentes da FSP pela disponibilidade nas disciplinas e fora delas em conversas nos corredores, no café, em grupos de estudo.

À equipe do Projeto Inovação na produção do cuidado em saúde bucal, muitos dos quais “velhos” companheiros, pelas discussões, trabalhos conjuntos, artigos, relatórios. Com vocês os perrengues da pesquisa ficaram mais leves e divertidos.

Aos alunos de iniciação científica e estagiários do projeto Inovação pelas risadas e por me aceitarem durante sua jornada durante a graduação.

À CAPES pela bolsa de doutorado no País que financiou esses anos de estudo e aprofundamento, pela possibilidade de estar em contato direto com o dia a dia da pesquisa e da universidade. E pela bolsa de doutorado sanduíche que me proporcionou conhecer outra realidade de pesquisa e de organização dos Cuidados Primários em Portugal.

Aos colegas da Representação discente da FSP pelo companheirismo e militância por uma universidade pública e acessível a todos.

Ao Prof. Carlos Botazzo pela generosidade em me acolher desde o aprimoramento e durante esses tantos anos de trabalho conjunto. Pelas conversas e discussões sobre as necessidades e a demanda durante nossos cafés, sua genialidade e pelo coração maior que o mundo.

RESUMO

SOUZA, C.R. Construção Social da Demanda em Saúde: como a oferta modela a demanda?2018. TESE – Faculdade de Saúde Pública da USP, 2018.

INTRODUÇÃO: Espera-se do serviço de saúde que reconheça e resolva, na medida do possível, os problemas de saúde da população. E da Atenção Básica (AB) esperamos que seja a captadora de boa parte das condições que afetam a saúde das pessoas. A proposição da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), no Brasil, enuncia o “acesso universal” e a “atenção às necessidades de saúde” como parte dos fundamentos e diretrizes da AB, vendo-a como uma construção conjunta – trabalhador e usuário – de modo a produzir saúde dentro das instituições e pelo território que os circunda. **OBJETIVO:** O objetivo do trabalho é conhecer e analisar como a UBS/ESF reconhece e responde às necessidades demandadas pelos usuários e instituições presentes em seu território. **MATERIAL E MÉTODOS:** A metodologia utilizada para a coleta de dados foi a observação participante do cotidiano da unidade; visando o levantamento de dados a respeito da Unidade de Saúde escolhida e da constituição de seu território, a entrevista em profundidade e a produção de diário de campo. O local do estudo foram duas UBS/USF no município de São Paulo. Os sujeitos constituíram-se pelos profissionais do serviço de saúde e seus usuários. A forma de análise dos achados foi a hermenêutica-dialética, tendo em vista que o material produzido foi advindo de um conjunto de falas de diversos atores, em diferentes momentos, acerca de um mesmo tema. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Foi analisado o acolhimento à demanda espontânea em uma UBS, a forma como está organizado, os sentimentos que desperta nos trabalhadores e como interfere no fluxo de atendimento da unidade. São relatadas possibilidades de ampliação da escuta no encontro do usuário com trabalhador e como encontros podem ser totalmente técnicos e frios. Apresenta-se também os caminhos percorridos pelos usuários em busca de cuidado a partir de uma UBS, discute-se a integração da cidade com o cuidado prestado; as várias formas como o serviço é acessado e utilizado pelo usuário e a produção do cuidado realizada fora dos muros da unidade. Além disso a entrevista em profundidade apresentou dados sobre o percurso do usuário nos serviços como o desgaste durante a busca por cuidado; os exames diagnósticos como necessários para um bom cuidado e propostas para a organização da rede de serviços. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Repensar o modelo adotado, ampliar e democratizar a oferta de serviços e ações coordenadas pela cidade demanda mais tempo, organização e planejamento, mas pode, de fato, levar cuidado em saúde para o cotidiano das pessoas. Para tanto é necessário também discutir o lugar do serviço de saúde na sociedade capitalista e como o trabalho dos profissionais da saúde é recebido pela população e idealizado pelos trabalhadores. Os meios utilizados pelos trabalhadores no cuidar são vistos como mercadoria, disponibilizados pelo mercado, deixando à margem aqueles com menor poder aquisitivo. Uma outra clínica é necessária, e um outro arranjo de rede, que dê conta da infinidade de sensações e necessidades dos indivíduos.

Palavras-chave: Necessidades e Demandas de Serviços de Saúde, Atenção Primária à Saúde, Acesso aos Serviços de Saúde, Acolhimento.

ABSTRACT

SOUZA, C.R. Social Construction of Health Demand: how does supply model demand? 2018. Thesis – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2018. Portuguese

INTRODUCTION: The public health care service is expected to recognize and resolve, as far as possible, the health problems of the population. And from Primary Health Care (PHC)* we hope that it will capture many of the conditions that affect people's health. The proposal of the National Basic Attention Policy (PNAB), in Brazil, states "universal access" and "attention to health needs" as part of AB's fundamentals and guidelines, viewing it as a joint construction - worker and user - in order to produce health within the institutions and the surrounding territory. **AIM:** The main theme of the work is to know and analyze how the Health Center recognizes and responds to the users' and institutions' needs in its present territory. **MATERIAL AND METHODS:** The methodology used for data collection was the participant observation of the daily life of the unit; aiming at gathering data about the chosen Health Unit and the constitution of its territory, the in-depth interview and the field diary production. The study site consisted of two different Health Centers in the city of São Paulo. The subjects were constituted by the professionals of the health service and its users. The form of analysis of the findings was hermeneutic-dialectic, considering that the material produced came from a set of statements of several actors, at different times, about the same theme. **RESULTS AND DISCUSSION:** The user embracement in the UBS was analyzed, the way it is organized, the feelings it arouses in the workers and how it interferes in the service flow of the unit. There are possibilities reported for listening in the user's meeting with the worker and how meetings can be totally technical and cold. It also presents the paths taken by users seeking care from a UBS, discussing the integration of the city with the care provided; the various ways in which the service is accessed and used by the user and the care produced outside the unit walls. In addition, the in-depth interview presented data on the user's route in services such as wear during the search for care; the diagnostic exams as necessary for good care and proposals for the organization of the service network. **FINAL CONSIDERATIONS:** The user embracement in the UBS was analyzed, the way it is organized, the feelings it arouses in the workers and how it interferes in the service flow of the unit. There are possibilities reported for listening in the user's meeting with the worker and how meetings can be totally technical and cold. It also presents the paths taken by users seeking care from a UBS, discussing the integration of the city with the care provided; the various ways in which the service is accessed and used by the user and the care produced outside the unit walls. In addition, the in-depth interview presented data on the user's route in services such as wear during the search for care; the diagnostic exams as necessary for good care and proposals for the organization of the service network.

Key words: Health Services Needs and Demand, Primary Health Care, Health Services Accessibility, User Embracement

SUMÁRIO

1	APRESENTAÇÃO	12
2	INTRODUÇÃO	22
3	HIPÓTESE	34
4	OBJETIVOS	34
	4.1. Gerais	34
	4.2. Específicos	34
5	PERCURSO METODOLÓGICO	35
	5.1A PESQUISA QUALITATIVA	35
	5.2 AS TÉCNICAS DE PESQUISA EMPREGADAS	36
	5.2.1 Observação	36
	5.2.2 Entrevista em profundidade	38
	5.3 LOCAL, MATERIAIS E SUJEITOS DA PESQUISA	39
	5.3.1 Local – O campo	39
	5.3.2 Material – O diário de pesquisa	39
	5.4 ANÁLISE DO MATERIAL	41
6	RESULTADOS E DISCUSSÃO	43
	6.1 EXPLICITANDO O CAMPO	43
	6.2 O ACOLHIMENTO À DEMANDA ESPONTÂNEA EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE: A BUSCA POR CUIDADO NO RITMO DA VIDA DAS PESSOAS.	51
	6.2.1 Autores	51
	6.2.2 Resumo	51
	6.2.3 Abstract	51
	6.2.4 Introdução	52
	6.2.5 Percurso metodológico	55
	6.2.6 Resultados e discussão	57
	6.2.6.1 A organização do processo de trabalho	57
	6.2.6.2 O acolhimento como (possível) local de escuta qualificada	62
	6.2.7 Considerações finais	64
	6.2.8 Referências	65
	6.3 “EU AINDA VOU ESCREVER UM LIVRO SOBRE MINHA SAGA NO SUS”. RELATO DA BUSCA POR	70

	CUIDADO PELO OLHAR DO USUÁRIO.	
	6.3.1 Autores	70
	6.3.2 Resumo	70
	6.3.3 Abstract	71
	6.3.4 Introdução	71
	6.3.5 Percurso metodológico	74
	6.3.6 Resultados e discussão	75
	6.3.7 Considerações finais	82
	6.3.8 Referências	82
	6.4 CAMINHOS PERCORRIDOS EM BUSCA DO CUIDADO A PARTIR DE UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE.	87
	6.4.1 Autores	87
	6.4.2 Resumo	87
	6.4.3 Abstract	87
	6.4.4 Introdução	88
	6.4.5 Percurso metodológico	91
	6.4.6 Resultados e discussão	92
	6.4.6.1 O cuidado e a cidade	92
	6.4.6.2 Uso do serviço	94
	6.4.6.3 Cuidado fora dos muros	97
	6.4.7 Considerações finais	99
	6.4.8 Referências	100
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	104
8	REFERÊNCIAS	106
9	ANEXOS	113
	Anexo 1 - Parecer Comitê de Ética em Pesquisa – Faculdade de saúde Pública, universidade de São Paulo	113
	Anexo 2 - Parecer Comitê de Ética em Pesquisa – Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo.	116
	Anexo 3 – Parecer comitê de Ética em Pesquisa – Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo	120
	CURRÍCULO LATTES	124

SIGLAS UTILIZADAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AMA	Assistência Médica Ambulatorial
APS	Atenção Primária à Saúde
ATA	Assistente Técnico Administrativo
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEBRAP	Centro Brasileiro de Análise e Planejamento
CER	Centro Especializado de Reabilitação
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CRSS	Coordenadoria Regional de Saúde Sul
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FAPESP	Fundação de Apoio à Pesquisa do Estado de São Paulo
LC	Linha de Cuidado
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OSS	Organização Social de <u>Saúde</u>
PNH	Política Nacional de Humanização
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
STSC	Supervisão Técnica de Saúde do Campo Limpo
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
USP	Universidade de São Paulo

LISTA DE FIGURAS

Imagem 1	Região Sul de São Paulo - divisão administrativa da SMS	43
Imagem 2	O atendimento pulverizado pela cidade	75
Imagem 3	O corpo humano e suas partes	77
Imagem 4	As unidades de saúde distribuídas por regiões da cidade	78
Imagem 5	A unidade de saúde integral	79

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Caracterização dos sujeitos	40
Tabela 2	CRRSUL	44

APRESENTAÇÃO

Essa tese nasce bem antes da entrada da pesquisadora no Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da USP. Inicia-se durante a graduação com os primeiros passos na pesquisa em projetos de extensão e de iniciação científica, se estende durante os cursos de especialização e aprimoramento e começa a tomar forma durante o mestrado.

Impulsionada pela necessidade de integrar a formação de alto nível adquirida na graduação com a atuação na atenção básica, que durante os estágios e vivências se apresentaram como desafio busquei aprofundamento na área de Saúde Coletiva, o que me levou à Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP), instituição renomada por sua formação na área. Inicialmente cursei duas disciplinas como aluna especial, em 2005, objetivando aproximação com a temática. (Saúde e Sociedade e Promoção e educação em saúde)

A formação em fonoaudiologia estava ali, em mim, pulsando e pedindo mais integração, mas saberes, mas conexões. Assim fui em busca de algo mais, e em 2006 ingressei no Curso de Especialização em Promoção da Saúde na FSP, curso multidisciplinar que contribuiu com essa busca, abrindo espaço para novas formulações na Fonoaudiologia e na Saúde Coletiva. A integração entre as áreas e temas e a prática da fonoaudiologia era ainda muito desafiador. Construir com pessoas tão diferentes, de formações tão múltiplas, os sentidos da promoção da saúde e, em mim, dessa com a fonoaudiologia foi muito importante.

Em 2008 ingressei no Aprimoramento em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde (IS) da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, curso oferecido por um Instituto de Pesquisa com forte inserção na produção de conhecimento e inovação para o SUS. A turma como já era de se esperar era multidisciplinar, enfermeiros, psicólogos, dentistas, fisioterapeutas, fonoaudiólogos. Em anos anteriores passaram por lá também geógrafos, filósofos, cientistas sociais.

Minha passagem pelo IS foi muito frutífera, após um mês de aulas teóricas escolhemos um núcleo de pesquisa para integrar e eu fui trabalhar com o Prof Dr Carlos Botazzo. Não o conhecia à época, fui porque achei a proposta da pesquisa que ele

desenvolvia bem interessante e que se alinhava ao meu desejo de pesquisar e aprender mais sobre o SUS e a Saúde Coletiva na minha área de formação e atuação a Saúde coletiva.

Dentre as atividades realizadas no âmbito do projeto e do aprimoramento compus com a equipe a elaboração e organização de cursos, seminários temáticos, artigos e trabalhos para congressos. Todas essas atividades eram voltadas, preferencialmente, aos trabalhadores e usuários do SUS e, para mim, essa foi uma grande contribuição do curso. Elaboras, organizar atividades científicas para e com trabalhadores e usuários do SUS, apostando na soma de saberes técnicos, científicos e de vida.

Quando o arcabouço teórico encontra a prática: a atuação no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)

Após todos esses anos construindo um referencial teórico, metodológico, filosófico, sempre pensando na articulação da Fonoaudiologia e da Saúde Coletiva, senti que era hora de partir para a assistência, aplicar, em ato, no encontro com outros trabalhadores e usuários tudo o que vinha sendo construído. Sempre achei essa integração importante, da pesquisa, da teoria, com a prática e em 2009 ingressei na Atenção básica em São Paulo em uma equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

O NASF foi instituído em 2008 pela Portaria 154/GM de 24 de janeiro de 2008, uma aposta na ampliação do escopo das ações da atenção básica, com a proposição de equipes multidisciplinares compondo, junto às equipes de saúde da família, a coordenação do cuidado. O NASF está construído na relação com o território e com as equipes, com a Clínica ampliada, o matriciamento e o Projeto terapêutico singular como dispositivos tecnológicos de excelência.

Considero que essa foi minha grande vivência como fonoaudióloga, o momento em que a Fonoaudiologia finalmente encontrou a Saúde Coletiva, na prática, em ato, nos afetos, nos encontros. Foram cinco anos apoiando duas Unidades Básicas de Saúde (UBS), com um total de 14 Equipes de Saúde da Família (EqSF). Durante esse período fiz consultas específicas em fonoaudiologia e muitas outras ações, como consultas compartilhadas, treinamentos e capacitações para toda a equipe, organização da rede de reabilitação junto à gestão local, matriciamento e discussões de casos com as equipes e com outros equipamentos presentes no território (da saúde ou não).

Circulei pelo território, entrei na casa das pessoas, fiz grupos terapêuticos, fiz grupos compartilhados com vários membros da equipe (enfermeiros, médico, nutricionista, dentista, psicólogo, dentre outros). Em conjunto com as fonoaudiólogas das outras equipes de NASF

presentem no mesmo território iniciamos e implementamos uma nova forma de organizar a rede que tínhamos à disposição. Quando cheguei ao território a oferta de ações em fonoaudiologia era quase inexistente, havia uma profissional no ambulatório de especialidades para toda a região, uma no Núcleo de reabilitação e uma no núcleo de saúde auditiva.

A organização e articulação da rede é uma das atribuições do NASF e aos poucos fomos construindo essa rede, articulando parcerias, e fortalecendo a atuação da fonoaudiologia no território e nas unidades básicas. Desafiador apresentar a fonoaudiologia para as equipes, mostrar que vai além de ensinar crianças a falar direito, que a comunicação humana se faz necessária nas várias etapas da vida e também conseguir encontrar potencialidade nas dificuldades enfrentadas. Por se tratar de uma área periférica da cidade de São Paulo, a região onde atuei apresentava muita vulnerabilidade, locais com moradia precária, falta de saneamento básico, dificuldade de transporte público.

Nesse cenário a ampliação do olhar e da escuta para os problemas de comunicação das pessoas é extremamente necessário além da discussão e planejamento conjuntos de projetos terapêuticos individuais e familiares. O apoio do assistente social foi importantíssimo para a condução de muitos casos e também para minha constituição pessoal e profissional.

Durante esse caminhar muitos foram os encontros, incômodos, aprendizados e desconstruções, a atuação na Atenção Básica, em uma equipe tão múltipla me proporcionou a possibilidade de outros olhares, como foi a aproximação com a saúde mental, trabalhei muito próxima à psicóloga da minha equipe e tive que aprender sobre a organização da rede em saúde mental, sobre o cuidado, como pensar e repensar modos de estar no mundo muitas vezes únicos. Foi desafiador e apaixonante, me vi às voltas com o matriciamento em saúde mental junto ao CAPSI e aos CAPS adulto da região. A aproximação da fonoaudiologia com a luta antimanicomial, as discussões sobre a rede de saúde mental presente no território e como a fonoaudiologia pode atuar e acrescentar na produção do cuidado nessa área me cativaram.

Ao longo desse caminhar pela assistência as parcerias acadêmicas e de pesquisa continuaram e meu interesse por essas áreas também, por isso apresentei (eu e em alguns momentos membros da minha equipe de trabalho) trabalhos em congressos sobre minha atuação na equipe. Acredito que a divulgação do que é feito no cotidiano do serviço, no dia a dia, é importante para comunicar o alcance, a potência das ações propostas pelo SUS e também como forma de auxiliar a proposição de novas práticas. O foco foi a prática realizada, a qual foi em sua maioria produzida em equipe, com cada profissão contribuindo

com seu conhecimento próprio para a produção de uma clínica ampliada e cuidadora. Essa característica vai de encontro à proposta do NASF que prioriza ações intersetoriais, multidisciplinares e conjuntas. (BRASIL, 2010; 2014; MOLINI-ALVEJONAS, MENDES e AMATO, 2010)

Reconheço que esse trabalho conjunto, articulado entre equipes de saúde da família, NASF e outros equipamentos do território foi possível porque a minha equipe se constituiu como tal e apostou nessa forma de trabalho. Existem inúmeros relatos (COSTA et al, 2013; SOLEMAN, 2012) de experiências não tão exitosas de compartilhamento. Acredito que as explicações podem ser inúmeras, mas destaco o fato da formação em saúde, e aqui falo dos cursos em saúde em geral, não apenas a fonoaudiologia, até um passado não muito distante, privilegiar ações de cunho individual e com foco em alterações e/ou doenças já instaladas. O que pude observar nesse aspecto durante minha inserção no NASF foi a dificuldade de muitos profissionais em ampliar o olhar para além da doença, observar as condições de vida, sociais, culturais dos indivíduos, no momento da produção de projetos terapêuticos, por exemplo.

As ofertas tecnológicas na atenção básica ainda são vistas como insuficientes ou pouco resolutivas, uma dificuldade que enfrentei durante minha atuação no NASF foi justamente conseguir fazer atendimentos compartilhados com médicos e enfermeiros. Conseguir atribuir significado a esse fazer conjunto, à troca de saberes, visando a construção de algo durante aquele encontro que fosse a junção dos conhecimentos técnicos e do saber trazido pelo indivíduo que buscava pelo fonoaudiólogo. É claro que a técnica para lidar com as alterações fonoaudiológicas era eu quem dominava e utilizada como meio para atingir a finalidade: a produção do cuidado.

Quando mais acima exponho a lacuna na formação em saúde falo de mim também, cheguei no NASF com a vontade de fazer diferente, mas também encontrei obstáculos em mim. Foi preciso resignificar alguns conceitos sólidos, revisitar autores e práticas para construir um fazer fonoaudiológico único para mim e para aquele território. Acredito que é possível reproduzir essas experiências, ensinar uma outra forma de olhar e escutar as queixas que são trazidas para a fonoaudiologia e tantas outras que parece não nos pertencerem.

Além disso, fiz parte do Conselho gestor de umas das unidades em que trabalhei, no segmento trabalhador. Experiência riquíssima, contato com a participação popular na sua essência, e também momento muito desafiador. Propusemos algumas ações para a UBS que foram acolhidas pela gestão e pelos usuários.

No período de 2010 a 2013 fiz o mestrado no Departamento de Odontologia Social na Faculdade de Odontologia da USP com um projeto voltado à discussão da demanda em

saúde. O tema partiu da experiência no NASF, investigar, entender, produzir sentido para algumas questões que emergiam e também para me ajudar a elaborar algumas dificuldades encontradas pelo caminho.

Fui para a Odontologia social pois já estava inserido em projeto coordenado pelo meu orientador “Projeto Inovação na Produção do cuidado em saúde bucal. Possibilidades de uma nova abordagem na clínica odontológica para o Sistema Único de Saúde” (FAPESP 2013/1166-82). A possibilidade de integrar a equipe foi tentadora, projeto multicêntrico, com pesquisadores da Faculdade de Odontologia da USP (FO USP), da Faculdade de Odontologia da USP Ribeirão Preto (FO USP-RP), da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) e da Prefeitura de Campinas, SP. Além dessa possibilidade de crescimento acadêmico a aproximação, com o referencial da bucalidade me instigava, ainda mais agora atuando como fonoaudióloga. (BOTAZZO, 2006)

Com tudo isso em mente e no corpo, e muitas inquietações e ideias de novos projetos, em 2014 ingressei no doutorado no Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da USP. Foi uma conjunção de fatores que me levou a isso: a experiência como fonoaudióloga foi extraordinária, apaixonante, potente, difícil e me apresentou uma atenção básica também potente e produtora de afetos, cuidado, dispositivos vários de trabalho e a vontade investigar esse local tão potente.

O doutorado em Saúde Pública

Após anos me constituindo fonoaudióloga no NASF, na Saúde Coletiva, veio a necessidade de me consolidar como pesquisadora. A pesquisa e a docência sempre me instigaram e a possibilidade de me aproximar da graduação, da pesquisa e da extensão me motivaram a pleitear uma bolsa para cursar o doutorado. Sabia que não seria fácil, seria necessário deixar o NASF, abdicar de um salário maior que a bolsa, aliada à incerteza sobre o futuro ao finalizar curso, mas resolvi arriscar.

A dedicação exclusiva ao doutorado é intensa, o Projeto Inovação estava na fase de campo nas duas unidades em São Paulo, com estagiários e reuniões semanais de discussão e alinhamento entre a equipe. Fiquei responsável por acompanhar estágios durante as discussões teóricas e pelos grupos focais de avaliação do projeto. Além disso também fazia parte das ações técnicas do projeto, como organização de seminários, cotação de preços de matérias de consumo e permanentes e organização de documentos e participei da redação final dos relatórios parciais e finais relativos aos dois financiamentos já citados (CNPq e FAPESP)

Pude experimentar compor uma equipe de pesquisa novamente, agora com mais protagonismo, mais responsabilidades e mais experiência para contribuir nas discussões e proposições de atividades e na produção de material técnico. Tudo isso aliado à oportunidade de cursar disciplinas, na FSP, com docentes que já faziam parte de minhas referências bibliográficas há tempos. Construção rica, crítica, atual sobre o SUS, suas potencialidades e desafios. E o encontro de várias formações em saúde e em áreas diversas.

Meu projeto de doutorado seguiu a mesma temática do mestrado, conhecer as necessidades e demandas em saúde das pessoas e como a forma como oferta está organizada modela ou interfere nessa busca por cuidado. Fiz incursões a campo, em uma UBS na mesma região onde trabalhei no NASF, mas não em uma das unidades que apoiei. Já conhecia o território e os equipamentos e, principalmente, acredito que voltar para lá como pesquisadora e apresentar falar sobre aquele lugar seria uma forma de dar voz aos trabalhadores e usuários da região.

Foi bem desafiador retornar como pesquisadora a um território no qual até então eu circulava como fonoaudióloga, como trabalhadora do SUS. Muitos sentimentos afloraram, bons e ruins, memórias, afetos, desafetos e muito mais. Tudo acolhido pelo meu orientador e pelo nosso grupo de estudos durante nossas reuniões semanais de supervisão e discussão de projetos. A pesquisa qualitativa com imersão em campo tem isso, produz dados riquíssimos sobre os atores, as relações e os lugares por onde passamos e também desperta sentimentos e sensações que precisam ser devidamente observados. (LEITE e VASCONCELLOS, 2007; TRAD, 2012)

Como experiência de atuação docente realizei três semestres do Programa de Aperfeiçoamento do Ensino (PAE), o estágio docente oferecido pela USP aos alunos de pós-graduação. A FSP tem atualmente dois cursos de graduação: Nutrição e Saúde Pública, atuei em uma disciplina eletiva (destinada a estudantes dos dois cursos) e em duas ligadas ao curso de saúde Pública. As disciplinas de graduação que acompanhei foram escolhidas devido sua proximidade com meu tema de pesquisa e minha atuação assistencial. Na disciplina Redes de atenção e gestão do cuidado (Docentes responsáveis: Laura Camargo Macruz Feuerwerker e Marília Cristina Louvison) pude contribuir principalmente com a exposição da minha experiência na construção da rede de reabilitação no território em que atuei no NASF. Construí com as docentes responsáveis estratégias para algumas aulas, além da possibilidade de me colocar a qualquer momento para contribuições.

As outras duas disciplinas eram específicas para o curso de graduação em saúde pública, Atividade integradora I e Atividade Integradora II. A Atividade Integradora I

(Docentes responsáveis: Laura Camargo Macruz Feuerwerker) discute o conceito de saúde, com base em textos lidos em aula e experiência dos alunos em entrevistas com trabalhadores de diversos equipamentos distribuídos pela rede de serviços, nos diferentes níveis de complexidade. A Atividade Integradora II (Docentes responsáveis: Laura Camargo Macruz Feuerwerker e Cristina Marques) versa sobre o território e sua articulação com a produção do cuidado e de saúde.

Ainda como parte de minha atuação na FSP fui membro de uma comissão e um colegiado da faculdade, como representante discente (RD) da pós-graduação. Em 2015 fui eleita RD na Congregação da FSP para mandato de um ano. Foi esclarecedor, motivador e desafiador compor a mesa das reuniões com docentes, funcionários e estudantes de graduação para discussão de temas para a comunidade FSP. Conhecer como as relações acontecem nesses espaços e fora deles acredito ser de suma importância para compreender também o papel da universidade e sua organização interna bem como para me projetar como pesquisadora e professora universitária futuramente.

Em 2016 fui eleita RD na Comissão de Pesquisa, entrei no momento em que discutiam o Simpósio Internacional de Iniciação Científica (SIICUSP) e a programação do Seminário de pesquisa anual, além de questões da comissão, como uso de reserva técnica da FAPES, bolsas, materiais de pesquisa para departamentos. Essa inserção e interação com comissões da faculdade foi muito edificadora, conheci docentes de outros departamentos, discuti aspectos pertinentes à pós-graduação na FSP e fora dela, fiz parte da organização do evento de recepção dos novos alunos da pós-graduação por dois anos.

No final de 2016 fui selecionada como assistente de pesquisa para um projeto de pesquisa intitulado “Linha de Cuidado para a Saúde na Adolescência e Juventude para o Sistema Único de Saúde no Estado de São Paulo”, com financiamento da Organização Pan-americana de Saúde ((OPAS/OMS - Projeto SCON2016-02872)) e do Programa Pesquisa para o SUS - gestão compartilhada em saúde (PPSUS – FAPESP/SES-SP/MS/CNPq – Processo FAPESP 2016/15205-5). Oportunidade única de participar da construção de uma linha de cuidado para adolescência e juventude no Estado de São Paulo, pude revisitar meu momento no NASF agregando à equipe minha experiência na assistência, a temática foi totalmente de encontro ao meu tema do doutorado e a possibilidade de interação com o Programa Estadual de Saúde do Adolescente e a Área de Atenção Básica da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo (SES-SP) e o Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (CEBRAP).

Até aqui minha trajetória vinha respondendo às minhas expectativas, com uma formação sólida na Fonoaudiologia com atuação prática na área potente, cuidadora e desafiadora. Na Saúde Coletiva o doutorado, a pesquisa, a extensão, com enfoque multidisciplinar, ampliado, com bons encontros e criação de redes de trabalho, seja com a participação em grupo de pesquisa coordenado pelo meu orientador, seja pelo convite e participação em grupo de pesquisa coordenado pela Profa Laura Camargo Macruz Feuerwerker. Assim surge a possibilidade de estágio no exterior e no final de 2016 fui uma das selecionadas pelo Programa de Pós-graduação para o edital do Programa de Doutorado Sanduíche da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (PDSE - CAPES).

Dessa forma no período de abril a julho de 2017 fui para Portugal como bolsista PDSE CAPES, para a Universidade de Évora, na Escola Superior de Enfermagem São João de Deus, sob orientação da Professora Felismina Rosa Pereira Mendes. Fui aprimorar e aprofundar os saberes sobre os cuidados primários em saúde em Portugal, como estão organizados, as diferenças em relação ao Brasil, as possibilidades de articulação e de que forma essa experiência poderia contribuir para a minha formação no doutorado, em projetos futuros e em possibilidades para o SUS. Para isso acompanhei a rotina de duas Unidades de Saúde Familiar (USF) da cidade. Foi uma grande experiência, como meu tema de pesquisa desde o mestrado é a atenção básica esse também foi meu foco em Évora.

Conheci muita gente, conversei com muitos trabalhadores e usuários e também conheci mais sobre a fonoaudiologia em Portugal – com uma trajetória e formação totalmente diferente da nossa. Vivenciei uma realidade nova, outra cultura, uma língua parecida com a nossa, mas ao mesmo tempo muito diversa, pela cultura, pelos costumes. Uma realidade de pesquisa diferente, em uma Universidade extremamente acolhedora, uma das mais antigas do País. Elaborei conceitos, revisei algumas verdades, desconstruí algumas e acredito que voltei ainda mais preparada para finalizar o doutorado, para os próximos passos.

Tudo isso durante esse período que já é difícil, quando ainda estamos iniciando a caminhada como pesquisadores. Muitos sentimentos conflitantes e dúvidas, incertezas aliadas ao dia a dia da pós-graduação (estágio de docência, representação discente, colaboração com alunos de iniciação científica, projetos paralelos, congressos, pressão para publicação de artigos, sobrinhos, cachorro, amigos, família, etc.).

O objeto é amplo e complexo – estudar de que forma a oferta por serviços na AB modela a demanda que a procura. Aqui foram muitos desafios, desde teóricos, com a multiplicidade de conceitos e correntes sobre cada tema que ia aparecendo – demanda,

necessidades de saúde, oferta, acesso, entre outros – até mais práticos ligados ao cotidiano da pesquisa, como a própria entrada em campo, além de dúvidas se estava fazendo certo, diálogos que me afetaram muito.

Escolhemos utilizar o termo Atenção Primária à Saúde (APS) quando nos referirmos à Atenção Básica (AB). Como é sabido, a nossa AB é a forma como operacionalizamos a APS no Brasil, denominação que foi escolha feita há tempos e que predomina no cotidiano dos serviços e da própria academia. Também é sabido que o termo AB gera confusão em relação, principalmente, à complexidade tecnológica presente nas ações e serviços nesse terreno.

A tese está estruturada na forma de artigos, com uma introdução em que serão apresentadas as bases consultadas e a relevância do estudo. Discutir demanda e necessidades de saúde na Atenção Básica é tema necessário, principalmente no cenário atual. A metodologia apresenta a abordagem escolhida e a técnica de produção de dados utilizada durante o trabalho de campo, a observação participante, ferramenta importante para apreensão da realidade do local estudado, suas particularidades, sujeitos envolvidos e rotinas. Discute também sobre o diário de pesquisa, o qual foi instrumento valioso durante o percurso, auxiliando na apreensão dos dados gerados nas observações e na sistematização de tudo que foi vivido e experienciado durante o percurso da pesquisa.

Nos resultados e discussão utilizamos três artigos para sintetizar o que foi observado e elaborado. O conceito norteador é a integralidade das ações em saúde, auxiliando na ampliação da discussão sobre as necessidades de saúde e a demanda. O primeiro artigo discute o acolhimento em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), sua relação com o cotidiano da vida das pessoas e como a prática se relaciona ou se afasta da teoria produzida pela academia ou mesmo presente nos documentos técnicos da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo ou do Ministério da Saúde sobre o tema.

O segundo artigo narra a trajetória de um usuário de serviço de saúde do SUS em busca de solução para sua necessidade de saúde. Por meio da entrevista em profundidade, apresenta-se a narrativa de sua busca, suas dificuldades e sugestões para a melhoria do serviço. O terceiro levanta uma discussão sobre os itinerários terapêuticos e as linhas de cuidado, e como a população de uma área periférica da cidade de São Paulo os desenham. Apresenta a discussão em torno dos itinerários como construções para além do caminhar pela rede, mas também impregnados de experiências com a saúde, a doença, o adoecer e o cuidado.

Reconhece o usuário como protagonista de sua história de vida, dos percursos e estratégias elaboradas para enfrentar esse caminhar. Considerando a experiência prévia com a doença, as relações com a rede social que o cerca e com os serviços de saúde procurados.

INTRODUÇÃO

A atenção à saúde no Brasil se dá por meio de um sistema de saúde único, com base jurídica e apoio na Constituição Federal de 1988. A saúde é colocada como Direito de todo cidadão e para tanto definem-se modelos de saúde com vistas a operacionalizar a melhor maneira de se organizar os serviços para esse fim.

A proposição desse sistema vem ancorada em uma visão ampla do processo saúde-doença, o qual dá lugar a uma nova forma de se organizar as ações de saúde voltadas à população, sendo também fruto de ampla discussão da sociedade civil, como bem explicita PAIM et al (2011, p.18):

“A concepção política e ideológica do movimento pela reforma sanitária brasileira defendia a saúde não como uma questão exclusivamente biológica a ser resolvida pelos serviços médicos, mas sim como uma questão social e política a ser abordada no espaço público”.

Pauta-se em princípios e diretrizes fixados na Constituição Federal: a universalidade, a equidade, a integralidade, a descentralização, a participação da população e a organização da rede de serviços de modo regionalizado e hierarquizado.

Espera-se que os serviços de saúde que compõem o sistema trabalhem de modo a garantir a universalidade, a integralidade e a equidade das ações ali propostas, buscando promover uma mudança na forma como a saúde e a doença são recebidas em seu cotidiano.

A universalidade diz respeito ao direito constitucional de todo cidadão à saúde, no que diz respeito ao acesso a cobertura de ações de saúde como diz PONTES, et al (2009), “Neste sentido, abrange a cobertura, o acesso e o atendimento nos serviços do SUS e exprime a ideia de que o Estado tem o dever de prestar esse atendimento a toda a população. ” Para PAIM (2009, p. 45), “significa a possibilidade de todos os brasileiros poderem alcançar uma ação ou serviço de saúde de que necessitem sem qualquer barreira de acessibilidade, seja legal, econômica, física ou cultura. ” Desse modo acesso universal significa que o sistema de saúde é para todos que dele necessitem e o procurarem, a qualquer momento e em qualquer situação de saúde, como aponta PAIM (2009, p.45):

“O acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação, tal como previsto pela Carta Magna, permite, portanto, desenvolver uma atenção integral à saúde. Em vez de se limitar a uma

assistência médica curativa, o direito à saúde no Brasil estende-se à prevenção de doenças, ao controle de riscos e à promoção da saúde.”

A equidade diz respeito à diminuição das diferenças sociais; a justiça social e como um desdobramento da ideia da universalidade do acesso. (PONTES et al, 2009). PAIM (2009, p. 57) aponta que “(...) a equidade não consta entre os princípios do SUS, seja na Constituição, seja na Lei Orgânica da Saúde: o princípio central nesses marcos legais é a igualdade”. Entretanto quando ocorrem desigualdades no acesso às ações em saúde, por exemplo, o atendimento às necessidades de saúde desiguais deve ser feito de forma também desigual, abrange ampla discussão em torno das desigualdades em saúde e priorização na alocação de recursos.

“Todavia, em situações que ocorrem grandes desigualdades, como no acesso aos serviços de saúde, atender igualmente os desiguais poderia resultar na manutenção das desigualdades, impedindo atingir a igualdade. Com vistas sobretudo à distribuição de recursos, cresce em importância a noção de equidade, que admite a possibilidade de atender desigualmente os que são desiguais, priorizando os que mais necessitam para poder alcançar a igualdade”.

Existem diferentes definições e formas de explicar o termo equidade. WHITEHEAD (1991) apresenta uma em discussão na Organização Mundial da Saúde na qual: “Equity is therefore concerned with creating equal opportunities for health and with bringing differentials down to the lowest level possible”. A autora discute no texto questões relativas à redução das desigualdades injustas, desnecessárias e evitáveis, fazendo com que todos tenham iguais condições de desenvolver sua saúde na sociedade; apresentando a discussão da equidade na perspectiva da justiça social. Segundo VIANA et al (2003), o ganho para o sistema de saúde dessa discussão é grande, pois assim passa-se a enxergar grupos que antes não tinham voz, e também é de suma importância na discussão da alocação de recursos.

“Essa é a essência do debate da equidade em saúde que é aplicado ao problema dos recursos limitados e a forma mais equânime de distribuí-los. A ideia de que a ausência de saúde pode afetar as oportunidades dos indivíduos de fazer ou ser algo, evidencia a importância da reflexão sobre a ideia de justiça social para o caso da saúde e, nesse sentido, é fundamental considerar as diferenças para aplicação de políticas e programas mais efetivos, que deem respostas a problemas específicos e, conseqüentemente, atuem para redução das desigualdades injustas”. (VIANA et al, 2003)

Na prática, algumas experiências nos contam como essa diminuição das desigualdades pode ser feita com propostas de novos arranjos no cotidiano dos serviços, como JUNIOR et al (2006), em artigo que relata experiência com “(..) grupos populacionais em situação de exclusão social na região central de São Paulo”, no qual optou-se por reorganizar e repensar a

forma de acolher essa população no serviço. Com o reconhecimento desses grupos antes invisíveis, os profissionais passam a repensar a forma de ofertar as ações e o próprio acesso ao serviço:

“O serviço incorporou como parte de sua tecnologia o cuidado à saúde de grupos diferenciados da população em geral, particularizando-o, criando “portas de entrada” específicas, promovendo, desse modo, a equidade no acesso” (JUNIOR et al, 2006)

Já a integralidade diz respeito à articulação dos caminhos por onde os usuários passam ou por onde possam vir a passar em sua busca por cuidado. Assim sendo opera de modo a organizar a rede de serviços de forma a oferecer aquilo que o usuário necessita em um dado momento, da vida, com ações que abarcam desde a atenção básica até a hospitalar. Com isso, faz-se necessária a construção de modos conjuntos de trabalho entre os diferentes serviços para que o indivíduo consiga que sua demanda seja atendida como bem descreve PAIM (2009, p.50):

“O atendimento integral, como destacado anteriormente, envolve a promoção, a proteção e a recuperação da saúde. (...). Esta diretriz do SUS, que busca compatibilizar ações preventivas e curativas, individuais e coletivas é conhecida como integralidade da atenção. Representa uma inovação nos modos de cuidar das pessoas e de buscar soluções adequadas para os problemas e necessidades de saúde da população de um bairro ou de uma cidade”.

Segundo SILVA et al (2003, p. 235), a “integralidade, do ponto de vista jurídico-institucional pode ser vista como um conjunto articulado de ações e serviços de saúde, preventivos e curativos, individuais e coletivos, nos diversos níveis de complexidade do sistema”. Objetiva a construção de redes de cuidado, as quais dependem da articulação entre serviços e ações intersetoriais.

Integralidade e equidade vão além do consumo ou acesso a determinados serviços, levam ao campo das micropolíticas de saúde e suas articulações, fluxos e circuitos. É assim que CECILIO (2001, p. 113) descreve “A luta pela equidade e pela integralidade implica, necessariamente, repensarmos aspectos importantes da organização do processo de trabalho, gestão, planejamento e construção de novos saberes e práticas em saúde. ”

A organização do sistema de saúde deve garantir o acesso aos diferentes níveis de atenção à saúde de forma integrada e hierarquizada, com a garantia da continuidade da assistência. Atualmente essa articulação é proposta por meio das Redes de Atenção à Saúde (RAS), as quais são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de

gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. (MENDES, 2011) Essa forma de organizar a rede repensa o sistema fragmentado e hierarquizado proposto no início do SUS, como forma de potencializar as ações do sistema, com foco nas necessidades de saúde, na atenção básica como ordenadora do cuidado garantindo acesso e qualidade.

Lembramos aqui que a Atenção Primária à Saúde (APS) foi proposta como forma de reorganização do serviço público de saúde, tendo como objetivo a ampliação da cobertura dos serviços à população mais carente, de forma mais simples e de menor custo. (SCHRAIBER e MENDES-GONÇALVES, 1996)

~~A Atenção Básica (AB) é assim denominada no Brasil com referência à Atenção Primária à Saúde, termo mais amplamente utilizado para denominar a atenção à saúde voltada ao território e seus atores, bem como porta de entrada do sistema.~~ A atenção às demandas e necessidades de saúde, vinculação da saúde a um território definido e a utilização de tecnologias complexas de cuidado são alguns dos temas que devem ser considerados na elaboração e implementação das políticas, ações e serviços de saúde.

A partir disso propõe-se a Unidade Básica de Saúde (UBS) como o local privilegiado onde acontecerão os atos de saúde no território e a partir desse, sendo essas acessadas por aqueles que se dirigem aos serviços pela primeira vez. Foi concebida como a porta de entrada do sistema, devendo resolver uma gama de necessidades de saúde que extrapolam a esfera da intervenção curativa individual. (SCHRAIBER e MENDES-GONÇALVES, 1996)

Mesmo contemporaneamente, o Ministério da Saúde brasileiro continua indicando a Estratégia Saúde da Família (ESF), que havia sido introduzida no cenário nacional primeiramente como Programa Saúde da Família (PSF) em 1994. Vem como uma forma de reorganização e qualificação da Atenção Básica, instituindo a família como núcleo central do cuidado.

Seu precursor foi o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), implantado em 1991, no qual os agentes comunitários de saúde (ACS) realizam ações na comunidade com a orientação de um enfermeiro. Primeiramente o PACS foi implantado no Norte e Nordeste, como estratégia de combate a epidemias nessas regiões (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2008). Segundo GOMES e PINHEIRO (2005), “A missão do PACS era reduzir a mortalidade infantil e materna mediante oferta, às populações rurais e de periferia, de procedimentos simplificados de saúde na lógica de medicina preventiva”. Os ACS devem residir no território em que atuam uma vez que constituem o elo entre a unidade de saúde e seus profissionais e a comunidade. Atua junto ao enfermeiro na definição da área da unidade, no cadastramento das famílias e em ações de orientação e prevenção. (BRASIL, 1997)

A Equipe de Saúde da Família (EqSF) é multiprofissional, sendo composta por um médico, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e cinco ou seis ACS e é responsável pelo acompanhamento de até mil famílias. A ESF deve atuar no território, com o cadastramento da população local, conhecer as famílias ali residentes, suas condições de saúde, elaborar planejamento de ações visando os determinantes de saúde/doença, identificar as situações de risco presentes em seu território, assim como conhecer e articular os equipamentos sociais ali presentes. (BRASIL, 2006)

Esse conjunto de ações do sistema nos leva a observar mais de perto as chamadas necessidades de saúde, as quais, no Brasil, eram demandas sanitárias (saneamento do meio, desenvolvimento nutricional, vacinação, informação); prevenção, profilaxia e tratamento de doenças epidêmicas; demandas clínicas de prevenção ou recuperação. SCHRAIBER e MENDES-GONÇALVES (1996, p. 29), entendem-na como resultado de algum carecimento, “... algo que o indivíduo entende que deve ser corrigido em seu atual estado sócio-vital”, podendo ser alguma alteração física ou orgânica, um sofrimento sem causa identificada ou situações em que ele reconheça que há falta. Esse carecimento, essa falta, faz com que o sujeito busque soluções, intervenções que o auxiliem a minimizá-lo. Essa busca é chamada de demanda pelos serviços e profissionais de saúde.

“O tema das necessidades de saúde há muito circula como questão no campo da Saúde Coletiva, em estudos sobre o acesso a serviços e cuidados, a qualidade da assistência e das práticas dos profissionais, e ainda sobre os direitos à saúde e deveres do Estado em suas políticas públicas. Foi nuclear da estruturação da Saúde Coletiva, nos anos 1970, vinculando-se à democratização do estado brasileiro e à reforma da saúde”. (SCHRAIBER, 2012)

Para HELLER (1986), as necessidades apresentam natureza econômica, tendo sua base material no capitalismo; desta forma, devemos olhar para o modo de produção capitalista, no qual homens e mulheres são portadores de certas necessidades, de acordo com o grupo ao qual pertencem. Estas são diferentes de acordo com cada tipo de sociedade, pois cada uma está organizada de uma forma. Nas sociedades pré-industriais a estratificação social definia quais seriam as necessidades, de acordo com o estrato ao qual o indivíduo pertencia. Já na sociedade moderna não existem estamentos rígidos e, portanto, dentro de certos limites o indivíduo determina sua necessidade, de acordo com sua experiência e vivência. (BRAZ, 2013; MAFRA, 2010)

Nesse modo de produção o trabalhador vende ao capitalista sua força de trabalho que passa ter valor de uso, e com a produção deste valor satisfaz suas necessidades. O produto do trabalho humano é a mercadoria, que sempre é expressa na forma de valor, alternadamente

valor de troca e valor de uso. As necessidades estão presentes em toda a sociedade, fazem parte da vida cotidiana e subjetivamente podem ser expressas como desejos ou carências.(HELLER, 1986; MAFRA, 2010)

De acordo com essa definição de desejos e carências, podemos dizer que a saúde é um desejo, pois os indivíduos a manifestam, de formas diversas, de acordo com suas experimentações diárias, sua cultura, suas crenças. E também é uma carência, ou seja, *algo que falta ao sujeito*, e demanda-se modernamente ao Estado para que sejam satisfeitas, na forma de políticas, ações e serviços de saúde.

“Tal como as demais necessidades humanas, as necessidades de saúde são social e historicamente determinadas e situam-se entre natureza e cultura, ou seja, não dizem respeito somente à conservação da vida, mas à realização de um projeto em que o indivíduo, ponte entre o particular e o genérico, progressivamente se humaniza”. (EGRY et al, 2009, p. 1182)

Para STOTZ (1991), as necessidades de saúde estão no nível das necessidades sociais mais gerais. São construídas social e historicamente e espelham as mediações da prática social dos sujeitos, individuais e coletivos que, em interação com o centro da sociedade civil, lutam pela saúde.

Em sua dissertação MATSUMOTO (1999) trabalha com a concepção de que as necessidades de saúde poderiam ser apreendidas e organizadas em quatro grandes conjuntos:

1. “ter boas condições de vida”;
2. “necessidade de se ter acesso e se poder consumir toda tecnologia de saúde capaz de melhorar e prolongar a vida”;
3. “(...) criação de vínculos (a)efetivos entre cada usuário e uma equipe e/ou um profissional...”;
4. “(...) necessidade de cada pessoa ter graus crescentes de autonomia no seu modo de levar a vida”

Necessidades de saúde como instrumento dos trabalhadores, gestores, equipes, serviços de fazerem uma melhor escuta dos que buscam por “cuidados em saúde”. A produção do cuidado deve ser entendida como um processo dialógico, na medida em que usuário e trabalhador encontram-se, em um determinado momento, com determinadas expectativas e conhecimentos a oferecer. (AYRES, 2009)

Em artigo que descreve a utilização de instrumentos para o reconhecimento de necessidades de saúde, EGRY et al (2009) descreve nos achados o ACS como um dos principais responsáveis pelo levantamento das necessidades de um dos territórios estudados.

“Chama a atenção o fato de o Agente Comunitário de Saúde (ACS) ter sido apontado por 17 equipes como o principal responsável pelo levantamento das necessidades de saúde, por meio da visita domiciliar e também pelo acompanhamento da carteira de saúde e cartão da família”. (EGRY et al, 2009)

Outro achado importante é o fato de não haver ligação entre os programas ofertados e as informações levantadas no território e também o não reconhecimento de um instrumento de avaliação das necessidades.

“(...) mesmo quando existe a sistematização das informações acerca das questões de saúde do território (...) essa sistematização não é reconhecida como instrumento de avaliação de necessidades. Isto pode ser observado, por exemplo, na relação restrita ou na quase ausência de vínculo entre os programas e as ações propostas ou realizadas e os perfis de saúde-doença da população”. (EGRY et al, 2009)

Em estudo sobre a percepção de usuários sobre as necessidades de saúde, MORAES, BORTOLOZZI e HINO (2007), utilizando-se da taxonomia das necessidades de saúde de Matsumoto, encontraram a necessidade de aliar o trabalho dos profissionais às tecnologias presentes na área com o intuito de auxiliar na melhoria da saúde dos usuários; apontam também a importância da forma como são recebidos na unidade, desde a recepção até o atendimento com o profissional, como fator que interfere na saúde dos usuários, já que muitos deles avaliam o acesso ao serviço como bom, mas apontam as dificuldades em acessar as especialidades e certos exames como dificuldades do sistema. (MORAES, BORTOLOZZI e HINO, 2007)

Da mesma forma, em estudo sobre as necessidades de saúde para usuários e profissionais, realizado em unidade de saúde da família em Cuiabá, SILVA e MANDÚ (2012), relatam a presença de alguns aspectos que de antemão moldam as necessidades de saúde que chegam às equipes como a distância entre a residência e o serviço de saúde; a dificuldade de acesso imediato ao profissional desejado; experiências anteriores negativas em relação à unidade ou ao atendimento; entre outros. Estes aspectos podem tornar-se obstáculos ao aparecimento das reais necessidades dos sujeitos quando buscam por atendimento na unidade de saúde. (SILVA e MANDÚ, 2012)

Observou-se ainda a centralidade no atendimento médico e nas ações vistas como prioritárias pelo serviço, o que nem sempre atendia às necessidades demandadas pelo usuário. Mesmo quando estas são acolhidas, não é possível garantir sua resolução e por vezes alguns aspectos trazidos ao serviço eram sempre rejeitados, não aceitos como problemas de saúde. Importante salientar do trabalho citado acima o reconhecimento dos trabalhadores de suas

possibilidades de ação finitas, os conflitos encontrados no interior da unidade relativos às dificuldades de acesso e atendimento às demandas explicitadas. (SILVA e MANDÚ, 2012)

“Trabalhadores reconheciam a sua participação na abordagem das necessidades, mas, frente aos limites e problemas vivenciados, evidenciavam especialmente aspectos da organização da prática na SF. Mencionando o componente humano afeito à abordagem de necessidades, julgavam que a rotina intensa de trabalho, que lhes gerava certo sofrimento, dificultava uma prática comprometida com a abordagem abrangente de necessidades de saúde. Eles próprios se viam como sujeitos com necessidades e dependentes de cuidado”. (SILVA e MANDÚ, 2012)

O modo proposto para acolher as demandas dos usuários, no Brasil, é a organização de programas. Os programas de saúde oferecidos, planejados pelos governos, levam em conta a dimensão do adoecimento, organizando os serviços na lógica da doença ou dos grupos com maior risco de contraí-las. Assim ao integrar um desses programas, o paciente passa a assumir a identidade da doença que possui, sendo informado dos procedimentos que deve seguir, dentro do serviço e em sua vida cotidiana. (PINHEIRO e CAMARGO JR, 2000)

Na formulação desses programas desconsidera-se a participação de outros atores que também estão implicados no processo, principalmente o usuário. Prima-se pelo rigor técnico das ações, deixando-se de lado as questões subjetivas da população. Isso ocorre por que o que é pensado como sendo o ideal pelos técnicos nem sempre corresponde à situação real da população, pois não são considerados aspectos sociais, econômicos, culturais.

Os modelos explicativos dominantes para definir demandas reduzem o sujeito pela objetivação da doença, desconsiderando os contextos em que se inserem. Os elementos constituintes das demandas de saúde “... surgem de interações dos sujeitos (usuários, profissionais e gestores) na sua relação com a oferta nos serviços de saúde, em face de um determinado projeto político institucional” (PINHEIRO et al, 2005, p.13).

Ainda para PINHEIRO e CAMARGO JR (2000), a demanda e a oferta de serviços de saúde não devem ser vistos como dois conceitos que não se relacionam, pois essa visão colocaria usuário e trabalhador em “lados opostos”, afastando a possibilidade de construção conjunta do cuidado. Para os mesmos autores: “permitem apreender as dimensões: assistencial, tecnológica e política, as quais têm no cotidiano das instituições de saúde seus elementos constitutivos”.

Assim as unidades de saúde valem-se da epidemiologia e da vigilância em saúde para organizar um leque de serviços que serão ofertados à população residente em seu território, visando oferecer respostas aos principais problemas de saúde de seus usuários. Essa resposta vem, geralmente, na forma de uma consulta – médica, de enfermagem, com o dentista –

fazendo com que a necessidade de saúde do sujeito seja associada ao consumo de um serviço (a consulta). (SCHRAIBER e MENDES-GONÇALVES, 1996)

Desta forma, a atenção à saúde continua focada na doença, sem atuar no que a determina, conforme diz CAMPOS (2007, p.609):

“(...) para a Saúde Coletiva, atender a necessidades de saúde deveria significar a instauração de processos de trabalho que propusessem respostas no âmbito das raízes dos problemas – do determinante - e também no dos resultados – a doença – e encaminhar a política pública de saúde na direção do direito universal”.

Tal descompasso conduz muitas vezes a uma dupla insatisfação, pois o serviço somente oferece a consulta como resposta às demandas do usuário e este, por sua vez, somente busca por ela, fazendo com que outras propostas de cuidado sejam abolidas. Assim, seria preciso apostar em uma mudança no processo de trabalho instaurado na APS, promovendo uma mudança de olhar e fazer, com consequente mudança de foco para as necessidades de saúde ao invés de privilegiar os problemas. (NERY, 2006)

Em artigo que descreve o olhar de profissionais e usuários sobre as demandas de um serviço de saúde, SANTOS e PENNA (2013), por meio de entrevistas, mostraram uma grande procura da UBS pela demanda espontânea, e por consulta médica. Mostraram um descompasso entre a necessidade sentida, vivida pelo usuário, e o conhecimento técnico do profissional que o atende. O que por vezes pode gerar atrito e desconfiança e ainda enfraquecer o vínculo entre os dois: “(...) se de um lado o que se busca no atendimento cotidiano é uma prática normativa em saúde por parte dos profissionais, de outro, o ritmo próprio da vida das pessoas não pode ser normatizada”. (SANTOS e PENNA, 2013)

O cuidado em saúde é sempre pensado e organizado desta forma, dentro das unidades de saúde, mas estas não conseguem trabalhar, sozinhas, todas as questões que influenciam e determinam a saúde e a doença das populações. Questões de ordem econômicas, sociais e de infraestrutura, necessitam da ação de outros atores para que sejam solucionados ou minimizados.

PONTES et al (2009), descrevem a percepção de usuários sobre o acesso aos serviços de saúde no SUS, apresentam categorias de análise retiradas das entrevistas realizadas, dentre elas: “a determinação das dificuldades para o alcance do atendimento no SUS e suas consequências”; “o atendimento no SUS: efetivação e facilidades”; “mediações e exames no contexto do SUS: expectativas, conquistas e dificuldades”; “fragilidades do processo de atendimento na concretização do princípio de universalidade”; “universalização da

assistência: a saúde reconhecida como direito de todos e dever do Estado”; “a presença do INAMPS no ideário dos usuários do SUS”.

Essas categorias apontam algumas dificuldades de acesso aos serviços do SUS, como as filas, a qualidade precária, a insatisfação com o tempo de espera para se conseguir atendimento e as barreiras impostas pelos sistemas de referência e contra-referência.

“As consequências das dificuldades encontradas nos serviços do SUS são identificadas pelos usuários como falta ou dificuldade de acesso aos hospitais públicos, não efetivação dos sistemas de referência e contra referência e, também, na morte como consequência final dessa impossibilidade de concretizar o atendimento pretendido.” (PONTES et al, 2009)

Em estudo que analisa as necessidades de saúde de usuários sob a ótica desses de trabalhadores realizado por SILVA e MANDÚ (2012), os autores buscaram conhecer quais as percepções sobre as necessidades de saúde e como eram abordadas pelo serviço. Apontam algumas dificuldades de acesso na voz dos usuários:

“De acordo com os usuários, as dificuldades de acesso à SF relacionavam-se a aspectos da sua organização, que se apresentavam de imediato a eles, como: número insuficiente de médicos e de vagas para a consulta; falta de correspondência entre a agenda assistencial da unidade e necessidades imediatas que possuíam; horário de marcação de consultas julgado impróprio; falta de resolubilidade do que entendiam ter como problema ou não garantia da assistência”. (SILVA e MANDÚ, 2012)

E também mostram o ponto de vista dos trabalhadores, pois esses acabam não conseguindo fazer além por falta de pontos de apoio na rede assistencial do município, falta de especialista, ou mesmo o número reduzido de profissionais, o que compete à gestão e não ao profissional do serviço.

Uma forma de solucionar o problema é a adoção de mecanismos mais eficientes de referência de pacientes, equipes de apoio nos territórios, contando com especialistas. Em artigo publicado em 2011, PAIM et al examina o desenvolvimento histórico e os componentes do sistema de saúde brasileiro, desde a Reforma sanitária até os dias atuais. Elencam os muitos avanços que o SUS alcançou nos últimos vinte anos, como o incremento de recursos humanos, a aposta em ciência e tecnologia, o maior financiamento e políticas voltadas à atenção básica, a participação popular e o processo de descentralização. Apontam alguns problemas da atenção especializada como: a oferta limitada, pouco regulamentada e os procedimentos de média complexidade preteridos pelos de alta complexidade. Apesar disso colocam que o acesso aos serviços de saúde melhorou:

“Em 2008, 93% das pessoas que buscaram os serviços de saúde receberam tratamento, o que sugere que o cuidado está disponível para a maioria das pessoas que o procuram e que as desigualdades sociais registradas no uso dos serviços podem, na verdade, ser atribuídas a diferenças de comportamento no momento de buscar cuidados de saúde”. (PAIM et al, 2011)

O acolhimento é proposto como uma forma de receber as pessoas na unidade de saúde, mas também como um fazer tecnológico, com foco no encontro entre usuários e trabalhadores, entre necessidades de saúde e saber técnico. Alguns estudos o descrevem como possibilidade de qualificação e ampliação do acesso aos serviços por se tratar de arranjo tecnológico, com características de tecnologia leve. Também apontam algumas dificuldades em sua implementação como o fato dos serviços ainda se organizarem com base no modelo biomédico, a demanda excessiva e a falta de reflexão e construção conjunta para a reorganização dos processos de trabalho o que pode inclusive, afastar os usuários que necessitam de cuidados contínuos e longitudinais. (MITRE, ANDRADE e COTTA, 2012; GIRÃO e FREITAS, 2016; SPERONI e MENEZES, 2014; FRANCO, BUENO e MERHY, 2007; GUERRERO et al, 2013)

Tendo isso em vista, faz-se necessária a articulação das ações desses diversos atores em prol da melhoria da qualidade de vida da população, o que influencia positivamente a manutenção da saúde dos mesmos. Como referido por CECILIO (2001, p.117):

“Em particular, a batalha pela melhoria das condições de vida e o acesso a todas as tecnologias para melhorar e prolongar a vida, por mais competente e comprometida que seja a equipe, jamais poderá ser plenamente bem-sucedida no espaço singular dos serviços. Tal constatação nos remete, então, à uma segunda dimensão da integralidade da atenção, qual seja, a integralidade da atenção como fruto de uma articulação de cada serviço de saúde, seja ele um centro de saúde, uma equipe de PSF, um ambulatório de especialidades ou um hospital, a uma rede muito mais complexa composta por outros serviços de saúde e outras instituições não necessariamente do “setor” saúde. A integralidade pensada no “macro”.

Para tanto esses serviços e instituições devem alinhar informações no sentido de tornarem claras, umas às outras, a forma como se dá em seu interior os processos de trabalho, o que estão preparados a atender e, ao mesmo tempo, propor ações conjuntas com vistas às necessidades levantadas.

Segundo alguns desses autores, os modos como são constituídas as demandas em saúde no cotidiano das instituições é um tema ainda pouco estudado, o que nos incentivou a escolher tal linha de pensamento como norteadora do presente estudo, tendo em vista o

alinhamento da produção teórica com a realidade vivida nos serviços de saúde. Como afirmam FERNANDES, BERTOLDI e BARROS (2009) sobre pesquisas acerca do tema:

“Em geral, as pesquisas sobre utilização de serviços de saúde são focalizadas na demanda presente nos serviços, nas características demográficas e nos problemas de saúde com maior prevalência. Esse tipo de pesquisa, portanto, exclui pessoas que não procuram estes serviços e comprometem o real conhecimento em nível populacional”

A garantia ao acesso universal passa pela discussão sobre a demanda do ponto de vista do gestor, do trabalhador e do usuário e na articulação entre esses três olhares.

HIPÓTESE/PERGUNTA CONDUTORA

A demanda por serviços de saúde em uma UBS/ESF é recebida e trabalhada de modo que responda às necessidades da população presente em seu território?

OBJETIVOS

GERAL:

Conhecer e analisar como a UBS/ESF reconhece e responde às necessidades demandadas pelos usuários em seu território.

ESPECÍFICOS:

1. Identificar quais as motivações/necessidades levam a população a procurar a UBS/ESF;
2. Identificar e examinar como os serviços oferecidos pela UBS recebem as necessidades levantadas pela população.

PERCURSO METODOLÓGICO

A PESQUISA QUALITATIVA

A ciência é a forma hegemônica de conhecimento e explicação da realidade nos dias atuais, isso se deve ao fato dela se apresentar como produtora de verdades. MINAYO (1994, p.10) afirma que existem razões para esse predomínio:

“(…) Mencionaremos duas razões: a primeira, de ordem externa a ela mesma, está na sua possibilidade de responder a questões técnicas e tecnológicas postas pelo desenvolvimento industrial. A segunda razão, de ordem interna, consiste no fato dos cientistas terem conseguido estabelecer uma linguagem fundamentada em conceitos, métodos e técnicas para compreensão do mundo, das coisas, dos fenômenos, dos processos e das relações. Essa linguagem é utilizada de forma coerente, controlada e instituída por uma comunidade que a controla e administra sua reprodução.”

O objeto das Ciências sociais é histórico, a sociedade e os indivíduos têm consciência histórica. As ciências sociais trabalham no nível da identidade entre o sujeito e o objeto da investigação e a relação entre esses dois sujeitos, o investigado e o investigador é de extrema importância. (MINAYO, 2008)

A teoria nas ciências sociais é muito importante pois auxilia na interpretação dos dados empírico, históricos, sociais, econômicos e dá base para reflexão acerca do processo da pesquisa. “Isso requer uma relação de duas vias na qual há um desafio tanto às ideias como às práticas”. (MAY, 2004, p.43)

“Fazer ciência é trabalhar simultaneamente com teoria, método e técnicas, numa perspectiva em que esse tripé se condicione mutuamente: o modo de fazer depende do que o objeto demanda, e a resposta ao objeto depende das perguntas, dos instrumentos e das estratégias utilizadas na coleta dos dados.” (MINAYO, 2012)

A Ciência é um campo heterogêneo, no qual várias disciplinas tentam se articular e pluridisciplinar, com cada disciplina particular tentando delimitar um campo de análise. Conforme afirma BRUYNE et al (1977, p. 27) “A reflexão metodológica é capaz de estabelecer pontes entre as diversas disciplinas, pois os métodos são instrumentos suficientemente gerais para serem comuns a todas as ciências ou a uma parte suficientemente importante.”

A metodologia científica com seus procedimentos e técnicas é quem vai garantir o status de “conhecimento científico” ao conhecimento gerado em uma pesquisa, pois: “permite

garantir um conhecimento fiel sobre a realidade”, propondo “(...) um tipo de compreensão, de prova e de controle, ao fornecer explicação e predição”. (BRUYNE, et al, 1977)

Pudemos observar uma mudança na forma como se faz pesquisa social, como fruto de mudanças sociais e da vida, isso fez com que a metodologia empregada em estudos sociais fosse revista e repensada. Até então a pesquisa social vinha utilizando-se de métodos empregados pelas ciências naturais, esses claramente qualitativos, pois tais métodos utilizam modelos padronizados garantindo exatidão. (FLICK, 2009)

Por muito tempo pesquisas de cunho social utilizaram métodos da pesquisa quantitativa para seus estudos: “(...) durante um longo período a pesquisa social empírica baseou-se essencialmente em levantamentos padronizados. O objetivo era documentar e analisar a frequência e a distribuição dos fenômenos sociais na população (...)” (FLICK, 2009, p.22). Essa preferência deu-se por conta da baixa aplicabilidade e relevância das pesquisas para a sociedade da forma como essa está habituada a receber os resultados das ciências naturais, com produtos objetivos e padronizados.

Essa busca por modelos e padrões para descrever e estudar fatos e ações do dia a dia dos sujeitos acaba resultando em um distanciamento da realidade social vivida, aquela que não segue padrões pré-estabelecidos e regras metodológicas do resultado obtido pelas pesquisas que limitam qual realidade pode ser estudada, como afirma FLICK (2009, p. 22): “(...) Na busca por satisfazer padrões metodológicos, suas pesquisas e descobertas frequentemente afastam-se das questões e dos problemas da vida cotidiana.”

Dessa forma a investigação social considera que não só o pesquisador dá sentido ao trabalho, mas os indivíduos e os grupos sociais também dão significado a sua construção intelectual.

“(...) Pesquisadores qualitativos estudam o conhecimento e as práticas dos participantes. (...) A pesquisa qualitativa leva em consideração que os pontos de vista e as práticas no campo são diferentes devido às diversas perspectivas e contextos sociais a eles relacionados. ” (FLICK, 2009, p. 24-25)

AS TÉCNICAS DE PESQUISA EMPREGADAS

Observação

É conhecido que para as ciências da saúde (e outras tantas) ainda existem dificuldades em se aceitar como científicas teorias metodológicas que apostem nas “relações humanas como objeto da investigação científica”, nesse caso podemos incluir a observação das

relações humanas como método de pesquisa. Apesar desse aspecto, escolhemos a observação participante como técnica da pesquisa. (LEITE e VASCONCELLOS, 2007)

Assim a caracterização do cotidiano da Unidade de Saúde foi realizada por meio da observação participante, na qual a pesquisadora passou por períodos observando a rotina do local. O propósito da observação foi colocar a pesquisadora em contato com o dia-a-dia, o cotidiano do serviço. Como afirma JACCOUD e MAYER (2008, p. 255):

“(...) a observação, enquanto procedimento de pesquisa qualitativa implica a atividade de um pesquisador que observa pessoalmente e de maneira prolongada situações e comportamentos pelos quais se interessa, sem reduzir-se a conhecê-los somente por meio das categorias utilizadas por aqueles que vivem essas situações”.

O pesquisador deve mergulhar nas atividades do dia a dia das pessoas que quer conhecer, assim, se a vida dessas pessoas muda, ele deve se unir a elas para entender como tais mudanças acontecem registrá-las e interpretá-las.

“Porque é argumentado que as pessoas agem e dão sentido ao seu mundo se apropriando de significados a partir do seu ambiente. Assim, os pesquisadores devem tornar-se parte daquele ambiente, pois somente então podem entender as ações daqueles que ocupam e produzem as culturas, definidas como os aspectos simbólicos e aprendidos do comportamento humano, os quais incluem os costumes e a linguagem. É argumentado que essa técnica tem menos tendência a levar os pesquisadores a impor a sua própria realidade sobre o mundo social que procuram entender”. (MAY, 2004, p. 176)

A observação deve ser vista como um processo, com alguns momentos específicos, iniciando com o pesquisador se aproximando do campo e das pessoas que ali estão, para só depois tornar-se mais concreta e focada em certos pontos. Para isso o observador deve iniciar com uma fase de reconhecimento desse campo, descrevendo-o de formas mais gerais para então, passar a restringir fatos, locais e pessoas de maior interesse. (FLICK, 2009)

TRAD (2012) aponta a importância da escuta durante o trabalho de campo da pesquisa e ressalta que a entrevista é muito importante, útil, uma excelente ferramenta para a produção de dados, mas sem a observação do ato em si, do que se quer saber/estudar, pode-se perder muitos detalhes importantes e deixar passar as sutilezas dos encontros rotineiros.

“No que diz respeito à escuta é importante reconhecer as múltiplas oportunidades para o seu exercício no decorrer da observação participante, evitando assim restringir este processo aos momentos de entrevistas formais, uma tendência recorrente em estudos que referem à adoção da etnografia no campo da saúde coletiva. Em certa medida, tal limitação foi observada em um dos estudos que realizei no campo da saúde, o qual seria mais bem qualificado como uma pesquisa de cunho etnográfico.”

A observação foi realizada em períodos diversos, desde o trajeto até a UBS, feito de ônibus, em contato com usuários e trabalhadores, no interior da UBS e nas ruas do entorno.

Entrevistas em profundidade

“As entrevistas podem ser consideradas conversas com finalidade (...)”. (MINAYO, 2008, p. 261), que podem versar sobre um tema ou sobre vários e ainda levar o entrevistador a compreender “(...) biografias, experiências, opiniões, valores, aspirações, atitudes e sentimentos das pessoas”. (MAY, 2004, p. 145)

POUPART (2008) apresenta três argumentos para sustentar a utilização de entrevistas qualitativas na pesquisa, um de ordem epistemológica, outro de ordem ético-político e outro metodológico. O epistemológico seria uma maneira de se conhecer, compreender e interpretar a realidade através do relato dos atores envolvidos. “(...) a entrevista de tipo qualitativa seria necessária, uma vez que uma exploração em profundidade da perspectiva dos atores sociais é indispensável para uma exata apreensão e compreensão das condutas sociais.” (POUPART, 2008, p. 216).

Já o argumento de ordem ético-político diz respeito pode somar-se ao epistemológico, a entrevista pode levar ao conhecimento da realidade de grupos marginalizados, pode ajudar a dar voz a certos grupos, isso vai depender da postura e do engajamento do pesquisador perante tais questões. “(...) a entrevista de tipo qualitativo parece necessária porque ela abriria a possibilidade de compreender e conhecer internamente os dilemas e questões enfrentados pelos atores sociais”. (POUPART, 2008, p. 216).

As questões de ordem metodológica podem ser sustentadas por dois argumentos, o de que as entrevistas são um meio eficaz para a coleta de informações, no qual o “entrevistado é visto como um informante-chave” (POUPART, 2008, p.222) e também por “dar conta do ponto de vista dos atores” (POUPART, 2008, p.223), como um uma ferramenta importante de produção de dados os mais próximos da realidade estudada possível.

Na pesquisa qualitativa dispomos de três tipos de entrevistas: a estruturada, a semi-estruturada e a entrevista em profundidade. A estruturada trabalha com um questionário estruturado, padronizado, aplicado da mesma forma com todos os entrevistados, já a semi-estruturada: apresenta estrutura flexível, com questões abertas, podendo haver diálogo entre o entrevistador e o entrevistado, com esse colocando alguns pontos sobre suas percepções em algumas questões (MAY, 2004; POPE e MAYS, 2009):

“(...) constituindo em questões abertas que definem a área a ser explorada, pelo menos inicialmente, e a partir da qual o entrevistador ou a pessoa

entrevistada podem divergir a fim de prosseguir com uma ideia ou resposta em maiores detalhes”. (POPE e MAYS, 2009, p. 24)

As entrevistas em profundidade: “(...) são menos estruturadas e podem abranger apenas um ou dois aspectos, mas com muito maior detalhamento”. (POPE e MAYS, 2009, p. 24)

LOCAL, MATERIAIS E SUJEITOS DA PESQUISA

Local - O campo

A pesquisa foi realizada no Município de São Paulo, em dois locais. Uma UBS na região sul da cidade, no Campo Limpo, além de seu entorno. A outra unidade de saúde foi um Centro de Saúde localizado na região oeste, local que recebeu uma equipe de pesquisa. A escolha deveu-se ao fato da ligação com o serviço de saúde, com a troca cotidiana na produção do cuidado com os trabalhadores, pois como afirma BOTAZZO (2013, p. 271) “(...) devemos considerar que integralidade tem múltiplas dimensões e que poucas se realizam na saúde, ou estão sujeitos a concretização nos serviços ou na atuação do profissional de saúde”.

Além da presença na UBS por alguns períodos a pesquisadora buscou e consultou documentos da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo pois essa é a gestora do sistema de saúde do município, responsável por ofertar ações em saúde e monitorar e avaliar os serviços em seu território. A utilização e análise desses dados auxiliou na avaliação e confrontamentos das necessidades reais sentidas e demandadas pelos atores no dia a dia dos serviços e os indicadores escolhidos e avaliados pelo gestor do território, seja ele o supervisor técnico de saúde ou o secretário municipal.

Material - O diário de pesquisa

Os dados produzidos na pesquisa foram reunidos em um diário, alimentado pela pesquisadora todos os dias em que ela se colocou em contato com o campo e em momentos diversos que julgou necessário. Para MINAYO (2008), o diário de pesquisa é um recurso para organização de informações para a pesquisa qualitativa, pois a escrita diária auxilia no processo de retomada dos acontecimentos que passariam despercebidos sem que fossem revistos. O diário de pesquisa: “(...) nada mais é do que um caderninho de notas, em que o investigador, dia por dia, vai anotando o que observa e que não é objeto de nenhuma modalidade de pesquisa”. (MINAYO, 2008, p. 295)

ARAÚJO et al (2013) apontam o diário como uma tecnologia potente na “(...) apresentação, descrição e ordenação(...)” do que ocorre durante a presença do pesquisador no campo e quando em contato com os sujeitos da pesquisa. Já VIEIRA (2001/2002) discorre sobre o diário como auxiliador durante o desenvolvimento da pesquisa, mostrando possíveis mudanças na condução do campo, por exemplo.

HESS (2009), diz que a prática dos diários está inscrita em uma noção biográfica, propõe a escrita do diário como forma de aproximar o pesquisador de seus pensamentos, sua prática diária de pesquisa. “Para mim, o diário é uma etapa. Escreve-se lá tudo o que vos passa pela cabeça...E, a um certo momento, é necessário ler-se outra vez, pôr em forma suas ideias, ordená-las”. (HESS, 2009)

O diário foi escrito de maneira linear no tempo em que a pesquisadora esteve presente no território e os acontecimentos narrados. A escrita inicial foi realizada em um caderno e posteriormente digitada, com a substituição dos nomes por siglas.

Sujeitos da pesquisa

A pesquisa foi realizada na UBS, com a pesquisadora em contato com trabalhadores (médicos, enfermeiros, ACS, auxiliares de enfermagem e outros tantos), usuários e gestores. Esses estão retratados nos artigos, quando necessário, com a utilização de abreviações que descrevem sua relação com a UBS:

Sujeitos da pesquisa			
Trabalhadores	Usuários	Gestores	Outros
ENF – Enfermeiro	U	GEST	Escola - ES
MED – Médico			ONG
AE – Auxiliar de enfermagem			
ACS – Agente comunitário de saúde			
ATA – Assistente técnico administrativo			

Dessa forma foram atribuídos três lugares de fala (assim indicados pela pesquisadora): usuários, trabalhadores e outros. Cada um com uma caracterização própria:

Usuários - pessoas que utilizam a unidade de saúde em questão, como moradoras do território e com equipe de saúde correspondente; Trabalhadores -aqueles que atuam na produção de atos de saúde, sejam eles na assistência direta ao usuário (médicos, enfermeiros, ACS), passando pelos ATAs e pelos gestores. A opção pela apresentação dos participantes dessa forma foi para que ficasse clara a participação de cada um na rotina da unidade e de sua relação com a mesma.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública (parecer: 1.127.732) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de saúde de São Paulo (parecer: 1.142.737).

Os pareceres estão em anexo (ANEXO 1)

ANÁLISE DO MATERIAL

A análise dos dados foi realizada com o intuito de conhecer o cotidiano dos serviços e atores, utilizando a pesquisa social em saúde, em que “(...) todas as investigações que tratam do fenômeno saúde/doença, de sua representação pelos vários atores que atuam no campo: as instituições políticas e de serviços e os profissionais e usuários”. (MINAYO, 2008, p. 47)

A análise foi realizada a partir da leitura dos diários já transcritos para o meio digital, com a identificação e o agrupamento de ideias em comum, de acordo com os temas de cada artigo. Foram analisados utilizando-se a hermenêutica dialética, segundo MINAYO (2002, p. 83) é “(...) método de análise qualitativa, ou melhor, de análise das ciências humanas e sociais”.

Podemos apresentar a hermenêutica como a arte da compreensão tendo a linguagem como núcleo central, pois acredita que o homem por meio da comunicação expressa seu modo de viver e estar no mundo, seu contexto e sua cultura. (ALENCAR et al, 2012). A hermenêutica remete à Antiguidade Clássica, passando pela teologia que a utilizou para a interpretação de textos bíblicos. (LAWN, 2011).

Segundo MINAYO (2002, p. 84) é “(...) disciplina básica que se ocupa da arte de compreender textos” na qual o pesquisador deve se colocar no lugar do outro, daquele que escreve os textos que serão analisados, ou as entrevistas que serão produzidas. Tem o entender como processo relacional, o qual acontece não apenas em relação ao objeto, mas também em relação àquilo que é compreendido. “Assim, uma das ideias centrais que fundamentam a hermenêutica é a de que os seres humanos na maioria das vezes, entendem-se

ou fazem um movimento interior e relacional para se porem de acordo” (MINAYO, 2002, p. 85)

A dialética busca compreender a realidade, por meio da transformação e do estranhamento que ocorrem no interior dos processos, trabalhando com a quantidade e a qualidade como noções intrínsecas a qualquer objeto e caminhando juntas. Vem da Grécia Antiga como a arte do diálogo, da transformação, do movimento.

“O pensamento dialético precisa criar instrumentos de crítica e de apreensão das contradições da linguagem, compreender que a análise dos significados deve ser colocada no chão das práticas sociais, valorizar os processos na dinâmica das contradições, no interior das quais a própria oposição entre o avaliador e avaliado se colocam, e ressaltar o condicionamento histórico das falas, relações e ações”. (ALENCAR et al, 2012).

A hermenêutica trabalha com a comunicação, com a compreensão no nível da linguagem considerando a fala do interlocutor inserida na história e na cultura, já a dialética vai em busca da contradição, da crítica. Assim temos que: “(...) por possibilitarem uma reflexão que se funda na práxis, o casamento das duas abordagens é fecundo na condução do processo ao mesmo tempo compreensivo e crítico de análise da realidade social” (MINAYO, 2002, p. 97)

Desta forma, conhecer o local estudado, os atores que integrarão o estudo, no caso o território da unidade de saúde, seu cotidiano, seus profissionais e seu entorno é de extrema importância para a análise. Nível de encontro com os fatos empíricos é o momento do encontro com os dados produzidos na imersão no campo. “(...) é o estudo da realidade em toda sua dinâmica”. Consiste de fases: ordenação dos dados: sistematização dos dados produzidos - momento de transcrição das entrevistas, e organização dos dados coletados durante as visitas ao campo; classificação dos dados e posterior análise quando será realizada articulação entre os dados produzidos e o referencial teórico. (OLIVEIRA, 2001).

Os dados produzidos foram organizados ao longo do percurso da pesquisa, revisitados à medida que a pesquisadora achou necessário e confrontados com a teoria levantada sobre o tema para que fosse possível, ao final da análise, a compreensão das relações no território de maneira crítica e propositiva.

“(...) a orientação dialética de qualquer análise diz que é fundamental realizar a crítica das ideias expostas nos produtos sociais (textos, monumentos, instituições) buscando, na sua especificidade histórica, a cumplicidade com seu tempo; e nas diferenciações internas, sua contribuição à vida, ao conhecimento e às transformações”. (MINAYO, 2002, p. 101)

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Explicitando o campo

O território e seus caminhos

O Município de São Paulo está dividido em Coordenadorias Regionais de Saúde – cinco no total – Norte, Centro-oeste, Sudeste, Leste e Sul. Cada Coordenadoria conta com certo número de subprefeituras e supervisões técnicas de saúde, responsáveis pelas ações e serviços de saúde naquele território. A Coordenadoria Regional de Saúde Sul (CRSSUL) é responsável por cinco Supervisões Técnicas de Saúde (STS): Campo Limpo, Capela do Socorro, M´Boi Mirim, Parelheiros, Santo Amaro/Cidade Ademar.

Imagem 1: Região Sul de São Paulo - divisão administrativa da SMS

Essa divisão administrativa proposta pela esfera pública é utilizada como forma de se organizar o espaço urbano, é burocrática e nem sempre considera as movimentações, as

tensões que acontecem no dia a dia. Supõe uma divisão homogênea e equilibrada de condições de saúde e doença, o que não observamos na prática, mas se encaixa perfeitamente na proposta de uma oferta única de serviços para todo o território.

A CRRSUL abrange área de 65470 ha com uma população de 2.553.804 pessoas (2010) com densidade demográfica de 39,0 habitantes.

CRSSUL (área: 65470 ha)		
Ano	2000	2010
População	2.255.452	2.553.804
Densidade demográfica	34,5	39,0

Da região central da cidade (local onde a pesquisadora mora) até o campo limpo são aproximadamente 25 quilômetros, possíveis de serem percorridos de ônibus ou carro. É interessante observar as diferenças e mudanças na paisagem durante o percurso, o ônibus até o Terminal campo limpo percorre grandes avenidas da cidade - Av. Paulista, Av. Rebouças, Av. Euzébio Matoso, Av. Francisco Morato e Estrada do Campo Limpo - apresentam algumas semelhanças como o trânsito intenso durante todo o dia e a presença de faixas preferenciais de ônibus ou corredores exclusivos para os mesmos. Já a paisagem, tipos de construção (prédios, casas, etc), presença de árvores, canteiros, cores, entulho, iluminação, isso tudo é bem diferente.

“Fui caminhar pela área da unidade, desci a rua e fui até o AMA Pirajussara, está bem diferente, as paredes estão de outra cor. Entrei só na recepção, não estava muito cheio. No andar de cima fica o AME da região. O AMA é gerenciado por uma OS e o AME por outra, vai entender!!! Duas gestões de duas OSSs diferentes no mesmo prédio. Quando anunciaram que esse AME seria instalado ali ficamos sabendo (na época ainda trabalhava na região) que as especialidades médicas seriam diferentes das que já existiam no antigo Ambulatório de Especialidades (AE) que funcionava ali, com gestão da prefeitura. A mudança que mais interferiu no trabalho das equipes foi a saída do psiquiatra, com isso a região ficou sem uma referência em psiquiatria, contando apenas com o NASF. Saí do AMA e fui até a praça do campo limpo, ela está bem diferente, com alguns equipamentos de ginástica, com wi fi, consertaram os passeios. Está mais bonita! Passei na casa de cultura e falei com a Fernanda, uma espécie de “jovem aprendiz”, fui procurando a antiga coordenadora, o segurança disse que ela agora está na subprefeitura. Essa casa de cultura é bem interessante, tem muitas atividades para todas as idades. Eu tinha uma relação muito boa com eles. Depois voltei para a unidade de ônibus, esse ônibus demora pra passar na Estrada do Campo Limpo e vem cheio, por que entra no bairro talvez?”

A gestão dos equipamentos de saúde desse território é feita de forma compartilhada por uma parceira da prefeitura e da Sociedade Israelita Brasileira Hospital Albert Einstein (SIBHAE) através de convênio firmado entre a SMS e o Instituto Israelita de Responsabilidade Social (IIRS), dessa forma a entidade parceira é responsável pela contratação de profissionais, pelo acompanhamento do processo de trabalho e pela educação permanente dos mesmos.

A proposição da entrada desses atores ditos da sociedade civil sem fins lucrativos data do governo Fernando Henrique Cardoso (FHC - 1995-2002) representada no Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE), proposto pelo Ministério da Administração e Reforma do Estado (MARE). A lei federal 9637 de 15 de maio de 1998 aponta mudanças na gestão governamental, buscando parcerias com a sociedade, por meio de organizações que sejam intermediadoras na execução de serviços, dentre eles serviços de saúde. (BAGGENSTOSS e DONADONE, 2014; BARBOSA e ELIAS, 2010)

As justificativas para a aposta nas Organizações Sociais (OSs) são muitas, dentre elas: uma maior autonomia administrativa e financeira relativa principalmente ao processo de aquisição de bens e serviços e na contratação de recursos humanos; práticas gerenciais inovadoras não encontradas na administração direta; maior qualificação dos profissionais e maior satisfação de quem utiliza o serviço. (BARBOSA e ELIAS, 2010)

O município de São Paulo escolheu o convênio com instituições parceiras e OSSs como forma de gerenciar a Atenção Básica, implementando desde 2001 os contratos de gestão com as instituições escolhidas. (SÃO PAULO, 2008) Esses contratos descrevem o papel de cada ator na gestão, quais os serviços que serão geridos, a quantidade de equipes e sua composição mínima. Além disso elencam uma série de indicadores e metas a serem seguidos pela OSS como forma de acompanhamento, monitoramento e avaliação por parte da SMS.

Como indicadores de qualidade a matriz da SMS apresenta aspectos gerenciais (entrega de relatórios de contas assistencial e financeiro; adequação dos prontuários; constituição dos conselhos gestores nas unidades; elaboração e implementação de atividades de educação permanente; relatório com levantamento das reclamações e as respectivas resoluções) e aspectos assistenciais (proporção de crianças até 12 meses com caderneta de vacina em dia; proporção de gestantes em acompanhamento pré-natal e puerpério; proporção de gestantes com 7 ou mais consultas de pré-natal) (SÃO PAULO, 2015)

Esses indicadores são utilizados com a justificativa de avaliação e monitoramento, com foco na melhoria da qualidade dos atendimentos e na gestão mais eficaz de recursos. As

metas são apontadas como forma de auxiliar o poder público na fiscalização do cumprimento dos contratos de gestão.

A UBS: a organização do trabalho, os fluxos, o vai e vem cotidiano.

A UBS Campo Limpo conta com oito equipes de saúde da família (EqSF), três equipes de saúde bucal (ESB), uma equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), um agente de promoção ambiental (APA), um farmacêutico, dois técnicos de farmácia, um coordenador de parcerias públicas (denominação dada ao gestor da unidade pela parceira) e um enfermeiro sênior. Também tem dois médicos da administração direta, um clínico e um ginecologista. O horário de funcionamento é das 07:00 às 19:00, com escalonamento de horários de início das atividades das EqSF (07:00, 08:00 e 10:00).

A unidade já existia no bairro antes da composição das EqSF, com equipe organizada na programação em saúde (clínico, ginecologista, pediatra, equipe de enfermagem), com a entrada da ESF esses profissionais continuaram por um tempo atuando na unidade, alguns foram remanejados. Na região ainda existem unidades com equipes mistas (ESF e programação), as diferenças entre elas residem na forma como se dá o vínculo com o SUS e na forma de organizar o trabalho. As EqSF são contratadas via OSS fazendo com que exista uma falsa impressão de que esses trabalhadores estão em melhor condição que aqueles funcionários públicos concursados. Devemos nos lembrar que a contratação se dá via OSS, mas o recurso financeiro é advindo dos cofres públicos, na forma de pagamentos de salários e encargos e na isenção fiscal obtida pelas parceiras.

A organização das ações também difere entre os trabalhadores, nem sempre existe integração entre profissionais, as EqSF trabalham com territórios definidos enquanto os demais atendem demandas diversas. Em alguns casos pediatras e ginecologistas ficam como apoio para casos mais difíceis ou de risco, mas visitas domiciliares, por exemplo, são restritas às EqSF.

Os setores - vacina, curativo, medicação, coleta de papanicolau, coleta de exames, SUVIS - são cobertos por auxiliares de enfermagem em regime de rodízio, com uma escala realizada pela enfermeira Sênior da unidade e que muda a cada três meses. Esses setores são supervisionados por enfermeiros da unidade, também em regime de escala de horários. Existem fluxos e normas definidas para cada setor e em geral todos os usuários devem passar pela recepção antes de se encaminhar a algum deles.

Os fluxos podem ser assim definidos e especificados:

- ★ Coleta de exames: usuário sai da consulta com pedido de exames e é orientado a procurar pela sala de coleta, ali retira os frascos (quando necessário) e as etiquetas e volta no dia da coleta às 07:00. Não existe marcação de horário é por ordem de chegada e essa deve ser às 07:00 pois a coleta é realizada até às 0800 de segunda a sexta. A restrição de horário se deve ao fato do material coletado ser recolhido pelo laboratório às 08:00.
- ★ Coleta de papanicolaou: coleta diária, sem necessidade de marcação de horário, apenas verificação das orientações para a coleta do material.
- ★ Curativo, medicação e vacina: usuário deve passar pela recepção para levantar prontuário e ser registrado no sistema.
- ★ Demanda espontânea: usuário passa pela recepção para levantar prontuário e senha e é encaminhado à porta da sala onde deve aguardar ser chamado.
- ★ Consulta agendada: usuário passa pela recepção para que o ATA dê presença e levante prontuário. É necessário chegar trinta minutos antes do horário agendado.

Como fica claro nos fluxos a recepção é lugar do primeiro contato do usuário com a unidade quando este chega ali, conta com quatro ATAs e opera com um sistema de senhas:

“(...) a recepção é grande, tem quatro computadores, as cadeiras estão dispostas em fileiras de frente para o balcão e existe um sistema de senhas para chamada para atendimentos - a senha verde é preferencial e a rosa é para todos os outros pacientes. ” (Diário de pesquisa)

A unidade é bem grande, é um prédio térreo, com um pequeno estacionamento, conta com 26 salas entre consultórios, brinquedoteca, farmácia, salas administrativas e sala para a realização de grupos, tem ainda um pequeno jardim na parte interna da unidade. Cada EqSF tem um consultório para atendimento e reuniões e existem consultórios volantes para atendimento de enfermagem e do NASF. Os consultórios estão distribuídos em um dos corredores e no outro corredor se encontram os setores específicos (vacina, curativo, medicação, demanda, coleta, entre outras salas), a gestora da unidade ocupa uma sala e a enfermeira sênior ocupa outra.

Como já foi dito auxiliares de enfermagem (AE) cobrem os setores da unidade em esquema de rodízio, esse incluiu horários específicos junto às EqSF para VDs e RE. Esses horários são baseados na carga horária sugerida e acordada no plano de trabalho da OSS com a prefeitura como forma de organizar o trabalho dos profissionais. Dessa forma da carga horária total dos trabalhadores - 40 horas semanais - é dividida de forma a contemplar a

quantidade de consultas, visitas e outras atividades que constam de seus respectivos quadros de metas.

Observar a dinâmica da unidade é algo interessante, o corredor do acolhimento e da sala de vacina está sempre cheio, já o corredor dos consultórios fica mais vazio no final dos períodos de atendimento. A recepção tem um fluxo contínuo de pessoas, funciona com senhas de atendimento e a farmácia também é muito procurada.

Logo na entrada da unidade tem um banco de concreto, ao lado da porta, ficar sentada ali rende boas conversas rápidas, alguns desabafos.

“Depois do almoço fiquei sentada ao lado da porta de entrada da unidade, do lado de fora e depois de um tempo uma senhora saindo da unidade sentou ao meu lado para guardar as coisas e comenta: “Só para dezembro a consulta pode? Tem que esperar né! Eu tinha endócrino mas me ligaram desmarcando, que a médica saiu e não tem outra. Tem que esperar né fazer o que? Até parei o remédio, ela mandou tomar por seis meses até junho, e voltar em agosto, mas daí não teve consulta. Parei de tomar! E até lá não adianta né? O jeito é esperar! E com o remédio engordei 2 quilos! Não pode baixinha como eu ficar engordando não dá!””

“Depois outra senhora passou por mim, voltou e parou na minha frente “Não tinha meu remédio, só tinha um, mas não peguei não senão perde a receita, por que carimba e depois perde a receita.””

Estar ali logo na entrada era como um convite a um desabafo, um comentário em voz alta, um resmungo, um olhar de cumplicidade ou curiosidade. Sem muito esforço algumas pessoas apenas passavam e murmuravam, outras sentavam ao meu lado para ajeitar os papéis (são muitos papéis: guias de exames, resultados de exames, receitas, cartões) ou as cartelas de medicamentos. E assim de fragmento em fragmento de conversa, vamos montado uma rede de cuidados ou observamos a falta deles.

“Fico pensando na porta como o que separa o de dentro do de fora (como disse o Botazzo no Unidade básica): o dentro tem uma barreira que é a recepção, se você passar por ali está dentro e pode acessar alguns locais/serviços/ações/profissionais da unidade. Transpor essa primeira barreira não é fácil, requer paciência, persistência e os instrumentos adequados: cartão SUS, cartão família, RG, contar com o sistema do SIGA funcionando, entre outros... Literalmente não é para qualquer um! O dentro também tenta ser organizado/ordenado mas cada vez mais aparece a desordem de que fala o Botazzo, desordem por acomodar diferentes formas de atuar, diferentes conhecimentos, diferentes expectativas. E também por que a vida não é ordem o tempo todo e acredito que é disso que o cuidado em saúde deve considerar, a vida de quem vem e vai. O dentro tenta organizar/ordenar o que vem de fora, mas o de fora também é desordem, também vem com conhecimento, expectativa. Parece mais uma Babel, um

monte de gente falando o mesmo mas em línguas e modos completamente diferentes e muitas vezes incompreensíveis ao outro que escuta.”

Os encontros com os trabalhadores são bem diversos, versam sobre o trabalho em si, sobre os caminhos que os trouxeram até a atenção básica, as dificuldades do trabalho e as conquistas.

Enquanto estava na sala do NASF um dos enfermeiros aparece e começa a conversar, diz que fez auxiliar de enfermagem e depois a faculdade de enfermagem e ainda durante a graduação já dizia que gostava de saúde pública. Começou a trabalhar como enfermeiro e fez pós em saúde pública e foi trabalhar na penha. Diz que durante a faculdade a maioria dos colegas demonstrava interesse em fazer pós em áreas hospitalares (UTI, pronto socorro) e ele já queria saúde pública. Hoje pensa em fazer outra pós, em vigilância talvez, pois acha que deve ser uma área pouco procurada. (ENF1)

ENF2 é professor de cursos de técnico e auxiliar de enfermagem, converso com ele para combinar de acompanhar ações que ele realiza nas escolas. Ele diz que sua equipe é diferenciada, ele e o médico fazem visitas sempre juntos. Relata que é costume das equipes fazerem grupos resolutivos (para troca de receitas), segundo ele esses grupos fazem com que a população não faça um acompanhamento efetivo, voltando à unidade apenas para troca de receitas, desse jeito o tratamento não é eficaz. Refere também que muitos pacientes voltam em consulta a cada três meses sempre pedindo exames, não entendem que a sinvastatina (por exemplo) só vai fazer efeito em seis meses e que é melhor esperar. Pergunto porque ele acha que isso acontece e ele responde sem dúvida: carência. Para ele a população é carente de atenção, por esse motivo pede consultas e exames muitas vezes desnecessários.

Ele ainda fala que a população não entende o papel da UBS, dá como exemplo uma mulher que havia acabado de passar em acolhimento com hemorragia e ele explicou (ou tentou) que o tipo de atendimento que ela necessitava devia ser feito em outro serviço e, segundo ele, ela não entendeu. Diz também que sua equipe fez um trabalho educativo com a população e extinguiu o grupo resolutivo, hoje a área dele está conseguindo que a maior parte da população agende consulta. Eles até fornecem a medicação quando a receita vence, mas pedem que o paciente já agende a consulta para dar continuidade ao tratamento.

Fala também sobre a atuação do enfermeiro, diz que a maioria das pessoas ainda não compreende o papel do mesmo na equipe. Acha que ele é um auxiliar do médico, não entendem/não sabem que o enfermeiro pode auxiliar no tratamento; tem um papel importante no contato com o médico, com o NASF. Hoje sua equipe tem um grupo realizado por ele, na área, no início iam 5 ou 6 pessoas, hoje comparece uma média de 15 pessoas. O médico recomenda ao paciente, descompensado geralmente, que vá ao grupo toda semana e ele tem percebido que as pessoas têm feito esse acompanhamento no grupo com ele.

Ele também faz uma ação nas escolas, com educação sexual (no estilo do vale sonhar - mas chamado: quebrando o tabu) ele acha que o ideal é atingir as crianças e adolescentes se a saúde quiser que algo mude. Os adultos e velhos já não “aprendem” mais, têm mais dificuldades em mudar hábitos. Ele tem apostado nisso e acredita já ver resultados. Ele acha que essa aproximação com a escola pode ajudar inclusive a explicar qual o papel da UBS (promoção, prevenção)

Aponta a dificuldade que a população tem em entender os níveis de atenção (primário, secundário) e isso se reflete no trabalho do NASF. As pessoas chegam na unidade esperando ser atendidos pelo psicólogo, pelo fisioterapeuta e quando são encaminhados para outro local (ambulatórios, clínica escola) não compreendem e ficam bravos. Comento com ele que essa lógica está clara para nós do serviço e que para a população é difícil de entender e ele concorda.

ARTIGO 1 - ACOLHIMENTO À DEMANDA ESPONTÂNEA EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE: A BUSCA POR CUIDADO NO RITMO DA VIDA DAS PESSOAS.¹²

USER EMBRACEMENT TO SPONTANEOUS DEMAND IN A BASIC HEALTH UNIT: THE SEARCH FOR CARE IN THE RHYTHM OF PEOPLE 'S LIFE

Autores:

Carolina Rogel de Souza, Doutoranda Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo

Carlos Botazzo, Professor Sênior, Departamento de Política, Gestão e Saúde, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo

Resumo

Com o incremento na atenção à saúde que a introdução da saúde da família trouxe à atenção primária no Brasil, o acolhimento passa ser proposto como uma estratégia no sentido de efetivação da integralidade das ações, no momento em que o usuário chega à unidade. Buscou-se caracterizar e analisar o acolhimento à demanda espontânea em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) localizada na zona sul de São Paulo à luz do conceito de integralidade. Utilizou-se a pesquisa qualitativa, por meio da observação do dia a dia do acolhimento da UBS, com a utilização do diário de pesquisa como instrumento auxiliar no registro, organização e análise dos dados. Os resultados foram agrupados em dois blocos: organização do processo de trabalho na unidade e escuta qualificada. No primeiro apresenta-se e discute-se a organização e funcionamento da unidade e sua relação com o acolhimento e o segundo apresenta cenas em que o encontro do usuário com trabalhador se mostra potente e produtor de cuidado ou como podem ser totalmente técnicos e frios. Concluimos que, apesar da proposta inovadora na atenção à saúde e da potência de mudança o acolhimento ainda é realizado como triagem, sem integração efetiva com as ações contínuas da unidade.

Palavras-chave: Acolhimento, Atenção Primária à Saúde; Necessidades e Demandas de Serviços de Saúde

¹ Pesquisa financiada com recursos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES)

²Artigo submetido à revista Saúde e Sociedade

Abstract

With the increase in health care that the introduction of family health has brought to primary care in Brazil, the user embracement is proposed as a strategy in the sense of the effectiveness of the integrality in health of actions at the moment when the user arrives at the unit. The aim was to characterize and analyze the user embracement of the spontaneous demand in a Basic Health Unit located in the south of São Paulo in the light of the concept of integrality in health. Qualitative research was used to observe the day-to-day work at the Health Center, using the research diary as an auxiliary tool for recording, organizing and analyzing the data. The results were grouped into two blocks: organization of the work process in the unit and qualified listening. The first presents and discusses the organization and functioning of the unit and its relationship with the user and the second presents scenes in which the encounter of the user with the worker is potent and producer of care or how they can be totally technical and cold. We conclude that despite the innovative proposal in health care and the power of change, the user embracement is still performed as a screening, without effective integration with the unit's continuous actions.

Key words:User embracement, Primary Health Care, Health Services Needs and Demand

Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem no acesso universal e na integralidade do cuidado características importantes para a garantia do Direito à saúde e da organização dos processos de trabalho e da rede de serviços. Integralidade e universalidade estão ligados, apesar de ser mais fácil identificarmos o acesso universal, seja pela cobertura de equipes de saúde da família presentes nos municípios brasileiros, seja pelas dificuldades enfrentadas na organização dos encaminhamentos para a média complexidade. (Paim et al, 2011; Spedo, Pinto e Tanaka, 2010)

A integralidade é mais difícil de ser contabilizada e explicitada mas existem inúmeras discussões e autores que tentam trazê-la mais para perto do dia a dia dos serviços. Cecílio (2006) aponta duas dimensões da integralidade, uma focalizada a partir da combinação de vários saberes e uma ampliada, voltada a uma articulação de serviços em rede. Já Mattos (2004, 2006) faz um ensaio sobre possíveis sentidos para o termo, apresentando-nos três sentidos: integralidade como característica de práticas de saúde; como forma presente na organização dos serviços e na proposição de políticas de saúde especiais.

Uma aposta para a garantia de acesso à Atenção Primária à Saúde (APS) é a adoção do acolhimento com escuta qualificada no momento em que o usuário chega ao serviço, como forma de responder de maneira adequada e rápida às demandas dos mesmos. Em 2003 é apresentada a edição da Política Nacional de Humanização (PNH) a qual apresenta o acolhimento como uma das diretrizes para a efetivação do cuidado no dia a dia dos serviços. (Brasil, 2010)

Muitos estudos (Souza et al, 2008; Motta, Perucchi e Filgueiras, 2014; Schimith e Lima, 2004; Guerrero et al, 2013; Speroni e Menezes, 2014) apresentam o acolhimento como potente instrumento para qualificação do acesso, como auxiliar na reorganização do processo de trabalho da equipe e como tecnologia leve. Ressaltam o aumento da vinculação do usuário ao serviço e/ou equipe, geralmente associado à humanização e à proposição de formas alternativas de cuidado.

Teixeira (2010) discorre sobre o acolhimento com um paralelo à qualificação do acesso e da relação entre usuário-trabalhador e usuário-serviço, aponta que o trabalho em saúde se encontra baseado no encontro e na conversa entre os envolvidos. Franco, Bueno e Merhy (2007) apresentam uma aposta para o acolhimento como “diretriz operacional” (p.42), com três princípios: o de atender a todos que buscam pelo serviço; o de reorganizar o trabalho com conseqüente mudança nas relações e inclusão da equipe multidisciplinar no cuidado e a qualificação da “relação trabalhador-usuário” (p.43)

Em estudos de revisão sobre o tema, os quais nos trazem dados que vão de encontro aos já expostos, Santos e Santos (2011) analisando 39 artigos categorizaram o acolhimento e apontaram, além do caráter de tecnologia leve, a potência desse instrumento na reflexão, na escuta e diálogo dos trabalhadores com os usuários. Em outra revisão observamos também a ampliação do acesso e a possibilidade de trabalhadores mais “sensíveis às necessidades dos usuários e comunidades”, mas também uma reflexão sobre a dificuldade no trabalho em redes, a falta de formação e a demanda excessiva. (Mitre, Andrade e Cotta, 2012)

Alguns desses mesmos estudos apontam dificuldades, desde experiências em que procedimentos de rotina são apontados como acolhimento (como pesar, medir, aferir pressão arterial); a consulta ser realizada por outro profissional que não o médico (isso mostra-se um problema pois ainda encontramos uma busca pela consulta médica como sinal de bom atendimento e resolução de problemas); e também um descompasso entre o que o usuário acredita ser um bom encontro e o que ocorre na realidade. (Souza et al, 2008; Brehmer e Verdi, 2010; Jungers et al, 2012)

Existem também experiências de acolhimento com classificação de risco, em que escalas de risco são utilizadas para a organização da demanda, de forma sistematizada, com organização dos usuários de acordo com o risco ou gravidade e não por ordem de chegada. Pode ser vista como uma forma de acolhimento à demanda mais equitativa e também como estratégia em contextos com escassez de profissionais e demanda crescente, além da inclusão de critérios subjetivos para a distribuição de vagas e atendimento. (Scholze, 2014; Silva, Barros e Torres, 2012; Roncato, Roxo e Benites, 2012)

Essa forma encontrada por algumas localidades para organizar a demanda espontânea tende a aproximar a Unidade Básica de Saúde (UBS) em pronto atendimento, com uma visão biomédica, de acolhimento como procura apenas por consulta médica e foco em doenças, deixando a proposta de maior abertura à escuta de fora da equação.

Os modelos explicativos dominantes para definir demandas reduzem o sujeito pela objetivação da doença, desconsiderando os contextos em que se inserem. Os elementos constituintes das demandas de saúde “... surgem de interações dos sujeitos (usuários, profissionais e gestores) na sua relação com a oferta nos serviços de saúde, em face de um determinado projeto político institucional” (Pinheiro et al, 2005, p.13).

Ainda para Pinheiro e Camargo Jr (2000), a demanda e a oferta de serviços de saúde não devem ser vistos como dois conceitos que não se relacionam, pois essa visão coloca usuário e trabalhador em “lados opostos”, afastando a possibilidade de construção conjunta do cuidado. Para a mesma autora: “permitem apreender as dimensões: assistencial, tecnológica e política, as quais têm no cotidiano das instituições de saúde seus elementos constitutivos”.

Apesar do crescente número de estudos sobre a temática apresentada, inclusive com a edição de documentos técnicos, observamos descompassos entre as propostas teóricas elaboradas e defendidas pelos trabalhadores e gestores e o que ocorre na prática. Dessa forma a escolha pelo recorte aqui apresentado deu-se com o andar da pesquisa e da presença da pesquisadora em campo e pretende discutir aspectos relativos à prática e à organização dos serviços que podem impactar na produção de cuidado no cotidiano dos serviços.

O presente artigo apresenta o relato de parte da pesquisa sobre como a oferta de serviços de saúde na atenção básica modela a demanda apresentada pelos usuários. Este texto discute um ponto que se mostrou cada dia mais importante aos olhos da pesquisadora, o acolhimento à demanda espontânea na atenção básica como forma de produção de cuidado integral. Busca caracterizar e analisar o acolhimento à demanda espontânea em uma Unidade Básica de Saúde localizada na zona sul de São Paulo à luz do conceito de integralidade.

Percurso metodológico

Para o estudo foi proposta a abordagem qualitativa a qual considera que não só o pesquisador dá sentido ao trabalho, mas os indivíduos, os grupos e a sociedade também dão significado a sua construção intelectual. (Minayo, 2008; Flick, 2009)

A pesquisa foi realizada no Município de São Paulo, em uma UBS na região sul da cidade, com anuência da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), da Coordenadoria Regional de Saúde Sul (CRSS) e da Supervisão Técnica de Saúde do Campo Limpo e Vila Andrade (STSCCL). A região foi escolhida pois a pesquisadora já conhecia o território, seus equipamentos de saúde e sociais e a unidade em questão por sua localização e composição (equipes de saúde da família completas, equipe de apoio e equipes de saúde bucal).

A caracterização do cotidiano da Unidade de Saúde foi realizada por meio da observação participante, na qual a pesquisadora passou períodos observando a rotina do local. Após a gestão da unidade ser notificada da liberação para a realização do estudo pela SMS a pesquisadora apresentou a pesquisa, seus objetivos e a forma como seria conduzida aos trabalhadores da unidade. A pesquisadora obteve trânsito livre pelas dependências da unidade e pelo território de sua abrangência. Dessa forma a observação ocorreu durante atividades cotidianas da unidade, dentro e fora da mesma (em visitas domiciliares por exemplo).

A observação do acolhimento aconteceu na própria sala, com a pesquisadora em uma cadeira disposta de modo a não atrapalhar o trânsito de pessoas pela sala pequena. Dessa forma os trabalhadores participantes foram aqueles que estavam responsáveis pela sala no período da observação, o mesmo ocorrendo com os usuários, aqueles que receberam atendimento durante o período da observação. Foram informados sobre a pesquisa e quando necessário a pesquisadora ausentou-se da sala (seja por discordância em participar da pesquisa, seja por conta de algum evento mais grave).

O propósito da observação foi colocar a pesquisadora em contato com o cotidiano do serviço, mergulhada nas atividades do dia a dia das pessoas envolvidas. A observação deve ser vista como um processo, com alguns momentos específicos, iniciando com o pesquisador se aproximando do campo e das pessoas que ali estão, para só depois tornar-se mais concreta e focada em certos pontos. Para isso, o observador deve iniciar com uma fase de reconhecimento desse campo descrevendo-o de formas mais gerais, para então passar a restringir fatos, locais e pessoas de maior interesse. (Flick, 2009; Jaccoud e Mayer, 2008)

Os dados produzidos foram reunidos em um diário, alimentado pela pesquisadora todos os dias em que ela se colocou em contato com o campo e em momentos diversos que julgou necessário. O diário de pesquisa é um recurso para organização de informações para a pesquisa qualitativa, pois a escrita diária auxilia no processo de retomada dos acontecimentos que passariam despercebidos sem que fossem revistos. (Minayo, 2008; Pezzato e L'abbate, 2011) Ainda quanto ao uso do diário na pesquisa, Hess (2009) tem contribuições valiosas que necessitam ser relevadas, diz que a prática dos diários está inscrita em uma noção biográfica, propõe a escrita como forma de aproximar o pesquisador de seus pensamentos, sua prática diária de pesquisa.

Serão apresentados trechos dos diários de pesquisa com as observações da pesquisadora sobre seus encontros e desencontros com o campo, seu objeto de pesquisa e os tantos personagens que cruzaram seu caminho. Os sujeitos foram retratados de acordo com sua ocupação na unidade e apresentados nas citações com siglas: trabalhadores (médicos (MED), enfermeiros (ENF) auxiliares de enfermagem (AE), agentes comunitários de saúde (ACS)), usuários (U) ou gestores (G).

A análise foi realizada utilizando a hermenêutica-dialética, a qual sugere a reflexão sobre os achados empíricos, com o agrupamento de ideias. (Minayo, 2002; 2008) O material reunido no diário foi lido e os trechos que faziam referência ao tema deste artigo (acolhimento/demanda espontânea) foram agrupados em dois grandes blocos a saber: organização do processo de trabalho na unidade e escuta qualificada. No bloco sobre a organização do processo de trabalho apresenta-se e discute-se a recepção da unidade, seu funcionamento e forma de organização; o espaço físico destinado ao acolhimento, seu funcionamento, os sentimentos que desperta nos trabalhadores e como interfere no fluxo de atendimento da unidade. Já o bloco da escuta qualificada apresenta cenas em que o encontro do usuário com trabalhador se mostra potente e produtor de cuidado e como encontros podem ser totalmente técnicos e frios.

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da USP (Parecer: 1.127.732 de 19/06/15) e ao Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (Parecer: 1.142.737 de 02/07/15).

Resultados e discussão

A organização do processo de trabalho.

O lugar que ocupa o acolhimento: o espaço (físico, subjetivo, afetivo) na unidade de saúde.

A proposta de acolhimento à demanda espontânea elaborada pelo Ministério da Saúde e apresentada no Caderno da Atenção Básica “Acolhimento à demanda espontânea” abrange aspectos relativos à organização do processo de trabalho, à relação usuário-trabalhador e à necessidade de adequação da forma de trabalho às necessidades de cada local, com foco no momento do encontro usuário-trabalhador. (Brasil, 2011)

Em caderno de orientações para o acolhimento a Secretaria Municipal de saúde de São Paulo apresenta a recepção como primeiro contato do usuário e local privilegiado para a escuta qualificada. Apresenta também fluxograma com orientações quanto às condutas e formas de resposta adequadas e possíveis a necessidades de saúde que carecem de cuidado sem agendamento prévio. (São Paulo, 2016)

Dessa forma podemos pensar o acolhimento como um ideal a ser atingido com a aposta em práticas voltadas na escuta do sujeito que procura pela unidade de saúde, com uma estrutura física adequada aliada à receptividade e abertura dos trabalhadores ao que lhes é trazido pelos usuários. (Guerrero et al, 2013)

O acolhimento na UBS retratada é conhecido como “demanda”, todos o chamam assim, usuários, trabalhadores, gestores. Existe uma sala para a demanda, pequena, pouco ventilada, no verão é quase impossível ficar dentro dela com a porta fechada, o que é importante para garantir a privacidade de quem está sendo atendido. Não tem ar condicionado e não pode ter ventilador por conta de normas da prefeitura.

A sala possui uma maca, uma pia, carrinho com medicamentos que devem ser utilizados em emergências, uma mesa para a anamnese e outra mesa com um computador com acesso ao SIGA SAÚDE, além de material de consumo como luvas e de material para teste de gravidez e dextro.

O acesso à demanda é realizado via recepção, o auxiliar técnico administrativo (ATA) da recepção levanta o prontuário, anexa uma senha e encaminha usuário e prontuário para a sala, o prontuário é colocado na porta e o usuário orientado a aguardar ser chamado pelo profissional que está atendendo naquele período.

Esse é um setor compartilhado por todas as equipes, o que significa que todos os enfermeiros e auxiliares de enfermagem atuam nessa sala em algum ou alguns períodos da semana conforme escala elaborada pela gestão, os médicos costumam atender em seus próprios consultórios apenas os usuários previamente triados nesse primeiro atendimento. Sobre isso algumas observações:

“Nesse mesmo dia conversei com Enf2 sobre o acolhimento. Ele refere mudança no perfil dos usuários que procuram pela demanda. Diz que é pela saturação do AMA*, pela crise (muitos usuários novos). Diz ainda que antes os usuários procuravam a demanda para trocar receita ou eram aqueles descompensados (DM/HAS). Hoje tem muitos casos que procuram por saber que é mais rápido do que agendar consulta na recepção”.

*AMA - Assistência Médica Ambulatorial

Assumindo que a crise que assola o País tem empurrado cada vez mais brasileiros para fora dos planos de saúde privados e, como consequência, para os serviços do SUS, não podemos deixar de lado tal afirmação. De fato, o SUS foi idealizado como um sistema universal e público, de portas abertas a todo cidadão. E a UBS ainda tem dificuldades em absorver essa clientela, essa população que, muitas vezes, ao se deparar com o que é oferecido pelo SUS fica surpresa com a qualidade e quantidade de ações oferecidas. Mas o mais surpreendente é perceber que os fluxos e rotinas do serviço não estão alinhados com a realidade vivida pela população. Isso fica explícito quando o enfermeiro se mostra surpreso ao se deparar com tantas pessoas vindas de planos e também evidente ao percebermos que o serviço não se organiza para receber essa população. Não existe preparação para aqueles que estão chegando sem conhecer como a UBS funciona, acostumados com uma rotina de marcação e consultas totalmente diferente (sem apoio do médico generalista ou de família, muitas vezes acostumados a procurar diretamente pelo especialista, sem cuidado longitudinal, sem pertencer a nenhum serviço).

“Daí começamos a conversar sobre o acolhimento e eles (G1 e Med3) falam que os usuários não sabem usar a unidade, as pessoas vêm para o acolhimento/demanda com queixas que não deveriam chegar na UBS. Pergunto se eles não acham que isso acontece porque a unidade é mais próxima das pessoas geograficamente ou porque os usuários que já frequentam conhecem a unidade, os profissionais e por isso confiam na unidade ou se não acontece por desconhecimento do que é oferecido. Os dois são categóricos em dizer que não! Que as pessoas sabem ou deveriam saber que ali é uma unidade básica que faz atendimento básico. E que se tiverem algo grave devem procurar a AMA ou a UPA”.

*UPA: Unidade de Pronto Atendimento

Esses trechos nos mostram algumas características do acolhimento nessa unidade. O primeiro ponto é o fato de que o acolhimento se tornou um lugar, uma sala, um fazer e na maioria das vezes algo muito ruim. A ideia do acolhimento como tecnologia produtora de cuidado, ampliação do acesso e do vínculo da equipe com usuários não aparece nesses relatos. (Guerrero et al, 2013)

Tornou-se algo burocrático, engessado e como mais uma tarefa a ser realizada pelo serviço e, portanto, por seus trabalhadores. Os motivos que levam os usuários a buscar por esse atendimento são sempre questionados e minimizados: ou estão no local errado, ou deveriam ter agendado consulta, ou não deveriam ter perdido a consulta, ou poderiam cuidar em casa. A AB tornou-se um lugar em que as necessidades são definidas antes mesmo daquele que as sente chegar ao serviço, pois ficam a carga de gestores e trabalhadores que, como visto acima, não conseguem relacionar a técnica e os fluxos à realidade da população.

Outro ponto interessante e que merece destaque é o fato de que a equipe de apoio do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), as equipes de saúde bucal e os agentes comunitários de saúde (ACS) não participam do acolhimento, esse setor da unidade não é compartilhado com esses profissionais. Franco, Bueno e Merhy (2007) apresentam uma proposta de inclusão de outros profissionais além do médico, enfermeiro e auxiliar de enfermagem na condução do acolhimento como algo positivo para a população e como uma mudança na forma de operar a técnica desses profissionais dizem:

“O Acolhimento modifica radicalmente o processo de trabalho. O impacto da reorganização do trabalho na unidade se dá principalmente sobre os profissionais não médicos, que fazem a assistência. No caso da UBS Rosa Capuche considera-se a enfermeira, a assistente social, a técnica e a auxiliar de enfermagem. Na atual situação, a “Equipe de Acolhimento” passa a ser o centro da atividade no atendimento aos usuários. Os profissionais não médicos passam a usar todo o seu arsenal tecnológico, o conhecimento para a assistência, na escuta e solução de problemas de saúde, trazidos pela população usuária dos serviços da Unidade”. (p.44-45)

A presença de profissionais das equipes multidisciplinares poderia qualificar os encontros e o cuidado prestado. (Cunha e Campos, 2011; Moraes e Tanaka, 2012) As agendas abarrotadas e fechadas, o número reduzido de profissionais, o fato do NASF não estar presente nessa unidade todos os dias (pois é referência para esse e outra unidade) dificultam a inclusão desses profissionais no apoio ao acolhimento.

Um dos pontos que incomoda os profissionais é o fato de muitos usuários buscarem pela demanda ao invés do agendamento de consultas de rotina, isso pode mostrar que a demanda espontânea é algo necessário e resolutivo para situações agudas, mas também gera certo desconforto, pois muitos trabalhadores acreditam que o cuidado longitudinal não está sendo efetivo.

“O acolhimento à demanda espontânea é sempre o nó na unidade. A grande reclamação das equipes é a presença constante de pessoas querendo respostas imediatas, principalmente para trocas de receita. Os profissionais reclamam que os usuários não querem marcar consulta, querem apenas trocar as receitas”.

“(…) As equipes sempre se queixam do acolhimento, dizem que é muito cheio, que as pessoas procuram por motivos errados, pra trocar receitas por exemplo, ao invés de agendar consulta de acompanhamento”.

Essa demanda espontânea, sem agendamento prévio, sem hora marcada acaba atrapalhando o fluxo originalmente planejado para o serviço e isso acaba desestabilizando a todos. Em artigo que apresenta um olhar sobre o atendimento a pessoas hipertensas e o acolhimento em uma unidade de saúde Girão e Freitas (2016) discutem que a demanda espontânea aumenta o acesso ao cuidado, mas pode repercutir negativamente nos cuidados a longo prazo, prejudicando o comparecimento a consultas de rotina e vínculo com uma equipe de saúde.

O comportamento dos usuários também mostra que esses desejam respostas de forma diferente daquelas ofertadas (consultas agendadas em horários específicos), escapando à normatização de fluxos e períodos ideais de retornos e consultas.

O acolhimento realizado pela equipe do serviço de saúde - e não só médicos e enfermeiros - mas também pela recepção, por exemplo, pode qualificar o acesso às consultas e procedimentos oferecidos pela unidade e pela rede, além de auxiliar na organização do trabalho na unidade. Apostar nas habilidades de outros profissionais, para além de médicos e enfermeiros, pode aumentar a resolutividade e qualificar os encontros que se dão na procura por cuidado.

”A próxima é uma mulher, 58 anos que vem pedindo para trocar uma guia para realização de exames. Ela relata que vai fazer uma cirurgia no joelho em

um hospital que é conveniado pelo SUS, mas que só realiza a cirurgia, não faz os exames preparatórios e ela precisa estar com os exames em mão quando ligarem para ela internar, o que pode acontecer a qualquer momento. A enfermeira diz que vai agendar consulta para ela pois só o médico pode trocar o pedido e diz que no dia ela deve chegar cedo para abrir a ficha na recepção e a usuária diz: “Eu chego antes, bem antes, por causa da necessidade que eu tenho disso aí (a troca do pedido de exame).”

No trecho acima podemos observar como o acolhimento pode ser mal utilizado, a usuária foi recebida pela recepção, aguardou a vez para ser atendida pela enfermeira quando sua necessidade poderia ser resolvida pela recepção, no caso o agendamento da consulta. Aqui podemos observar como a organização do serviço é burocrática, vazia. Isso pode ter ocorrido pelo fato do acolhimento ser visto como um espaço físico, personificado em um enfermeiro que ocupa a sala naquele momento.

Também podemos ponderar o fato da recepção não ser considerada um local para a prática da escuta qualificada - a qual é apontada pela literatura como parte importante no processo de acolhimento. Dessa forma o acolhimento deixa de ser uma proposta abrangente, libertadora, com apostas no encontro para se limitar ao trabalho de um técnico em uma sala definida.

Tesser, Neto e Campos (2010) apontam uma característica do cuidado nas UBSs, sua organização parecida com a de uma “repartição”, com horários definidos, serviços e profissionais também definidos e limitados. “(...) há horários rígidos, comumente comerciais, com guichês onde funcionários administrativos (recepcionistas ou similares) fazem uma “recepção”. ” E é justamente essa recepção que encontramos na UBS retratada, com essa construção como transformá-la em uma recepção atenta às necessidades de quem busca pela unidade, inclusive com autonomia para fazer propostas de cuidado e apontar melhores ofertas para as demandas da população (como grupos existentes na unidade e fora dela, por exemplo)?

“Depois vem uma senhora que pede para trocar uma receita também, diz que passou no grupo do PAMG e conversou com a médica que disse que trocaria a receita, mas ela deveria “passar na demanda pois o fluxo é esse. ” Então ela estava ali para usar uma consulta para a médica trocar uma receita que ela já havia visto. A enfermeira fica visivelmente incomodada e vai ao consultório pedir que ela troque sem precisar usar uma consulta e a médica troca”.

O respeito aos fluxos estabelecidos, sem pensamento crítico e sem análise da real necessidade da pessoa que está a sua frente faz com que o serviço fique burocrático e nada atrativo para a população. Não estamos estimulando que serviços operem de qualquer modo, sem regras ou protocolos, mas que esses sejam adaptáveis às realidades de cada território e de cada encontro. Outras formas de acolhimento às demandas da população poderiam ser pensadas pelo serviço, inclusive como forma de otimizar e melhor organizar os processos de trabalho na unidade. (Tesser e Norman, 2014)

Os grupos por exemplo são potentes estratégias de cuidado e atenção às necessidades da população e podem aproximar equipe e usuários e também promover encontros entre os próprios usuários, facilitando a formação de redes comunitárias no território.

O acolhimento como (possível) local de escuta qualificada.

Podemos observar que o acolhimento acaba se transformando em triagem, com olhar biológico, burocrático, quando poderia ser a expressão de um dos sentidos da integralidade como diz Mattos (2004;2006), como expressão de boas práticas de saúde. Para que assim seja deve haver disponibilidade e abertura dos trabalhadores envolvidos para a escuta do que o usuário vem buscar. A demanda expressa pode ser respondida com uma conversa durante o atendimento, como podemos observar no trecho a seguir:

“A próxima é uma jovem, 22 anos, gestante, bem alegre que chega dizendo que precisa de vitaminas por causa da gestação. A enfermeira pede que ela fale mais, pergunta se está se alimentando bem, se já fez consulta de pré-natal e quem é o enfermeiro de referência. Ela diz que está tudo bem, mas que todos ao seu redor ficam dizendo que ela precisa tomar vitaminas senão o bebê não cresce. “Eu achei melhor vir aqui tirar a dúvida porque fica todo mundo na minha mente falando que eu preciso de vitamina. Eu acho melhor procurar e perguntar”. A enfermeira diz que ela precisa apenas do ácido fólico por enquanto e qualquer mudança, adição ou retirada de medicamento vai ser feita no momento certo pelo médico e/ou enfermeiro da equipe e ela diz “O Enf2 falou mesmo que o ácido fólico era o que eu preciso. ”

“Ela (AE) relata: “Uma vez eu estava aqui na demanda e fui ali na fila pra fazer uma primeira triagem e vi uma mãe com uma criança com a perna inchada. A mãe disse que a criança caiu e ela queria passá-la no médico. Eu falei pra ela: mãezinha aqui nós não temos RX você não concorda que ele precisa de um RX pra saber se quebrou? O médico aqui só vai olhar e mandar vocês pro hospital. É melhor ir pro AMA ou pra UPA onde tem RX e ortopedista. Daí ela falou pra mim que não tinha pensado nisso e que iria pra UPA.”

Esses trechos evidenciam como o encontro entre o usuário e o trabalhador pode ser produtor de cuidado, com tempo para a escuta, para orientações precisas no momento em que o indivíduo vem buscar por ajuda. Mostram como o trabalho em saúde não se resume a exames diagnósticos e grandes intervenções, mas pode ser resolutivo em um momento, durante uma orientação sobre uma dúvida e, no caso do segundo trecho pode, inclusive, ajudar na organização do serviço, com o encaminhamento ao serviço correto.

Aqui também podemos pegar carona na produção de Merhy (2007) sobre o trabalho em saúde e sua forma de operar nos serviços, através dos trabalhadores. O acolhimento é tecnologia leve pois aposta no encontro entre trabalhador e usuário, com a conversa como disparadora e orientadora da técnica.

“A primeira é uma moça jovem, 24 anos, suspeita estar grávida. A enfermeira escuta e faz algumas perguntas e depois pede que ela faça o *pregnoston*, com o resultado positivo passa para a parte burocrática: pedidos de exames para ela e o marido (pré-natal do homem); confere carteirinha de vacina e já a encaminha para a sala de vacina para atualizar o que falta; prescrição de ácido fólico; encaminhamento para saúde bucal e agendamento de consulta com a equipe para abertura do SIS pré-natal e acompanhamento. A moça fica quieta a maior parte do tempo tentando acompanhar as recomendações. Nenhuma alusão ao fato de ser planejado ou não, nenhuma abertura para que a moça tirasse dúvidas (segundo a enfermeira, no acolhimento, não dá tempo de conversar muito, então as dúvidas ficam para a consulta com o enfermeiro)*. A moça vai embora com a orientação de retornar ainda aquela semana, se possível, para colher os exames. A enfermeira “encaminha” a usuária para a vacina e para a bucal com um recadinho em uma folha de receituário, dessa forma ela não precisará retornar na recepção para abrir outra ficha para a vacina. ”

*destaque dado pela pesquisadora

O trecho em destaque acima evidencia algo corriqueiro no acolhimento, não há tempo para muita conversa. A procura é grande, o número de consultas médicas é reduzido, o enfermeiro também é responsável pela supervisão da sala de curativo e da coleta do papanicolaou, sem contar as inúmeras interrupções seja por parte de usuários seja por parte de outros profissionais por motivos diversos (ATAs cobrando planilhas, ACS relatando visitas, outros enfermeiros discutindo casos).

Isso tudo dificulta a conversa, a troca, a interação, fazendo com que as dúvidas fiquem para a consulta, momento formal de encontro com o seu enfermeiro ou seu médico em que é permitido tirar dúvidas, desabafar, contar como vai a vida. Mas a consulta também tem tempo marcado, então tudo isso tem que caber no tempo que lhe é concedido.

Considerações finais

Os dados aqui apresentados nos mostram que é necessária mudança real, mas não apenas na forma ou na organização do acolhimento na unidade, mas também um olhar mais crítico e ampliado em relação à formação dos trabalhadores, por exemplo. E também na proposição das políticas e programas de saúde aplicados às populações.

O acolhimento à demanda espontânea é lugar de negociação, o enfermeiro negocia com o usuário, com o médico e esse negociar é difícil, profissionais de saúde não aprendem a negociar. O trabalho em conjunto com outros profissionais, em diálogo, ainda é difícil. Esse diálogo, a negociação no dia a dia é diferente do encaminhar e aprendemos a encaminhar, a tirar da nossa frente o que não sabemos cuidar. Dialogar e construir com o usuário é ainda mais difícil.

Ampliar a noção de acolhimento, para além de uma sala em que se realiza um pré-atendimento pode aumentar a satisfação dos usuários, a resolutividade de algumas ações e o vínculo desses com a unidade e seus trabalhadores. A recepção da unidade pode e deve ser mais explorada, com vistas à ampliação de suas atribuições no cuidado dos usuários, conhecendo os serviços prestados pela UBS (para além de consultas na unidade) e também as opções ofertadas pelo entorno.

Os fluxos estabelecidos auxiliam na organização das ações e do espaço da unidade, mas dificultam o encontro de usuários e trabalhadores na produção de cuidado diário. Com a unidade trabalhando, de fato, com a centralidade no usuário e em suas necessidades o cuidado

se torna mais efetivo. A simples mudança na forma como o acolhimento ocorre – por equipe, o dia todo, com pausa para o almoço, maior ou menor envolvimento da equipe multidisciplinar – não basta. Como foi discutido ao longo do texto, a formação dos profissionais não é voltada a essa aposta de cuidado ampliado. Uma aposta é a educação permanente nos serviços, antes da entrada do profissional no cotidiano e durante sua permanência. É também revisitar, rediscutir, proporcionar momentos coletivos de discussão de casos, os mais difíceis, os mais emblemáticos, aqueles que mais tocaram um ou mais membros da equipe.

Dessa forma podemos indicar alguns pontos para auxiliar na discussão e análise da forma como o acolhimento se dá em uma unidade de saúde, para os gestores apostar na construção conjunta de novos sentidos para as ações de acolhimento, como foco nas necessidades trazidas pelos usuários e sua maneira de encarar a vida. Qualificar os encontros que ocorrem no serviço, tentando propor formas de prestação de contas dos atendimentos realizados que possam traduzir a qualidade, a satisfação do outro em sua estada na unidade. Auxiliar os profissionais a levar o foco do atendimento para o encontro e a conversa, para além da técnica, ouvir o que o outro tem a dizer e como podem construir saídas juntos.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Acolhimento nas práticas de produção de saúde*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica. *Acolhimento à demanda espontânea*. Série A. Normas e Manuais Técnicos Cadernos de Atenção Básica, n. 28, Volume I. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011.

BREHMER, L.C.F., VERDI, M. Acolhimento na Atenção Básica: reflexões éticas sobre a Atenção à Saúde dos usuários. *Ciência & saúde coletiva*, Rio de Janeiro, n. 15, supl. 3, p. 3569-3578, 2010.

CECILIO, L.C.O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R., MATTOS, R.A. (Orgs.)

Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: CEPESC, IMS, UERJ, ABRASCO, 2006, p. 117-130.

CUNHA, G.T.; CAMPOS, G.W.S. Apoio matricial e Atenção Primária em Saúde. *Saúde e Sociedade*, v. 20, n. 4, p. 961-970, 2011.

FLICK, U. Pesquisa qualitativa: por que e como fazê-la? In: FLICK, U. *Introdução à pesquisa qualitativa*. Porto Alegre: Editora Artmed: 2009. p. 20-38.

FRANCO, T.B., BUENO, W.S., MERHY, E.E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim MG. In: MERHY, E.E., MAGALHÃES JÚNIOR, H.M., RIMOLI, J., FRANCO, T.B., BUENO, W.S. (Orgs.) *O trabalho em saúde: experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: HUCITEC, 2007, p. 37-54.

GIRÃO, A.L.A., FREITAS, C.H.A. Usuários hipertensos na atenção primária à saúde: acesso, vínculo e acolhimento à demanda espontânea. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 37, n. 2, p. 1-7, 2016.

GUERRERO, P., MELLO, A.L.S.F.; ANDRADE, S.R., ERDMANN, A.L. O acolhimento como boa prática na atenção básica à saúde. *Texto Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 22, n. 1, p. 132-40, 2013.

HESS, R. O momento do diário de pesquisa na educação. *Ambiente & educação*, Rio Grande do Sul, v. 14, p.61-87, 2009.

JACCOURD, M.; MAYER, R. A observação direta e a pesquisa qualitativa. In: In: POUPART, J.; et al. (Orgs.). *A pesquisa qualitativa*. Enfoques epistemológicos e metodológicos. Rio de Janeiro: Vozes, 2008. p. 254-294.

JUNGERS, R.B.P. et al. O discurso dos profissionais sobre a demanda e a humanização. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 686-697, 2012.

MATTOS, R.A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1411-1416, set-out, 2004.

MATTOS, R.A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R., MATTOS, R.A. (orgs.) *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ/IMS: ABRASCO, 2006, p. 31-64.

MINAYO, M.C.S. Hermenêutica-dialética como caminho do pensamento social. In: MINAYO, M.C.S.; DESLANDES, S.F. (Orgs). *Caminhos do pensamento*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002, p. 83-107.

MINAYO, M.C.S. *O desafio do conhecimento*. Pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: HUCITEC, 2008.

MITRE, S.M., ANDRADE, E.I.G., COTTA, R.M.M. Avanços e desafios do acolhimento na operacionalização e qualificação do Sistema Único de Saúde na Atenção Primária: um resgate da produção bibliográfica do Brasil. *Ciência & saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 8, p.2071-2085, 2012.

MORAIS, A.P.P.; TANAKA, O.Y. Apoio matricial em Saúde mental: alcances e limites na Atenção Básica. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 161-170, 2012.

MOTTA, B.F.B., PERUCCHI, J., FILGUEIRAS, M.S.T. O acolhimento em saúde no Brasil: uma revisão sistemática de literatura sobre o tema. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, Rio de Janeiro, v.17 n.1, p. 121-139, 2014.

PAIM, J.; TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C.; BAHIA, L.; MACINKO, J. The Brazilian health system: history, advances and challenges. *The Lancet*, v. 377, n. 9779, p.1778-1797, 2011.

PEZZATO, L.M.M.; L'ABBATE, S. O uso de diários como ferramenta de intervenção da Análise Institucional: potencializando reflexões no cotidiano da Saúde Bucal Coletiva. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, 1297-1314, 2011.

PINHEIRO, R; CAMARGO JR, K.R. Modelos de atenção à saúde: demanda inventada ou oferta renovada? Algumas considerações sobre modelos de intervenção social em saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 101-119, 2000.

PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F.L.; MACHADO, F.R.S.; GOMES, R.S. Demanda em saúde e direito à saúde: liberdade ou necessidade? Algumas considerações sobre os nexos constituintes das práticas de integralidade. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R.A. (Orgs.). *Construção social da demanda: Direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ-CEPESC-ABRASCO, 2005. p.13-33.

RONCATO, P.A.Z.B., ROXO, C.O., BENITES, D.F. Acolhimento com classificação de risco na estratégia saúde da família. *Revista da Associação Médica do Rio Grande do Sul*, Porto Alegre, v. 56, n. 4, p. 308-313, 2012.

SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. *Diretrizes operacionais unidades básicas de saúde UBS*. Fortalecendo a Atenção Básica no Município de São Paulo. 2016. [Acessado em 20 de janeiro de 2016].

SANTOS, I.M.V., SANTOS, A.M. Acolhimento no Programa Saúde da Família: revisão das abordagens em periódicos brasileiros. *Revista de Salud Pública*, Bogotá, v.13, n. 4, p. 703-716, 2011.

SCHIMITH, M.D., LIMA, M.A.D.S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. *Texto Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 22, n. 1, p. 132-40, 2013.

SCHOLZE, A.S. Acolhimento com classificação de risco para a Estratégia Saúde da Família: a prática em uma unidade docente-assistencial. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 31, p. 219-226, 2014.

SILVA, P.M., BARROS, K.P., TORRES, H.C. Acolhimento com classificação de risco na atenção primária: percepção dos profissionais de enfermagem. *Revista Mineira de Enfermagem*, Belo Horizonte, v. 16, n. 2, p. 225-231, 2012.

SOUZA et al. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, Sup 1, p.S100-S110, 2008.

SPEDO, S.M., PINTO, N.R.S., TANAKA, O.Y. O difícil acesso a serviços de média complexidade do SUS: o caso da cidade de São Paulo, Brasil. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 953-972, 2010.

SPERONI, A. V., MENEZES, R.A. Os sentidos do acolhimento: um estudo sobre o acesso à atenção básica em saúde no rio de Janeiro. *Cadernos de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 380-385, 2014.

TEIXEIRA, R. R. O acolhimento num serviço entendido como uma rede de conversações. In: PINHEIRO, R., MATTOS, R.A. (Orgs) *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: UERJ/IMS: ABRASCO, 2010, p. 91-113.

TESSER, C.D.; NETO, P.P.; CAMPOS, G.W.S. Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, supl 3, p. 3615-3624, 2010.

TESSER, C. D.; NORMAN, A.H. Repensando o acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 869-883, 2014.

ARTIGO 2: “EU AINDA VOU ESCREVER UM LIVRO SOBRE A MINHA SAGA NO SUS”. RELATO DA BUSCA POR CUIDADO PELO OLHAR DO USUÁRIO^{3;4;5}

"I SHOULD WRITE A BOOK ON MY SAGA IN THE SUS" A STORY OF THE SEARCH FOR CARE BY A USER .

Autores:

Carolina Rogel de Souza, Doutoranda Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo

André Serra de Clara, Graduando em Odontologia, Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo

Carlos Botazzo, Professor Sênior, Departamento de Política, Gestão e Saúde, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo

Resumo

Várias são as propostas de organização da rede de cuidados em saúde visando o cuidado integral de todos aqueles que dela necessitam, mobilizando gestores e trabalhadores para que as ações em saúde sejam resolutivas. O objetivo do texto é apresentar o relato da busca por cuidado pela rede de serviços do SUS de um usuário de unidade de saúde na cidade de São Paulo, suas dificuldades, facilidades, sensações e sentimentos. Para tanto utilizou-se o relato de entrevista realizada com o usuário, a entrevista foi gravada em vídeo e transcrita e analisada utilizando-se a hermenêutica-dialética. Além da fala e dos gestos captados na entrevista foram incluídos desenhos feitos pelo entrevistado durante sua fala, utilizados para ilustrar suas ideias. Os resultados foram relatados de forma a apresentar os caminhos percorridos na busca por cuidado; o desgaste durante a busca por cuidado; os exames diagnósticos como necessários para um bom cuidado; apostas e propostas para a organização da rede de serviços. Fica claro na fala do usuário que a busca por cuidado é desgastante, ineficiente e desestimulante. O entrevistado demonstra clareza de suas necessidades para

³ Pesquisa financiada com recursos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES)

⁴ Pesquisa financiada com recursos do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq)

⁵ Pesquisa financiada com recursos da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP)

além da consulta agenda e do exame realizado, como por exemplo o desgaste dos deslocamentos entre serviços.

Palavras-chave: Necessidades e Demandas de Serviços de Saúde, Integralidade em saúde, Acesso aos serviços de saúde

Abstract

There are several proposals for the organization of the health care network aiming at the integral care of all those who need it, mobilizing health managers and workers so that health actions are resolute. The purpose of the study is to present the report of the search for care by the network of the Brazilian Universal Health Care System services of a Health Center in the city of São Paulo, its difficulties, strengths, sensations and feelings. In order to do so, we used the user's interview story, the interview was videotaped and transcribed and analyzed using dialectic hermeneutics. In addition to the speech and gestures captured in the interview, the interviewees' drawings during the speech were used to illustrate their ideas. The results were reported in order to present the paths covered in the search for care; wear during care search; diagnostic tests as necessary for good care; bets and proposals for the organization of the service network. It is clear in the user's speech that the search for care is exhausting, inefficient and discouraging. The interviewee demonstrates clarity of their needs beyond the agenda and examination consultation, such as the wear and tear of commuting between services.

Key words: Health Services Needs and Demand, Integrality in Health, Health Services Accessibility

Introdução

A atenção à saúde no Brasil se dá por meio de um sistema de saúde único, com base jurídica e apoio na Constituição Federal.¹ A saúde é colocada como Direito de todo cidadão brasileiro e para tanto são definidos modelos de Atenção à Saúde com vistas a operacionalizar a melhor maneira de organizar os serviços para esse fim.

O modelo de saúde adotado busca objetivar essa demanda tornando-a real, como concretude na forma de uma doença. O que levaria o usuário à busca de atendimento seria a necessidade de se curar ou evitar um agravo. Assim, passa-se a propor modelos de atenção à saúde que organizem os serviços no sentido de acolher essa doença, esse agravo estabelecido, ou a evitar que ele se instale.

Essa visão reducionista passa a ser questionada em prol de uma concepção ampliada do processo saúde-doença, principalmente a partir do final dos anos 1980, quando se inicia a discussão acerca da Promoção da Saúde. Este conceito passa ser trabalhado em Conferências Internacionais, as quais propõem e avançam no estabelecimento das bases conceituais da Promoção da Saúde.²

O cuidado em saúde é sempre pensado e organizado a partir desta lógica, dentro das unidades básicas, mas essas não conseguem trabalhar, sozinhas, todas as questões que influenciam e determinam a saúde e a doença das populações. Questões de ordem econômicas, sociais e de infraestrutura necessitam da ação de outros atores para que sejam solucionados ou minimizados.

A participação livre e crítica dos usuários pode contribuir para o empoderamento ou emancipação de grupos populacionais vulneráveis, questões estas essenciais para a viabilização de políticas de promoção da saúde e prevenção de agravos e controle de enfermidades. Deste modo, a melhoria dos programas de saúde pode ser baseada no processo de avaliação apoiado na análise do sistema por meio da ótica do usuário, servindo de parâmetro para as ações e políticas de saúde.³

Cabe aqui considerar que a combinação na oferta de serviços de saúde, aliando mercado e ações governamentais, especialmente as formas como são financiadas as instituições e as circunstâncias da provisão dos serviços, determinam os resultados, em termos de acesso, qualidade da assistência, resolutividade e melhoria das condições de saúde da população.⁴

Deste modo, a melhoria dos programas de saúde pode ser baseada no processo de avaliação apoiado na análise do sistema por meio da ótica do usuário, servindo de parâmetro para as ações e políticas de saúde que tenham como fulcro a integralidade do cuidado, e numerosos estudos têm sido realizados buscando avaliar o grau de satisfação de usuários dos serviços de saúde.^{5, 6, 7}

Nessa perspectiva destaca-se a criação das Redes de Atenção à Saúde (RAS) como parte estruturante do eixo da integralidade. A gestão da produção do cuidado é um tema central no pensamento sobre as RAS. O usuário deve estar no centro das atenções, deve ter autonomia e suporte para conduzir sua vida da maneira que escolher sem ser obrigado a organizar sua vida em função das práticas dos trabalhadores de saúde. O saber técnico-científico deve ser colocado como ferramenta para a produção do cuidado, e não o contrário, ou seja, as ações determinadas por esse saber.⁸

O processo de cuidado deve ser voltado para o usuário em sua vida concreta, levando em consideração seus desejos, possibilidades, potencialidades e limitações. Considerando as redes vivas que esse cria em busca do cuidado que não lhe é ofertado. E essa produção de cuidado, para se constituir efetivamente, precisa ser gerida, tem que estar presente na agenda do gestor. Os serviços precisam estar interligados, não podem ser pontos incomunicáveis, isolados no território. Precisam estar em rede. Cada unidade ou serviço, seja um hospital, uma Unidade Básica de Saúde (UBS), um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), a Atenção Domiciliar, o Centro Especializada em Reabilitação (CER), o Centro de especialidades odontológicas (CEO) ou qualquer outro, funcionaria, como uma das várias estações na rede e o usuário caminharia de uma estação à outra, de acordo com suas necessidades, para alcançar o cuidado que necessitar.

Assim, atender as reais necessidades de saúde do usuário geralmente é uma tarefa a ser realizada por uma malha de serviços e não por uma unidade isolada. Toda esta articulação possibilitará ao usuário ser cuidado de maneira integral, diferentemente de receber atendimentos pontuais, não resolutivos. A rede de atenção, então, cobre o território e interliga esses serviços de forma que os coloque a operar em prol da produção do cuidado, satisfazendo as necessidades de saúde do usuário.⁹

Essa discussão em torno da rede nos remete também à forma como os usuários saem em busca por cuidado, e para isso podemos utilizar os itinerários terapêuticos como referência. Esses dizem respeito à escolha por um ou mais caminhos ou abordagens no enfrentamento da doença, considerando o contexto em que o indivíduo está inserido e suas conexões.¹⁰

O início da discussão sobre itinerários terapêuticos se dá nos anos 1950. Discutem basicamente a busca, pelos doentes, por serviços de saúde. Apontam essa busca com o objetivo de satisfazer uma necessidade, de forma racional, com foco no uso de serviços.

“São trabalhos cujo objetivo geral é identificar e caracterizar os fatores socioculturais que determinam, em certos grupos sociais ou sociedades, a pouca ou alta utilização de serviços de saúde. Usualmente partem da premissa que os indivíduos orientam “racionalmente” sua conduta para a satisfação das necessidades.”¹¹

Na década de 1980 há uma ampliação da discussão para além do uso de serviços: “(...) há maior preocupação em caracterizar as diversidades de formas pelas quais os indivíduos e grupos sociais elaboram concepções médicas e estratégias de tratamento”.¹¹

Encontramos estudos que apresentam diversas abordagens sobre os itinerários terapêuticos, alguns os apresentam com foco na rede pela busca por cuidados ¹², alguns focam na ampliação do cuidado considerando experiências, trajetórias de vida e necessidades das pessoas^{13,14} e outros mostram uma proposta mais ampliada com a experiência prévia da doença e sua trajetória de vida, articulada à constituição da rede de serviços^{15,16,17,18}

Neste artigo apresentaremos a narrativa da trajetória pela Rede de serviços do SUS de um usuário de uma UBS localizada na cidade de São Paulo, suas expectativas, frustrações e propostas para a melhoria da prestação de cuidado.

Percurso metodológico

Abordagem qualitativa, com uso da entrevista aberta como técnica de pesquisa para produção dos dados.¹⁹ Este artigo faz referência ao Projeto Fapesp 2013/11668-2 “Inovação na produção do cuidado em saúde bucal. Possibilidades de uma nova abordagem na clínica odontológica para o Sistema Único de Saúde” o qual propôs novas formas de atendimento às demandas em saúde bucal e sua inserção na rede de atenção do SUS. O escopo do projeto abarcou desde temas relativos à prática clínica, passando pela organização do sistema, uso de tecnologias na atenção básica, integralidade entre outros.

A fase inicial do projeto foi caracterizada pela atuação da equipe de pesquisadores e estagiários na UBS escolhida, com a aplicação do método proposto para atendimento (anamnese coletiva e consulta individual inicial), para isso foi pactuado com a gestão da UBS os horários de atendimento, realizada seleção de estagiários e definida a forma de agendamento dos usuários participantes. Contou com 6 estagiários, dos quais 3 bolsistas de treinamento técnico (TT1 – FAPESP) e um aluno de Iniciação Científica realizando atendimentos na clínica de saúde bucal da UBS no Município de São Paulo, o que proporcionou uma nova realidade de atendimento para os usuários e uma outra vivência clínica aos estudantes.

Um dos objetivos do projeto era a avaliação, junto aos usuários participantes, das ações inovadoras propostas e para essa fase foi utilizado o grupo focal. A narrativa apresentada e analisada nesse texto aconteceu após grupo focal e foi norteada pelos temas discutidos previamente no grupo: O que você espera/busca de uma consulta em saúde bucal?; O que você achou da experiência do atendimento realizado? (Grupo, consulta clínica); O tratamento pelo qual você passou respondeu a sua queixa inicial?; Teve algum diferencial em relação a outras experiências que você já teve em atendimentos odontológicos Qual(is)?; O que você gostou

do atendimento?; O que você não gostou do atendimento?; Se você fosse ajudar na construção/organização de uma unidade de saúde, quais seriam suas sugestões?

As questões foram abrangentes, pois o estudo propôs uma nova abordagem para a clínica de saúde bucal a qual está inscrita em serviços de saúde dispostos em rede e conectados, organizados seguindo fluxos distintos e pelos quais os usuários caminham. Assim, faz-se necessário compreender essa rede como um todo. A entrevista aberta, sem roteiro, foi adotada seguindo o tema abordado anteriormente no grupo e de interesse do usuário, gerando uma narrativa de sua experiência com o serviço e com sua situação de saúde/doença.¹⁹ A escolha por esse tipo de entrevista aconteceu pois essa pode versar sobre um tema ou sobre vários e ainda levar o entrevistador a compreender“(...) biografias, experiências, opiniões, valores, aspirações, atitudes e sentimentos das pessoas.”²⁰

O entrevistado fez alguns desenhos para ilustrar as ideias apresentadas durante a conversa e esses também são apresentados no texto, com a explicação e menção àquilo que ele procurou expor. A entrevista foi gravada e posteriormente transcrita. Ao participante foi apresentado termo de consentimento livre e esclarecido, explicado que poderia retirar o consentimento a qualquer momento e que os dados da entrevista seriam manuseados apenas pelos pesquisadores responsáveis e, quando utilizados em futuras publicações, sua identidade seria preservada.

O material depois de transcrito foi analisado pelos pesquisadores e organizado em categorias de análise, as quais embasaram a discussão: os caminhos percorridos na busca por cuidado; o desgaste durante a busca por cuidado; os exames diagnósticos como necessários para um bom cuidado; apostas e propostas para a organização da rede de serviços. Para a análise utilizamos a hermenêutica-dialética pois trata-se de interpretação da fala do outro, de seu olhar sobre um assunto. A hermenêutica nos possibilita analisar em profundidade a fala desse sujeito, observando suas experiências e a vivência dos pesquisadores durante o percurso no projeto inovação.^{19,21}

O projeto Inovação obteve parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de odontologia de São Paulo (Parecer número:501.069, de 04/02/2014)

Resultados e discussão – O escritor

O caminho percorrido

Apresentaremos a narrativa do diálogo entre o pesquisador e o usuário A.K., técnico de sistemas de informação aposentado, usuário do SUS, portador de deficiência auditiva e

usuário de prótese auditiva. A conversa inicia com o mesmo explicando o SUS que ele vive no cotidiano. Assim que se apresenta podemos perceber a angústia que o acompanha em sua busca por cuidado:

“Já que estão querendo inovar o atendimento vou dar a minha ideia, porque do jeito que está é sofrido. Eu fui em uma unidade para fazer a consulta com o otorrino, na unidade não tinha especialista, fui encaminhado para outra unidade que agendou a consulta para dali dois meses, quando fui na consulta a médica me pediu para fazer três exames, fui agendar tinha um exame em cada unidade, entre agendamento e exames demorou seis meses e o último exame cheguei no dia marcado e a máquina estava quebrada, me encaminharam para outra unidade na Baixada Santista, já estava nisso há um ano e meio (*angústia*)*, quando voltei para a minha unidade para entregar os exames a médica não estava mais, agora estou esperando outro médico que fui encaminhado já vai dar dois anos e nada!” (A.K.)

*nota dos pesquisadores

Imagem 1: O atendimento pulverizado pela cidade

O usuário em questão faz uso de prótese auditiva e necessita de consultas periódicas com o especialista e exames complementares e uma vez referenciado a esse profissional fica a mercê da rede de serviços e de seus meandros, como fluxos, tempos de espera, recursos humanos, o que leva ao descompasso entre serviços e a necessidade do indivíduo. A média complexidade (MC) é o local escolhido para alocar as especialidades e tem se mostrado, ainda, um dos pontos de difícil acesso, enquanto a atenção básica apresentou um aumento de cobertura, sobretudo com a instituição da Estratégia de Saúde da Família (ESF) em grande parte dos municípios, a MC ainda caminha devagar.^{22, 23}

Apesar da expansão, a baixa resolutividade da atenção básica com sua organização com foco em prioridades dificulta o acesso dos outros casos, gera muitos encaminhamentos

para especialistas, dificuldade em acessar os serviços especializados e a demora dos mesmos em responder àquilo que o usuário busca.^{22,24,25}

O desenho que ilustra essa fala mostra as distâncias percorridas pelo indivíduo em sua busca e os obstáculos apresentados pelo caminho. As muitas idas e vindas, os desencontros entre serviços, profissionais e a dificuldade na realização de consultas e exames.

É imperativo que a APS esgote seus limites de atuação, encaminhando de forma criteriosa para o nível especializado apenas as pessoas portadoras de condições que efetivamente requeiram atenção em outro nível do sistema e como forma de evitar deslocamentos e possíveis desconfortos para o mesmo. Também se pode apostar em novos atores atuando nesse emaranhado de encaminhamentos, serviços e desencontros, como a proposta de equipes de apoio no território, com o objetivo de auxiliar a equipe de atenção básica na organização dos encaminhamentos e na possível diminuição dos mesmos.²⁶

“Eu me sinto jogado, largado, já gastei um dinheiro com transportes indo de um lado para outro, fico estressado no trânsito de São Paulo, cada vez que tenho que ir a uma consulta as distâncias são grandes e ainda não resolvi o meu problema, já vai fazer dois anos e nada. Desgaste emocional, financeiro e de saúde já andei tanto no trânsito para resolver o problema de audição que já tenho gastrite, pressão alta, a gente que é velho não aguenta isso não, vai morrendo no caminho.” (A.K.)

Esse caminhar pelos vários serviços, inclusive em municípios diferentes, faz com que A.K. flutue entre eles, sem de fato pertencer a nenhum. Esta situação flutuante, aliada à mudança de profissionais, aparelhos quebrados e a ausência de um profissional que assuma a construção conjunta de seu projeto terapêutico, gera desgaste e perda de interesse e esperança na satisfação das necessidades de saúde.

Artigo que retrata pesquisa realizada em Coimbra, Portugal,¹⁰apresenta discussão sobre os itinerários de usuários pelo sistema de saúde. Aponta as diferenças entre a estrutura e organização do trabalho no hospital e no centro de saúde (história institucional e política, especificidades da estrutura organizativa, a prática profissional, natureza e composição dos recursos). Apresenta também as diferentes “trajetórias sociais definidas pela população” (dificuldades dos usuários em alcançar os objetivos na busca por cuidado, descontinuidade dos cuidados primários e hospitalares, presença do setor privado em disputa).

Algumas pesquisas sobre os itinerários terapêuticos apresentam a forma como o indivíduo lida com a doença, quais caminhos percorreu, quais serviços utilizou, com foco na doença atual que a fez buscar ajuda, desconsiderando a trajetória de vida e o imaginário social anterior ao episódio atual.¹¹ Ao considerar sua trajetória de vida e suas necessidades o usuário passa ser o centro da produção do cuidado, com toda a rede trabalhando no sentido de lhe prover cuidado, em conjunto, com ele próprio.

Ao abrir a escuta na clínica, observamos a necessidade de expandir a utilização das tecnologias leves ²⁷isto é, a dimensão em que operam as interações humanas no trabalho em ato na saúde, devem ser permeáveis a mudanças e à reconstrução a fim de se estabelecer e fortalecer o vínculo entre o profissional da saúde e o paciente, uma vez que emergem na entrevista em profundidade a relação de um tratamento “sem sofrimento” com o vínculo estabelecido e o cuidado oferecido pelo profissional.

Retornamos à pergunta: “Se você fosse ajudar na construção/organização de uma unidade de saúde, quais seriam suas sugestões?” E para a nossa surpresa ele pega um papel e caneta e começa a desenhar para organizar os pensamentos, enquanto narra como seria:

“O corpo humano é dividido em cabeça, coração, ossos, estômago e intestino, pulmão, fígado, rim, tá tudo dividido nas unidades tem que juntar, um médico cuidar de tudo, um dentista cuidar de tudo, prótese, canal...”
(A.K.)

Imagem 2: O corpo humano e suas partes

Essa afirmação de AK remete à ideia das Redes de Atenção em Saúde (RAS) as quais tem como objetivo garantir o cuidado integral, com a organização dos diferentes serviços

dispostos pelo sistema. Apresentam atributos e elementos que, se colocas em prática pelo conjunto de trabalhadores e gestores, garantem a integralidade das ações.²⁸ Assim como o corpo humano, em que cada órgão é responsável por uma ou mais funções, as redes são compostas por vários serviços, os quais, articulados devem proporcionar cuidado aos usuários. Ainda segundo²⁸ as RAS são constituídas por três elementos: o modelo de atenção, a estrutura operacional e a população.

AK em sua narrativa descreve seu sistema de saúde ideal e esse é muito parecido com a proposta já discutida e debatida pelas RAS. E também podemos identificar em suas dificuldades em acessar o sistema que esse carece de organização e integração, a qual poderia ser feita através da criação e implementação de Linhas de Cuidado (LC). Essas podem ser definidas como formas de organização dos serviços de uma rede de saúde de forma a oferecer ao usuário, o qual deve ser o centro do cuidado, todos os recursos por ele demandados para a satisfação de suas necessidades de saúde.^{29, 30}

“Eu colocaria um em cada região, norte, sul, centro, oeste, leste e todos estariam integrados com um cartão único do usuário, assim não importa em qual a gente vai passar é só o médico colocar o número no computador e já aparece toda a história do paciente, porque cada vez que a gente vai precisa fazer tudo de novo e a gente é velho esquece das coisas e se eu esquecer de falar alguma coisa importante? Algum remédio que eu tomo? Complica! ”
(A.K.)

Imagem 3: As unidades de saúde distribuídas por regiões da cidade

A ideia do prontuário único e da informatização do sistema já existe e segue em tentativas de implementação. A Estratégia Saúde da Família (ESF) trabalha com o prontuário familiar e único para toda a equipe (ou quase toda, pois por vezes o prontuário da saúde bucal ainda fica separado), o que facilita o intercâmbio de informações de saúde entre os trabalhadores da equipe. Conhecer o usuário é facilitado pelo acesso a sua trajetória pelos

serviços e pode ajudar a diminuir pedidos duplicados de exames e especialistas, prescrições de medicamentos, resultando em maior resolutividade do serviço.

“Eu colocaria uma unidade em um quarteirão inteiro de um lado dividido em quatro, teria odonto, ortopedia, pediatria e clínica da mulher e do homem se o médico precisa de um exame ultrassom, mamografia, raio x, coleta de sangue, médico especialista já tem no mesmo quarteirão em outro prédio dividido em três (exames, especialistas, refeitório e lazer) assim não precisa andar a cidade toda já vai faz o exame, leva pro médico, pode apostar que iria diminuir o trânsito da cidade”. (A.K.)

Imagem 4: A unidade de saúde integral

Em uma posição crítica o usuário no exercício proposto de conceber uma Unidade de Saúde livre para escolher serviços, atendimentos e artefatos tecnológicos pede pelo oferecimento de uma “cesta de produtos” mais completa na APS, abrangendo serviços que hoje usualmente são oferecidos por outros pontos da rede, com dispositivos tecnológicos de diagnóstico como Ultrassonografia, Mamografia; endodontia, ortodontia, cirurgias odontológicas, posicionamento que nos levou a pensar no uso da tecnologia dura como sinônimo de “bom diagnóstico”.³⁰

A forma como o usuário imagina o sistema de saúde e essa nova unidade, extrapola o sentido de cuidar de doenças com um conceito ampliado de território e de cuidado. O território pensado como espaço ocupado pelo serviço e pelo qual o indivíduo caminha em busca da satisfação de suas necessidades, com sua dificuldade por se encontrar em uma grande cidade, por suas distâncias e também local de encontro com os trabalhadores de saúde.

O que chama a atenção também é a reiterada menção a exames diagnósticos e sua maior presença nos locais de cuidado. Essa aposta nas tecnologias duras³¹ como sinônimo de

bom diagnóstico, de diagnóstico confiável, e não apenas como complementar à anamnese, o exame clínico, aponta que o indivíduo foi capturado pela lógica biomédica. Ao analisar o estigma de um “bom diagnóstico” relacionado a tecnologias duras devemos observar a formação do profissional da saúde deformada pela medicina mercantilizada que desconsidera a subjetividade do indivíduo e a construção conjunta de um projeto terapêutico cuidador, alinhado às reais necessidades do mesmo e sua realidade de vida.

Os modelos de atenção à saúde existem como resposta a problemas de saúde e suas expressões, sendo resultado da disputa entre os indivíduos que demandam cuidados (sejam eles grupos organizados ou sujeitos e os portadores de saberes específicos, ambos mediados por indivíduos que ocupam instâncias de gestão.³²

“Tem dinheiro sim, dá pra colocar dois equipamentos de cada assim se quebrar um não vai parar o atendimento e a manutenção é só colocar no contrato com o fabricante obrigando a fazer manutenção de graça. Médico bom morre cedo porque vive estressado no trânsito e atende pouco, médico tinha que ficar doze horas na unidade, oito horas atendendo e quatro horas se alimentando bem, fazendo esportes, yoga, natação, na unidade ele iria ter mais qualidade de vida iria atender melhor, iria ter menos trânsito na cidade por ter menos médicos e pacientes se locomovendo, ia diminuir (SIC) consumir menos combustíveis e teria menos poluição. O médico tinha que andar de bicicleta para ter boa saúde. Almoço para idosos, yoga, acupuntura para cuidar da mente do paciente.” (A.K.)

A narrativa de AK nos faz lembrar alguns dos atributos das RAS como: a necessidade da presença de diferentes equipamentos de saúde distribuídos pelos vários níveis do sistema; especialidades diversas oferecidas em locais adequados; a coordenação do cuidado e sua continuidade ao longo da rede; a integração dos sistemas de apoio; recursos humanos presentes e em número adequado; sistema informatizado e integrado; a definição do território e sua população.³³

Sem uma referência na AB para auxiliá-lo na coordenação dessa busca o cuidado se perde, essa dificuldade de articulação entre os serviços por vezes é a causa da descontinuidade de tratamentos. Além de estarem presentes no sistema, os diferentes equipamentos e sistemas de apoio devem ser em número adequado e de fácil acesso para os usuários, para garantir acesso e continuidade do cuidado. No caso de AK os encaminhamentos acontecem, mas o cuidado se perde pelo caminho, sem garantias de continuidade e referência na e para a AB. Para AK o deslocamento em busca desses especialistas gera angústia, pois ora está longe, ora não faz mais parte da rede, a mudança constante nos trabalhadores é um ponto que dificulta a continuidade. A integração do sistema e a definição de território e população pode ajudar a organizar e potencializar as ações.^{34, 35, 36}

Considerações finais

Os protocolos e a produção científica apontam a necessidade de se esgotar o arsenal clínico em cada nível de atendimento, o que na conversa com A.K. torna-se explícito, como o desconforto causado ao mesmo pelos sucessivos encaminhamentos. Dessa forma a implementação das RAS e das LC pode promover o aumento da resolutividade da atenção básica, levando à diminuição dos encaminhamentos desnecessários, com consequente redução de custos e melhor utilização das especialidades na MC, auxiliando na diminuição do gargalo existente nessa área.

Uma aposta para a qualificação das ações na AB é a presença de equipes de apoio, transitando entre a AB e os demais pontos da rede, conhecendo de fato as possíveis trajetórias, para construir conjuntamente com a equipe de saúde e o usuário a melhor forma para satisfação de suas necessidades. Com isso protocolos de atendimento e encaminhamento podem ser rediscutidos com todos, potencializando as LC e as RAS já existentes e auxiliando o fomento de tantas outras, novas e necessárias.

Dessa forma uma outra clínica é necessária, e um outro arranjo de rede, que dê conta da infinidade de sensações e necessidades dos indivíduos, para que outros AKs não sigam se sentindo perdidos, jogados e cada vez mais adoecidos pelo caminhar em busca de cuidado. O que reforça a importância do estudo das trajetórias de vida e dos itinerários terapêuticos para a proposição das políticas de saúde. O caminhar pela rede, do usuário, também deve ser considerado na avaliação e monitoramento das ações de saúde, com consequente reorganização da rede e do planejamento.

Por tudo isso é necessário discutir a experiência do usuário com a doença, com seu processo de adoecimento e de saúde, suas expectativas, conhecer seu modo de vida e sua trajetória pela rede de serviços. Esse conjunto compõe as necessidades de saúde, as quais levam o indivíduo a buscar por cuidado.

Referências

1. Brasil. Constituição Federal. Artigo 196, 1998. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm [Acesso em:19/05/17]

2. Buss PM. Uma introdução ao conceito de Promoção da Saúde. In: Czeresnia D, Freitas CM. (Orgs) *Promoção da Saúde*. Conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro:Fiocruz; 2009. p. 19-42.
3. Cotta RMM et al. Reflexões sobre o conhecimento dos usuários no contexto do Programa de Saúde da Família: a lacuna entre o saber técnico e o popular. *Physis* 2008; 18 (4): 745-766
4. Farias LO, Melamed C. Segmentação de mercados da assistência à saúde no Brasil. *Ciênc Saúde Colet* 2003; 8 (2): 585-598
5. Kloetzel K et al. Controle de qualidade em atenção primária à saúde. I - A satisfação do usuário. *Cad Saúde Pública* 1998; 14 (3): 263-268
6. Schneider H, Palm N. Getting to the truth? Researching user views of primary care. *Health Policy Plan* 2001; 17(1): 32-41
7. Müller A et al. Um desafio para o cirurgião-dentista: a valorização da saúde. *UFES Rev Odontologia* 2003; 5 (2): 11-18
8. Cecilio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA (Orgs.) *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC, IMS, UERJ, ABRASCO; 2006. p. 117-130
9. Silva SF, Magalhães Júnior HM. Redes de atenção à saúde: importância e conceitos. In: Silva SF (Org.) *Redes de atenção à saúde no SUS*. O pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações e serviços de saúde. Editora IDISA: CONASEMS; 2008. p. 69-85
10. Carapinheiro G. Inventar percursos, reinventar realidades: doentes, trajetórias sociais e realidades formais. *Etnográfica* 2001; V (2): 335-358
11. Alves PC. Itinerários terapêutico, cuidados à saúde e a experiência de adoecimento. In: Gerhardt TE et al (Orgs.) *Itinerários terapêuticos: integralidade no cuidado*,

avaliação e formação em saúde. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/UERJ-ABRASCO; 2016. p. 125-146

12. Ferreira J, Santo WE. Os percursos da cura: abordagem antropológica sobre os itinerários terapêuticos dos moradores do complexo de favelas de Manguinhos, Rio de Janeiro. *Physis* 2012; 22 (1): 179-198
13. Mângia EF, Muramoto MT. Itinerários terapêuticos e construção de projetos terapêuticos cuidadores. *Rev Ter Ocup Univ São Paulo* 2008; 19(3): 176-182
14. Marques ALM, Mângia EF. Itinerários terapêuticos de sujeitos com problemáticas decorrentes do uso prejudicial de álcool. *Interface – Comunic Saúde Educ* 2013; 17(45): 433-444
15. Silva NEK et al. Entre fluxos e projetos terapêuticos: revisitando as noções de linha do cuidado em saúde e itinerários terapêuticos. *Ciêñ Saúde Colet* 2016; 21(3): 843-851
16. Pinho PA, Pereira PPG. Itinerários terapêuticos: trajetórias entrecruzadas na busca por cuidados. *Interface – Comunic Saúde Educ* 2012; 16(41): 435-447
17. Santos RC, Silva MS. Condições de vida e itinerários terapêuticos de quilombolas de Goiás. *SaúdeSoc* 2014; 23(3): 1049-1063
18. Trad LAB et al. Itinerários terapêuticos face à hipertensão arterial em famílias de classe popular. *Cad Saúde Pública* 2010; 26(4): 797-806
19. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento*. Pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 2008.
20. May T. *Pesquisa social*. Questões, métodos e processos. Porto Alegre: Artmed; 2004.
21. Minayo MCS. Hermenêutica-dialética como caminho do pensamento social. In: Minayo MCS, Deslandes SF (Orgs). *Caminhos do pensamento*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2002. p. 83-107

22. Feuerwerker LM. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. *Interface – Comunic Saúde Educ* 2005; 9(18): 489-506
23. Spedo SM et al. O difícil acesso a serviços de média complexidade do SUS: o caso da cidade de São Paulo, Brasil. *Physis* 2010; 20(3): 953-972
24. Pires MRGM et al. Oferta e demanda por média complexidade/SUS: relação com a atenção básica. *Ciêñ Saúde Colet* 2010; 15(Supl.1): 1009-1019
25. Aguilera SLVU et al. Articulação entre os níveis de atenção dos serviços de saúde na Região metropolitana de Curitiba: desafios para os gestores. *Ver Adm Pública* 2013; 47(4): 1021-1039
26. Campos GWS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad Saúde Pública* 2007; 23(2): 399-407
27. Merhy EE, Franco TB. Trabalho em saúde. In: Pereira IB, Lima JCF (Orgs.) *Dicionário da educação profissional em saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV; 2008. p. 427-432
28. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. *Ciêñ Saúde Colet* 2010; 15(5): 2297-2305
29. Franco TB et al. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas de cuidado. In: Merhy EE et al (Orgs.) *O trabalho em saúde: experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: HUCITEC; 2007. p.125-133
30. MaltaDC, Merhy EE. O percurso da linha de cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. *Interface – Comunic Saúde Educ* 2010; 14(34): 593-605
31. Merhy EE. Saúde a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec; 2007a
32. Merhy EE. Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção. In: Merhy EE et al (Orgs.) *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: HUCITEC; 2007b. p. 15-35

33. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011
34. Onocko-Campos RT et al. Avaliação de estratégias inovadoras na organização da Atenção Primária à Saúde. *Rev Saúde Pública* 2012; 46(1): 43-50
35. Cunha GT, Campos GWS. Apoio matricial e atenção primária em saúde. *Saúde Soc* 2011; 20(4): 961-970
36. Figueiredo MD, Campos RO. Saúde mental e atenção básica à saúde: o apoio matricial na construção de uma rede multicêntrica. *Saúde em debate* 2008; 32(78/79/80): 143-149

ARTIGO 3: CAMINHOS PERCORRIDOS EM BUSCA DO CUIDADO A PARTIR DE UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE⁶⁷

SEARCHING PATHWAYS FOR HEALTH CARE FROM A BASIC HEALTH UNIT

Autores

Carolina Rogel de Souza, Doutoranda Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo

Carlos Botazzo, Professor Sênior, Departamento de Política, Gestão e Saúde, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo

Resumo

A busca por cuidado na Atenção Primária à Saúde (APS) percorre caminhos por dentro dos serviços e da rede de atenção à saúde e por rotas traçadas pelos usuários, com sua vivência na rede, no território e suas necessidades. Objetiva-se discutir os modos e caminhos pelos quais os usuários de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) localizada na Região Sul de São Paulo buscam por cuidado e como a rede de serviços e os trabalhadores se organizam de forma a tender as necessidades da população. Para tanto, foi realizado estudo qualitativo com o emprego da observação participante para a caracterização do território e do cotidiano da unidade com uso de diário de pesquisa de forma a auxiliar na organização e posterior análise dos dados. A análise foi realizada com o auxílio da hermenêutica-dialética. Foi observado que os usuários recorrem, além dos caminhos formais, a rotas traçadas de forma empírica, durante sua busca por cuidado. Por outro lado, os trabalhadores tentam organizar a rede e a procura de forma burocrática, hierarquizada e repetitiva.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Necessidades e Demandas de Serviços de Saúde;

Abstract

The search for care in Primary Health Care (PHC) traverses paths within the services and the health care network and routes traced by users, with their experience in the network, in the

⁶Pesquisa financiada com recursos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES)

⁷Artigo será submetido à Revista Physis.

territory and their needs. The objective is to discuss the ways and means by which users of a Basic Health Unit (UBS) located in the South Region of São Paulo seek care and how the service network and workers organize themselves in a way that addresses the needs of the population. For that, a qualitative study was carried out with the use of participant observation to characterize the territory and the daily life of the unit with the use of research diaries in order to help in the organization and later analysis of the data. The analysis was carried out with the aid of hermeneutic-dialectical. It was observed that users use, in addition to the formal paths, routes traced empirically, during their search for care. On the other hand, the workers try to organize the network and the search in a bureaucratic, hierarchical and repetitive way.

Key words: Primary Health Care, Health Services Needs and Demand

Introdução

A busca por cuidado em saúde acontece todos os dias, em vários serviços e de maneiras diversas. O Sistema Único de Saúde (SUS) está organizado de forma a ofertar ações e serviços com acesso universal, equidade e de maneira que atenda às necessidades da população usuária.

No SUS, a Atenção Básica é apresentada como a porta de entrada do sistema, como a coordenadora e ordenadora deste, devendo ser respeitada e seguida pelos profissionais e usuários. A implantação do Programa Saúde da Família (PSF), com foco nas ações promotoras de saúde, com a inclusão do ACS como parte da equipe nuclear e importante elo entre a equipe de saúde e o usuário, vem como estratégia para a reorganização da atenção básica e o acesso aos serviços de saúde. Como discorrem FERNANDES et al. (2009):

“A utilização dos serviços de saúde é um comportamento complexo resultante de um conjunto de determinantes que incluem as características sociodemográficas e de saúde, a organização da oferta e o perfil epidemiológico, que podem levar a uma maior ou menor utilização dos serviços. Da mesma forma, a proximidade dos serviços e recursos oferecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), a cobertura por planos de saúde privados, bem como as percepções do indivíduo referentes à sua saúde, podem influenciar a utilização dos serviços de saúde”.

A partir disso propõe-se a Unidade Básica de Saúde (UBS) como o local privilegiado onde acontecerão os atos de saúde no território e a partir desse, sendo essas acessadas por aqueles que se dirigem aos serviços pela primeira vez. Foi concebida como a porta de entrada

do sistema de saúde, devendo resolver uma gama de necessidades de saúde que extrapolam a esfera da intervenção curativa individual. (SCHRAIBER e MENDES-GONÇALVES, 1996)

Atualmente a inclinação do Ministério da Saúde é em direção à Estratégia Saúde da Família (ESF), a qual foi introduzida no cenário nacional primeiramente como Programa Saúde da Família (PSF). Vem como uma forma de reorganização e qualificação da Atenção Básica, instituindo a família como núcleo central do cuidado, atrelada ao local em que vive, o território que habita. (CAETANO e DAIN, 2002; RIBEIRO, 2004)

Em grandes centros urbanos alguns pontos podem influenciar a oferta do cuidado, dificultando a articulação da rede, com baixo número de serviços nas periferias o que ocasiona longas filas de espera, grandes deslocamentos pela cidade, descontinuidade no tratamento. Além das diferenças em relação ao local de moradia, a disposição dos serviços pela cidade, o acesso ao transporte coletivo, também precisamos pontuar as disparidades econômicas, como influenciadoras na busca por cuidado. (NERI e SOARES, 2002; POLITI, 2014)

O SUS ainda é visto como inferior e um favor para as populações de baixa renda, com ofertas escassas, amplamente divulgadas pela mídia como de baixa resolutividade e de qualidade inferior. Desconsidera os deslocamentos pela cidade realizados pela população na realização de tarefas diárias como trabalho, lazer, educação, cultura, com horários reduzidos e distantes.

Mendes (2015) apresenta três conceitos de Atenção Primária à Saúde (APS): um mais restrito, como cesta de cuidados básicos para populações pobres, sem acesso a tecnologias mais complexas; uma APS como nível primário, como modo de organizar a porta de entrada, tentando deixá-la mais resolutiva aos problemas de saúde da população e uma APS como estratégia de organização do sistema, como forma de reorganizar e reordenar todos os componentes do sistema, com vistas às necessidades e demandas em saúde e com sua inserção nas redes. A proposta é que a APS passe a atuar de um modelo de gestão da oferta (em que o foco está na oferta de serviços) para um modelo de gestão da saúde (no qual o sistema se responsabiliza, sanitária e economicamente, por sua população).

Propor novos arranjos para os serviços de saúde, centrados no usuário e em suas necessidades é aposta contra hegemônica e desafiadora. Discussões sobre o cuidado ampliado em saúde, para além da quantidade de consultas ou visitas domiciliares realizadas, criação de fluxos de atendimento e de formas de coordenação entre serviços e de referência e contra-referência são apostas nessa direção. (AYRES, 2004; SCHRAIBER, VILASBÔAS e NEMES, 2014)

Assim surge a possibilidade de produção de um novo modelo de atenção, com o foco nas necessidades dos usuários expressas por eles próprios nos encontros ocorridos no serviço. Mas para que isso ocorra deve-se assumir o conceito de trabalho em saúde como produção em ato, ou seja, no momento do encontro trabalhador-usuário e apenas durante o tempo que esse acontecer. Contando com apoio de outras tecnologias na forma de exames, equipes de apoio, oferecidas pela equipe conjuntamente e pelas equipes dispostas pelo território. (AYRES, 2004; MEHRY, 2007; MERHY, FEUERWERKER, 2011)

Entender o conceito de saúde como o reconhecimento do usuário dotado de conhecimento sobre sua condição de saúde e/ou doença, aposta em intervenções que levem à ampliação da autonomia dos sujeitos, consequentemente assumir que as necessidades de saúde devam ser expressas pelo usuário, apreendidas com ele, de forma direta, no espaço do encontro com o profissional ou com o serviço que ele procura. Assim a própria conformação da rede de serviços e de seus caminhos pode passar a responder de fato às necessidades das populações, de forma singular, necessária a cada encontro.

Considerar os fluxos assistenciais, regulatórios e gerencias aliados aos caminhos traçados pelos usuários conforme esse se depara com dificuldades, facilidades, como maior vinculação a uma equipe ou serviço. Considerar essas características no planejamento das ações, no dia a dia das equipes requer fortalecimento das mesmas, dentro de seus serviços e entre a rede disposta no território.

A discussão sobre os itinerários terapêuticos pode auxiliar nesse sentido, não devem ser confundidos com simples caminhos percorridos entre serviços na busca pela resolução de uma queixa de saúde. São antes construídos de forma dialógica com a realidade social e cultural de quem busca e se percebe demandante de cuidados em saúde. Mais uma ferramenta na busca pela ampliação de sentidos nas ofertas e demandas em saúde. (CARAPINHEIRO, 2001; ALVES e SOUZA, 1999)

O objetivo desse artigo é apresentar e discutir os modos e caminhos pelos quais os usuários de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) localizada na Região Sul de São Paulo buscam por cuidado e como a rede de serviços e os trabalhadores se organizam de forma a tender as necessidades da população. Discute as dificuldades enfrentadas e os momentos em que essa busca foi bem-sucedida, com a integralidade como eixo norteador.

Percurso metodológico

Pesquisa qualitativa, com a observação como técnica dominante e utilização de diários de pesquisa para as anotações de campo.

O estudo foi realizado na cidade de São Paulo, em uma UBS na Região Sul. A pesquisadora já tinha familiaridade com a região, conhecendo o território e seus equipamentos, a unidade em questão foi escolhida pela localização (proximidade com terminal de ônibus e outros equipamentos de saúde da região) e composição da equipe de saúde (equipes de saúde da família completas, equipe de apoio – Núcleo de Apoio à Saúde da Família e equipes de saúde bucal).

Os sujeitos da pesquisa foram os trabalhadores, gestores e usuários da unidade, a observação ocorreu em períodos na unidade de saúde e pelas ruas do entorno durante visitas domiciliares. A entrada da pesquisadora em campo ocorreu após aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e acordo com a gestão sobre horários, atividades e setores que seriam observados. Um primeiro contato com os trabalhadores foi realizado em reunião técnica da unidade, com apresentação dos objetivos do estudo, discussão de possíveis dúvidas e convite para a participação dos mesmos. Foi também ressaltado o caráter voluntário da participação e a possibilidade de retirada do consentimento a qualquer momento.

Os dados foram produzidos durante períodos de permanência na sala de acolhimento, durante visitas domiciliares e durante períodos de encontros com os atores, nos corredores do serviço ou nas áreas reservadas aos trabalhadores (como a cozinha).

Durante os períodos de permanência da pesquisadora em campo foram realizadas anotações em diário de pesquisa, com informações sobre a unidade, sua rotina de trabalho e momentos de encontro entre a pesquisadora e os atores envolvidos (trabalhadores, usuários, gestores) e o que mais chamou a atenção da pesquisadora durante o período. Os envolvidos foram alertados sobre a pesquisa e consentiram com sua participação.

O material disposto no diário foi lido exaustivamente e as passagens que tratavam do tema foram selecionadas e agrupadas em três categorias: o cuidado e a cidade: a integração da cidade com o cuidado prestado; uso do serviço: as várias formas como o serviço é acessado e utilizado pelo usuário; cuidado fora dos muros: a produção do cuidado realizada fora dos muros da unidade. As anotações do diário foram transcritas para o word e analisadas utilizando-se a hermenêutica-dialética, em que o pesquisador deve se colocar no lugar do outro, não apenas em relação ao objeto, mas também em relação àquilo que é compreendido.

“Assim, uma das ideias centrais que fundamentam a hermenêutica é a de que os seres humanos na maioria das vezes, entendem-se ou fazem um movimento interior e relacional para se porem de acordo” (MINAYO, 2002, p. 85)

A pesquisa obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da USP (Parecer número: 1.12.732 de 19/06/15) e do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (Parecer Número: 1.142.737 de 02/07/15).

Resultados e discussão

Os trechos do diário foram separados e agrupados de acordo com categorias criadas pela pesquisadora após a leitura do diário. As categorias são: o cuidado e a cidade; uso do serviço; cuidado fora dos muros.

Foram realizadas incursões ao campo (entre observações na unidade e no território) no período de outubro de 2015 a novembro de 2016, durante esse período ocorreram momentos de observação na sala de acolhimento, na sala de espera, em visitas domiciliares e em áreas comuns aos trabalhadores (como a cozinha e uma área externa de acesso restrito).

O cuidado e a cidade:

Sempre que necessitam de um atendimento especializado os usuários são encaminhados para algum serviço de referência que pode estar situado na região ou em outro ponto da cidade. A distância de alguns serviços é motivo de reclamação e questionamento da população. Muitas vezes o horário da consulta (muito cedo ou muito no final do dia) dificulta o deslocamento, gerando faltas e demora em diagnósticos ou tratamentos.

“Na última casa mora uma senhora que, segundo a auxiliar, só reclama, diz que o posto não faz nada e tal. Ela atende do portão, diz que não tem consulta agendada e a auxiliar pergunta sobre uma cirurgia no pé, se ela já havia realizado. Ela conta que foi agendado na zona leste e que ela deveria estar lá às 07:00 da manhã para realizar os exames e o procedimento e ela abriu mão da vaga. Disse ser muito longe e muito difícil chegar lá tão cedo, daí ela fala sobre o absurdo de agendar exames e procedimentos tão longe de casa e no final diz que o posto não resolve nada e vai pensar se agenda consulta. A auxiliar então diz que ela emagreceu e pergunta se ela está bem, se ela emagreceu porque quis ou se aconteceu alguma coisa e ela diz que foi depois que começou a tomar um remédio para o colesterol e a médica já havia alterado na dosagem”.

Essa dificuldade de deslocamento aponta a relação das pessoas com a dinâmica da grande cidade, com dificuldades em relação ao transporte coletivo e à distribuição de serviço de saúde, e outros, nas periferias e/ou bairros mais afastados do centro. Isso fica claro ao

analisarmos os dados do mapa da desigualdade de São Paulo (2017) em que a diferença em relação à quantidade de leitos hospitalares entre o distrito com o maior número (Bela vista) e o de menor (Campo limpo – distrito em que se encontra a UBS em questão) é de 1138,15 vezes. Enquanto a maior parte dos grandes hospitais está concentrada na Bela vista, na região central da cidade, com 46,45⁸, no Campo limpo esse número é zero. (SÃO PAULO, 2017)

O mapa da desigualdade também mostra a proporção de UBSs e nesse indicador o Campo limpo aparece melhor colocado, com 0,413 (UBS por 10 mil habitantes) enquanto a Vila mariana apresenta número zero. Esse dado pode nos indicar que o acesso à atenção básica acontece no campo limpo, mas também que esse ocorre na forma de uma certa cesta básica de procedimentos e ações e serviços ainda dirigidos às populações de baixa renda residentes nas periferias das grandes cidades. Por vezes esse cuidado mostra-se potente e criador de estratégias para lidar com a escassez de serviços especializados quando possível. (SÃO PAULO, 2017)

Essa diferença na oferta da atenção básica e da especializada gera filas para especialidades e exames complexos, que não são realizados pela UBS, levando à insatisfação e descontinuidade de tratamentos.

Os usuários conhecem a rede e as rotinas dos serviços, procuram por aqueles que podem resolver suas queixas e o fazem, geralmente, por conta própria. Como no caso abaixo, em que as usuárias relatam saberem que se não encontram o medicamento em uma unidade significa que também estará em falta em outra. Dessa forma otimizam os tempos gastos na busca por soluções. E conseguem organizar essa busca de acordo com sua rotina de vida.

A busca pelo diagnóstico muitas vezes não é o maior problema, mas sim a continuidade do tratamento proposto e alternativas para levar a vida de forma que não sejam reduzidas a uma doença. No trecho abaixo também podemos ver como a unidade geralmente escolhe organizar a procura por certo insumos, no caso a entrega de insumos acontece em grupos, previamente agendados. Essa forma de organizar a entrega facilita o trabalho para a unidade, mas desconsidera o tempo da vida das pessoas.

Cecílio (2001) apresenta uma forma de organizar e nomear as necessidades de saúde das pessoas, como condição essencial para que as necessidades de saúde sejam satisfeitas e o cuidado efetivo. Essa autonomia implica uma dupla responsabilização e respeito às condições de vida, trabalho e desejo das pessoas em seus modos de cuidar de si e de se relacionar com o serviço. Além dessa autonomia o autor ainda cita outras condições como a garantia de acesso

⁸ Quantidade de leitos hospitalares públicos e privados por mil habitantes

a todas as tecnologias necessárias que melhorem e prolonguem a vida; ser acolhido e ter vínculo com um profissional de saúde ou equipe; ter boas condições de vida.(CECÍLIO, 2001) Em texto o modelo de saúde, Merhy (2007) acrescenta um ponto a essa categorização, a “(...) de ser alguém com direito à diferença” (p.21)

“A próxima usuária é a mãe de uma criança com diagnóstico de autismo que vem para troca de receita pois refere que a quantidade de frascos não é suficiente para o mês. A conversa com a médica é mais seca e burocrática, daí a AE chega e a conversa fica mais leve, mais horizontal. Converso com ela sobre o atendimento na unidade, se quando ela vem é atendida integralmente. Diz que sim, que sempre que precisa busca pela unidade e é atendida. Diz que teve um problema com o farmacêutico, por causa do remédio do filho (por causa da quantidade de frascos), foi até a subprefeitura conversar com a chefe das enfermeiras (SIC) lá para resolver, desde então o envio do número de frascos necessários para o filho é realizado e ela retira na UBS. Antes disso ficava indo em várias farmácias para buscar”.

Esse relacionamento com os serviços é relatado por vários usuários, falam como se existisse um padrão no funcionamento, seja na oferta ou escassez de insumos, medicamentos, consultas. Alguns usuários comentam que vão ao AMA e se a fila estiver muito grande acabam desistindo e procurando pela UBS. Já alguns portadores de doenças crônicas relatam buscar por cuidado no AMA porque a marcação de consultas na UBS demora e preferem ser atendidos quando sentem necessidade, ao invés de esperar pelas consultas de rotina.

Essa busca pelo serviço com menor fila, ou pela consulta mais rápida exemplifica a necessidade da autonomia de poder escolher o que melhor satisfaz sua necessidade naquele momento de vida. O livre caminhar pelos serviços incomoda os mesmos, seus trabalhadores e gestores, pois interfere nos fluxos estabelecidos e pactuados com o intuito de prevenir, evitar e tratar doenças. (GIRÃO e FREITAS, 2016; OLIVEIRA, MATTOS e SOUZA, 2009)

Uso do serviço:

“Para o Enf2 o usuário é imediatista, não quer o cuidado contínuo, quer chegar na unidade e trocar a receita na hora. Não está interessado em cuidado, apenas na prescrição”.

Esse trecho do diário mostra como o trabalhador enxerga o desejo por cuidado imediato solicitado pelo usuário. Esse cuidado não se encaixa nos fluxos pactuados e estabelecidos por gestores e trabalhadores para o atendimento às demandas dos indivíduos. E os trabalhadores são formados para atuarem seguindo protocolos pré-estabelecidos e são cobrados por metas de atendimentos a prioridades também estabelecidas de acordo com normas e estudos, os quais nem sempre são embasados na realidade local em que o serviço está inserido.

Os usuários por sua vez relatam dificuldades em acessar o serviço na atenção básica, como a pouca flexibilidade em relação aos fluxos e normas (como podemos ver no próximo relato), a demora no agendamento de consultas ou a dificuldade no atendimento médico na demanda espontânea. Por causa disso acabam traçando novas rotas em busca do cuidado, seja combinando atendimentos entre a UBS e o AMA, seja recorrendo ao hospital. A noção de que a atenção básica é a porta de entrada existe, mas essa porta nem sempre acolhe a todos e a toda a necessidade sentida. (OLIVEIRA, MATTOS e SOUZA, 2009; CECILIO et al, 2014; MELO, CECÍLIO e ANDREAZZA, 2017)

Esse desencontro de expectativas gera insatisfação no usuário pois esse não vê sua necessidade satisfeita e desconforto no trabalhador que imagina um outro tipo de serviço e de cuidado prestado, em que os fluxos e protocolos são seguidos e observados. Esse descontentamento também pode ser visto no detalhe abaixo, a unidade se organiza para a entrega de insumos (seringas, fitas para o glicosímetro, fraldas, etc.) de forma que o aporte de pessoas fique concentrado e, muitas vezes, para que esse momento seja utilizado para informações ou dúvidas por exemplo. Mas os grupos para entrega nem sempre são a melhor forma para os usuários, seja pelo dia, pelo horário, ou pela obrigatoriedade de estar ali e escutar tudo novamente.

O serviço de saúde é a união dos “atos de saúde em si mesmos” e as “instituições encarregadas de realizá-los” segundo Nogueira e Gomes (2002) Partindo de uma leitura de Marx, o autor apresenta o conceito de serviço como todo tipo de trabalho que não produz mercadoria (algo mensurável), em que o produto só existe durante o processo de produção, não pode ser estocado, como uma extensão do conceito de valor de uso. Para os trabalhadores o cuidado é a “resposta” para as necessidades ditas na forma de demandas pelos usuários. Esse cuidado é traduzido em consultas, exames, medicamentos/receitas, ou seja, em algo que possa ser consumido de pronto. Dessa forma os trabalhadores acreditam que, ao oferecer consultas, exames, medicamentos/receitas aos usuários estão respondendo às suas demandas e esperam que os mesmos sigam tais orientações e sintam-se satisfeitos. (NOGUEIRA e GOMES, 2012)

“Referem que já foram ao AMA (Assistência Médica Ambulatorial) e foram bem atendidas e que quando não tem remédio lá nem procuram na unidade. Dizem que geralmente são atendidas em suas necessidades quando procuram a unidade. Às vezes falta medicamento, uma delas é diabética insulínica e hoje passou no grupo do PAMG e não havia fita para o glicosímetro. Quando não tem ela deve comprar e as fitas são caras. Essa senhora relata que agora a retirada dos insumos deve ser feita uma vez ao mês e antes era a qualquer momento. Uma vez ao mês é ruim, o grupo toma tempo, todo mês é igual e demorado”.

“Todo mês é igual e demorado” essa frase costuma ser repetida em vários desses encontros, para retirada de insumos, para alguns grupos educativos, para grupos de retirada de resultados de exames. É uma proposta que facilita a organização da unidade, mas que nem sempre é bem vista pelos usuários.

A forma como o modelo assistencial organiza a oferta de serviços em uma dada região, para uma dada população pode ser pensada e explicada com base na programação em saúde, quando o serviço encadeia programas para resolver problemas de saúde, pode ser utilizada para conectar diferentes serviços; para gerenciar fluxos dentro de um mesmo serviço e também ajudar a definir como programas serão executados (se por uma equipe, por uma pessoa, para grupos específicos, etc). (SCHRAIBER, VILASBÔAS e NEMES, 2014)

O relato abaixo mostra a sobreposição entre público e privado, com o atendimento de urgência realizado em serviço público próprio do SUS, mais próximo da residência do usuário. A continuidade é dada pelo privado, em hospital de rede própria, mas localizado em outra região da cidade, mais distante da casa da família. Essa distância geográfica entre os serviços dificulta a presença dos familiares e é mais um fator de cansaço para esses. Após todo o episódio agudo a continuidade do cuidado é realizada pela UBS, em relação a insumos, descarte de material e orientações. Essa combinação de serviços públicos e privados é frequente e faz parte da forma como os usuários adequam suas necessidades às ofertas nos serviços. (CONILL et al, 2008; POLITI, 2014)

“Na próxima abordamos uma moça jovem que inicia o relato contando que estava cansada porque havia passado muitos dias no hospital acompanhando a sogra. A ACS pergunta o que aconteceu e ela contou: a sogra tem uma doença no coração e faz uso de medicação e necessita de exames periódicos, ela tem convênio médico. Ela foi fazer um exame e passou mal no local, a nora a levou para a UPA do campo limpo, pois estava mais próximo que os hospitais de referência do convênio. Lá a senhora foi atendida, medicada e permaneceu internada até que foi possível sua remoção para um hospital do convênio, na zona leste. Depois de uns dias ela foi enviada a outro hospital do convênio no Itaim e ali ficou até a realização da cirurgia para colocação do marca-passo. Como ela ficou dias na UTI por conta de um problema pulmonar quando teve alta o convênio continuou fazendo a medicação em casa duas vezes ao dia. A nora então pergunta se é possível descartar o descartado que ainda está na sua casa, na unidade e a auxiliar diz que sim. A ACS pergunta se a sogra parou de fumar e a nora diz que diminuiu bem, de 60 cigarros/dia foi para 12/dia e que o médico orientou a não retirar a força pois o stress pode atrapalhar, deixá-la deprimida, mais ansiosa e a nora concorda. A sogra quer voltar a trabalhar, tem uma banca de jornal há 32 anos em outra UBS do bairro e se diz entediada em casa. A nora não reclamou de nenhum atendimento, relata que foi à UPA pela proximidade, mas que foi atendida prontamente e tudo o que foi necessário foi realizado por eles. Também relata prontidão e bom atendimento do convênio. Aqui apesar do convênio, o primeiro contato foi em

uma unidade SUS, pela proximidade, lembrando que essa é uma região da periferia da cidade, sem uma referência do convênio”.

O relato apresenta a relação da família com a UBS e com o setor privado, aqui observamos a conexão entre o primeiro atendimento, o seguimento na atenção hospitalar e o retorno ao território, agora aos cuidados da atenção básica. Também remete ao que já foi exposto mais acima no texto, a diferença na oferta de serviços de saúde nas várias regiões da cidade. Até mesmo o plano de saúde privado apresenta tal diferença, com escassez de serviços disponíveis para essa família na região em que vivem.

Outro ponto importante de ser observado é o fato do plano privado não oferecer atendimento domiciliar nos moldes do PSF, com visitas regulares, orientações e a possibilidade da retirada de medicamentos e insumos na UBS. Tais ações realizadas pelo PSF são de suma importância para que a senhora em questão tenha sua saúde restabelecida e possa voltar a seguir com sua vida, seus afazeres, sua rotina.

Cuidado fora dos muros:

A ESF propõe olhar para fora dos muros da unidade, com a instituição das visitas domiciliares e da presença mais acentuada da equipe pelo território, inclusive com a adoção dos agentes comunitários de saúde (ACS) na equipe nuclear, apontado por muitos como o elo entre a UBS e a população.

Os ACS estão imersos no território, esse se apresenta como seu lugar de pertencimento, seu lugar privilegiado de informações e produção do cuidado. O território também é espaço, para além de um limite geográfico, é singular e com limite político, administrativo ou dado por atores ou grupos de atores agindo em seu interior. (GONDIM, 2008). Além disso, o território também vai muito além de um pedaço de terra delimitado, dele podemos apreender o perfil demográfico da área, traçar o perfil epidemiológico, as expressões sociais e culturais da população ali residente.

“O espaço-território, muito além de um simples recorte político-operacional do sistema de saúde, é o locus onde se verifica a interação população-serviço no nível local.” (GONDIM, 2008, p. 238)

Em artigo que descreve a utilização de instrumentos para o reconhecimento de necessidades de saúde, Egry et al (2009) descreve o ACS como um dos principais responsáveis pelo levantamento das necessidades de saúde de um dos territórios estudados. Isso nos mostra a proximidade do ACS ao território a ele vinculado, e a importância desse profissional na composição da equipe de saúde. Mas também nos faz questionar sobre os

outros profissionais e suas atribuições e o tempo dedicado ao conhecimento e enfrentamento das necessidades de saúde do território. Outro achado importante é o fato de não haver ligação entre os programas ofertados e as informações levantadas no território e também o não reconhecimento de um instrumento de avaliação das necessidades.

“(...) mesmo quando existe a sistematização das informações acerca das questões de saúde do território (...) essa sistematização não é reconhecida como instrumento de avaliação de necessidades. Isto pode ser observado, por exemplo, na relação restrita ou na quase ausência de vínculo entre os programas e as ações propostas ou realizadas e os perfis de saúde-doença da população.” (EGRY et al, 2009)

O relato abaixo mostra quão burocrática e distante da proposta de ampliação do cuidado é a visita domiciliar. Esse espaço poderia ser potencializado, voltado ao olhar ampliado, não só de um usuário, mas de toda a família, compondo com sua condição de vida um projeto terapêutico mais apropriado e real para a satisfação de suas necessidades de cuidado. Mostra também o excesso de procedimentos e pontos a serem checados pelo ACS e pelo Auxiliar de enfermagem (AE) durante as visitas e com isso o foco é o procedimento, o dado que precisa ser gerado e não a ampliação do olhar para as necessidades.

Outro ponto que incomoda os trabalhadores é a cobrança por metas de atendimento e, no caso do ACS, por meta de visitas realizadas. Isso faz com que as visitas no final do mês sejam mais corridas e superficiais pois eles devem visitar 100% de suas casas cadastradas. Gera desânimo, ansiedade, frustração com o trabalho, pois o foco passa a ser a meta atingida e não a busca pelo cuidado integral.

“A programação das visitas é basicamente perguntar se o usuário teve alguma intercorrência no mês; se tem consulta marcada; para as mulheres: se colheu o papa e se a resposta for negativa informar dias e horários da coleta e pedir que ela vá; entrega de convocação para triagem odontológica. Alguns usuários conversam mais, algumas senhoras que vivem sozinhas convidam para entrar, oferecem água, uma delas mostrou os gatos, a outra comentou do filho que estuda na USP. Um deles questionou o trabalho das ACS, dizendo que se elas só vão fazer perguntas e não marcam consultas que de nada serve”.

Dessa forma a potência do trabalho do ACS fica diminuída, o acesso ao privado, ao interior (físico) das casas e também à rotina familiar não pode ser contabilizado em planilhas e metas. Outro ponto que perde potência é o uso de dados sobre o próprio território que podem auxiliar no cuidado às famílias da área. Informações riquíssimas sobre as condições de vida, de moradia, trabalho, educação que ficam perdidas em meio a outros tantos dados corriqueiros como visto no relato acima.

“Ainda que o programa focalize o atendimento na saúde das famílias, incluindo atividades de promoção de saúde, está implícita a atuação sobre os ambientes de reprodução social delas. A menos unidade espacial da base territorial do sistema de saúde é esse território – a área de abrangência das

famílias adscritas a cada unidade básica. Ela é pouco tratada, imprecisa em sua delimitação e fonte para as análises epidemiológicas. Potencialmente têm como vantagem a possibilidade de captar dados demográficos, epidemiológicos e de condições de vida, incluindo ambientais”. (GONDIM, 2008, p. 247)

A aposta do PSF na presença do ACS como morador do território em que atua reside na possibilidade de aproximação desse morador com o local, na criação de vínculos mais potentes e duradouros. Mas existem dificuldades por vezes relatadas por esses trabalhadores, como a fragilidade da formação para lidar com temas específicos de saúde e, ao mesmo tempo, o fato das equipes apontarem seus esforços na cura de doenças, relegando os problemas sociais do território a um segundo plano. Os ACS reconhecem a importância de seu papel na equipe, mas também apontam a relação de hierarquia existente. (RODRIGUES, SANTOS e ASSIS, 2010; CORDEIRO e SOARES, 2015)

Considerações finais

A integração da cidade com o cuidado prestado pode ser observada pela forma como os serviços de saúde estão distribuídos, com dificuldade de acesso àqueles que moram na periferia, fazendo com que deixem de comparecer a consultas por causa da dificuldade de deslocamento. A periferia da cidade encontra-se longe da maioria dos serviços de saúde, fazendo com que os usuários façam peregrinações entre serviços na busca por medicamentos, insumos e para consultas com especialistas.

Com isso várias são as estratégias elaboradas pelos indivíduos na busca por cuidado, os usuários recorrem, além dos caminhos formais, a rotas traçadas de forma empírica, durante sua busca por cuidado. Criam uma certa rotina vai ao AMA procurar por medicamento, se não encontra nem vai até a UBS; para situações agudas escolhem se procuram o acolhimento porque é mais rápido que o AMA, ou se é mais rápido que agendar consulta na UBS; mesclam público com planos de saúde privados (consultas e internações no privado e medicação, insumos e continuidade do tratamento no público).

Observamos como o serviço e seus profissionais têm dificuldades em lidar com essa busca, com esses fluxos que os usuários elaboram ao passar pelos diferentes pontos da rede. Referem que dificulta a continuidade de tratamentos, por vezes há sobreposição de terapêuticas, condutas conflitantes. Por outro lado, o usuário apenas está em busca de respostas às suas necessidades e, com isso, acaba por criar rotas paralelas.

A dificuldade em aproximar o serviço das pessoas, principalmente na periferia, gera descontentamento e algumas soluções paliativas, emergenciais, que não agem de fato na raiz

do problema. Repensar o modelo adotado, ampliar e democratizar a oferta de serviços e ações coordenadas pela cidade demanda mais tempo, organização e planejamento, mas pode, de fato, levar cuidado em saúde para o cotidiano das pessoas. Para tanto é necessário também discutir o lugar do serviço de saúde na sociedade capitalista e como o trabalho dos profissionais da saúde é recebido pela população e idealizado pelos trabalhadores. Os meios utilizados pelos trabalhadores no cuidar são vistos como mercadoria, disponibilizados pelo mercado, deixando à margem aqueles com menor poder aquisitivo.

A produção do cuidado para fora dos muros da unidade pode mostrar a abrangência das ações pelo território, com a possibilidade de encontros mais potentes não apenas como ação técnica centrada em procedimentos, mas como possibilidade de criação e ampliação de vínculos e cuidado centrado nas necessidades de saúde do usuário e sua família. Observamos a dificuldade em se apropriar no dia a dia dessa proposta ampliada, uma vez que o foco do trabalho do ACS ainda é na produção de dados quantitativos, privilegiando encontros vazios e sem aprofundamento das questões sociais que se apresentam no território.

Uma proposta é a aposta em momentos mais integradores dentro de cada equipe e entre as equipes, da atenção básica e com outros equipamentos da rede. Utilizar estratégias educativas não só para instrumentalizar e capacitar os trabalhadores, mas como forma de análise crítica de sua atuação profissional, de seu lugar no serviço e da interação com o usuário que acolhe.

Os desafios são grandes e as propostas de ação também inúmeras, é necessário coordenar esforços no sentido da ampliação do debate e da proposição de ações efetivas.

Referências

ALVES, P.C. Itinerários terapêuticos, cuidados à saúde e a experiência de adoecimento. In: GERHARDT, T.E.; PINHEIRO, R.; RUIZ, E..N.F.; SILVA JUNIOR, A. G. (Orgs.) *Itinerários terapêuticos: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/UERJ-ABRASCO, 2016, p. 125-146.

ALVES, P.C.B.; SOUZA, I.M.A. Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. In: RABELO, M.C.M.; ALVES, P.C.B.; SOUZA, I.M.A. (Orgs) *Experiência de doença e narrativa* [online] Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999, p. 125-138.

AYRES, J.R.C.M. Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde. *Interface -Comunic. SaúdeEduc.*, v.8, n.14, p.73-92, 2004.

CAETANO, R.; DAIN, S. O programa de saúde da família e a reestruturação da atenção básica à saúde nos grandes centros urbanos: velhos problemas, novos desafios. *Physis: Rev. Saúde Coletiva*, v. 12, n. 1, p. 11-21, 2002.

CARAPINHEIRO, G. Inventar percursos, reinventar realidades: doentes, trajectórias sociais e realidades formais. *Etnográfica*, v. 2, p. 335-358, 2001.

CECILIO, L.C.O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela Integralidade e Equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ-CEPESC-ABRASCO, 2001. p. 113-126.

CECILIO, L.C.O. et al. O agir leigo em saúde: a produção de mapas do cuidado. São Paulo: HUCITEC, 2015

CONILL, E.M.; PIRES, D.; SISSON, M.C.; OLIVEIRA, M.C.; BOING, A.F.; FERTONANI, H.P. O mix público-privado na utilização de serviços de saúde: um estudo dos itinerários terapêuticos de beneficiários do segmento de saúde suplementar brasileiro. *Ciênc Saúde Coletiva*, v. 13, n. 5, p. 1501-1510, 2008.

EGRY, E.Y.; et al. Instrumentos de avaliação de necessidades em saúde aplicáveis na Estratégia de Saúde da Família. *Rev EscEnfermUSP*, São Paulo, v. 43, n. Esp. 2, p. 1181-1186, dez. 2009.

FERNANDES, L.C.L.; BERTOLDI, A.D.; BARROS, A.J.D. Utilização dos serviços de saúde pela população coberta pela Estratégia Saúde da Família. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 43, n. 4, p. 595-603, ago. 2009.

GIRÃO, A.L.A.; FREITAS, C.H.A. Usuários hipertensos na atenção primária à saúde: acesso, vínculo e acolhimento à demanda espontânea. *Rev Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre, v. 37, n. 2, p. 1-7, 2016.

GONDIM, G.M.M. et al. O território da saúde: a organização do Sistema de saúde e a territorialização. In: MIRANDA, A.C. et al (Orgs) *Território, ambiente e saúde*. Editora: FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2008. p. 237-255.

MELO, S.M.; CECÍLIO, L.C.O.; ANDREAZZA, R. Nem sempre sim, nem sempre não: os encontros entre trabalhadores e usuários em uma unidade de saúde. *Saúde em debate*, v. 41, n. 112, p. 195-207, 2017.

MENDES, E.V. *A construção social da atenção primária à saúde*. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2015, p. 193.

MERHY, E.E. Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar e novos modos de fabricar os modelos de atenção. In: MERHY, E.E.; MAGALHÃES JÚNIOR, H.M.; RIMOLI, J.; FRANCO, T.B.; BUENO, W.S. (Orgs.) *O trabalho em saúde: experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: HUCITEC, 2007, p. 15-35.

MERHY, E.E., FEUERWERKER, L.C.M. Educação Permanente em Saúde: educação, saúde, gestão e produção do cuidado. In: MANDARINO, A.C.S.; GALLO, E.; GOMBERG, E. (orgs.). *Informar e educar em saúde: análises e experiências*. 1. ED. Salvador: Editora UFBA, 2014. P. 5-21.

NERI, M.; SOARES, W. Desigualdade social e saúde no Brasil. *Cad Saúde Pública*, v. 18, supl, p. 77-87, 2002.

NOGUEIRA, R.P.; GOMES, R.M. *Capitalismo e saúde*. Cidadania para a saúde. Rio de Janeiro: CEBES, 2012. p.141. [Acessado em 14/12/17]

OLIVEIRA, L.H.; MATTOS, R.A.; SOUZA, A.I.S. Cidadãos peregrinos: os “usuários” do SUS e os significados de sua demanda a prontos-socorros e hospitais num contexto de um

processo de reorientação do modelo assistencial. *Ciênc Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 5, p. 1929-1938, 2009.

PINHO, P.A.; PEREIRA, P.P.G. Itinerários terapêuticos: trajetórias entrecruzadas na busca por cuidados. *Interface – Comunic Saúde Educ.*, v. 16, n. 41, p. 435-447, 2012.

POLITI, R. Desigualdade na utilização de serviços de saúde entre adultos: uma análise dos fatores de concentração da demanda. *Economia aplicada*, v. 18, n.1, p. 117-137, 2014.

RIBEIRO, E.M. As várias abordagens da família no cenário do programa/estratégia saúde da família (PSF). *Rev. Latino-am Enfermagem*, v. 12, n. 4, p. 658-664, 2004.

SÃO PAULO. Mapa da desigualdade 2016. Rede nossa sampa. Disponível em <<http://www.nossasaopaulo.org.br/arqs/mapa-da-desigualdade-completo-2016.pdf?v=2>>[Acessadoem: 27/10/2017]

SCHRAIBER, L.B.; MENDES-GONÇALVES, R.B. Necessidades de saúde e atenção primária. In: SCHRAIBER, L.B.; NEMES, M.I.B.; MENDES-GONÇALVES, R.B. (Orgs.). **Saúde do Adulto: programas e ações na unidade básica**. São Paulo: Hucitec, 1996. p. 29-47.

SCHRAIBER, L.B.; VILASBÔAS, A.L.Q.; NEMES, M.I.B. Programação em Saúde e Organização das práticas: possibilidades de integração entre ações individuais e coletivas no sistema único de saúde. In: PAIM, J.S.; ALMEIDA, N. (Orgs) *Saúde coletiva: teoria e prática*. Rio de Janeiro: MedBook, 2014, v.1, p.83-93.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Discutir demanda e necessidades de saúde no SUS é de extrema importância para a garantia da universalidade do acesso e do alcance das ações de saúde e da integralidade tão almejada. O acolhimento como foi exposto pretende qualificar o acesso e aumentar o vínculo com o serviço de saúde, baseado no encontro do usuário com o serviço e com os trabalhadores, auxiliando na organização do serviço. Mas por vezes o que encontramos nos relatos é a prática de um acolhimento tarefa, mais uma forma de burocratizar a entrada do usuário no serviço

O SUS ainda é visto, pensado, sentido como um favor para as populações de baixa renda, o que faz com que as ofertas de serviços sejam limitadas e desconectadas da realidade dessas pessoas (horários de atendimento ruins; falta de materiais, insumos, etc; necessidades sentidas pela população não são consideradas). As ofertas de serviços na periferia são mais escassas e a dificuldade de mobilidade pela cidade dificulta ainda mais a busca por cuidado.

Atualmente estamos passando por um momento em que parte da população usuária de planos privados de saúde passou a usar o SUS exclusivamente, seja por dificuldades financeiras decorrentes do atual momento em que o País se encontra, seja pela baixa qualidade dos serviços. Esse contingente de pessoas passou a utilizar serviços que antes só eram vistos de longe, muitas vezes pelo olhar da mídia tendenciosa ou ao passar na frente das unidades. Acolher esses novos usuários passa a ser um desafio para trabalhadores e gestores e para a própria população que precisa se acostumar com a organização do trabalho nas unidades.

Usuários reconhecem certa regularidade na busca por atendimento: formam suas próprias conexões e redes para cada situação de saúde ou doença que vivenciam e que necessita de cuidado. Esse comportamento é induzido pela forma como a UBS organiza os fluxos internos: inflexível, nem sempre compatível com a vida das pessoas, com horários fixos, obrigatoriedade de comparecimento em atividades pouco atrativas (como grupos com temáticas repetitivas e demorados).

O ritmo das grandes cidades dificulta o acesso aos serviços, as grandes distâncias percorridas principalmente para atendimentos na atenção especializada; filas na UBS e para especialidades; busca por medicamentos e insumos em várias unidades. Tudo isso gera

desgaste físico e descontentamento com o serviço, diminuindo a satisfação da população com o SUS.

As visitas domiciliares podem atuar como aposta na ampliação do cuidado e na aproximação de profissionais com a realidade do território e da vida das pessoas, mas mostram-se burocráticas, apoiadas em metas de atendimento. O ACS por sua vez aparece como um coadjuvante, com formação biomédica e função de orientar as famílias em relação ao uso do serviço ou informar a ESF sobre a comunidade, quando tem capacidade de ir além, de apoiar as famílias e auxiliar a unidade a se aproximar das necessidades e dinâmicas do território.

A produção do cuidado para fora dos muros da unidade pode mostrar a abrangência das ações pelo território, com a possibilidade de encontros mais potentes não apenas como ação técnica centrada em procedimentos, mas como possibilidade de criação e ampliação de vínculos e cuidado centrado nas necessidades de saúde do usuário e sua família. Observamos a dificuldade em se apropriar no dia a dia dessa proposta ampliada, uma vez que o foco do trabalho do ACS ainda é na produção de dados quantitativos, privilegiando encontros vazios e sem aprofundamento das questões sociais que se apresentam no território.

Podemos indicar alguns pontos para auxiliar na discussão e análise da forma como o acolhimento se dá em uma unidade de saúde, apostar na construção conjunta de novos sentidos para as ações de acolhimento, como foco nas necessidades trazidas pelos usuários e sua maneira de encarar a vida. Qualificar os encontros que ocorrem no serviço, tentando propor formas de prestação de contas dos atendimentos realizados que possam traduzir a qualidade, a satisfação do outro em sua estada na unidade.

Repensar o modelo adotado, ampliar e democratizar a oferta de serviços e ações coordenadas pela cidade demanda mais tempo, organização e planejamento, mas pode, de fato, levar cuidado em saúde para o cotidiano das pessoas. Para tanto é necessário também discutir o lugar do serviço de saúde na sociedade capitalista e como o trabalho dos profissionais da saúde é recebido pela população e idealizado pelos trabalhadores. Os meios utilizados pelos trabalhadores no cuidar são vistos como mercadoria, disponibilizados pelo mercado, deixando à margem aqueles com menor poder aquisitivo.

REFERÊNCIAS

ALENCAR, T.O.S.; NASCIMENTO, M.A.A.; ALENCAR, B.R. Hermenêutica dialética: uma experiência enquanto método de análise na pesquisa sobre o acesso do usuário à assistência farmacêutica. **Rev. Bras. Promoç. Saúde**, Fortaleza, v. 25, n. 2, p. 243-250, abr/jun, 2012.

ARAÚJO et al. Diário de pesquisa e suas potencialidades na pesquisa qualitativa em saúde. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, Vitória, v.15, n. 3, p. 53-61, 2013.

AYRES, J.R.C.M. **Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC – IMS/UERJ – ABRASCO, 2009.

BOTAZZO, C. **Sobre a bucalidade**: notas para a pesquisa e contribuição ao debate. *Ciênc Saúde Coletiv*, v. 11, n. 7, p. 7-17, 2006.

BOTAZZO, C. **Diálogos sobre a boca**. São Paulo: Hucitec, 2013.

BRASIL. **Aprova as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família**. Portaria nº 1886/GM 18 de dezembro de 1997. (Acessado em 02/11/2014)

BRASIL. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica**, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. (Acessado em 02/11/2014)

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Brasília: Ministério da saúde, 2010. p. 152

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família** – Volume I: Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano. Cadernos de Atenção Básica, nº 39. Brasília: Ministério da saúde, 2014. p. 116

BRAZ, N. Necessidades humano-sociais: ensaio sobre a atualização das necessidades radicais. **Argumentm**, Vitória, v. 5, n. 2, p. 123-138, 2013.

BRUYNE, P.; HERMAN, J.; SCHOUTHEETE, M. (Orgs). **Dinâmica da pesquisa em ciências sociais**. Os pólos práticos da prática metodológica. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1977.

BUSS, P.M. Uma introdução ao conceito de Promoção da Saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C.M. (Orgs.). **Promoção da Saúde**. Conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. p. 19-42.

CAMPOS, C.M.S.; BATAIERO, M.O. Necessidades de saúde: uma análise da produção científica brasileira de 1990 a 2004. **Interface – Comunicação Saúde Educação**, Botucatu, v. 11, n. 23, p. 605-618, 2007.

CECILIO, L.C.O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela Integralidade e Equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de janeiro: IMS/UERJ-CEPESC-ABRASCO, 2001. p. 113-126.

COSTA, L. S. et al. A prática do fonoaudiólogo no Núcleos de Apoio à saúde da Família em municípios paraibanos. **CoDAS**, v. 25, n. 4, p. 381-387

EGRY, E.Y.; et al. Instrumentos de avaliação de necessidades em saúde aplicáveis na Estratégia de Saúde da Família. **Revista Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 43, n. Esp. 2, p. 1181-1186, 2009.

FERNANDES, L.C.L.; BERTOLDI, A.D.; BARROS, A.J.D. Utilização dos serviços de saúde pela população coberta pela Estratégia Saúde da Família. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 4, p. 595-603, ago. 2009.

FEUERWERKER, L. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 9, n. 18, p. 489-506, 2005.

FLICK, U. Pesquisa qualitativa: por que e como fazê-la? In: FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa**. Porto Alegre: Artmed, 2009. p. 20-38

FRANCO, T.B., BUENO, W.S., MERHY, E.E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim MG. In: MERHY, E.E. et al. (Orgs.) **O trabalho em saúde: experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: HUCITEC, 2007, p. 37-54.

GUERRERO, P.; MELLO, A.L.S.F.; ANDRADE, S.R.; ERDMANN, A.L. O acolhimento como boa prática na Atenção Básica à saúde. **Texto e contexto enfermagem**, v. 22, n. 1, p. 132-140, 2013.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M.H.M. Atenção primária à saúde. In: GIOVANELLA, L.; et al. (Orgs). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. p.577-625.

GIRÃO, A.L.A., FREITAS, C.H.A. Usuários hipertensos na atenção primária à saúde: acesso, vínculo e acolhimento à demanda espontânea. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 37, n. 2, p. 1-7, 2016.

GOMES, M.C.P.A.; PINHEIRO, R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação** v. 9, n. 17, p. 287-301, 2005.

HELLER, A. **Teoría de las necesidades en Marx**. Editora: Letra e, 1986, 182 p.

HESS, R. O momento do diário de pesquisa na educação. **Ambiente e educação**, v. 14, p.61-87, 2009.

JACCOURD, M.; MAYER, R. A observação direta e a pesquisa qualitativa. In: In: POUPART, J.; et al. (Orgs.). **A pesquisa qualitativa**. Enfoques epistemológicos e metodológicos. Rio de Janeiro: Vozes, 2008. p. 254-294.

JUNIOR, N.C.; et al. Organização de práticas de saúde equânimes em atenção primária em região metropolitana no contexto dos processos de inclusão e exclusão social. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 15, n. 3, p. 30-39,2006.

LAWN, C. **Para compreender Gadamer**. Rio de Janeiro: Vozes, 2011.

LEITE, S.N., VASCONCELLOS, M.P.C. Construindo o campo da pesquisa: reflexões sobre a sociabilidade estabelecida entre pesquisador e seus informantes. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.16, n.3, p.169-177, 2007.

MAFRA, J.F. O cotidiano e as necessidades da vida individual: uma aproximação da antropologia de Agnes Heller. **Educação & linguagem**, São Paulo, v. 13, n. 21, p. 222-244, 2010.

MATSUMOTO, N.F. **A operacionalização do PAS em uma unidade básica de saúde do município de São Paulo, analisada sob o ponto de vista das necessidades de saúde**. 1999. Dissertação. (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo.

MAY, T. **Pesquisa social**. Questões, métodos e processos. Porto Alegre: Artmed, 2004.

MINAYO, M.C.S. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. MINAYO, M.C.S. (Org) Petrópolis: Editora Vozes, 1994. p. 9-30.

MINAYO, M.C.S. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: MINAYO, M.C.S (org.) **Pesquisa social**. Teoria, método e criatividade. Petrópolis: Editora vozes, 2002. p.9-30.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**. Pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2008.

MINAYO, M.C.S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência & saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 621-626, 2012.

MITRE, S.M.; ANDRADE, E.I.G.; COTTA, R.M.M. Avanços e desafios do acolhimento na operacionalização e qualificação do Sistema único de Saúde na Atenção Primária: um resgate da produção bibliográfica do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 8, p. 2071-2085, 2012.

MOLINI-ALVEIJONAS, D.R.; MENDES, V.L.F.; AMATO, C.A.L.H. Fonoaudiologia e Núcleos de Apoio à Saúde da Família: conceitos e referências. **Rev Soc Bras Fonoaudiol**, v.15, n. 3, p. 465-474, 2010

MORAES, P.A.; BORTOLOZZI, M.R.; HINO, P. Percepções sobre necessidades de saúde na atenção básica segundo usuários de um serviço de saúde. **Revista Escola Enfermagem USP**, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 19-25, 2007.

NERY, A.A. **Necessidades de Saúde na Estratégia Saúde da Família, no município de Jequié – BA: em busca de uma tradução**. 2006. 159 p. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

OLIVEIRA, M.M. Metodologia interativa: um processo hermenêutico dialético. **Interfaces Brasil/Canadá**, Porto Alegre, v. 1, n. 1, p. 67-78, 2001.

PAIM, J.S. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009.

PAIM, J.; et al. **O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios**. **The Lancet**, 2011.

Disponível em: <http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor1.pdf> Acesso em: 10 novembro 2014.

PINHEIRO, R; CAMARGO JR, K.R. Modelos de atenção à saúde: demanda inventada ou oferta renovada? Algumas considerações sobre modelos de intervenção social em saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 101-119, 2000.

PINHEIRO, R.; et al. Demanda em saúde e direito à saúde: liberdade ou necessidade? Algumas considerações sobre os nexos constituintes das práticas de integralidade. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R.A. (Orgs.). **Construção social da demanda: Direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ-CEPESC-ABRASCO, 2005. p.13-33.

PONTES, A.P.M.; et al. O princípio de universalidade do acesso aos serviços de saúde: o que pensam os usuários? **Escola Anna Nery Revista Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 500-507, 2009.

POPE, C.; MAYS, N. (Orgs.). **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

SANTOS, T.V.C.; PENNA, C.M.M. Demandas cotidianas na atenção primária: o olhar de profissionais e usuários. **Texto e contexto enfermagem**, Florianópolis, v. 22, n. 1, p. 149-156, 2013.

SCHRAIBER, L.B.; MENDES-GONÇALVES, R.B. Necessidades de saúde e atenção primária. In: SCHRAIBER, L.B.; NEMES, M.I.B.; MENDES-GONÇALVES, R.B. (Orgs.). **Saúde do Adulto: programas e ações na unidade básica**. São Paulo: Hucitec, 1996. p. 29-47.

SCHRAIBER, L.B. Necessidades de saúde, políticas públicas e gênero: a perspectiva das práticas profissionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 10, p. 2635-2644, 2012.

SILVA, J.P.V.; PINHEIRO, R.; MACHADO, F.R. Necessidades, demanda e oferta: algumas contribuições sobre os sentidos, significados e valores na construção da integralidade na reforma do Setor Saúde. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 65, p. 234-242, 2003.

SILVA, A.M.N.; MANDÚ, E.N.T. Abordagem de necessidades de saúde no encontro assistencial de trabalhadores e usuários na saúde da família. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 21, n. 4, p. 739-747, 2012.

SOLEMAN, C. O trabalho do fonoaudiólogo no Núcleo de Apoio à saúde da Família (NASF): compreendendo as práticas a partir da composição dos processos de trabalho. 2102. 174 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.

SPERONI, A. V., MENEZES, R.A. Os sentidos do acolhimento: um estudo sobre o acesso à atenção básica em saúde no rio de Janeiro. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 380-385, 2014.

STOTZ, E.N. **Necessidades de saúde mediações de um conceito** (contribuições das ciências sociais para fundamentação teórico-metodológica de conceitos operacionais da área de planejamento em saúde) 1991. Tese. Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro.

TRAD, L.A.B. trabalho de campo, narrativa e produção de conhecimento na pesquisa etnográfica contemporânea: subsídios ao campo da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 3, p. 627-633, 2012.

VIANA, A.L.D.; FAUSTO, M.C.R.; LIMA, L; D.; Política de saúde e equidade. **São Paulo em perspectiva**, São Paulo, n. 17, v. 1, p. 58-68, 2003.

VIEIRA, J. A. O uso do diário em pesquisa qualitativa. **Cadernos de linguagem e Sociedade**, v. 5, p. 93-104, 2001/2002.

WHITEHEAD, M. The concepts and principles of equity and health. Copenhagen, **World Health Organization**, 1991.

ANEXOS

Anexo 1 - Parecer Comitê de Ética em Pesquisa – Faculdade de saúde Pública, Universidade de São Paulo

FACULDADE DE SAÚDE
PÚBLICA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Construção social da demanda em saúde: como a oferta modela a demanda?

Pesquisador: Carolina Rogel de Souza

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 43317715.2.0000.5421

Instituição Proponente: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo - FSP/USP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.043.314

Data da Relatoria: 24/04/2015

Apresentação do Projeto:

Espera-se do serviço de saúde que reconheça e resolva, na medida do possível, os problemas de saúde da população; da Atenção Básica (AB) espera-se que seja a captadora de boa parte das condições que afetam a saúde das pessoas. A proposição da Política Nacional de Atenção Básica no Brasil enuncia o "acesso universal" e a "atenção às necessidades de saúde" como parte dos fundamentos e diretrizes da AB, vendo-a como uma construção conjunta – trabalhador e usuário – de modo a produzir saúde dentro das instituições e pelo território que os circunda. O objetivo do trabalho é conhecer e analisar como a UBS/ESF reconhece e responde às necessidades dos usuários e instituições presentes em seu território. O local do estudo será uma UBS/USF do município de São Paulo e os equipamentos sociais do território serão as escolas, associações de moradores, entre outros, e os atores, os profissionais do serviço de saúde e seus usuários. A coleta de dados será por observação participante do cotidiano da unidade; entrevistas semi-estruturadas aplicadas a informantes chave e análise documental visando o levantamento de dados a respeito da Unidade de Saúde e da constituição de seu território utilizando dados disponíveis nos sistemas de informação da Prefeitura. Esses servirão de base para a caracterização do território, sua população e equipamentos presentes. A forma de análise dos achados será a hermenêutica dialética, tendo em vista que o material produzido será advindo de um conjunto de falas de diversos atores, em diferentes momentos, acerca de um mesmo tema. A pesquisa espera

Endereço: Av. Doutor Arnaldo, 715

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 01.246-904

UF: SP

Município: SÃO PAULO

Telefone: (11)3061-7779

Fax: (11)3061-7779

E-mail: coep@fsp.usp.br

FACULDADE DE SAÚDE
PÚBLICA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO

Continuação do Parecer: 1.043.314

apresentar e dar voz aos muitos atores do cotidiano dos serviços de saúde (usuários, profissionais e/ou instituições). Além da análise documental de dados da Unidade de Saúde e do território (disponíveis nos sistemas de informação da Prefeitura, Censo, entre outros), haverá caracterização do cotidiano da Unidade via observação participante e entrevistas semi-estruturadas com informantes (trabalhadores da Unidade e usuários).

Objetivo da Pesquisa:

Geral:

Conhecer e analisar como a UBS/ESF reconhece e responde às necessidades demandadas pelos usuários e instituições presentes em seu território.

Específicos:

1. Identificar quais as motivações/necessidades levam a população a procurar a UBS/ESF;
2. Identificar e examinar como os serviços oferecidos pela UBS recebem as necessidades levantadas pela população.
3. Identificar como as instituições reconhecem quais as demandas o serviço de saúde pode acolher e como são encaminhados a ele;
4. Identificar e examinar como os serviços oferecidos pela UBS/ESF recebem as necessidades levantadas pelas instituições presentes em seu território.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

O estudo contará com entrevistas e observação, o risco será mínimo, a pesquisadora irá preparar o local das entrevistas de forma a oferecer o mínimo de desconforto ao entrevistado.

Benefícios:

Espera-se que o estudo contribua com a política de saúde atual, com a efetivação do Direito à saúde auxilie gestores na organização da oferta de ações e serviços de saúde.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de pesquisa qualitativa que toma como referência a investigação social; utilizará as técnicas de análise documental, observação participante e entrevista semi-estruturada. Serão realizadas entrevistas com usuários, profissionais da unidade de saúde, com o gestor da unidade e com informantes chave de instituições do território da Unidade de Saúde para conhecer como se dá a relação das mesmas. Serão gravadas, transcritas e analisadas pela pesquisadora utilizando-se a hermenêutica dialética.

Endereço: Av. Doutor Arnaldo, 715

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 01.246-904

UF: SP

Município: SÃO PAULO

Telefone: (11)3061-7779

Fax: (11)3061-7779

E-mail: coep@fsp.usp.br

FACULDADE DE SAÚDE
PÚBLICA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO

Continuação do Parecer: 1.043.314

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

TCLE apresentado e de acordo com a normatização.

Recomendações:

Nada a acrescentar.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

SAO PAULO, 29 de Abril de 2015

Assinado por:

Sandra Roberta Gouvea Ferreira Vivolo
(Coordenador)

Endereço: Av. Doutor Arnaldo, 715

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 01.246-904

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3061-7779

Fax: (11)3061-7779

E-mail: coep@fsp.usp.br

Anexo 2 - Parecer Comitê de Ética em Pesquisa – Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo.

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Construção social da demanda em saúde: como a oferta modela a demanda?

Pesquisador: Carolina Rogel de Souza

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 43317715.2.3001.0086

Instituição Proponente: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo - FSP/USP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.142.737

Data da Relatoria: 02/07/2015

Apresentação do Projeto:

O estudo pretende conhecer e analisar como a UBS/ESF reconhece e responde às necessidades demandadas pelos usuários e instituições presentes em seu território.

O local do estudo será uma UBS/USF localizada na zona sul do município de São Paulo e os equipamentos sociais presentes em seu território – escola, ONG, Associações de moradores, entre outros.

Os atores serão os profissionais do serviço de saúde e seus usuários.

A metodologia proposta para a coleta de dados será a observação participante do cotidiano da unidade e entrevistas semi-estruturadas aplicadas a informantes chave. A forma de análise dos achados será a análise de conteúdo, tendo em vista que o material produzido será advindo de um conjunto de falas de diversos atores, em diferentes momentos, acerca de um mesmo tema.

Objetivo da Pesquisa:

Conhecer e analisar como a UBS/ESF reconhece e responde às necessidades demandadas pelos usuários e instituições presentes em seu território

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Risco: mínimo, a pesquisadora irá preparar o local das entrevistas de forma a oferecer o

mínimo de desconforto ao entrevistado.

Benefício: Espera-se que o estudo contribua com a política de saúde atual, com a efetivação do

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 1º andar
Bairro: CENTRO
UF: SP **Município:** SAO PAULO **CEP:** 01.223-010
Telefone: (11)3397-2464 **E-mail:** smscep@gmail.com

Continuação do Parecer: 1.142.737

Direito à saúde auxilie gestores na organização da oferta de ações e serviços de saúde.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante. Metodologia adequada aos fins propostos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A Folha de Rosto está corretamente preenchida, foram identificadas instituição proponente e coparticipante, autorização para realização da pesquisa foi adequadamente apresentada.

TCLE, Cronograma, fonte financiadora e orçamento detalhado estão adequados, os custos do projeto estarão a cargo do pesquisador.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências ou inadequações.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Para início da coleta dos dados, o pesquisador deverá se apresentar na mesma instância que autorizou a realização do estudo (Coordenadoria, Supervisão, SMS/Gab, etc).

Se o projeto prever aplicação de TCLE, todas as páginas do documento deverão ser rubricadas pelo pesquisador e pelo voluntário e a última página assinada por ambos, conforme Carta Circular no 003/2011 da CONEP/CNS.

Salientamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Lembramos que esta modificação necessitará de aprovação ética do CEP antes de ser implementada.

De acordo com a Res. CNS 466/12, o pesquisador deve apresentar a este CEP/SMS os relatórios semestrais. O relatório final deverá ser enviado através da Plataforma Brasil, Ícone Notificação. Uma cópia digital (CD/DVD) do projeto finalizado deverá ser enviada à instância que autorizou a realização do estudo, via correio ou entregue pessoalmente, logo que o mesmo estiver concluído.

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 1º andar

Bairro: CENTRO

UF: SP

Município: SAO PAULO

CEP: 01.223-010

Telefone: (11)3397-2464

E-mail: smscep@gmail.com

SECRETARIA MUNICIPAL DA
SAÚDE DE SÃO PAULO -
SMS/SP

Continuação do Parecer: 1.142.737

SAO PAULO, 08 de Julho de 2015

Assinado por:
SIMONE MONGELLI DE FANTINI
(Coordenador)

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 1º andar
Bairro: CENTRO CEP: 01.223-010
UF: SP Município: SAO PAULO
Telefone: (11)3397-2464 E-mail: smscep@gmail.com

São Paulo, 05 de Maio de 2015.

Ao
Comitê de Ética de Pesquisa

A Coordenadoria Regional de Saúde Sul (CRS Sul) ratifica a patente pesquisa “Construção social da demanda em saúde: como a demanda é modelada pela oferta?” e orienta o presente pesquisador, que tem por responsabilidade atender aos requisitos necessários para este instrumento, devendo ter continuidade, respeitando o artigo 1º da Portaria SMS-G de Nº 523 de 24 de Agosto de 2005 que diz:

“Todo projeto de pesquisa envolvendo seres humanos a se realizar no âmbito da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, deve ser enviado ao CEP/SMS, devidamente instruído, de acordo com as normas vigentes e deve aguardar o parecer aprovado do CEP/SMS, para que sejam iniciados os procedimentos de pesquisa. Assim, o projeto deve ser entregue ao CEP para ser analisado.”

Fica o pesquisador responsável por encaminhar ao RH-Desenvolvimento da CRS-SUL, scanado, o parecer do CEP de SMS.

O pesquisador tem o compromisso de redigir relatório final e apresentar o resultado de sua pesquisa em Reunião do Núcleo de Educação Permanente – NEP da CRS- Sul (segundo agendamento do serviço de Desenvolvimento- Gestão de Pessoas) e, assim avaliado, em conformidade com a sua qualidade e finalidade e posteriormente indexado na Biblioteca Virtual de Saúde da Secretaria Municipal de São Paulo – BVS/SMS

Atenciosamente

Carolina Rogel de Souza
Pesquisador

Maria Laura Deorsola
Coordenadoria Regional de Saúde Sul

Anexo 3 – Parecer comitê de Ética em Pesquisa – Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo

FACULDADE DE
ODONTOLOGIA DA
UNIVERSIDADE DE SÃO

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Inovação na produção do cuidado em saúde bucal. Possibilidades de uma nova abordagem na clínica odontológica para o Sistema Único de Saúde.

Pesquisador: Carlos Botazzo

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 14443513.2.1001.0075

Instituição Proponente: Universidade de São Paulo

Patrocinador Principal: CONS NAC DE DESENVOLVIMENTO CIENTIFICO E TECNOLÓGICO

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 501.069

Data da Relatoria: 04/02/2014

Apresentação do Projeto:

O projeto trata de estudo observacional quanto ao processo de trabalho em saúde no que se refere ao fluxo de pacientes. Será executado em 4 centros de atendimento em Unidade Básica de Saúde: Centro de Saúde -Escola do Butantan, Centro de Saúde-Escola Paula Souza, Centro de Saúde Integração, Distrito-Escola/Ribeirão Preto. No projeto anteriormente submetido, incluía-se também uma unidade de saúde em Recife, que foi removida nesta proposta. A pesquisa transcorrerá em 3 fases: fase 1 o que os pesquisadores chamem de "observação participante" que implica no acompanhamento paciente em todas as consultas que ele terá no centro de saúde; a fase 2 que seria uma "pesquisa intervenção" seria um trabalho de campo em atividade experimental, como se referem o pesquisadores, de clínica ampliada de saúde ou de odonto-estomatologia; a fase 3 seria o monitoramento e avaliação do projeto a longo prazo. A

Endereço: Av Prof Lineu Prestes 2227

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 05.508-900

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3091-7960

Fax: (11)3091-7814

E-mail: cepfo@usp.br

FACULDADE DE
ODONTOLOGIA DA
UNIVERSIDADE DE SÃO

Continuação do Parecer: 501.009

pesquisa com vistas à inovação tecnológica na produção do cuidado em saúde bucal (SB) pretende acompanhar pacientes distribuídos igualmente nos 4 centros.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Experenciar as possibilidades da clínica ampliada de saúde bucal na Atenção Primária, na perspectiva da integralidade, em pelo menos uma unidade em cada campo de análise.

Objetivo Secundário:

1. Analisar o modelo de atenção em saúde bucal no SUS, por meio de revisão sistemática da literatura, tendo como referência as Diretrizes para a Política Nacional de Saúde Bucal; 2. Propor novas tecnologias para o cuidado em saúde bucal na Atenção Primária, construindo novas possibilidades de intervenções individuais e coletivas; 3. Compreender o espaço da clínica como espaço pedagógico e locus privilegiado de observações; 4. Verificar o potencial transdisciplinar da saúde bucal na Atenção Primária. 5. Investigar os modos como socialmente é construída a demanda por serviços de saúde bucal ou as necessidades em saúde bucal na ótica do sujeito-paciente, levando em consideração as características do território, presença de redes sociais e a estruturação dos serviços;

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo os pesquisadores não há riscos previstos no projeto, posto que todos os passos, tarefas e procedimentos serão realizados dentro dos protocolos já em vigência nas unidades de saúde. No entanto pretendem acompanhar o paciente durante a fase 2 do projeto que "... implicará o acompanhamento da consulta em pediatria e clínica médica, no acompanhamento da consulta em saúde da mulher, saúde do idoso, saúde do homem e saúde mental, em parte ou no todo, de acordo com a situação e em respeito à intimidade e incolumidade do paciente" o que poderá de alguma forma causar constrangimento ao paciente já que não é claro como será esse acompanhamento. Este item foi comentado em parecer anterior, e o pesquisador esclarece que apenas serão acompanhados em consulta pacientes que consentirem.

Endereço: Av Prof Lineu Prestes 2227

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 05.508-900

UF: SP

Município: SÃO PAULO

Telefone: (11)3091-7960

Fax: (11)3091-7814

E-mail: cepfo@usp.br

FACULDADE DE
ODONTOLOGIA DA
UNIVERSIDADE DE SÃO

Continuação do Parecer: 501.069

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Em versão anterior, levantou-se o questionamento sobre qual o teor da intervenção citada pelo autor. Na nova versão, esclarece-se que apenas será feito acompanhamento dos pacientes, e que as intervenções a serem realizadas se referem ao protocolo de atendimento regular do paciente, e não em decorrência da participação na pesquisa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Está presente na documentação os termos de apresentação exigidos pelo CEP-FOUSP como folha de rosto, projeto na íntegra, TCLE e os termos de autorização das 4 unidades de saúde participantes. O TCLE foi revisto, e atende às normas vigentes.

Recomendações:

Tendo em vista a legislação vigente, devem ser encaminhados ao CEP-FOUSP relatórios parciais semestrais referentes ao andamento da pesquisa e relatório final ao término do trabalho. Qualquer modificação do projeto original deve ser apresentada a este CEP, de forma objetiva e com justificativas, para nova apreciação.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Nenhuma pendência ou inadequação.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

SAO PAULO, 19 de Dezembro de 2013

Assinador por:

Maria Gabriela Haye Biazevic
(Coordenador)

Endereço: Av Prof Lineu Prestes 2227

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 05.508-900

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3091-7960

Fax: (11)3091-7814

E-mail: cepfo@usp.br

FACULDADE DE
ODONTOLOGIA DA
UNIVERSIDADE DE SÃO

Continuação do Parecer: 501.069

Endereço: Av Prof Lineu Prestes 2227

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 05.508-900

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3091-7960

Fax: (11)3091-7814

E-mail: cepfo@usp.br

CURRÍCULO LATTES

Orientador: Prof. Dr. Carlos Botazzo

Carlos Botazzo

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/9399101827181317>
Última atualização do currículo em 19/09/2017

Professor Associado do Departamento de Prática de Saúde Pública, da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Graduado pela Faculdade de Odontologia de Araçatuba-SP, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, em 1971, exerceu a clínica pública e privada durante 15 anos. Em 1982, foi contratado pelo Ministério da Saúde da República Popular de Moçambique. Em 1985, ingressou no Centro de Saúde Escola "Samuel Barnsley Pessoa", do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). No mesmo ano, iniciou colaboração com o Instituto de Saúde, como dentista-sanitarista na Sessão de Odontologia Sanitária (TS-OD). Em 1986, tornou-se especialista em Saúde Pública, pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. Atuou no Centro de Atenção Integral à Saúde (CADAIS) da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, de 1988 a 1990. Foi Diretor da Unidade Básica de Saúde Humaitá e do Distrito de Saúde Bela Vista, Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo (1990-1992). Entre 1989 e 1993, a convite do Prof. Ney Moraes, foi docente colaborador do Departamento de Odontologia Social da FOB (USP), onde implantou a disciplina de Saúde Coletiva na graduação. Retornou ao Instituto de Saúde em 1993 e nele, entre 1995 e 2013, foi Pesquisador-científico. Em 1998 concluiu o doutorado em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas, sob orientação do Prof. Everardo Duarte Nunes. A partir de 2009 foi comissionado, a pedido, no Departamento de Odontologia Social da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo (FOSP). Em 2012 tornou-se Livre Docente pela Universidade de São Paulo, na disciplina de Ciências Sociais em Saúde. Em 2013, foi aprovado em concurso docente no Departamento de Prática de Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, e em novembro de 2015 foi designado Professor Sênior pela Congregação da mesma Faculdade. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em pesquisa qualitativa, atuando nos seguintes temas: Sistema Único de Saúde, Interdisciplinaridade, Cidadania e Produção da Saúde. **(Texto informado pelo autor)**

Identificação

Nome	Carlos Botazzo
Nome em citações bibliográficas	BOTAZZO, C.; Botazzo, Carlos

Endereço

Endereço Profissional	Faculdade de Saúde Pública, Departamento de Prática de Saúde Pública. Av. Dr Arnaldo, 715 Pinheiros 05509000 - São Paulo, SP - Brasil Telefone: (11) 30618031 URL da Homepage: http://www.fsp.usp.br
------------------------------	---

Formação acadêmica/titulação

1993 - 1998	Doutorado em Saúde Coletiva (Conceito CAPES 4). Universidade Estadual de Campinas, UNICAMP, Brasil. Título: Da arte dentária. Um estudo arqueológico sobre a prática dos dentistas, Ano de obtenção: 1998. Orientador: Everardo Duarte Nunes. Bolsista do(a): Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, CAPES, Brasil. Palavras-chave: dentes; arqueologia; Michel Foucault; boca; bucalidade; história. Grande área: Ciências da Saúde Grande Área: Ciências da Saúde / Área: Odontologia. Grande Área: Ciências da Saúde / Área: Saúde Coletiva / Subárea: Saúde Pública. Setores de atividade: Cuidado À Saúde das Pessoas; Educação Superior. Especialização em Especialização em Saúde Pública. (Carga Horária: 600h). Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, FCMSCSP, Brasil. Título: Planejamento para ambulatório de especialidades do Módulo VII do PMS.
1986 - 1986	

Aluna: Carolina Rogel de Souza

Carolina Rogel de Souza

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/1637520998174743>
Última atualização do currículo em 16/01/2018

Fonoaudióloga graduada pela UNIFESP (2004). Especialista em Promoção de Saúde pela Faculdade de Saúde Pública da USP (2005 a 2006). Aperfeiçoamento Profissional em Saúde Coletiva no Instituto de Saúde da Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo (2007). Mestra pelo Programa de pós-graduação em Odontologia Social da Faculdade de Odontologia da USP (2013). Fonoaudióloga do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) na região do Campo Limpo, zona sul de São Paulo (2009 a 2014). Atualmente é doutoranda no Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública - USP, bolsista CAPES. Realizou estágio sanduíche na Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da universidade de Évora em Évora, Portugal (04/2017 a 07/2017). Tem experiência em Atenção Básica, Fonoaudiologia, Saúde Coletiva, Clínica Ampliada, Pesquisa Qualitativa. (Texto informado pelo autor)

Identificação

Nome	Carolina Rogel de Souza
Nome em citações bibliográficas	SOUZA, C.R. de

Endereço

Formação acadêmica/titulação

2014	Doutorado em andamento em Saúde Pública. Faculdade de Saúde pública - USP, FSP, Brasil. com período sanduíche em Universidade de Évora (Orientador: Prfa Dra Felismina Mendes). Título: Construção social da demanda em saúde: como a demanda é modelada pela oferta? Orientador: Carlos Botazzo. Bolsista do(a): Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, CAPES, Brasil. Palavras-chave: Necessidades e demandas de serviços de saúde; Atenção Primária à Saúde; Acesso aos serviços de saúde. Grande área: Ciências da Saúde Mestrado em Odontologia social. Universidade de São Paulo, USP, Brasil. Título: Construção social da demanda em saúde., Ano de Obtenção: 2013. Orientador: Carlos Botazzo.
2010 - 2013	Palavras-chave: saúde coletiva; atenção básica; SUS. Especialização em Promoção de saúde. (Carga Horária: 400h). Faculdade de Saúde Pública, FSP, Brasil. Título: O potencial do Programa Escola da Família como espaço de promoção da saúde. Aperfeiçoamento em Aperfeiçoamento em Saúde Coletiva. (Carga Horária: 1920h). Instituto de Saúde, I Saude, Brasil. Título: Participação popular em saúde: comentários críticos com base em revisão da literatura. Ano de finalização: 2008. Orientador: Carlos Botazzo.
2005 - 2006	Bolsista do(a): FUNDAP, FUNDAP, Brasil. Graduação em Fonoaudiologia. Universidade Federal de São Paulo, UNIFESP, Brasil. Título: Capacidade de Reprodutibilidade em Paciente Portador de Fenda Palatina. Orientador: Zelita Caldeira Ferreira Guedes Ferreira Guedes.
2007 - 2008	Bolsista do(a): Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, CNPq, Brasil.
2001 - 2004	