



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA

ROSANE COSTA FARIA

**PRÁTICAS PROFISSIONAIS EM SAÚDE DA FAMÍLIA:
uma análise do atendimento à demanda espontânea**

JUIZ DE FORA

2011

ROSANE COSTA FARIA

**PRÁTICAS PROFISSIONAIS EM SAÚDE DA FAMÍLIA:
uma análise do atendimento à demanda espontanea**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde, Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial para a obtenção de título de Mestre em Saúde Coletiva

Orientadora: Profa. Dra. Estela Márcia Saraiva Campos

JUIZ DE FORA

2011

Faria, Rosane Costa.

Práticas profissionais em saúde da família: uma análise do atendimento à demanda espontânea / Rosane Costa Faria. – 2011. 104 f.

Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)-Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2011.

1. Saúde da família. 2. Atenção primária à saúde. I. Título.

CDU 613.9

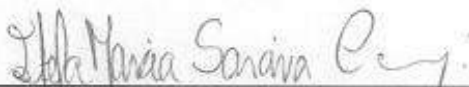
“Práticas Profissionais em Saúde da Família: uma análise do atendimento à demanda espontânea”.

ROSANE COSTA FARIA

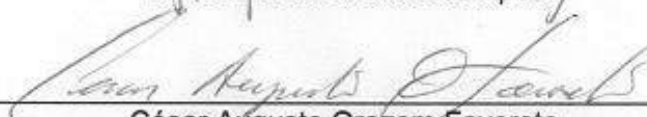
ORIENTADORA: Estela Márcia Saraiva Campos

Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade Federal de Juiz de Fora - UFJF, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Aprovado em 15/04/2011



Estela Márcia Saraiva Campos



César Augusto Orazem Favoreto



Gírlene Alves da Silva

*Este trabalho é dedicado à
equipe de Saúde da Família “Jardim de Alá”
(Equipe 3 - UAPS Santa Luzia),
com quem compartilhei, durante alguns anos, o sonho de
melhorar a vida e a saúde dos que
estavam sob nossos cuidados.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos muitos que direta ou indiretamente, contribuíram para que este trabalho fosse concluído.

De forma especial ao Stefan pelo companheirismo, pelo apoio incondicional, pela compreensão diante das minhas ausências, pela paciência, pela ajuda em revisar os textos apontando falhas e ajudando a encontrar soluções para os quebra-cabeças.

Aos meus filhos, pela presença maravilhosa, que a cada dia me inspira, me fortalece e me ajuda a superar os limites.

À Estela, pela paciência, pelas observações precisas, pelo apoio, compreensão, e pelas tardes dedicadas às revisões dos meus textos.

Aos profissionais que participaram da pesquisa por terem aceitado perder algumas horas do seu tempo já tão ocupado, com as conversas e discussões.

Aos funcionários da SMS, especialmente Lurdinha e Monique pela paciência e dedicação com que organizaram o material que solicitei para pesquisa.

Aos novos amigos da turma de mestrado 2009, em especial a Manuella e Débora, pela colaboração, incentivo e pela amizade.

*“nunca eu tivera querido
dizer palavra tão louca
bateu-me um vento na boca
e depois no meu ouvido*

*levou somente a palavra
deixou ficar o sentido”*

(Cecília Meireles)

RESUMO

Na Estratégia Saúde da Família, as equipes devem organizar o atendimento aos usuários ofertando serviços, tanto aos grupos prioritários quanto à demanda espontânea, garantindo aos usuários uma assistência integral por meio de práticas humanizadas. Estes pressupostos serviram de base à presente pesquisa que teve como objetivo avaliar o atendimento à demanda espontânea e os fatores que influenciam esse atendimento nos serviços de Saúde da Família. Para isso, realizou-se uma pesquisa qualitativa com os profissionais das equipes em duas Unidades de Atendimento Primário em Saúde (UAPS) de Juiz de Fora. A coleta de dados foi feita através de grupos focais. A análise das falas por meio de análise temática do conteúdo resultou em duas categorias de análise: Organização da Demanda Espontânea e Fatores que Influenciam a Demanda Espontânea. De forma complementar, foram analisados também documentos da Secretaria Municipal de Saúde. Os resultados mostram que a organização do atendimento aos usuários, ao definir critérios para marcação de consultas, cria obstáculos ao acesso. O acolhimento é uma prática que tem sido incorporada pelos profissionais, mas visando, principalmente, orientar o fluxo de usuários e organizar a demanda para o médico. O excesso de demanda leva a uma sobrecarga de trabalho para o médico dificultando o atendimento às queixas agudas. O atendimento à demanda expressa uma dicotomia percebida, também, na visão dos profissionais: enquanto a demanda espontânea é considerada como assistencial, curativa, orientada para a dimensão biológica das necessidades de saúde e pelo atendimento do médico, a demanda programática, ao contrário, é entendida como um conjunto de ações de promoção e prevenção. Conclui-se que tanto a forma de organizar o atendimento quanto as visões dos profissionais criam obstáculos à integralidade na assistência na ESF e que é necessário oferecer às equipes de SF tanto infraestrutura quanto novos instrumentos de abordagem da demanda.

Palavras-chave: Saúde da família. Atendimento primário. Assistência integral à saúde.

ABSTRACT

In Family Health Strategy, teams have to organize customer care, offering services both to priority groups and to the spontaneous demand, ensuring users comprehensive care through humane practices. These assumptions were taken as the basis for this research aimed at assessing the attendance to spontaneous demand and the factors that influence this care in the Family Health services. To this end, we carried out a qualitative study with the professionals in the teams of two Primary Health Care Units (UAPS) in Juiz de Fora. Data collection was carried out through focus groups. Speech was analysed using the method of thematic content analysis, which allowed us to create categories of analysis. In addition, we also analysed documents from the Municipal Health Department. The results show that the organization of attendance to users, by defining criteria for making appointments, creates barriers to its access. User embracement is a practice that has been incorporated by professionals, but aiming mainly at guiding the flow of users and organizing the demand for the physician. Excess demand leads to an overload of work for the doctor, making it difficult to deal with acute complaints. Attending the demand represents a dichotomy, seen also from the point of view of professionals; whereas spontaneous demand is considered to be assistential, curative, and oriented to the biological dimension of health needs and by the doctor's attendance, programmatic demand, by contrast, is understood as a set of actions of fostering and prevention. We conclude that both the way that the attendance is organized and the views of the professionals create obstacles to full attendance to the growing demand in the Family Health Strategy and that it is necessary to offer the Family Health team both infrastructure and new instruments to deal with the demand.

Keywords: Family Health. Primary Health Care. Comprehensive Health Care.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CLT	Consolidação das Leis trabalhistas
CM	Consulta Médica
CMC	Central de Marcação de Consultas
COREN	Conselho regional de enfermagem
DE	Demanda Espontânea
DM	Diabetes melito
DP	Demanda Programática
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HIV	Human Immunodeficiency Virus (Vírus da Imunodeficiência Humana)
MG	Minas Gerais
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
NOB	Norma operacional Básica
PAB	Piso de Atenção Básica
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAS	Plano Anual de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNH	Política Nacional de Humanização
PROESF	Programa de Expansão de Saúde da Família
PSF	Programa de Saúde da Família
RAG	Relatório Anual de Gestão
SAD	Serviço de Atenção ao Desnutrido
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgências
SF	Saúde da Família
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema único de Saúde
UAPS	Unidades de Atendimento Primário em Saúde

UBS	Unidade Básica de Saúde
VD	Visita domiciliar

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	JUSTIFICATIVA	14
3	REFERENCIAIS TEÓRICOS	16
3.1	Atenção Primária em Saúde	16
3.2	Integralidade nas ações em saúde como um dos eixos reorientadores das práticas na APS/ ESF	19
3.3	O desenvolvimento da Estratégia de Saúde da Família como modelo de APS	24
3.3.1	<i>A ESF em Juiz de Fora</i>	26
3.3.2	<i>O processo de trabalho das equipes de Saúde da Família</i>	28
4	OBJETIVOS	30
4.1	Objetivo geral	30
4.2	Objetivos específicos	30
5	METODOLOGIA	31
5.1	Cenário do estudo e definição da amostra	31
5.2	Sujeitos do estudo e coleta de dados:	33
5.3	Procedimentos para análise	36
6	ANÁLISE DOS RESULTADOS	38
6.1	Organização da demanda espontânea	39
6.1.1	<i>Critérios de marcação</i>	39
6.1.2	<i>Visão de Acolhimento</i>	43
6.1.3	<i>Articulação entre DE e DP</i>	47
6.2	Fatores que influenciam a DE	48
6.2.1	<i>A Demanda dos usuários</i>	48
6.2.2	<i>O trabalho da equipe</i>	51
6.2.3	<i>Modelo centrado na consulta médica</i>	58
6.2.4	<i>A compreensão da equipe sobre a Demanda Programática (DP)</i>	59
7	DISCUSSÃO	62
8	CONCLUSÃO	79
	APÊNDICES	88
	ANEXOS	95

1 INTRODUÇÃO

O interesse em compreender de forma mais profunda as práticas profissionais no contexto da Estratégia Saúde da Família (ESF) faz parte da minha trajetória na área de saúde, desde a graduação, passando pela especialização (residência médica) até a minha inserção no mercado de trabalho como médica de equipe de Saúde da Família (SF). Durante a graduação, aconteceu o meu primeiro contato com a Atenção Primária à Saúde (APS), embora essa temática, de grande importância na formação médica, não fizesse parte do currículo oficial, na época, ainda muito voltado para as especialidades médicas. Assim, de modo informal, pude conhecer um pouco sobre estruturação dos modelos de atenção à saúde, das suas raízes históricas e do lugar da APS nesse contexto. Durante o internato em Medicina Comunitária, ocorreu uma primeira aproximação com o Programa Saúde da Família (PSF), ao acompanhar o médico de uma equipe de Saúde da Família em uma Unidade de Atendimento Primário em Saúde (UAPS) na cidade de Juiz de Fora - MG.

A partir do interesse em atenção primária, mais especificamente da clínica neste contexto, foi coerente buscar uma residência com enfoque de clínica em APS. Desta forma, optei por uma especialização em Medicina Geral Comunitária, no Hospital Santa Marcelina - Zona Leste de São Paulo, que era um dos prestadores de serviço aos centros de Saúde que trabalhavam com PSF através do projeto *Qualis*. O enfoque da residência era em Medicina de Família, sendo as atividades do primeiro ano desenvolvidas através de especialidades básicas, como: pediatria, clínica médica e gineco-obstetrícia, tanto a nível hospitalar quanto ambulatorial. No segundo ano, os residentes acompanhavam os médicos em alguns centros de saúde. Nesse período, intensifiquei então o meu contato com as equipes de PSF, o que me permitiu compreender um pouco mais a Saúde da Família como estratégia de implantação de modelo de APS no Brasil¹.

¹ Na residência, além das atividades práticas, são desenvolvidas atividades teóricas com o objetivo de permitir ao médico uma visão geral sobre modelos de atenção à saúde e sobre a inserção do PSF na Saúde Pública no Brasil.

Em agosto de 2004 ingressei no PSF de Juiz de Fora onde comecei a viver a experiência de atuar em uma equipe de saúde da família dessa localidade, permanecendo neste trabalho por seis anos.

A partir de então, alguns aspectos das práticas de atendimento me chamaram a atenção e despertaram alguns questionamentos que me motivaram a compreendê-los mais profundamente. Em Juiz de Fora, o atendimento aos usuários nas unidades de SF acontece em dois turnos pela manhã e à tarde, sendo um turno voltado para a demanda espontânea, centrada nas consultas de demanda médica e o outro voltado para as demandas agendadas (Saúde da Mulher, Saúde da Criança, Saúde do Adulto, Visitas Domiciliares) com o envolvimento de todos os integrantes da equipe, principalmente os profissionais da área de enfermagem. Em geral, as unidades seguem esse padrão de atendimento com algumas diferenças quanto à distribuição das atividades nos turnos. As consultas médicas são marcadas através da distribuição de senhas ou por ordem de chegada nas unidades, apesar das várias tentativas tanto da SMS (Secretaria Municipal de Saúde) quanto de alguns profissionais de se estabelecer fluxos de atendimento e protocolos de acolhimento.

Esse modo de conformar as práticas de atenção leva a certa rigidez no processo de trabalho, onde é notória a dificuldade dos profissionais de lidar com as demandas da população e de organizar um fluxo de atendimento aos usuários. Existe também uma grande dificuldade em articular o atendimento das demandas espontânea e programática. Constata-se, além disso, cobranças diferenciadas em relação ao trabalho do médico, que acaba por ser responsabilizado pela maioria dos atendimentos de demanda espontânea.

Outra questão a se ressaltar é a dificuldade dos profissionais em instituir uma relação mais dialógica com os usuários e de utilizar práticas mais humanizadas no atendimento.

Como consequência desta forma de organizar as práticas cria-se uma repressão na demanda e uma pressão sobre as equipes de SF, tornando cada vez mais tensa a relação entre profissionais e usuários. Além disso, a dificuldade de organizar e planejar as ações, o precário investimento institucional na estratégia, os diferentes vínculos empregatícios entre os membros da equipe e a grande rotatividade de profissionais levam a insatisfação e pouca motivação dos profissionais para o trabalho.

Estes questionamentos partiram de algumas referências de como deve ser o atendimento aos usuários na SF e apóiam-se nos seguintes pressupostos:

- Todos os usuários devem ter garantia de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de atenção e a ESF é primeiro nível de contato das populações com estes serviços. Considerando que o acesso aos serviços depende, dentre outros fatores, da forma como se dispõem os recursos humanos, a sua garantia é assegurada portanto, pela organização das equipes (TRAVASSOS; OLIVEIRA; VIACAVA, 2006);
- O trabalho da equipe deve ser integrado e coordenado e todos os integrantes devem participar de forma efetiva cabendo a eles atuar de forma conjunta com os outros membros (MALTA, 1998);
- Deve ser respeitado o vínculo que os usuários estabelecem com os diferentes integrantes da equipe aos quais cabe referenciar o usuário a outros profissionais dentro do serviço ou a outros níveis de atenção de acordo com a necessidade;
- Todo usuário que procura o serviço de saúde deve ser ouvido e cabe ao profissional que o atende trabalhar para que as suas necessidades sejam atendidas;
- É necessária uma articulação entre demanda espontânea e demanda programática para responder de forma adequada às necessidades apresentadas pelos usuários.

Partindo dessas considerações, podemos analisar o potencial da ESF em instaurar nos serviços práticas mais acolhedoras, criadoras de vínculos e com o potencial de responder às necessidades de saúde da população.

Este cenário justificou a escolha do tema desta pesquisa que teve como objeto de estudo sobre o atendimento à demanda a partir da ótica dos profissionais das UAPS/ SF.

2 JUSTIFICATIVA

A avaliação dos indicadores de saúde a partir da implantação da ESF tem mostrado que a estratégia tem conseguido gerar impactos positivos na saúde coletiva e vem promovendo melhorias na assistência, principalmente na atenção à saúde da criança, da mulher, dos portadores de hipertensão arterial e diabetes melito. Szwarcwald, Mendonça e Andrade (2006) destacam alguns resultados como a melhoria na atenção materno-infantil através do aumento da cobertura e na qualidade pré-natal medida pela realização de exames como glicemia, detecção de HIV e sífilis, melhoria na cobertura do exame ginecológico e no atendimento à saúde da criança através da vacinação, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento. Facchini e outros (2006) destacam que através da ESF houve ampliação das ações e recursos na atenção à saúde da mulher como cobertura de papanicolau, na atenção às morbidades em crianças como diarreia e pneumonia, no acompanhamento de adultos com hipertensão arterial e diabetes melito e no acompanhamento aos idosos. Esses avanços foram notados tanto na região Sul quanto Nordeste do país. Piccini, Facchini e Tomasi (2006), ao avaliarem o desempenho de unidades de SF em comparação com UBS tradicionais no atendimento aos idosos destacam um melhor desempenho das unidades de SF em relação à utilização de protocolos para os cuidados domiciliares e realização de grupos de atendimento aos idosos portadores de hipertensão arterial e diabetes melito.

Por outro lado, apesar do reconhecimento da capacidade da ESF de promover melhorias na qualidade de vida e nos indicadores de saúde, estudos qualitativos têm demonstrado a dificuldade da estratégia de lidar com a chamada demanda livre, ou seja, a demanda dos usuários que procuram espontaneamente os serviços. Alguns desses estudos têm demonstrado que no trabalho dos profissionais e das equipes persistem dificuldades em resolver as necessidades imediatas dos usuários, estabelecendo barreiras ao acesso que acabam por levar os usuários a buscar em outros serviços as respostas de que necessitam (BARROS; SÁ, 2010; OLIVEIRA; MATTOS; SOUZA, 2009).

Esses estudos destacam que nas práticas dos profissionais persistem obstáculos ao cumprimento dos ideais da APS e à promoção de um atendimento

mais integral no âmbito da ESF. Isso pode sinalizar para o fato de que somente a institucionalização de um novo programa não garante a melhoria na qualidade da atenção e integralidade nas ações.

3 REFERENCIAIS TEÓRICOS

3.1 Atenção Primária em Saúde

A ideia de um serviço de saúde que contemple ações de cunho curativo e preventivo, que esteja perto do usuário e que seja direcionado para as necessidades locais é antiga, sendo que os primeiros centros de saúde, instituição responsável pelo atendimento médico a nível primário, foram criados, no início do século XX nos Estados Unidos e Inglaterra (ANDRADE; BUENO; BEZERRA, 2008).

Um marco mundial tomado como referência por vários países para reformular seus modelos de atenção a partir da APS foi a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde realizada em 1978, em Alma-Ata, que trouxe avanços ao considerar saúde como um direito fundamental do ser humano e definiu pressupostos e metas para que os países atinjam o maior nível de saúde possível. Esse encontro reafirmou a APS como

[...] o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, por meio da qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde. (CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE, 1978, p.2).

Considerando a APS sob o ponto de vista dos sistemas de atenção à saúde, Starfield (2002) destaca como referência a definição da Associação Médica Canadense que considera a Atenção Primária como a porta de entrada para o sistema de atenção à saúde, mantendo, no entanto, uma interligação aos outros componentes do sistema. Destaca também A Carta para Clínica Geral/Medicina de Família na Europa, desenvolvida por um grupo de trabalho da Região Europeia da Organização Mundial da Saúde, que reconhece o papel da atenção primária como um sistema de atenção que oferece atendimento acessível e aceitável para os pacientes; assegura a distribuição equitativa de recursos de saúde; integra e coordena serviços curativos, paliativos, preventivos e promotores de saúde; controla,

de forma racional, a tecnologia da atenção secundária e os medicamentos. Além disso, destaca 12 características capazes de aumentar a relação custo-efetividade dos serviços: 1) geral: não se restringe a faixas etárias ou tipos de problemas ou condições; 2) ser acessível no contexto da comunidade, em relação ao tempo, lugar, financiamento e cultura; 3) ser integrada e abrangente quanto aos aspectos curativos, reabilitador, promotor de saúde e na prevenção de enfermidades; 4) ser continuada proporcionando a longitudinalidade do cuidado ao longo de períodos substanciais de vida; 5) ser praticada em equipe, sendo o médico e outros profissionais partes de um grupo multidisciplinar; 6) ser holística, isto é, atuar sobre as perspectivas físicas, psicológicas e sociais dos indivíduos, das famílias e das comunidades; 7) ser pessoal, focalizando a atenção na pessoa e não na enfermidade; 8) ser orientada para a família, ou seja, os problemas devem ser compreendidos no contexto da família e da rede social; 9) ser orientada para a comunidade, valorizar o seu contexto de vida conhecer as necessidades de saúde na comunidade e promover a colaboração com outros setores para desencadear mudanças positivas de saúde; 10) coordenar toda a orientação e apoio que a pessoa recebe; 11) ser confidencial, garantindo assim a confiança da comunidade na atuação dos profissionais; 12) ser defensora do paciente em questões de saúde sempre e em relação a todos os outros provedores de atenção à saúde.

A APS corresponde no sistema de saúde, ao nível que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas (atenção ao primeiro contato), fornece atenção direcionada à pessoa (e não para a enfermidade) no decorrer do tempo (longitudinalidade), para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordena ou integra a atenção quando existe a necessidade dos pacientes serem referenciados para outros níveis. Compreende os serviços de prevenção, cura e reabilitação voltados para a promoção da saúde e bem-estar. O trabalho em APS requer competências adaptadas a este nível de atenção entre os quais se destacam um processo de trabalho interdisciplinar, o desenvolvimento de certa compreensão e de abordagens sobre os determinantes biopsicossociais do processo saúde/doença, a identificação das demandas da comunidade, a identificação do cuidado apropriado aos problemas clínicos mais frequentes, o cuidado integral e contínuo centrado na pessoa (STARFIELD, 2002). Difere dos serviços de atenção secundária ou terciária, onde os pacientes apresentam processos de doenças bem definidos e muitas vezes o diagnóstico se faz de forma

fácil. Em atenção primária, ao contrário, os pacientes têm, frequentemente, queixas muito pouco específicas e vagas. Os médicos da atenção primária, quando comparados com especialistas, lidam com uma variedade mais ampla de problemas, tanto do ponto de vista da saúde individual quanto das populações com as quais trabalham.

A Sociedade Europeia de Clínica Geral/ Medicina Familiar (WONCA-EUROPA, 2002), alinhada com as definições de Starfield (2002) sobre prática de APS define as atribuições necessárias ao exercício da medicina de família: a) ser normalmente o primeiro contato com o sistema de saúde, proporcionando um acesso aberto e ilimitado aos seus usuários e lidando com todos os problemas de saúde, independentemente da idade, sexo, ou qualquer outra característica da pessoa em questão; b) utilizar de forma eficiente os recursos disponíveis, coordenando a prestação de cuidados, trabalhando com outros profissionais no contexto dos cuidados primários e gerindo a interface com outras especialidades, assumindo um papel de advocacia do paciente sempre que necessário; c) desenvolver uma abordagem centrada na pessoa, orientada para o indivíduo, a família e a comunidade; d) ter um processo de consulta singular em que se estabelece uma relação ao longo do tempo, através de uma comunicação médico-paciente efetiva; e) ser responsável pela prestação de cuidados continuados, longitudinalmente de acordo com as necessidades do paciente; f) tomar decisões a partir da prevalência e incidência das doenças na comunidade; g) abordar os problemas agudos e crônicos dos pacientes; h) abordar e promover diagnósticos precoces das doenças que se apresentam de forma indiferenciada e que pode necessitar de intervenção urgente; i) promover a saúde e bem-estar através de intervenções tanto apropriadas como efetivas; j) ter uma responsabilidade específica pela saúde da comunidade. k) lidar com os problemas de saúde em todas as suas dimensões física, psicológica, social, cultural e existencial.

A APS é, portanto, um modelo de atenção capaz de prover uma assistência integral aos indivíduos. A partir das experiências internacionais e brasileiras com o atendimento primário, vários autores têm buscado promover uma discussão sobre práticas integrais no contexto da ESF, modelo de implantação da APS no Brasil.

3.2 Integralidade nas ações em saúde como um dos eixos reorientadores das práticas na APS/ ESF

Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2006a), ações em saúde orientadas pela integralidade são aquelas estruturadas a partir da interdisciplinaridade, realizadas através do trabalho em equipe e que tenham a capacidade de:

- Integrar prevenção de agravos, promoção e vigilância à saúde, tratamento e reabilitação;
- Dar respostas tanto às ações programáticas quanto à demanda espontânea;
- Coordenar uma rede de cuidados caracterizados por um trabalho em saúde humanizado (BRASIL, 2006a).

Mattos (2001, p.41) destaca a integralidade como “[...] um conjunto de valores pelos quais vale a pena lutar [...]” que podem ser expressos como uma boa prática médica, fundamentada numa visão ampliada sobre os processos de saúde adoecimento e que busque superar as práticas assistenciais centradas na biomedicina. Os problemas que se apresentam hoje aos serviços de saúde devem ser analisados por uma ótica da saúde não somente como ausência de doença, mas como uma condição que depende do trabalho, do lazer, da educação, da alimentação, da moradia, da segurança, das relações sociais que se estabelecem nas comunidades, do acesso a serviços de saúde. Essa concepção ampla do processo saúde-adoecimento requer mudanças de atitudes dos profissionais ao configurar suas práticas assistenciais para buscar captar as reais necessidades de saúde da população.

Mattos (2004) destaca ainda a articulação entre assistência e prevenção como uma das formas de praticar a integralidade no cotidiano dos serviços. Considera a importância da contextualização dos sujeitos a partir da sua realidade e das suas necessidades manifestas. Para ele, a assistência é demandada pelo usuário a partir de uma experiência de sofrimento que ele traz aos serviços sob a forma de necessidade. Enquanto a prevenção busca antever os riscos e atuar sobre os fatores que podem vir no futuro próximo a levar ao sofrimento individual. No centro desta questão encontra-se a pessoa portadora de necessidades e o grande

desafio colocado para os serviços de saúde é oferecer respostas adequadas a estas necessidades, seja sob a forma de ações preventivas ou assistenciais.

Articular no cotidiano essas duas práticas, de fato, significa apreender adequadamente as necessidades que são apresentadas pelo usuário, o que requer por parte do profissional uma escuta atenta e uma boa capacidade de dialogar. Significa, a partir da compreensão da realidade e das singularidades de cada indivíduo, compreender os limites e as possibilidades das intervenções possíveis para cada um.

Ainda numa reflexão sobre integralidade, Campos (2007a) destaca que a visão da saúde como ausência de doença tende a sustentar modelos de atenção voltados para práticas curativas e que focalizam somente o aspecto biológico do adoecimento. Ele propõe a reformulação do modelo de atenção com base na Clínica Ampliada, que possibilita superar a visão puramente biológica do processo saúde-doença e promover intervenções pautadas no reconhecimento da importância do contexto de vida e de singularidades individuais na determinação dos processos de adoecimento. Uma visão ampliada da clínica é capaz de situar a pessoa e suas necessidades de saúde no centro da discussão e a partir das suas necessidades desenhar formas de enfrentamento dos problemas fortalecendo-a e aumentando assim a sua autonomia.

Para Franco e Magalhães Júnior (2003), o trabalho em saúde produtor de cuidado deve ter como eixo central a utilização de tecnologias leves², que expressam um saber contido nas relações que se estabelecem entre profissionais e destes com os usuários. Apoiar nas tecnologias leve-duras como a clínica, a epidemiologia, a psicanálise, dentre outros saberes estruturados. Tecnologias leves como o acolhimento, traduzem uma relação acolhedora e dialógica entre profissional e usuário, no sentido de captar as reais necessidades por trás das queixas e dos discursos, que possibilite a criação de vínculos e que busque as soluções para maior autonomia aos usuários. Criar vínculo significa aproximar-se, criar laços de confiança mútua. Responsabilizar-se significa utilizar todo o potencial disponível nos serviços de saúde na busca de soluções para os problemas trazidos pelos usuários.

² Para Merhy e outros (2007) as tecnologias envolvidas no trabalho em saúde podem ser do tipo leve que compreende as tecnologias de relação do tipo produção de vínculo, autonomização, acolhimento, gestão como uma forma de governar processos de trabalho; leve-dura que são saberes bem estruturados que operam no trabalho em saúde, como a clínica médica a clínica psicanalítica, epidemiologia e dura equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, normas, estruturas organizacionais.

(FRANCO; BUENO; MERHY, 1999; MALTA, 1998). A utilização do acolhimento, enquanto diretriz operacional dos serviços de saúde, permite estruturar o funcionamento dos serviços partindo das seguintes princípios:

- Garantir o acesso universal: significa que todos os usuários que procuram os serviços devem ser ouvidos nas suas necessidades;
- Reorganizar o processo de trabalho a partir do deslocamento do eixo central do atendimento centrado na consulta médica, para um atendimento multidisciplinar;
- Qualificar a relação trabalhador usuário que deve dar-se por parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999).

Já para Camargo Júnior e outros (2006, p.26) o acolhimento pode ser pensado sob três dimensões: como postura, como técnica e como princípio de reorientação de serviços. A postura traz a ideia de acolher o usuário, realizar uma escuta atenta das suas necessidades e estabelecer vínculos de confiança. Como técnica, o acolhimento tem a função de instrumentalizar a organização da demanda. Como princípio de reorientação de serviços, o acolhimento é um princípio norteador do trabalho, capaz de reestruturar o processo de trabalho das equipes e de promover o gerenciamento das ações em saúde, instaurando novas formas de abordagem do usuário.

Para Franco e Magalhães Júnior (2003) uma forma de se definir o projeto de trabalho em instituições é analisar os projetos terapêuticos desenvolvidos para os usuários. Os Projetos Terapêuticos Cuidadores buscam a integralidade no cuidado, orientando-se por alguns dispositivos que levam a uma reestruturação do processo de trabalho:

- A incorporação de múltiplas disciplinas cujos saberes interagem com o setor saúde como psicanálise, ciências sociais, análise institucional, vigilância a saúde, dentre outras;
- Inversão dos processos e tecnologias de trabalho voltando à centralidade para as tecnologias leve e leve-duras;
- Ambiente organizacional favorável de modo a conseguir a adesão dos trabalhadores sem os quais não se realiza mudanças em profundidade nos serviços;

- Adesão de todos os atores envolvidos nos processos de trabalho em saúde.

Favoreto e Camargo Júnior (2002) consideram necessário superar a prática clínica limitada ao que denominam “escopo do método anátomo-clínico”. Assim, é necessário o desenvolvimento de novos saberes e práticas amparadas em novas dimensões do adoecer, como as percepções sociais, culturais, valorização da fala da escuta dos envolvidos no cuidado à saúde.

O princípio da integralidade pressupõe ainda o desenvolvimento de ações promocionais e de prevenção de doenças, através de práticas educativas dialógicas. As práticas educativas em saúde que se orientam por uma lógica de transmissão de informações, consideram o usuário como um simples depositário do saber técnico da equipe de saúde. Essa prática é uma herança do pensamento higienista, que no passado tinha a função de disciplinar os cidadãos dentro de regras morais e higiênicas, combater a epidemias e sanear as cidades e os portos com vistas a promover a economia agroexportadora. Elas desenvolveram-se sob um discurso biologicista, com ênfase nos determinantes individuais do processo de saúde/adoecimento sem valorizar aspectos como condições de vida, trabalho, educação, lazer. Essa forma de abordagem dos problemas a partir de saberes técnicos não considera, na maioria das vezes, a realidade do usuário a quem se prega sendo que “novos valores e estilos de vida são tratados como algo a ser enxertado na comunidade” (CAMPOS; ONOCKO, 2008, p. 680). Além disso, deve-se considerar que os comportamentos das pessoas são orientados por crenças, subjetividades e representações em relação à saúde/doença. Para Minayo (1988) os pensamentos dos usuários sobre saúde-doença refletem concepções abrangentes sobre a dor, o sofrimento, a vida, a morte, o destino do ser humano, as relações dos homens entre si e com a natureza, que não são reconhecidos e valorizados em processos tradicionais e normatizados de educação em saúde. Essas pensamentos expressam ainda concepções sobre os processos de adoecer e conviver com as doenças que somente fazem sentido se compreendidos dentro do contexto cultural e social das comunidades assistidas pelos serviços de saúde.

Alves (2005) reconhece hoje dois modelos prevalentes de educação em saúde: o modelo tradicional e o modelo dialógico que, segundo essa autora, tensionam-se no campo das práticas. No modelo tradicional, a prática educativa desenvolve-se com base na informação para a saúde, objetiva a mudança de

hábitos e comportamentos. Os usuários são considerados indivíduos carentes de informações devendo o profissional ensinar o que e como fazer para se alcançar ou manter um bom nível de saúde. No modelo dialógico, a prática educativa mostra-se sensível as necessidades dos usuários, acolhe os conhecimentos que estes trazem e propõe a transformá-los. Busca, através da construção conjunta dos conhecimentos e de uma relação mais horizontalizada entre profissionais e usuários, aumentar a autonomia dos indivíduos, a sua capacidade de lidar com os seus problemas, além de uma maior responsabilização deste com a sua vida e sua saúde.

A integralidade expressa-se ainda por um trabalho integrado de uma equipe multiprofissional. A Política Nacional de Atenção Básica, ao mostrar a importância da interdisciplinaridade considera como uma das diretrizes do processo de trabalho em equipe a “valorização dos diversos saberes e práticas na perspectiva de uma abordagem integral e resolutiva, possibilitando a criação de vínculos de confiança com ética, compromisso e respeito.” (BRASIL, 2006a, p.26). Segundo Bonet (2005), uma das questões fundamentais colocadas hoje para o trabalho em equipe é a necessidade de se romper com as dificuldades de comunicação entre as várias disciplinas que compõe o trabalho em saúde. A concepção de integralidade a partir do trabalho em equipe pressupõe a necessidade da articulação dos saberes na busca dos caminhos para o desenvolvimento de um trabalho pautado pelo diálogo e pela interdependência dos múltiplos olhares dos profissionais da saúde

A análise desses estudos mostra a importância e a necessidade de se avaliar os serviços a partir dos processos de trabalho e das práticas em atenção primária, em especial na ESF com o objetivo de se compreender os fatores determinantes das práticas, e para que direções elas apontam: se estas refletem novas formas de abordar os problemas que se apresentam cotidianamente aos serviços, ou se estas persistem reproduzindo um modelo de atenção fragmentado, marcado pela abordagem da doença como processo puramente biológico ignorando outros determinantes da doença e da saúde.

3.3 O desenvolvimento da Estratégia de Saúde da Família como modelo de APS

O Sistema Único de Saúde (SUS) é o marco institucional de um novo momento para a assistência à saúde no Brasil. Mostra uma nova perspectiva de atenção por meio dos princípios constitucionais de universalidade de acesso, integralidade da atenção e equidade. A universalidade do acesso permitiu a extensão da cobertura assistencial a todos os brasileiros, antes acessível apenas aos que contribuía para o fundo de previdência. A equidade prevê que os serviços de saúde alcancem, no primeiro momento, aqueles anteriormente descobertos de qualquer assistência, atingindo gradualmente a todos, mas sempre com o sentido da discriminação positiva, privilegiando os que mais necessitam. A integralidade tem como fundamento superar a dicotomia existente no modelo assistencial brasileiro, conforme observa Cohn (2005) onde a assistência médica era desenvolvida no âmbito das instituições previdenciárias com recursos advindos das contribuições, enquanto as ações preventivo-promocionais eram desenvolvidas no âmbito de instituições estatais financiadas com recursos limitados.

As leis complementares permitiram construir um arcabouço legal e consolidar os princípios e diretrizes do SUS inscritos na Constituição. Na Norma Operacional Básica – NOB 1/1996, observamos as primeiras referências sobre a necessidade de estruturar a atenção a saúde a partir da Atenção Básica (AB). Além disso, esta NOB trouxe incentivos financeiros destinados à melhoria dos serviços de AB como o pagamento dos serviços *per capita* (PAB fixo) e através de incentivos aos Programas de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), ao Programa Saúde da Família (PSF); ao Programa de Combate às Carências Nutricionais; a Farmácia Básica e as Ações Básicas de Vigilância Sanitária (BRASIL, 1996).

Em razão dos incentivos financeiros houve uma grande expansão das equipes de SF. Nos municípios que já trabalhavam com o PACS, cujas ações eram mais focalizadas, voltadas principalmente para assistência materno-infantil, houve uma incorporação deste programa ao PSF seguida de uma expansão das atividades. Para Viana e Dal Poz (1998) a incorporação dos ACS no PSF permitiu incorporar uma nova lógica de trabalho através da ampliação das ações preventivas

e da busca ativa dos usuários, não esperando a vinda dos usuários à demanda espontânea.

Desta forma, os documentos do MS em 1997 destacaram como principais objetivos do PSF:

- Prestar assistência integral, contínua, com resolubilidade e boa qualidade às necessidades de saúde da população adscrita;
- Intervir sobre os fatores de risco aos quais a população está exposta;
- Eleger a família e o seu espaço social como núcleo básico de abordagem no atendimento à saúde;
- Humanizar as práticas de saúde através do estabelecimento de um vínculo entre os profissionais de saúde e a população (BRASIL, 1997).

Posteriormente, a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2006a) aprimorou essas atribuições e objetivos enfatizando como ações específicas do trabalho em Saúde da Família aquelas a serem realizadas em um território definido, por meio de: a) práticas de cuidado familiar ampliado utilizando instrumentos de abordagem familiar, b) prática interdisciplinar, c) desenvolvimento de ações intersetoriais; d) incentivo à mobilização e participação comunitária. Destaca ainda que a ESF tem como objetivo prestar assistência integral, resolutiva, de boa qualidade, por meio da articulação de ações preventivas e de promoção de saúde, em um território definido, focalizando a atenção na família e nas comunidades (BRASIL, 2006a).

Além disso, explicita os objetivos do trabalho na ESF e especifica atribuições de cada profissional e as características comuns ao processo de trabalho dos profissionais e da equipe. Destaca que as ações de prevenção, promoção e assistência, devem ser realizadas por meio de um atendimento humanizado, com a criação de vínculo entre profissionais e usuários, com responsabilização da equipe pela área adscrita bem como a coordenação do cuidado que inclui o direcionamento do usuário aos outros níveis de atenção quando necessário (BRASIL, 2006a).

3.3.1 A ESF em Juiz de Fora

Segundo Saraiva Campos (2007), o processo de implantação da Saúde da Família em Juiz de Fora se destaca pelas características peculiares que marcam os primeiros anos e os anos subsequentes.

No primeiro período, de 1995 a 1999, que marca o início deste processo, o modelo assimilado e proposto pela gestão foi o modelo centrado no médico de família. São características desse período o parâmetro de adscrição que vinculava a população à UBS e não a uma equipe, o atendimento centrado no médico da equipe, a presença de médicos de especialidades básicas que davam apoio às equipes. As equipes eram compostas por um ou dois médicos de família, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem. Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS's) não estavam integrados às equipes, não havendo, portanto, composição de equipe mínima o que levou ao descredenciamento do programa junto ao MS.

Já o segundo período, a partir de 2000, é marcado pela incorporação do ACS às equipes, o que fez com que o município fosse recredenciado junto ao MS e pela inclusão do município no Programa de Expansão de Saúde da Família (PROESF). No final do ano 2000, o número de equipes chega a 53 e no final de 2006, este número chega a 80. Pelas metas previstas no PROESF, havia uma projeção para 2008 de 113 equipes e 80.6% de cobertura populacional (SARAIVA CAMPOS, 2007).

Seguindo esta linha do tempo, podemos destacar o momento atual como o terceiro período da SF no município. Podemos caracterizá-lo como um momento de desestruturação da ESF, marcado pela estagnação do processo de expansão da SF, descredenciamento de equipes pelo MS, não adesão do município aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e à implantação das equipes de saúde bucal, desestruturação das equipes e instabilidade nos vínculos empregatícios.

Em janeiro de 2006, o total de equipes de SF era de 80 e a cobertura populacional de 51,4% (SARAIVA CAMPOS, 2007). O Plano Municipal de Saúde (JUIZ DE FORA, 2008a) mostra que a cobertura da ESF correspondia a 84 equipes e 50,35% da população. A meta de expansão era de 54% da população coberta, mas o Relatório Anual de Gestão - 2008 (JUIZ DE FORA, 2008b) mostra que essa meta não foi alcançada permanecendo a cobertura em 50,10%. Já no PAS - 2009

(JUIZ DE FORA, 2009c) definiu-se como meta a implantação de 10 equipes de SF o que levaria a um aumento de 4, 8% na cobertura atingindo 54,4% da população. Este documento previa também a implantação de equipes de Saúde Bucal e a contratação de profissionais que comporiam o NASF. No entanto o RAG (JUIZ DE FORA, 2009b) mostra que estas metas não foram atingidas. Esses números mostram que o ritmo de expansão diminuiu e estabilizou.

Além da desaceleração na expansão, começou a ocorrer o descredenciamento de equipes pelo MS. Em abril de 2010, a cidade contava com 84 equipes de SF, mas apenas 73 estavam credenciadas junto ao MS, já que as 11 equipes restantes não foram contempladas naquele mês com o repasse de verba do Piso variável de Atenção Básica (PAB variável) (JUIZ DE FORA, 2010a). O repasse de verbas é interrompido quando as equipes ficam incompletas, isto é, quando faltam médicos, enfermeiros ou auxiliares de enfermagem por 3 meses consecutivos ou por 5 meses alternados.

O RAG -2009 (JUIZ DE FORA, 2009b) destaca como um dos motivos para o não cumprimento das metas de expansão o processo de intervenção do Ministério Público no município, que vem apontando irregularidades no vínculo empregatício dos profissionais da ESF, o que comprometeu a contratação de novos profissionais. Atualmente, os profissionais que compõem as equipes têm diferentes vínculos empregatícios, mas todos cumprem 40 horas de trabalho semanais conforme a norma do Ministério da Saúde (MS). Entre os médicos, alguns são funcionários estatutários vinculados à Prefeitura com um regime de 20 horas de trabalho semanais. Para se chegar a 40 horas exigidas pelo MS, as 20 horas eram cumpridas com contrato de trabalho em regime de CLT (Consolidação das Leis Trabalhistas). Já os enfermeiros e auxiliares de enfermagem são funcionários estatutários da Prefeitura. A partir do mês de Setembro de 2010, por interferência do Ministério Público em ação contra o regime de trabalho da Prefeitura, todos os médicos foram demitidos e novamente contratados em regime de contrato temporário de trabalho. Os ACS foram contratados pela Prefeitura sob regime de CLT. Essas questões trabalhistas provocam insegurança e insatisfação nos profissionais da equipe e é uma das causas da grande rotatividade, principalmente de médicos e ACS. Além disso, durante esse processo de demissão e recontração muitos médicos se afastaram definitivamente, o que agravou ainda mais este problema.

Esses aspectos refletem-se no cotidiano do trabalho dos profissionais resultando na perda de qualidade do trabalho. De acordo com dados do DAB-SMS, houve uma diminuição das atividades desenvolvidas pelas equipes de saúde da família quando comparamos os anos de 2007 e 2009. Houve queda no número de Consultas Médicas, Consultas de Enfermagem, Marcação de consultas para especialidades através de encaminhamentos das equipes e Puericultura. Também houve queda no número de menores de 2 anos com vacinação em dia, nos exames de prevenção de câncer cérvico-uterino e de mama, no número de exames cito-cérvico-vaginal, no número de gestantes cadastradas e gestantes acompanhadas, no número de consultas de pré-natal e na porcentagem de cobertura de gestantes. Houve um aumento no número de hipertensos cadastrados e acompanhados e diabéticos acompanhados. Também diminuiu o número de visitas domiciliares realizadas pelos médicos, enfermeiros e profissionais de nível médio. Houve um aumento no número de visitas dos ACS e de outros profissionais de nível superior, o que elevou o número total de visitas. Houve também uma queda nos grupos de Educação em Saúde (Apêndice A).

3.3.2 O processo de trabalho das equipes de Saúde da Família

No município de Juiz de Fora, as UAPS's/SF estão abertas de 7 às 17 horas e fecham no intervalo de 11 às 13 horas. Algumas unidades oferecem um terceiro turno de atendimento de 17 até 21 horas com serviços de clínica, gineco-obstetrícia e pediatria, priorizando as urgências. As equipes de SF atendem aos usuários nos turnos da manhã e à tarde. Pela manhã, geralmente atendem a demanda espontânea, e à tarde, reservam para as ações programáticas da ESF, as demandas agendadas. Além do atendimento clínico prestado pelos médicos e enfermeiros nas UAPS, também são realizados outras ações como curativos, vacinas, coleta de sangue e outros materiais biológicos para exames, fornecimento de medicações, marcação de consultas com especialistas através da Central de Marcação de Consultas (CMC), atendimento do serviço social e atendimento odontológico. Também realizam VD (visita domiciliar). As equipes de SF são

responsáveis pela pesagem das crianças cujos pais recebem Bolsa-Família e pelas crianças desnutridas atendidas no Serviço de Atenção ao Desnutrido (SAD).

Os enfermeiros realizam atendimento de Saúde da Mulher (preventivos de câncer de mama e colo de útero, pré-natal, climatério/ menopausa, pós-parto), saúde da criança (puericultura e SAD), Saúde do Adulto (hipertensos e diabéticos), Visitas Domiciliares (idosos, acamados, retirada de pontos, curativos, coleta de sangue, mulheres em pós-parto e recém-nascidos), atendimento de curativos, vacinas, entrega de medicações, além dos grupos educativos. Participam do atendimento a DE organizando o atendimento na fila, realizando triagem e pré-consulta. Os auxiliares/técnicos de enfermagem fazem atendimento de vacinas, curativos, entrega de medicação, esterilização de material e coleta de sangue, visitas domiciliares para realização de curativos, retirada de pontos nos casos onde os usuários não podem se deslocar até a UAPS. Os médicos atendem os usuários que procuram a DE e também junto com os enfermeiros, os adultos, mulheres, crianças, além de VD's. Atendem também aos usuários com transtornos mentais que necessitam de acompanhamento e troca de receita. A maioria das UAPS não tem auxiliar de balcão ou recepcionista ficando a cargo dos técnicos de enfermagem e enfermeiros a recepção aos usuários.

As equipes de Saúde da Família interligam-se à rede de serviços de saúde do município através da CMC (Central de Marcação de Consultas), onde são agendados os encaminhamentos que são solicitados pelos médicos da equipe, e que funciona na própria UAPS. Através dessa central, são agendadas as consultas com especialistas da rede pública e conveniada. Para encaminhar os usuários para os serviços de Pronto Atendimento em casos de urgências e emergências, as equipes contam com o Serviço de Atendimento Móvel de Urgências (SAMU). A cidade ainda não conta com Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), apesar da Programação Anual de Saúde de 2010 definir como ação prioritária para o fortalecimento da APS neste ano a implantação de quatro equipes de NASF (JUIZ DE FORA, 2010c).

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo geral

Analisar o atendimento aos usuários que buscam espontaneamente as UAPS/SF e os fatores que orientam essas práticas.

4.2 Objetivos específicos

- Identificar como é organizada a demanda espontânea;
- Identificar os fatores que influenciam no atendimento à demanda espontânea;
- Analisar como acontece a articulação entre atendimento à demanda espontânea e demanda programática;
- Compreender as visões que orientam o atendimento das demandas espontânea programática;
- Analisar como o atendimento à demanda espontânea influencia na organização do serviço.

5 METODOLOGIA

Esse estudo realizou uma análise das práticas de atenção na ESF, a partir da visão do conjunto de profissionais que compõe a equipe de Saúde da Família.

Compreende-se que os profissionais da equipe orientam as suas ações e exercem as suas atribuições, tendo como referência o conjunto de normatizações sobre o tema, e orientam pelas concepções próprias sobre o seu objeto de trabalho e a sua prática, um processo denominado por MERHY (2007, p.76) de autonomia, ou “autogoverno” do trabalhador. Por isso, procurou-se compreender de forma mais profunda, através das falas e da observação direta da rotina das UAPS’s, como acontece o atendimento aos usuários e o lugar que cada profissional ocupa nesta dinâmica. Para tanto foi utilizada uma abordagem de natureza qualitativa.

Estas abordagens partem de pressupostos sobre a realidade para realizar investigações e permitem fazer recortes e aprofundar o conhecimento sobre o tema escolhido. Victora, Knauth e Hassen (2000, p.33), destacam “que esses recortes são concebidos a partir do ponto de vista de onde nos encontramos e dos pressupostos que trazemos conosco, o que nos possibilita experimentar e avaliar a realidade do nosso cotidiano.”

5.1 Cenário do estudo e definição da amostra

O cenário escolhido para este trabalho foram as UAPS com Saúde da Família do município de Juiz de Fora.

Para definição da amostra utilizou-se os parâmetros preconizados pelo Pacto da Atenção Básica (BRASIL, 2006a), que considera como referência para a ESF:

- Cobertura Populacional de 12.000 habitantes/UAPS³;

³ Para UBS com Saúde da Família em grandes centros urbanos, recomenda-se o parâmetro de uma UAPS para até 12 mil habitantes, localizada dentro do território pelo qual tem responsabilidade sanitária, garantindo os princípios da Atenção Básica (BRASIL, 2006).

- Equipe mínima completa (médico, enfermeiro, aux. enfermagem e Agente Comunitário de Saúde);
- Relação equipe/população adscrita menor ou igual a 3.000 habitantes (BRASIL, 2006a)⁴.

Com base no documento *Regionalização da Rede Assistencial* (JUIZ DE FORA, 2009a) (Anexo A) foi feita uma análise das UAPS com Saúde da Família, com o objetivo de identificar aquelas que correspondiam aos parâmetros definidos pela Política de Atenção Básica/MS. Entretanto, verificou-se a inexistência de UAPS com parâmetros iguais aos definidos pelo MS, em relação à área de abrangência e equipe/população adscrita. Dessa forma, para o presente estudo os parâmetros foram readequados para atender a realidade de Juiz de Fora. As UAPS foram definidas, então, a partir dos seguintes critérios:

- Cobertura populacional: UAPS cuja área de abrangência mais se aproximou do parâmetro de 12.000 habitantes;
- População adscrita/equipe: a partir do somatório das populações adscritas dividido pelo número de equipes por UAPS, obteve-se a média da população adscrita/equipe. As UAPS escolhidas foram as que mais se aproximaram de 3.000 hab./equipe.
- Equipe mínima completa.

A amostra foi composta por duas UAPS localizadas na zona urbana da cidade. Uma delas conta com quatro equipes de Saúde da Família, que atendem uma população de 10.757 pessoas com uma média de 2.689 pessoas adscritas/equipe. A outra conta com cinco equipes que atendem uma população total de 13.451 pessoas, cuja média foi de 2.690 pessoas adscritas/ equipe. Estas unidades representam as que contam com o maior número de equipes na cidade.

⁴ São itens necessários à implantação das Equipes de Saúde da Família: I - existência de equipe multiprofissional responsável por, no máximo, 4.000 habitantes, sendo a média recomendada de 3.000 habitantes, com jornada de trabalho de 40 horas semanais para todos os seus integrantes e composta por, no mínimo, médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (BRASIL, 2006).

5.2 Sujeitos do estudo e coleta de dados:

Após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora, em maio de 2010 (Anexo B), foi solicitada autorização para o início da pesquisa junto à Secretaria Municipal de Saúde. Depois foram feitos os primeiros contatos com os gerentes das UAPS e realizada uma primeira visita às unidades, que objetivou esclarecer aos profissionais o estudo proposto e a suas possíveis participações. Todos foram convidados a participar, com posterior assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos profissionais que confirmaram participação (Apêndice B). Optou-se em utilizar as reuniões gerais da UAPS como estratégia para apresentar a pesquisa a todos os profissionais de forma conjunta. Mas como os médicos não estiveram presentes às reuniões, o contato com eles foi feito nos intervalos das consultas. Em uma das UAPS chamou atenção a forma como o gerente explicou aos ACS sobre a pesquisa, destacando que seria quase obrigatória a participação deles. Já para os outros profissionais a participação não foi colocada nestes termos. Naturalmente, em outro momento, procurou-se enfatizar a importância da livre participação de acordo com a vontade pessoal.

Inicialmente, definiu-se como sujeitos do estudo todos os integrantes das 9 (nove) equipes de Saúde de Família das UAPS selecionadas, ou seja, 9 (nove) médicos, 9 (nove) enfermeiros, 9 (nove) auxiliares/técnicos de enfermagem e 54 (cinquenta e quatro) ACS. Destaca-se que em Juiz de Fora, a ESF tem uma composição de equipe mínima e os assistentes sociais e dentistas, apesar de atuarem nas UAPS não compõem as equipes de Saúde da Família, apenas dão suporte ao conjunto das equipes.

No entanto, ao dar entrada no campo para iniciar a coleta de dados, verificou-se que as equipes estavam incompletas e muito desestruturadas em relação aos seus processos de trabalho. Este contexto impossibilitou a participação do quantitativo de profissionais pré-estabelecido, exigindo nova revisão. Das nove equipes, somente quatro contavam com médicos. Destes, dois não aceitaram participar das entrevistas e um deles não compareceu ao grupo na data e horário marcados. A falta de interesse dos médicos pelo assunto ficou evidente desde o primeiro contato. Eles não demonstraram muito interesse nem pela pesquisa ou pelo tema, alguns justificaram que não tinham muita experiência com SF. A maioria deles

não procurou saber mais detalhes da pesquisa. No momento da conversa sobre a pesquisa, a maioria dos médicos focou a conversa nas dificuldades enfrentadas por eles no cotidiano de trabalho. Apenas um médico aceitou participar do grupo focal e demonstrou bastante envolvimento com as atividades da ESF e com os projetos da equipe.

Quanto aos oito (8) enfermeiros, sete (7) com atuação há no mínimo um ano em equipes de SF, demonstraram interesse pela pesquisa e estiveram presentes aos grupos focais.

Dos sete (7) auxiliares de enfermagem todos aceitaram participar dos grupos. Todos eles já atuavam há mais de um ano nas equipes.

A receptividade dos enfermeiros e auxiliares foi diversa: alguns demonstraram interesse e disposição em participar da pesquisa, enquanto outros não. Alguns justificaram a não participação em função da falta de tempo e excesso de tarefas.

Em relação aos ACS, além do número incompleto por equipe, alguns se encontravam em férias e em licença médica. Dos que se encontravam naquele momento nas UAPS, trinta e dois (32), todos participaram dos grupos. Alguns integravam a mesma equipe desde o início das atividades das equipes de SF naquelas UAPS, há cerca de 10 anos. Mostraram-se receptivos, acolhedores e dispostos a participar demonstrando bastante interesse e naturalidade durante a participação dos grupos.

Finalizando, o total de sujeitos participantes do estudo foi: 1 (um) médico, 7 (sete) enfermeiros, 7 (sete) auxiliares/técnicos de enfermagem e 32 (trinta e dois) ACS's.

A coleta de dados foi feita através de grupos focais. Esta técnica foi escolhida por favorecer a observação da interação entre os membros do grupo e facilitar a percepção de conteúdos que não seriam possíveis ou menos acessíveis individualmente (FLICK, 2009). Uma reunião de grupo focal é uma discussão em que um pequeno grupo de participantes, guiados por um moderador, fala de forma livre e espontânea sobre os temas propostos na pesquisa. Esta técnica permite, ainda, obter respostas profundas sobre o que pensam e sentem as pessoas.

Os grupos foram realizados no período de maio a setembro de 2010. Foram no total oito grupos focais, com duração média entre 40 a 90 minutos.

Houve o cuidado em marcar as reuniões em horários que não comprometessem o andamento do trabalho nas UAPS's. Assim, os grupos de ACS foram realizados no início da manhã ou à tarde na própria UAPS ou em locais cedidos pela comunidade, enquanto os grupos de integrantes da equipe interna foram feitos no final do expediente da manhã ou da tarde, nas próprias UAPS's.

Os grupos foram conduzidos por um mediador, a autora do projeto, e teve o auxílio de um observador treinado. Durante a condução dos grupos foi utilizado um roteiro orientador com questões norteadoras formuladas com base nos objetivos da pesquisa. Estas questões envolviam os seguintes aspectos: a organização do atendimento à DE, os fatores que levaram a esta forma de organização, o significado da DE no cotidiano do trabalho das equipes, e a percepção sobre o atendimento prestado aos usuários (Apêndice C). O registro das entrevistas foi feito através de um minigravador de voz e um aparelho de MP3 de forma a não se perder os conteúdos das falas. Foram feitos também registros escritos durante a condução da entrevista.

Para melhor viabilidade do trabalho, optou-se fazer uma separação entre grupos de ACS e de integrantes da equipe interna (médicos, enfermeiros, auxiliares/técnicos de enfermagem). A separação dos grupos possibilitou perceber diferenças na postura dos participantes. Os ACS's tomaram a iniciativa de dividir os grupos, de marcar uma hora e local do encontro. Eles se envolveram de forma direta com a montagem do cenário onde seria realizado o grupo focal demonstrando preocupação com o horário, com o barulho, com a participação e integração de todos. Assentaram-se em círculo, demonstrando uma atitude de disposição ao diálogo.

Já com os profissionais da EI houve dificuldade em se definir uma data e horários compatíveis com todos. Percebeu-se a dificuldade de quebrar a rotina do trabalho, mesmo com o agendamento sendo feito com antecedência. Não houve pontualidade, em alguns momentos houve interrupções e alguns tiveram que se ausentar durante a discussão.

Em ambos os grupos focais, a discussão foi difícil de ser conduzida, pois houve muita dispersão do tema. Todos os profissionais estavam preocupados e angustiados com a crise do setor de saúde enfrentada pelo município no momento. Durante toda a condução do trabalho de campo, desde os primeiros contatos com as equipes até a realização dos grupos focais, esse contexto atual, conforme descrito

no referencial teórico, esteve presente de forma muito incisiva, tanto nas falas isoladas, como nas discussões em grupo. Muitos demonstraram insatisfação e desmotivação para o trabalho. Em geral, houve muita dificuldade de sair das questões do momento atual e focar na discussão sobre o atendimento à DE. Ao mesmo tempo, pode se perceber o quanto as práticas dos profissionais têm sido moldadas pelo contexto atual da saúde no município. Muitos usaram o contexto atual como forma de justificar o modo como conduziam as suas práticas. Enquanto outros se mostraram mais críticos e destacaram algumas questões que para eles são entraves ao pleno desenvolvimento da ESF no município como o pouco envolvimento de muitos profissionais nas atividades e a falta de profissionais com perfil adequado para o trabalho em SF. Alguns problemas no atendimento à DE foram destaque na discussão: a burocratização e indiferença dos serviços de saúde frente às necessidades dos usuários, a dificuldade de escuta por parte dos profissionais de saúde que leva os usuários a perambular pelo sistema sem conseguir respostas para seus problemas, as filas de espera de atendimento, a falta de médicos, a falta de resposta aos problemas dos usuários em outros setores do sistema de saúde, a sobrecarga de trabalho para os profissionais de saúde, o acúmulo de funções por alguns, principalmente técnicos e auxiliares de enfermagem, o excesso de procura pelos usuários e a dificuldade dos profissionais em absorver essas demandas.

5.3 Procedimentos para análise

O material disponível para análise foram a observação direta da realidade das UAPS, o conteúdo das falas dos profissionais nos grupos focais, os documentos da SMS e anotações colhidas durante a realização das entrevistas, o que gerou um diário de campo. Os documentos da SMS permitiram analisar o contexto geral da ESF na cidade, a situação atual das UAPS e das equipes nela instaladas, além de possibilitar uma triangulação com os dados obtidos nos grupos focais.

A seguir, as falas foram transcritas e depois se passou à análise do conteúdo das mesmas. Inicialmente, foi realizada uma leitura prévia com a intenção de identificar os temas mais enfatizados e destacados pelos entrevistados. No

segundo momento, estes temas foram mais profundamente analisados à luz dos objetivos do estudo. Então, num terceiro momento, de acordo com as questões orientadoras das entrevistas, esses temas foram agrupados e categorizados. A referência utilizada para essa forma de tratamento dos dados foi Minayo (2008), que entende que “Fazer uma análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objeto analítico visado.” (MINAYO, 2008, p.316.).

A análise das entrevistas permitiu identificar as seguintes categorias e subcategorias analíticas:

- Primeira Categoria: Organização da DE –
Sub-Categorias: Critérios de marcação; Visão de Acolhimento; Articulação entre DE; Demanda Programática (DP).
- Segunda Categoria: Fatores que influenciam o atendimento à DE –
Sub-Categorias: A Demanda dos usuários; O trabalho da equipe; O Modelo centrado na consulta médica (CM); Compreensão da equipe sobre Demanda Programática (DP).

6 ANÁLISE DOS RESULTADOS

Conforme o documento *Plano de Saúde 2010-2013* (JUIZ DE FORA, 2010b), a ESF é eleita como estratégia de implantação de APS no município. Entretanto, este mesmo documento destaca que a ESF está desestruturada, com equipes desmotivadas, devido à precariedade do vínculo empregatício de médicos e ACS, descontinuidade da gestão e falta de uma política de valorização da APS. Ressalta ainda a necessidade de implantar uma política de recursos humanos com perfil adequado para atuação na APS. Assinala ainda outros fatores que também contribuem para essa desestruturação como a não inclusão do profissional de saúde bucal às equipes, a deficiência da assistência farmacêutica a deficiente infraestrutura da UAPS.

Este documento reconhece ainda que no município “[...] a falta de estrutura para acolher e agendar demanda espontânea gera grandes filas de espera, propiciando venda de vagas, desconforto para as equipes e conflitos entre profissionais e usuários do sistema.” (JUIZ DE FORA, 2010b p.33), embora não indique se esta seria uma causa ou uma consequência da desestruturação da APS.

Apesar de levantar as causas da desestrutura, percebe-se que este documento se limita a descrever e identificar os problemas, não apontando possíveis soluções ou alternativas a serem adotadas para reverter este quadro.

Mesmo assim podemos tecer alguns comentários e levantar algumas hipóteses sobre este quadro atual da ESF em Juiz de Fora. Este contexto pode ser resultado do processo histórico de implantação da ESF no município, fortemente centrada no atendimento do médico de família, com uma política de recursos humanos que não investiu inicialmente na estruturação do trabalho a partir da equipe multiprofissional e marcada pela dificuldade de orientar o trabalho a partir do diagnóstico de área em função da incorporação tardia do ACS às equipes. Aliados a estes aspectos da implantação, ressaltam-se questões atuais da gestão da ESF no município, como a não adesão aos NASF, e as dificuldades de melhoramentos na precária infraestrutura das UAPS's.

Assim, essa desestrutura reflete-se na prática resultando em problemas como o descredenciamento de equipes pelo MS, a alta rotatividade de profissionais,

principalmente médicos e enfermeiros, as equipes incompletas, a falta de insumos e materiais básicos para o trabalho, a insatisfação dos profissionais com os contratos de trabalho e com o salário, dentre outros aspectos.

A observação direta do cenário, nas idas às UAPS's, possibilitou verificar os elementos presentes nas falas, como a prática da organização da DE. Pode se observar que o maior fluxo de usuários nestas duas UAPS's é durante a manhã, quando são agendadas as consultas médicas. Outro fato observado foi a grande rotatividade dos profissionais médicos e enfermeiros, como em um caso, onde o médico permaneceu somente uma semana na equipe. Outra observação foi que alguns médicos não cumpriam o horário de trabalho, muitas vezes chegando mais tarde ou saindo mais cedo.

A análise do conteúdo das falas dos profissionais presentes aos grupos focais propiciou a organização dos temas em categorias e subcategorias que serão discutidas a seguir.

6.1 Organização da demanda espontânea

Nesta categoria incluem-se as seguintes sub-categorias:

- Critérios de marcação;
- Visão de acolhimento;
- Articulação entre a DE e DP.

6.1.1 Critérios de marcação

Nas UAPS estudadas, a marcação da demanda espontânea acontece após a abertura da unidade às 7 horas, sendo possível perceber uma variedade de critérios de marcação da DE, o que reafirma a autonomia do processo de trabalho das equipes. Dentre eles podemos destacar: a ordem de chegada na fila, a adscrição e as prioridades de acordo com a gravidade.

Todas as equipes fazem a marcação das consultas por ordem de chegada na fila, seguindo a adscrição por equipe. Há UAPS onde a fila é organizada por área e apenas distribui as senhas e outras onde as fichas são de cores diferentes para cada equipe, especificando a área. As filas são formadas, de acordo com sinalizações no chão, por ex. Equipe 1, 2 e outras.

Eles chegam nas filas, né, porque nossas filas são todas separadas, né... Por áreas: a 59, a 58 e assim por diante.. (ACS 3)

Lá na varanda tem o número no chão e cada um fica na direção do número da sua área. (ENF EI 1)

[...] o pessoal de cada área de manhã já distribui (as fichas) por cor, cada uma (equipe) tem uma cor [...]. (ACS 2)

No entanto, obedece sempre ao critério de 10 a 12 consultas marcadas para cada médico no primeiro momento, podendo este número de consultas chegar a até 16. Pelo menos quatro vagas são reservadas por área para o atendimento das urgências que chegam no decorrer da manhã.

[...] a gente abre o posto distribui uma fichinha, um número de 1 a 12..., porque a Secretaria preconiza que sejam atendidas dezesseis consultas. A gente marca doze e deixa quatro, caso chegue no meio da manhã ou depois e que necessite desse atendimento. Depois de distribuídas eles aguardam cada equipe chamar pra estar fazendo a marcação (retirada do prontuário). (ENF EI 4)

Apesar de a Secretaria Municipal de Saúde estipular as 16 vagas de consulta por médico/dia, tudo depende da procura dos usuários e os critérios de marcação pela fila e de urgência são adaptados de modo a atender a demanda real, de acordo com a necessidade do dia.

É porque a gente coloca dez fichas pra cada (área) e a gente trabalha com quatro na manga pra gente, enquanto enfermeiro. De acordo com o que a gente vê lá fora, né, a gente faz os encaixes. E tem vezes que os encaixes, né, eles ao invés de doze vão pra treze, vão pra quatorze, né. Tudo de acordo com o dia, com a demanda que a gente tem. (ENF EI 2)

Segundo os profissionais, os critérios de marcação são os mesmos para todas as equipes e obedecem a uma rotina, mas observa-se que há certa autonomia na organização e divisão deste trabalho de acordo com a disponibilidade dos profissionais no dia.

Tem área que é o enfermeiro que tava fazendo (a marcação), tem área que é o agente de saúde que faz, depende se a equipe tá completa ou não. Tá como cada um organiza e de como que faz a marcação todo dia de manha. (ENF EI 4)

Há uma quebra na marcação por adscrição por causa da falta de médicos e para tentar garantir atendimento a todos são marcadas consultas nas vagas dos outros médicos.

[...] Quando a equipe tá completa são doze vagas pra cada médico, quando não tão, a gente redivide de forma que os médicos que estão no posto atendem as áreas que estão descobertas. (ENF EI 1)

Sem contar que nós estamos aí sem médico na equipe. Um (médico) consultando literalmente as 4 equipes. (ACS2)

Quando há quebra da adscrição por falta de médico na equipe, outro critério utilizado para atender os usuários das áreas descobertas é a definição de prioridade para encaminhar à consulta médica. Alguns critérios utilizados são as urgências (queixas agudas) e alguns grupos como: crianças, gestantes e idosos. Mas, mesmo assim, os usuários encontram dificuldades para serem atendidos.

Na minha área não tem médico então tá com a enfermeira ou com a auxiliar pra poder ver a possibilidade (de atendimento). Tem 2 vagas de cada médico que cede pras outras áreas.... então tem que ver dependendo da quantidade de gente que tem na fila, quem tem a possibilidade de vagas, que a gente pede pra reservar. Depende da disponibilidade de cada um então tem que ver quanta gente tem na fila quem tá passando mal que não pode esperar até o outro dia. (ACS 2)

Agora está desorganizado, tanto na minha equipe quanto na Unidade toda, porque a gente tem de dar preferência pras gestantes, as crianças e os idosos. Mesmo assim, eles também não estão sendo atendidos como deveria, né. Mesmo que eles estejam passando mal no momento, ou que seja uma consulta de controle. Não tem como atender, porque há falta de profissional. (ACS 3)

Apesar da tentativa de estabelecer critérios para organizar a marcação das consultas, o fato das equipes estarem incompletas gera uma sobrecarga para os profissionais médicos que estão trabalhando. Diante dessas dificuldades percebe-se que os profissionais experimentam uma sensação de impotência diante da procura excessiva e da impossibilidade de oferecer respostas a todos.

[...] que acontece às vezes a gente tem dificuldade de estar agendando para as pessoas, pois a demanda é demais, os médicos estão fazendo o que podem, mas eles têm que atender primeiro as áreas deles pra depois as outras áreas que estão descobertas. Às vezes ele tem que até voltar paciente, aí eu explico que não teve como aquele dia e aí a pessoa volta no outro dia, vai mais cedo 7 horas, chegando 7 horas até que consegue, né? (ACS 1)

Essa situação ainda é agravada pela tensão na relação entre os profissionais e os usuários que têm dificuldade de compreender os critérios de marcação da DE.

Não tem funcionários (médicos), né. E também muita gente já chega depois, outros casos é pra descer (para as unidades de atendimento à urgência). Aí a gente fala que quando não tem vaga aqui é pra ir lá embaixo. Aí eles(os usuários) começam: 'então pra que serve esse posto?' Outro chega e acha que qualquer hora que chegar tem que ser atendidos, mas não tem vaga! (ACS 3)

A minha área chega aqui cinco e pouco da manhã. Eles queixam: "eu cheguei aqui cinco e meia da manhã pra ser o primeiro", mas ele (usuário) não entende que a médica que vai atender eles primeiro atende a área dela, é um o critério dela. Então (o usuário)briga com você. Eles não aceitam... (AUX EI 1)

Mas o maior problema na marcação é apontado por todos pelo fato das equipes estarem incompletas, especificamente pela falta do profissional médico, fato que agrava pela concentração da marcação para a consulta médica.

[...] o grande problema nosso é a equipe incompleta. Equipes incompletas que é o problema do PSF. (ENF EI 1)

Eu acho que é pela falta de profissional. [...] Chegava aqui tinha um problema de criança, encaminha essa criança, não resolvia... Muito diferente de você ter um médico aqui. (ENF EI 2)

6.1.2 Visão de Acolhimento

Uma segunda categoria foi o acolhimento, onde se identifica outro modo de organizar a DE. Esta categoria expressa como o conceito de acolhimento foi incorporado às práticas de atenção no serviço além de mostrar a visão dos profissionais sobre essa prática.

Uma primeira visão destaca o Acolhimento como uma abordagem dos usuários enquanto eles aguardam na fila, através de uma conversa informal, buscando identificar o problema que o levou a buscar a UAPS naquele dia.

Aí a gente vai nas áreas conversa com eles vê aonde tá o problema e faz o acolhimento na fila. (ENF EI3)

Essa orientação de quando tá equipe completa ir pra fila aí a secretaria colocou como acolhimento, que era ir saber o problema de cada um. (ENF EI 1).

Numa outra visão, o acolhimento é uma estratégia de avaliação da necessidade dos usuários que não conseguiram fichas para o atendimento do dia ou para aqueles que chegam às unidades de saúde fora do horário estabelecido para a marcação de consultas. Aqui se percebe que existe a ideia de um fluxo de atendimento, mesmo não havendo uma padronização do atendimento para todas as equipes dentro da mesma UAPS.

[...] então toda quarta feira por ex. se chegasse alguém aqui no posto com alguma queixa eu acolhia essa pessoa, via o que era, fazia a avaliação dela e se fosse urgência conversava com o médico. Por ex. uma criança com febre de 40 graus ia ser atendida. (ENF EI 4)

[...] deixava quatro vagas para urgência, mas na verdade PSF não tem urgência, urgência que é a gente chamava era assim a pessoa começou a passar mal no meio da manhã, via que ela não tava passando mal (antes), não veio pra fila marcar, a gente conversava via que ela começou a passar mal no meio da manhã, não podia esperar muito a gente acabava passando se não fosse a gente acabava orientando pra vir no dia seguinte. (ENF EI4)

A participação dos profissionais no acolhimento varia conforme as equipes e a disponibilidade de profissionais:

A triagem é feita pelo enfermeiro e o médico da área, a gente anota o nome. (ACS2)

Pelo menos na minha área quando não tem médico, ou enfermeiro ou auxiliar, quem vai pra fila é a gente. Sou eu mesma quem faz (a triagem) [...] (ACS 3)

Embora, para alguns, o acolhimento é uma ação que deveria envolver toda equipe:

Até pra tirar esse peso das costas do enfermeiro, entendeu? Vamos fazer o acolhimento, porque aí é uma coisa de todo mundo né? (ENF EI 2)

[...] não chama acolhimento porque acolhimento tem que ser da equipe, é uma questão de postura e qualquer pessoa do posto pode fazer [...] (ENF EI 4)

No entanto, apesar do entendimento do acolhimento como uma função da equipe, na prática do acolhimento apenas alguns integrantes da equipe participam. Muitas vezes os ACS's estão sozinhos no Acolhimento. Eles tentam realizar uma triagem daqueles casos que são mais urgentes para serem atendidos no dia. Muitas vezes, orientam os usuários a procurar os serviços de atendimento à urgência.

[...] então aqueles que estão na fila os primeiros a gente agenda, deixando é claro, esses quatro pra outras vagas. A gente acaba deixando também duas (vagas) de emergência, de repente surgem crianças com febre ou mesmo adulto com necessidade de atendimento na hora. Quer dizer, quando o caso é grave a gente manda lá pro pronto socorro regional, mas é assim. (ACS 1)

Mesmo estando, muitas vezes sozinho nesta atividade, o ACS reconhece a sua dificuldade em definir o que é ou não caso de urgência e se o usuário necessita ou não do atendimento naquele dia.

Então a gente chega nas filas e tenta fazer o melhor possível. Porque a gente tenta priorizar, as pessoas que chegam aqui passando mal a gente tenta conversar, pra ver realmente o que está acontecendo, né. E é muito difícil, porque a gente, assim... De repente atende uma pessoa e ela fala que está sentindo uma coisa que a gente acha que não é grave e a pessoa vai embora [sem transcrição] é uma situação muito difícil pra quem está avaliando ali na fila, é uma responsabilidade grande demais. De repente você manda uma pessoa embora pra casa e essa pessoa piora e, às vezes, pode vir até a óbito, né. É uma responsabilidade grande, né. A gente fica [sem transcrição] tentando consertar, tentando avaliar direitinho a situação de algum usuário que chega ali procurando alguma resposta, procurando alguma ajuda pra ele. (ACS 3)

Aí é que está o erro porque, teríamos que estar acompanhados de outros profissionais técnicos justamente para a triagem. (ACS 1)

Um queixa geral dos profissionais é quanto à ausência dos médicos, apesar do reconhecimento da importância deste profissional na avaliação das pessoas que estão solicitando atendimento.

Mas na verdade quem tinha que ir pra fila fazer essa triagem seria o médico entendeu, junto da equipe [...] Mas eles não vão não. (AUX EI 1)

[...] Seria pro médico, o enfermeiro e técnico. Porque o usuário ele tá ali, você da equipe tem como ver aquele usuário, conversar com ele, trabalhar ele dentro de demanda; que às vezes nem era pra ele tá ali. Mas os médicos infelizmente não vão então quem vai eu o técnico e o agente comunitário. (ENF EI 3)

Os profissionais percebem que o acolhimento traz vantagens no atendimento ao usuário, pois possibilita à equipe oferecer outras respostas além da consulta médica, retirando o foco do atendimento da consulta médica.

Já era uma proposta antiga, a do acolhimento, só que não estava sendo usado, então tem mais ou menos 2 anos que começou a ser usado o acolhimento, que começou a coincidir com uma melhora no atendimento, porque o usuário passou a vir pra unidade e não voltar sem uma resposta, porque muitas das vezes ele chegava aqui parecia, que o trabalho pra ele estava direcionado apenas para ao atendimento médico. E, às vezes, não era um atendimento só médico [...] Porque ele vem na fila da demanda, mas ele não vem apenas pra atendimento médico. Às vezes ele está ali buscando uma resposta, ele está querendo saber que tipo de serviço que é prestado. Então pelo menos o acolhimento trouxe isso: esse atendimento que faltava e essa questão de o usuário não voltar sem uma resposta. Pelo menos isso aí eu tenho visto com bons olhos. Infelizmente esse trabalho foi prejudicado por conta dessa falta de médico. (ACS 3)

Uma vantagem destacada é de permitir que a equipe conheça os usuários, facilitando a criação de vínculos entre estes.

O que facilitou esse acolhimento é porque a equipe conhece, os ACS's já conhecem [...] Então o médico e a enfermeira já sabem quem são os usuários dele, já sabem quem são os mais problemáticos, os que vão ali à toa, os que não vão... Então criou um vínculo que engrandeceu bem o atendimento. (ACS 3).

Outra vantagem é a identificação de prioridades, permitindo separar os usuários com queixas agudas que necessitam de consulta médicos no mesmo dia, daqueles que podem ser agendados para outro dia ou encaminhados para outros setores dentro ou fora da UAPS.

[...] é muito importante o acolhimento do profissional ver aquele usuário, conversar com ele são coisas que às vezes nem precisa passar por consulta, que você resolve. Às vezes ele nem tem que tá ali, é um usuário que pode ir pro grupo de hipertensos, diabético, pra outra coisa [...] (ENF E1 3)

Então toda quarta-feira, por exemplo, se chegasse alguém aqui no posto com alguma queixa eu acolhia essa pessoa, via o que era, fazia a avaliação dela e se fosse urgência conversava com o médico. Por exemplo, uma criança com febre de 40 graus ia ser atendida. Agora, se a pessoa chegasse aqui com cefaleia, a pressão tá boa, mas tá com uma cefaleia que já tem um mês, eu orientava ela a vir no dia seguinte pra marcar consulta de manhã, orientava como era feita marcação. (ENF E14)

Apesar das suas vantagens, a prática de acolhimento tem sido dificultada pelas equipes incompletas.

Então o pessoal vem pra fila de manhã não se conversa mais pra saber o que tem. São 12 vagas, já que não tem o agendamento não adianta também você perguntar, você falar que tá com febre e a outra quer pedir exame não tem dia pra mandar ela vir, só porque ela quer pedir exame ela nunca vai ser atendida, então marca por ordem de chegada marca os 12 e deixa os outros 4 pra intercorrências da área. (ENF EI 4)

Outra questão destacada pelos profissionais que tem dificultado essa prática é falta de respaldo por parte do conselho de classe da enfermagem

Então a gente não tem feito avaliação, pois segundo o Dr. R (do COREN) a partir do momento que você começa a avaliar a pessoa você se compromete com o atendimento dela. Se a mãe chega aqui com a criança com queixa de febre, quando a gente vê que a pessoa tá muito prostrada, quando ela tá mal você vê o estado geral dela. A gente vai, coloca um termômetro, mas quando a pessoa chega aqui e gente pergunta o que é, ela fala que tá com uma cefaleia há um mês a gente só orienta, a gente não examina ela mais fala que as vagas acabaram que não tem vaga. Ou no caso a gente vai estar encaminhando administrativamente pra policlínica já que ela pediu. (ENF EI 4)

6.1.3 Articulação entre DE e DP

Evidencia-se que cada equipe tem liberdade para definir a organização e a participação de cada profissional nas ações de DE e DP, destacando-se, porém, uma uniformidade entre equipes para o atendimento da DE.

Cada equipe organiza seus grupos num dia. Não batem (os dias), o que bate é que cada dia de manhã o médico atende demanda espontânea [...]. Demanda médica é na parte da manhã. (ENF. EI4)

Percebe-se também, que há um prejuízo nas ações programáticas e uma maior concentração de tempo e de recursos no atendimento à demanda

espontânea. Os profissionais destacam alguns fatores que contribuem para isto, como o fato das equipes estarem incompletas, o excesso de demanda por consulta médica, além de uma divisão interna do trabalho, onde os enfermeiros concentram-se, principalmente nas ações de DP, e os médicos, principalmente nas ações de DE.

A nossa não tem climatério, direitos reprodutivos, porque não tem enfermeira e a médica, também ela não tem disponibilidade pra poder fazer, pois a demanda é muito grande, e assim a demanda é mesmo por consulta [...] (ACS 1)

[...] o médico não faz preventivo, é o enfermeiro que faz. Os outros atendimentos, saúde da criança, pré-natal é feito tanto pelo médico quanto enfermeiro, mais no período da tarde. Como o médico, ele não faz preventivo, o enfermeiro fica livre pra marcar preventivo de manhã. (ENF. E14)

6.2 Fatores que influenciam a DE

Nesta segunda categoria de análise encontram-se as seguintes subcategorias: a demanda dos usuários, o trabalho da equipe, o modelo centrado na consulta médica (CM) e a compreensão da equipe sobre a Demanda Programática (DP).

6.2.1 A Demanda dos usuários

Nesta categoria, destacam-se, na opinião dos profissionais, os motivos que levam os usuários a procurar atendimento na DE.

A busca por medicações especificamente, medicações psicotrópicas controladas (medicações ansiolíticas, antidepressivas, indutoras do sono, dentre outras), de uso bastante difundido na população é citada como um dos principais motivos de demanda. Para os profissionais médicos e enfermeiros a procura por estas medicações é muito grande, chegando a ser até abusiva.

E uma coisa que tem atrapalhado muito a demanda, não só aqui, acho que deve ser uma realidade de quase todos os postos, Juiz de Fora, Rio, qualquer lugar, é a demanda por medicações, né, que tem gente que toma medicação controlada, que pra mim, virou um descontrole, né, total descontrole. Tem gente que toma medicação e nem sabe o porquê. E aí acaba sobrecarregando. (MÉDICO EI 2)

Entretanto, apesar desta queixa de excesso de demanda, na visão dos ACS, os usuários que necessitam destas mesmas medicações enfrentam dificuldades para conseguir receitas.

Então você sabe aquele que tem problemas sérios e aquele que não tem. Eu tenho pessoas na minha área que não podem ficar sem remédio controlado, esquizofrenia, distúrbio bipolar, que desmaiam, dão crise esses não podem ficar sem remédios. Aí você chega aqui [...] mas outro médico não pode fazer e não tem médico na sua área. (ACS 4)

Outro motivo de grande demanda destacado pelos profissionais são os casos de saúde mental

Eu acho que (quem mais procura) é mais o paciente de saúde mental [...] (ACS3)

Além dos psicotrópicos, outras medicações de uso contínuo como as utilizadas para hipertensão e diabetes são causa de grande procura na DE, o que confirma a falta de investimento nas ações programáticas como os grupos de atendimento específico para os hipertensos e diabéticos onde, normalmente, são feitas as trocas de receitas.

Na minha área (a procura) é mais por conta de medicamentos. Eles fazem grupo de hipertensos, diabéticos... Então eles acabam tomando a vaga de outra pessoa. (ACS 1)

Outro motivo de grande procura na demanda, segundo os entrevistados, são os pedidos de encaminhamentos para especialistas. Percebe-se que essa situação é um dos pontos geradores de tensão entre a equipe e os usuários, já que estes querem ser encaminhados para outros setores sem a avaliação do médico.

Eu não sei que tanto de encaminhamento essa população quer. Já chega pedindo: Ah, que eu estou assim... Quero um encaminhamento pro Oftalmo... Quero um encaminhamento pro Dermato... Eles já estão falando encaminhamento. Aí tem que explicar que é consulta médica. Que o médico é quem vai avaliar. E se ele achar necessário, ele vai pedir [...] (ENF EI)

A necessidade de conversar com os profissionais para expor seus problemas pessoais, na opinião de muitos é outro grande motivo de procura pela DE.

[...] quem tá passando mal tem a necessidade de conversar, de carência, tem muita gente que faz isso não é pra consultar, é pra conversar é pra entrar na sala do médico e falar: “ah! meu filho fez isso [...] (ACS 1)

Para alguns profissionais, a procura da DE por essa necessidade – de conversar, significa usar inadequadamente os serviços de saúde, pois não é caracterizada como um demanda para um serviço de saúde – presença de doença.

[...] tem gente que vai lá (na UBS) pra não fazer nada mesmo, às vezes quer só conversar [...] (ACS 3)

Outros profissionais, no entanto, mostram uma compreensão mais ampla da necessidade de escuta pelos usuários. Sob esse ponto de vista, as queixas orgânicas representam, neste caso, uma forma de garantir o acesso à escuta, à atenção por parte dos profissionais do serviço. Essas queixas, na verdade, refletem conflitos de ordem emocional ou familiar, se tornando às vezes sintomas orgânicos.

A minha visão pessoal é, e nesse ponto eu sou até meio paternalista, mas é a minha visão particular eu acho que ninguém vem à toa nem que seja por um problema psicológico, mas até aquele usuário mais chato que todo mundo fala: “manda embora que é chato” você pode investigar que aconteceu alguma coisa séria pra ele vir cá. Então a minha visão é essa eu num acho que ninguém vem à toa. (ENF EI 3)

[...] tem muito caso aqui da saúde mental, problema de família e tudo, então eles vêm com aquilo que tão passando mal literalmente não é [...] (ACS 2)

Sob essa expressão – “necessidade de conversar” – encontram-se os transtornos psicológicos, as doenças mentais, os problemas familiares, a dependência química.

[...] Ainda mais aqui na área que tem muito problema familiar, muito problema de drogas, de etilismo, de algumas coisas assim tipo, então as pessoas vêm pra conversar, às vezes está sentindo uma dor que na verdade não é uma dor. É uma somatização de problemas e aí a gente tem que tentar orientar também, aí a gente entra mais também naquela linha de promoção de saúde também, tentar ajudar, mas sozinho é complicado conseguir tudo, né. Mas eu acho que a maioria precisa de alguma orientação, sim. (MÉDICO E1 2)

[...] porque às vezes, eles sempre chegam achando que a demanda é médica e é uma demanda social. Aí a gente orienta, para dar um caminho. (ENF. E14).

A utilização de uma linguagem do domínio dos profissionais de saúde, como a dor, citada neste exemplo, mostra que os usuários se apropriam de algumas expressões que podem garantir a ele o acesso aos serviços. As necessidades são então expressas no moldes da oferta dos serviços de saúde. Nesse caso, se os serviços oferecem a oportunidade de acesso através da consulta médica, as queixas trazidas pelo usuário expressam sintomas orgânicos, quando na realidade eles necessitam de uma escuta atenta.

Alguns usuários buscam a atenção dos profissionais na DE de forma muito insistente e com mais frequência. Estes usuários são, conforme opinião dos entrevistados, geralmente os portadores de transtornos mentais e os que apresentam situações familiares conflituosas.

6.2.2 O trabalho da equipe

Para os profissionais, a organização das práticas do trabalho em equipe pode determinar a procura pela DE. No conjunto das falas, foi possível observar fatores tais como: a integração e comunicação da equipe, a prática do profissional médico, a organização centrada no atendimento médico, a qualidade do trabalho

ofertado pela equipe, o perfil e responsabilização do profissional frente aos usuários e a capacitação adequada de seus membros para o trabalho em Saúde da Família.

A integração e o trabalho articulado de uma equipe multiprofissional são vistos como um desafio que, na prática, muitas vezes não acontece.

É complexo porque a gente esbarra, porque ainda a questão do trabalho em equipe, equipe multiprofissional no PSF, você ter que trabalhar em conjunto isso às vezes não acontece [...] (ENF EI 3)

Os profissionais compreendem que a falta de integração reflete-se no atendimento prestado ao usuário. Fica evidente que existem conflitos e pontos de discordância entre os membros da equipe, principalmente entre membros da EI e os ACS. Apesar de a EI reconhecer o papel do ACS como elo entre equipe de saúde e comunidade, demonstram desconfiança em relação a sua atuação, como expresso na fala de um enfermeiro.

E a integração também é dentro da equipe também. Igual a gente reclama [...] A gente, eu até já comentei isso com vocês, né, que as agentes de saúde trabalham contra o sistema. Contra a gente, né, e contra o sistema. Porque eu tenho a sensação de que elas chegam na casa e falam assim: - Vai lá. Se não resolverem a situação você quebra o posto. Entendeu? Eu tenho a sensação, sabe, fazem isso com a população. E essa integração eu acho que falta também. (ENF. EI 2)

A comunicação entre os profissionais parece difícil e evidencia-se focos de tensão entre ACS e EI.

Eles aqui dentro falam que nós somos o elo do posto com o público. Eles falam isto, mas na verdade não fazem isto. Porque se nós somos o elo nós temos que estar atualizados do que está acontecendo pra gente passar, se houve mudança (na dinâmica do atendimento aos usuários.) (ACS 4)

Uma boa comunicação é considerada fundamental para que os usuários recebam informações corretas sobre as normas de funcionamento da UBS. Os ACS se queixam de que essa informação não é devidamente repassada a eles pela EI, o que dificulta o seu trabalho junto à comunidade.

Antes de mudar (a forma de atendimento) tinha uma pessoa pra reunir com a gente e falar: “olha, mudou isso”. E agora não tem. Às vezes, a gente chega e dá uma informação pra pessoa, só que a informação daqui de dentro é diferente. (ACS 2)

[...] aí a pessoa chega aqui, aí vem discutir, fala que quer atendimento, como se eu falei isso; mas eu não sei dessa informação que eles (a EI) já passaram aqui dentro. Já passaram antes, mas não passam pra gente. (ACS 2)

Outro tema relacionado à prática do trabalho das equipes considerado relevante com fator que influencia a DE é a prática do profissional médico. Uma vez que esta é referida como centrada na consulta individual – ação curativa, além da resistência do médico em participar das atividades de grupo – ações preventivas e promocionais.

O próprio médico ainda tem aquela visão de que é só consultório, não entra em grupo. (ENF EI 3)

Além disso, o médico tem autonomia frente à equipe para definir a organização da DE, decidindo como será a oferta de vagas por critério de marcação.

Aí quando começou a ficar as equipes muito incompletas a gente começou a se adaptar internamente, aí as decisões partiram dos médicos. [...] quando tá a D. (médica) é de um jeito, aí entra a E. (médica) teve que refazer então quando muda o médico tem que sentar de novo e ver o que que eles vão fazer. (ENF EI 1).

Naquelas áreas que possuem médicos então cada médico dessa área passa para a área que estão descobertas desse profissional 4 vagas. (ACS 1)

Porque, às vezes, perde o vínculo com a comunidade. Porque cada médico trabalha de uma forma diferente, não adianta. (ACS 3)

Outro aspecto destacado é que os profissionais médicos muitas vezes decidem sozinhos como será a conduta de encaminhamento, de triagem. Não consideram a opinião dos outros profissionais, em especial do enfermeiro, limitando a prática em equipe.

[...] muitas coisas que a gente poderia fazer esbarra nos médicos: (eles dizem) “não pode que eu vou encaminhar” entendeu? Muita coisa pára aí. (ENF EI 3)

Dentre outros fatores relacionados à prática do trabalho em equipe, que também interferem na DE, foi destacado pelos entrevistados o tema da qualidade do trabalho que é ofertado aos usuários.

Alguns assumem uma autocrítica em relação ao seu próprio trabalho, destacando pontos positivos e negativos do serviço. Apontam como aspecto negativo o fato de não existirem critérios claros para realização da triagem dos casos que serão atendidos na DE.

[...] mas na verdade a gente faz uma triagem ao contrário como eu falei uma vez, porque afinal não é urgência, a gente fica com a urgência e manda o resto pra casa, a gente deveria encaminhar a urgência pra Leste ou pra UPA e atender os demais que estavam na fila porque os demais acabam virando urgência [...] (Enf. EI 1)

Como aspectos positivos destacam a diminuição da DE quando as ações programáticas são realizadas de forma adequada.

[...] quando a equipe consegue trabalhar bem, muda, o usuário desenvolve uma nova visão, ele só vem realmente quando ele precisa de alguma coisa séria da demanda porque ele sabe que ele tem o grupo, que ele tem alguma coisa que vai resolver aquela demanda, sem ele estar aqui sete hora,s sair daqui onze horas ficar 3 horas na fila [...] (ENF EI 3)

[...] teve um momento que eu estava aqui sem nenhum médico, que a demanda diminuiu, assim, mais tranquilo. [...] Eu acho que é porque a gente está desenvolvendo essas outras ações, tipo saúde da criança, saúde da mulher. Eu acho que a demanda aqui diminuiu um pouco... Na porta, ali. Eu acho que é por causa das atividades que a gente está desenvolvendo: grupo, grupo de direito reprodutivo, a gente está tentando, né. Igual a questão da sala de espera, a gente precisa fazer, né. (ENF EI 2)

A capacitação e o perfil para trabalhar com Saúde da Família foi outro ponto abordado como parte do conjunto das práticas que podem interferir na DE. Quando o profissional não tem um perfil adequado, ele não se preocupa em realizar as ações necessárias que podem evitar a vinda do usuário posteriormente na DE.

[...] (se o profissional não tem perfil) o grupo não acontece, ele não investe no grupo, ele acha que não é importante então o usuário pipoca na demanda de manhã às vezes aquela demanda que é uma demanda simples se torna uma demanda prá secundária e aí vai só [...] (ENF EI 3)

A capacitação específica para o trabalho em SF foi referida também pelos profissionais como uma questão que influencia a DE.

No PSF tem que ser especialista em saúde da família. Tem uma metodologia específica pra tratar da população desde a criança, até o idoso [...] (ACS 1)

[...] então a diferença que eu percebo entre outros município é a falta de preparo da equipe, a falta de conhecimento das pessoas em relação ao PSF, então não tem como você trabalhar numa coisa que você não conhece a proposta. (ENF EI 1)

Na percepção dos profissionais da equipe interna (profissionais que atuam na UAPS), os ACS são aqueles que mais necessitam de capacitação, pois precisam compreender a dinâmica do funcionamento da ESF e da equipe, seu papel de atuação para que possa informar corretamente a comunidade sobre o funcionamento dos trabalhos. Para eles, a falta de conhecimento dos ACS sobre a ESF faz com que aumente a procura por ações de DE.

É um curso de capacitação mesmo, né? Pra que na hora que ele entrasse no campo, como eu falei, ele não precisaria saber das doenças. Eu acho que isso nós podemos passar pra ele, ao longo do tempo, sem problemas. Mas em lidar com a população, em saber o que tem de trazer o que tem de levar, como fazer... Isso daí ele tem que aprender na marra. Muitas vezes e muitos agentes, não aprendem. E aí acaba a gente caindo naquilo que ela falou: o agente tem de ser a nossa... Os nossos pontos dentro da comunidade que a gente cuida, né, o nosso elo. E se ele não está capacitado ou se ele não tem a real condição do serviço, o serviço desanda. Dali pra frente. Aí a demanda aumenta lá, aumenta aqui, aumenta no encaminhamento da policlínica [...] (MÉDICO EI 2)

A percepção que os profissionais têm sobre a DE é outro fator observado que influencia a organização da mesma. Para alguns, um grande problema é o volume que a DE representa no cotidiano do serviço. É um grande problema que

supera a capacidade dos profissionais de oferecer uma resposta aos usuários. No entanto, a de se destacar que a organização do atendimento na DE encontra-se ancorada na assistência médica, assumindo uma dimensão dramática, principalmente no contexto atual da ESF na cidade, marcado pela falta de médicos e pela grande rotatividade desses profissionais

Demanda espontânea é abrir aquela porta ali, e 500 pessoas ali, e você tentar dar uma resposta, né, pras necessidades que elas trazem e tendo um número limitado de fichas pra você trabalhar. (ENF EI 2).

[...] quando eu vim pra cá era uma bagunça uma fila imensa... O usuário chegava na recepção você ia distribuindo por médico era uma média de quatorze vagas por cada médico era um horror. (ENF EI3)

Para alguns, a demanda além de ser um problema é também um peso, que consome o tempo que poderia ser utilizado nas ações de promoção à saúde, que seria o atributo principal da Saúde da Família.

Eu acho que a demanda pesa porque prende a equipe, priva a gente de fazer outras atividades, mesmo a gente podendo programa. Aqui tem uma vantagem que são 4 equipes, mas se fosse por ex. duas, como é lá no Jóquei a demanda lá é muito grande, então mal se faz preventivo, não consegue fazer um pré-natal adequado, pré-natal até que dá, grupo de gestante, a gente só faz o básico, grupo de gestante, uma tarde igual a gente já fez aqui, tarde de saúde você vai lá na comunidade, vamos fazer uma palestra, vamos fazer uma educação, a dengue tá pegando, vamos lá falar sobre dengue na comunidade, então lá no local. Então até mesmo fazer visita domiciliar, tudo isso a demanda prende. (ENF EI 4)

Uma solução apontada é a incorporação de outros profissionais médicos para se responsabilizar pelo atendimento dos usuários na DE, deixando para as equipes as atividades de prevenção e promoção.

[...] aí teria que ter o médico de suporte, prá ter o médico da demanda, um gineco que vem uma vez por semana e o pediatra. Só que aqui em Juiz de Fora isso foi tirado, aí o PSF teve que assumir a função do PSF, do postinho e da UBS. (ENF EI 1)

Há uma ideia de que as atribuições da SF são diferentes daquelas realizadas pelo “postinho” e pela UBS. O “postinho” refere-se às Unidades Básicas de Saúde (UBS) que trabalham com atendimento tradicional, onde são oferecidos serviços de clínica, ginecologia e pediatria, além de vacinas e atendimento básico de enfermagem. A percepção é de que essas funções foram assumidas pelo PSF somando-se duas lógicas de atendimento o que levou a um acúmulo de funções. A solução apresentada aqui seria desvincular esses dois atendimentos ficando para a equipe de SF as ações que caracterizam o SF, entendidas como ações de promoção e prevenção. Outros profissionais assumiriam o atendimento tradicional, reconhecido como o atendimento da “doença”.

[...] mas se de repente tiver a equipe de PSF e um médico clínico pra atender as demandas só da doença separado do PSF, a gente conseguiria fazer o PSF dessa forma que ele falou, focado nos grupos educativos de promoção e de prevenção. (ENF EI 4)

Esta discussão mostra que persiste no discurso dos profissionais a dicotomia de prevenção e assistência sendo que para eles o principal foco da ESF é nas ações de promoção e prevenção.

Então, nem sempre a própria população não tem a consciência de que o programa abre as suas linhas de demanda, né, pra área de atendimento, só que a parte principal do programa é a promoção de saúde, né. É evitar que chegue com o aumento da demanda, né. Tentar evitar que a demanda seja grande. Tentar controlar, ao máximo, para que não tenha demanda né, o ideal. (MÉDICO EI 2)

Outra visão manifesta atribui aos usuários a responsabilidade pela prevenção das doenças, muitas vezes, culpabilizando-os pelo adoecimento.

[...] infelizmente a população tá centrada muito na questão da doença, então acaba que ela vai deixando acumular fica doente, 12 vagas para uma população adscrita de mais ou menos 4 mil pra cada equipe, você vai vê diariamente é muito pouco. (ENF EI 4)

É, o que o pessoal procura mais é a demanda, ah! eu quero médico é agora eles muitas das vezes não entendem que o PSF é pra promover a saúde é você se cuidar pra não precisar da consulta mas eles vem e procuram a consulta, é tá passando muito mal e vem procurar consulta mesmo a gente falando explicando eles não entendem [...] (ACS2)

6.2.3 Modelo centrado na consulta médica

Toda a dinâmica do atendimento à DE acontece em torno do atendimento do médico, sendo que DE é a demanda para esse profissional. Isso é expresso na forma de organização do atendimento à DE nas unidades de saúde.

Todo dia na parte da manhã atende a demanda espontânea, os médicos pelo menos. (ENF. EI 4)

Quando tem médico organiza a fila cada fila é organizada por área. (ACS 1)

Na percepção dos profissionais, os usuários têm uma visão muito pontual sobre a assistência que é prestada nas UAPS, valorizam somente a atenção do médico, e não compreendem que ali são desenvolvidas outras ações, por outros profissionais, além da consulta médica.

[...] na verdade eles não entendem muito o PSF, a população não entende muito o PSF eles não querem, querem o atendimento, quer chegar e ser atendidos como se fosse uma policlínica um HPS, por mais que você fale que você converse sobre PSF quer chegar aqui e ser atendido. (ACS 2)

[...] é todo mundo correndo o tempo todo, a quantidade de ação desenvolvida ali dentro (da UBS). Mas pra eles, a maioria das pessoas, o que importa é a consulta com médico. (ENF EI 2)

Nesse contexto, uma das consequências é que quando as equipes estão sem médico, ocorre uma descontinuidade das ações. Os usuários procuram pouco o serviço quando não há médicos para realizar atendimento:

[...] o pessoal costuma vir quando tem médico. Aí eles vêm todo dia. Quando não tem médico, eles não vêm. (ACS 2)

[...] agora nos estamos sem os três médicos[...], sendo que antes quando tinha todos os médicos aqui podia ser uma média de 80 pessoas dentro do posto todo dia de manhã média de 20 pra cada área. Cadê todo mundo que não tá passando mal? (ENF EI 4)

Se tivéssemos os 4 médicos aqui hoje atendendo esse salão a esta hora estaria lotado. (ACS2)

Como consequência da falta de médicos nas equipes, os ACS encontram dificuldades para realizar o seu trabalho na comunidade.

O usuário lá na área eles cobram muito da gente a gente vai fazer visita eles falam, a gente não quer a sua visita não eu quero é medico lá no posto. (ACS 2)

Além disso, como os ACS estão em constante comunicação com a comunidade, muitos problemas que eles identificam não são solucionados.

(Visita domiciliar) não tem não, algumas (equipes) têm uma vez por mês. Tem problema urgente que a gente tem que passar pro médico e não tem jeito. O meu caderninho aqui tá lotado de coisas que tem que ser resolvido... Acamado, acamado grave precisando. (ACS 4)

Outra consequência das ações centradas no médico é que alguns membros da equipe perdem a sua autonomia de trabalho e a sua legitimidade junto à comunidade

[...] e acaba que mesmo o pessoal de fora fica assim (os outros) num tem nada a me oferecer. [...] (os usuários perguntam) o que vocês têm pra oferecer? E a gente não tem nada pra oferecer principalmente agora sem médico, né, nem o médico aqui não tem. (ACS 2)

6.2.4 A compreensão da equipe sobre a Demanda Programática (DP)

Para alguns profissionais melhorar as ações da DP ajuda a diminuir a DE. Seriam como equilíbrio de uma balança onde a elevação de uma, leva à queda da outra e vice-versa.

[...] áreas que estão completas, com médicos tem uma demanda brutal porque não se investe nos grupos. Quando você tem os grupos funcionando adequadamente a sua demanda espontânea ela diminui muito. (ENF EI 3)

As ações de DP são consideradas duradouras, que proporciona a criação de vínculos entre os profissionais e usuários. Por outro lado o atendimento da DE é visto como uma ação fugaz que não permite a formação de vínculo.

[...] mas assim é a demanda, né, não é um grupo educativo que você fica mais próximo, que você ensina, nesse aspecto o PSF não tá funcionando. Você está lá pra atender consulta, só. (ACS 1)

Em relação à prática do atendimento aos usuários, os profissionais referem que a DE sobrecarrega as equipes dificultando a realização de atividades da demanda programática.

(os profissionais) quando chegavam tentavam fazer o PSF, mas aí com o grande número de faltas e da demanda não dava certo [...] (ACS 2)
E a gente tá com dificuldade, assim. Os nossos hipertensos têm muitos na área, a gente não tava conseguindo atendimento pra eles. Na parte da tarde, o atendimento de demanda também tava ficando sobrecarregado pra doutora. (ACS 1)

As ações da DP são entendidas como atividades educativas voltadas para grupos específicos. Os grupos educativos são considerados espaços terapêuticos e se caracterizam como espaços propícios à fala, à exposição de problemas. Os processos de interação nestes encontros favorecem o bem-estar e assim as pessoas não precisam vir em busca da demanda.

[...] cada área fazia grupo de uma coisa, a gente tinha com idoso, (onde se) conversava, eles expunham seus problemas. Eu tinha pra mim que até então eles esqueciam dos problemas que estavam na casa deles. Isso ajudava a eles a sentir melhor... [...] todo grupo que tem, né eles esquecem dos problemas que tem na família e isso ajudava até a diminuir a demanda eles não iam se sentir mal nem ia vir de manhã pra marcar consulta [...] (ACS 2)

A DE é vista como ação assistencial e a DP como ação de promoção de saúde e prevenção de doenças. As ações da DP são vistas como típicas do espaço externo, desenvolvidas na comunidade, contrapondo-se a DE que são típicas do espaço interno da unidade de saúde. Como consequência, a falta das ações nas comunidades gera aumento de procura por consultas na UAPS.

Muitas das vezes eu acredito que a demanda, a nova demanda ela representa, às vezes, a falta de resposta que está lá na área, a falta de ligação direta lá na área. Porque, muitas vezes, até sem mesmo trabalhar o acolhimento aqui na unidade, nós já tivemos época aqui que a nossa demanda era de 3, 4 usuários numa fila. Então, quer dizer, o nosso trabalho era feito lá, né. (ACS 3)

Porque na nossa área, a maior parte é assim, de idoso, hipertenso, às vezes, (o usuário) já estava aposentado, às vezes o filho não conversava em casa porque não tinha tempo... Ia pro posto. Aí dava a desculpa: – Ah, eu vim medir minha pressão. [...] Aí chegou uma enfermeira que chegou na nossa equipe falou: – Vamos tirar essas pessoas ociosas e vamos lá na área trabalhar pra não vir pro posto. Aí a gente viu que tinha mais senhoras, né, aí a gente fez o grupo da caminhada, fez o passeio, fez o artesanato, carnaval da folia... (ACS 3)

7 DISCUSSÃO

Em relação à categoria Organização da Demanda Espontânea (DE) destacamos alguns aspectos para discussão.

Para atender os usuários que procuram a DE os profissionais definem critérios para a marcação das consultas (ordem de chegada na fila, adscrição e prioridades) além de utilizar o acolhimento como instrumento de organização da demanda.

Essas práticas dificultam o acesso aberto e ilimitado aos usuários e contradizem a proposta de garantia de universalização do acesso e a garantia de acessibilidade entendidas por Starfield (2002) como aspectos dos serviços de saúde que possibilitam a atenção ao primeiro contato.

A marcação das consultas por ordem de chegada com um número limitado de consultas por dia, privilegia os usuários que têm disponibilidade de chegar cedo aos serviços e dificulta o acesso por exemplo, de trabalhadores, de idosos, de pessoas com dificuldade de locomoção, de cuidadores de idosos e crianças.. Além disso, essa organização não facilita a identificação dos usuários que apresentam queixas agudas e situações de urgências, ou dos que chegam no decorrer da manhã, uma vez que a agenda do médico já foi preenchida. A persistência da fila mostra que as ofertas de serviços não têm se orientado por posturas de humanização no sentido de promover a redução do tempo de espera nas filas e a ampliação do acesso, como destaca a Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2006b).

Os profissionais justificam essa forma de marcação pelo excesso de demanda levando a sobrecarga para as equipes. No entanto, o número médio de pessoas adscritas por equipe está dentro do parâmetro preconizado pelo MS (média de 2.700 pessoas).

A adscrição é outro critério de marcação das consultas adotado pelas equipes. Esse fato é recente na trajetória da ESF na cidade, já que no início da implantação do SF, a comunidade foi vinculada à área de abrangência da unidade, pois a ausência do ACS fez com que não se configurasse propriamente uma equipe naquele momento, conforme destaca Saraiva Campos (2007).

Entretanto, a adscrição por equipes conforme a PNAB (BRASIL, 2006a) tem os seguintes objetivos: a) realizar o mapeamento das situações de risco; b) realizar o planejamento e programação das ações; c) garantir a continuidade das ações e longitudinalidade do cuidado aos usuários no território adscrito. Assim sendo, a adscrição, ao favorecer o diagnóstico das necessidades e das situações de risco da população e orientar o planejamento, torna-se um dispositivo positivo para a organização do atendimento aos usuários na DE permitindo nortear o estabelecimento de prioridades, discriminando de forma positiva os usuários que mais necessitam, garantindo assim a equidade nas ações de saúde.

No entanto, não parece ser esse o entendimento e a operacionalização do critério da adscrição, já que tanto usuários que residem distantes das UAPS's quanto os que não chegam cedo encontram dificuldades no acesso aos serviços. O que sugere que a adscrição, ao ser operacionalizada apenas como uma norma de direcionamento do fluxo de usuários é uma tentativa a mais de organizar o trabalho dos profissionais nas UAPS's e não uma organização do fluxo por meio das variáveis de acesso e acessibilidade .

Na realidade, também se evidenciou que quando o atendimento dos usuários é seguido pela lógica da adscrição, isto repercute de forma positiva na relação entre profissionais e usuários, pois favorece a criação de vínculo e a responsabilização das equipes pela população a ela adscrita. Por outro lado, no contexto atual da ESF no município, de grande rotatividade de profissionais principalmente médicos e enfermeiros é difícil manter essa adscrição, e perdem-se os esforços que as equipes realizam no sentido de promover a aproximação com os usuários. Ao mesmo tempo, a pressão da demanda sobre os profissionais os leva a criar novas regras para atender aqueles que moram nas áreas onde as equipes estão incompletas (reserva de vagas), o que vem dificultando manter a prática da adscrição. Percebe-se uma sensibilização dos profissionais quanto às dificuldades enfrentadas por moradores de áreas descobertas para conseguir atendimento, o que os leva a rearranjar o atendimento oferecendo a eles alternativas de oferta mínima de serviços, mesmo diante da precariedade das condições de trabalho.

Em síntese, podemos dizer que os critérios de marcação funcionam como barreiras de acesso ao atendimento o que pode estimular a população a procurar outros serviços para solucionar as suas necessidades imediatas, fato que tem sido destacado em outros trabalhos sobre o acesso aos serviços em saúde da família

(BARROS; SÁ, 2010; OLIVEIRA; MATTOS; SOUZA, 2009). Além do mais, o critério de priorização utilizado na DE é também um fator de discriminação do acesso, o que diverge dos pressupostos da APS de garantir atendimento a todos os problemas e condições (STARFIELD, 2002).

O acolhimento aparece como outro modo de organização da DE adotado pelas equipes a partir das iniciativas da gestão, que em 2004, realizou uma capacitação visando sensibilizar os profissionais sobre essa temática e estabelecer protocolos com o objetivo de instituir um atendimento mais humanizado aos usuários.

Ao buscar entender como a proposta do acolhimento tem sido assimilada pelos integrantes das equipes, observou-se que, para alguns profissionais o acolhimento significa identificar, na fila, o motivo pelo qual o usuário procurou veio ao serviço e verificar a real necessidade de atendimento médico, realizando assim uma triagem inicial. Essa visão reflete uma concepção de acolhimento restrita apenas à busca de organização da DE para a consulta médica, ou seja, distribuindo melhor as vagas já reservadas na agenda do médico. Desta forma, o acolhimento não garante a ampliação do acesso e não permite a humanização do atendimento, conforme a proposta da PNH, pois mantém o atendimento tradicional e burocrático da fila e não prioriza a criação de espaços destinados à escuta mantendo a privacidade dos usuários (BRASIL, 2006b).

Ao compreenderem o acolhimento como uma estratégia de organização das vagas para consulta médica, os profissionais o utilizam apenas no sentido identificar situações de risco e de prioridades. Assim, os usuários com queixas agudas são encaminhados ao médico enquanto os outros são agendados para outro dia ou encaminhados para outros setores dentro ou fora da UAPS.

No entanto, fica pouco claro como são os profissionais identificam as situações de risco. Eles orientam-se por critérios pouco objetivos sobre o que se caracteriza urgência no atendimento primário, chegando a argumentar que a ESF não é para atendimento de urgências. Dentre as situações descritas como “urgências” destacam-se crianças com febre de 40 graus, adultos com elevação de pressão, ou pessoas que se sentiram mal. O atendimento das urgências parece não se orientar por instrumentos de classificação de risco. Por outro lado, o documento “Acolhimento com Classificação de Risco” é um material disponibilizado aos municípios pelo MS, através da Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2006b),

que detalha alguns procedimentos que visam identificar, classificar e tratar corretamente os usuários em situação de risco. Apesar da pouca frequência de emergências nas UAPS, existem situações onde usuários com queixas agudas e urgências precisam esperar pelo atendimento pela ordem de chegada na fila. A utilização de um protocolo seria uma alternativa no sentido de humanizar o atendimento e evitar o sofrimento dos usuários.

O acolhimento é entendido também como forma de oferecer ao usuário outras respostas além da consulta médica. Percebe-se aqui uma aproximação da visão do acolhimento como postura a ser assumida por toda a equipe que, além de promover vínculos com o usuário, possibilita deslocar o eixo do atendimento centralizado no médico para a equipe (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999). Mas apesar dessa compreensão, as equipes têm dificuldades de operacionalizar esse conceito, principalmente, em função da pouca adesão dos médicos e auxiliares de enfermagem. Assim, a função acolhedora é assumida apenas pelos ACS's e enfermeiros. Além disso, a constituição da equipe mínima e a falta de profissionais nas equipes limitam a atuação dos profissionais e dificulta oferecer outras respostas.

Em resumo, percebe-se que predomina uma compreensão restrita do acolhimento que se apropria das estratégias de intervenção, dos instrumentos de abordagem e do direcionamento dos usuários dentro dos serviços, mas que não reflete uma visão mais ampliada do acolher como um dispositivo capaz de produzir reflexões sobre as práticas dos profissionais na ESF e de rever as relações que se estabelecem entre os profissionais e usuários com o objetivo de modificar as práticas de atenção (MALTA, 1998).

No que se refere à participação dos profissionais no atendimento da DE, chama a atenção a atuação dos ACS's, que, muitas vezes, abordam sozinhos os usuários que procuram atendimento. Eles, por conhecer melhor os usuários, realizam uma triagem inicial, e encaminham, num segundo momento aqueles que necessitam para serem avaliados pelo enfermeiro. Mas, em algumas situações o ACS, sozinho, orienta usuários a procurar os serviços de emergência, e há casos em que ele até seleciona aqueles que serão encaminhados ao médico. No entanto, o ACS não é capacitado tecnicamente para discriminar as situações de risco e a necessidade de atendimento médico. Segundo a PNAB (BRASIL, 2006a), o ACS deve atuar e desenvolver suas ações prioritariamente junto às comunidades no território adscrito, restringindo a sua atuação dentro da UAPS a algumas ações que

se vinculam às suas atribuições. Nesse sentido, pode se questionar o sentido de responsabilidade e o comprometimento dos profissionais técnicos e dos próprios ACS's, pois a ausência de um profissional capacitado nessa atividade pode comprometer a qualidade da assistência.

Ao analisar a participação dos enfermeiros no atendimento à DE, observou-se que, de todos os profissionais da equipe interna, eles são os que mais se mobilizam no atendimento aos usuários e a responsabilidade por este fluxo de atendimento introduziu mudanças na prática deste profissional. No entanto, a não adesão dos outros profissionais, teve como consequência uma sobrecarga de trabalho para enfermeiros, com consequente retomada muitas vezes das formas de marcação mais tradicionais como as especificadas anteriormente.

Além disso, o conselho de classe da enfermagem, o COREN, tem se posicionado contra a presença destes profissionais no atendimento direto à demanda livre, acentuando que ela deve se restringir às ações definidas pelos protocolos da SMS. Este fato sugere que existem aspectos das atribuições dos profissionais que necessitam de uma discussão mais ampla com os conselhos de classe no sentido de estabelecer protocolos para o atendimento aos usuários da DE. Campos, Aguiar e Oliveira (2002), destacam como um fator que dificulta a implantação da SF em grandes centros urbanos, o posicionamento dos conselhos de classe em lidar com as mudanças no mercado de trabalho em função da ascensão da Atenção Básica, fato que influencia as orientações aos profissionais sobre o modo de conduzir as práticas. Já Conill (2008) defende a necessidade de se negociar com os conselhos de classe no sentido de conseguir uma maior adesão aos projetos de expansão da ESF.

Um dos objetivos da pesquisa foi compreender como a equipe articula o atendimento à DE e DP na rotina dos serviços, ou seja, como os profissionais administram a sua agenda de trabalho para conciliar as várias ações de demanda programática com a espontânea.

Neste estudo, foi possível observar que as ações assistenciais estão concentradas no atendimento à DE e são realizadas principalmente pelo médico, já que se resumem na consulta médica. Já as ações promocionais ou de prevenção, que constituem a demanda programática, como reuniões com grupos de usuários, palestras de educação em saúde e atendimento clínico aos grupos programáticos são feitas principalmente por enfermeiros e ACS's. Os médicos também participam

do atendimento clínico aos grupos programáticos em parceria com a enfermeira, mas em menor quantidade.

Embora pela norma do MS tanto os médicos quanto os enfermeiros devam participar das duas atividades, na prática evidencia-se uma clara divisão do trabalho: os médicos focam mais a atenção na DE e os enfermeiros na DP, fato também constatado por outros autores que investigaram equipes de SF (BARROS; SÁ, 2010; FAVORETO, 2002; FRIEDRICH, 2005; RONZANI; SILVA, 2008; SARAIVA CAMPOS, 2007). Cada equipe tem liberdade para definir tanto a organização quanto a participação de cada profissional nas ações de DE e DP, destacando-se uma uniformidade entre equipes apenas para o atendimento da DE. Essa questão também foi observada por Friedrich (2005) ao estudar o processo de trabalho das equipes de SF, onde constata que o processo produtivo é parcelado, fragmentado se caracterizando por uma intensa divisão do trabalho entre as categorias profissionais. Essa intensa fragmentação do trabalho é conflitante com os interesses da ESF de realizar atendimento integral à saúde.

Ainda em relação à participação dos profissionais nas ações de DP e DE destacam-se as críticas, principalmente dos ACS's em relação à atuação dos médicos. Eles sugerem, por exemplo, a desmotivação dos profissionais para o trabalho e para as atividades em grupo, a inadequação do perfil profissional para SF ou simplesmente o descumprimento das normas quanto às atribuições específicas de cada profissional na SF. Apesar destas questões se afastarem do foco deste trabalho, vale destacar essa visão do ACS sobre o processo de trabalho dos médicos, enfermeiros e auxiliares. Esta visão pode ser resultante da sua inserção na equipe de saúde e do seu papel de mediador entre a equipe e a comunidade, mediação compreendida como uma facilitação do acesso da população aos serviços (BORNSTEIN; STOTZ, 2008). Esta legitimidade confere a ele um poder de crítica sobre a atuação dos outros profissionais da equipe, uma vez que ele também, assim como os moradores da comunidade onde vivem, utiliza os serviços das UAPS's onde trabalha (BORNSTEIN; STOTZ, 2008).

Em relação à segunda categoria analítica, Fatores que influenciam o atendimento à DE destacamos nesta discussão os seguintes aspectos.

Considera-se que a DE é resultante de uma conjuntura onde se sobrepõem fatores provenientes das demandas dos usuários e do modo como se organiza o atendimento aos usuários nas UAPS.

Os profissionais entrevistados distinguem quatro principais motivos pelos quais os usuários procuram a DE: demandas de saúde mental, demandas de medicações contínuas para as condições crônicas como HAS e DM, a busca por encaminhamentos para especialidades e as queixas vagas aparentemente sem motivo objetivo. Chama atenção a não-inclusão das queixas agudas nesta lista, já que dentre os usuários que necessitam de atendimento certamente encontram-se muitos que apresentam queixas agudas, urgências e mais raramente, emergências. Ao refletir sobre a importância dada pelos profissionais a estes motivos, percebe-se que estes de forma implícita consideram que estes não deveriam levar o usuário a procurar atendimento na DE, embora os próprios profissionais não encontram uma solução para essa questão. Leva-nos a questionar se as verdadeiras urgências não estão sendo valorizadas ou se elas não chegam até as UAPS's.

Como um primeiro aspecto, destacamos a frequência com que os profissionais das UAPS's mencionam as demandas de saúde mental, na qual incluem as trocas de receituários de medicações psicotrópicas e a grande demanda de consultas por pessoas portadoras de algum transtorno mental, ambas consideradas como excessivas, fora do controle.

Procuramos então compreender o significado desse excesso de volume atribuído à procura por receitas de medicações psicotrópicas e por portadores de transtornos mentais. A literatura confirma que existe uma alta prevalência de transtornos mentais comuns na comunidade e que a maioria está sendo atendida em unidades de atenção primária. Estes abrangem as queixas psicossomáticas, abuso de álcool e drogas, dependência de benzodiazepínicos, transtornos de ansiedade menos graves (BRASIL, [2003]). Sobre este assunto, Fiorotti, Tomazelli e Malagris (2009) destacam que os estudos não apresentam prevalências uniformes, porém estas são sempre altas, alcançando níveis de 28,5%, 35% e até 50%.

Para o MS, o atendimento em saúde mental na AB se insere numa rede de cuidados onde, além das equipes de SF, estão as residências terapêuticas, os ambulatórios, os atendimentos de urgência, os CAPS, dentre outros.

A ESF tem, portanto, um papel fundamental nesta rede de cuidados em saúde mental, pelas suas características de inserção nas comunidades, de acompanhamento longitudinal dos usuários, de desenvolvimento de atividades em grupo, dos vínculos que são criados entre as equipes e as famílias, que favorecem a abordagem e o tratamento dessas condições (LANCETTI; AMARANTE, 2008). Para

isso, as equipes de saúde da família devem receber suporte técnico através de apoio matricial com o objetivo de aumentar a capacidade resolutive das equipes e partilhar a responsabilidade pelos casos. Entretanto, a realidade do atendimento aos usuários nas UAPS estudadas é marcada pelas dificuldades das equipes em absorver as demandas vindas desses usuários e pela dificuldade de inseri-los nesta rede de cuidados proposta pelo MS. Além disso, as equipes não contam com supervisão e apoios matriciais e encontram dificuldades para encaminhar os usuários que necessitam de tratamento especializado⁵.

A ênfase dada pelos profissionais à esse tema leva a pensar sobre a questão da qualidade de vida das populações como um fator que pode influenciar no adoecimento mental. A ESF se insere em comunidades pobres cujas demandas, muitas vezes, são reflexos desta realidade. Assim, fome, condições insalubres de moradia, de trabalho, violência, disfunções familiares podem ser causa de sintomas difusos, como dores no corpo, insônia, transtornos depressivos leves, o que leva esses usuários a buscar soluções nos serviços de saúde. Desta forma, o sofrimento causado por condições sociais é transformado em demandas médicas resultando no uso indiscriminado de medicações psicotrópicas (GUIMARÃES et al., 2011).

Como um segundo aspecto, destaca-se que parte significativa das demandas se concentra na procura de medicações de uso contínuo, principalmente as utilizadas para a hipertensão e diabetes. Este fator pode apontar para a desorganização das equipes que, às vezes, não conseguem mais ofertar outros serviços e organizar a atenção a partir das prioridades da ESF. É revelada também a falta de investimento nas ações programáticas, como os grupos de atendimento específico para os hipertensos e diabéticos, onde estes usuários encontram um espaço para as trocas de receitas.

Uma consequência desse excesso de procura por medicações, tanto por usuários de saúde mental e dos portadores de transtornos crônicos leva a uma sobrecarga de trabalho para o médico, o que dificulta o envolvimento deste profissional com outras atividades. Entendemos que este aspecto aponta para falhas na assistência às condições crônicas, uma vez que a grande frequência destes

⁵Juiz de Fora conta hoje com quatro Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): um infanto-juvenil (IJ), um para atendimento de dependentes químicos (AD) e dois voltados ao atendimento de usuários adultos portadores de transtornos mentais severos e persistentes (CAPS II). Existe um serviço que presta o primeiro atendimento em casos de urgências psiquiátricas. Um documento elaborado pela Secretaria de Planejamento - JF em Abril de 2010, destacava a necessidade da ampliação para quatro CAPS AD, três CAPS IJ, três CAPS II e dois CAPS III (SMS, Abril 2010).

transtornos nas comunidades causa impacto nos serviços de saúde e deve merecer uma abordagem específica pelas equipes de SF. Neste sentido, a DE pode servir como um orientador das ações programáticas a serem desenvolvidas pela equipe. Além disso, o espaço da DE deve ser reservado ao atendimento às queixas agudas e urgências, que se não forem solucionados podem levar os usuários a procurar outros locais de assistência para as suas queixas imediatas, conforme destacam Oliveira, Mattos e Souza (2009) e Franco e Merhy (2003).

Um terceiro aspecto refere-se ao fato de que os profissionais mencionam que são muitos os pedidos por encaminhamentos para as especialidades na DE. Isso pode apontar para a desvalorização pelos usuários do atendimento prestado pelos médicos das equipes ou para uma desconfiança nesse trabalho, conforme indicado em outros estudos sobre o trabalho em Saúde da Família (BARROS; SÁ, 2010; OLIVEIRA; MATTOS; SOUZA, 2009).

Apesar da importância que a ESF tem assumido recentemente na atenção à saúde no país, ainda persiste culturalmente tanto na população quanto em boa parte dos profissionais de saúde uma maior valorização das especialidades e uma maior confiança nos serviços que contam com maior utilização de recursos tecnológicos. A SMS de JF, reconhecendo este problema, destaca no Plano de Saúde 2010-2013 (JUIZ DE FORA, 2010b):

[...] “a pouca valorização da APS no contexto organizacional da saúde, uma vez que profissionais de áreas assistenciais complementares e até mesmo a população não reconhecem que a APS necessita da incorporação de grande tecnologia do conhecimento, para promover uma atenção de qualidade, humanizada e resolutiva”. (JUIZ DE FORA, 2010b, p.33).

A esta constatação, no entanto, não são propostas alternativas para tentar solucionar este problema e melhorar a visibilidade da SF no município.

Entretanto, este fato, além de ser reflexo do mercado de trabalho, também é reforçado pelo modelo educacional que ainda forma poucos profissionais médicos com especialidade em Saúde da Família. Essa questão é de fundamental importância e é um dos desafios ao projeto de expansão da SF e da sua consolidação como reordenadora do modelo assistencial.

Mas é importante questionar também qualidade da assistência e a capacidade resolutiva dos médicos das equipes de SF. A grande rotatividade de médicos nas equipes e a falta de profissionais com especialização na área pode interferir na qualidade da assistência prestada, como destaca a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (2005, p.2) ao afirmar que “a velocidade de implantação do Programa (SF) acarretou a incorporação de pessoal com formação ou perfil nem sempre adequados para compor as equipes e isto tem indicado um prejuízo em termos de qualidade [...]”.

Além disso, a política institucional de pouco investimento na ESF, como foi destacada no referencial teórico, pode contribuir para acentuar na população a idéia de baixa qualidade deste serviço e estimular o modelo de atenção centrado nas especialidades.

Um quarto aspecto ligado aos motivos de consulta é a questão das necessidades que podem estar por trás das queixas que os usuários apresentam aos serviços. Alguns profissionais identificam a necessidade de escuta, o que mostra que eles buscam abordar os usuários de forma integral. Para estes profissionais, por trás das queixas, podem estar outras necessidades como conversar, falar dos problemas pessoais ou familiares, enfim, demandas de caráter subjetivo que não se caracterizam como doenças ou queixas agudas. Mas, apesar da unanimidade sobre a existência desta demanda há opiniões divergentes dos profissionais a respeito: enquanto uns desvalorizam essas queixas, outros buscam valorizá-las como representações de sofrimentos ocultos.

Aqui identificam-se visões diferentes: uma que considera que a busca por assistência nos serviços de saúde só faz sentido quando existe uma doença, reflexo de um pensamento sobre saúde como ausência de doença, e outra, que busca contextualizar o indivíduo e a sua condição como ponto central da assistência, ao compreender que por trás dos sintomas e queixas podem estar outras necessidades (CECÍLIO, 2001), que se reflete numa assistência mais integral aos usuários.

Essas duas compreensões identificadas são desafios a serem enfrentados para garantir uma assistência mais integral aos usuários. Uma visão estrita das necessidades pode ser um obstáculo ao projeto de instituição de práticas mais humanizadas. Projetos que se apoiam numa concepção ampla das necessidades, conforme proposto por Campos (2007a), contextualizam o sujeito portador das

necessidades, fortalece sua autonomia e oferece a ele outros recursos no enfrentamento dos seus problemas.

Quanto a isso, Cecílio (2001) alerta para o fato de que os usuários tendem a expressar as suas necessidades sob a forma da oferta dos serviços buscando garantir o acesso. Corre-se o risco, então de sobrecarregar a agenda do médico com usuários cujas queixas poderiam ser resolvidas de outra forma, que não pela consulta médica.

Por fim, observou-se que dentre os principais motivos de procura destacados pelos profissionais não se incluem as queixas agudas, embora se reconheça que dentre as consultas diárias, há motivos clínicos agudos, ou crônicos agudizados que necessitam de assistência médica imediata. O que pode ser questionado é o quanto das demandas agudas que as equipes estão conseguindo absorver e solucionar. Embora não se disponha de estudos que quantifiquem os motivos de atendimento por DE na ESF em Juiz de Fora, um estudo realizado por Oliveira, Mattos e Souza, em 2009, pode ajudar a entender a capacidade das equipes de absorver a demanda. Este autor destaca que, apesar da disponibilidade de unidades de SF próximas à sua residência, muitos usuários dirigem-se aos serviços de pronto atendimento, já que, para eles a organização do atendimento nas UAPS's funciona como uma barreira ao acesso:

Vários pontos se destacaram como barreiras ao acesso, incluindo restrição quanto ao horário de funcionamento, restrição quanto ao número de vagas para consulta, indefinição dos critérios de urgência, sistema de agendamento de consultas inadequado à realidade do usuário, demora para obtenção do atendimento, desorganização do sistema "referência – contra-referência" e as filas de madrugada. (OLIVEIRA; MATTOS; SOUZA, 2009, p.1933).

A partir ainda do nosso entendimento dos fatores que influenciam a DE destacamos, dentre estes, as práticas e condições de trabalho das equipes. Identificaram-se problemas como equipes incompletas com grande rotatividade dos profissionais, a dificuldade de integração e comunicação entre eles, os conflitos internos e a pouca interação dos médicos com a equipe. Vale ressaltar que todos esses fatores podem representar obstáculos a uma atenção integral.

De todos os problemas destacados, o que mais afeta as condições de trabalho é o fato das equipes ficarem frequentemente incompletas, principalmente

sem médicos. A falta deste profissional compromete obviamente o trabalho e dificulta o projeto de um “trabalho interdisciplinar e em equipe, integrando áreas técnicas e profissionais de diferentes formações”, conforme previsto na PNAB (BRASIL, 2006a, p.28). A alta rotatividade dos médicos também dificulta bastante o trabalho das equipes.

A essas questões, associa-se a dificuldade de integração entre os profissionais, fator indispensável na busca de um trabalho multiprofissional. O trabalho conjunto e articulado dos distintos profissionais, com suas visões singulares sobre a dinâmica das comunidades, pode ajudar a encontrar soluções para os problemas e assegurar uma melhoria na qualidade dos serviços prestados. Nas equipes estudadas, a dificuldade de integração entre os profissionais é percebida pela comunicação ineficiente entre os seus membros, pelos conflitos e tensões na relação entre os profissionais e pelas críticas às atitudes dos médicos.

A dificuldade de comunicação é resultado da falta de encontros periódicos e reuniões semanais, o que impede a troca de informações e a discussão das demandas dos usuários. Esta questão tem levado muitos profissionais a se sentirem desestimulados, principalmente os ACS's, pois as informações que deveriam ser repassados durante as reuniões são fundamentais para o seu trabalho junto às comunidades. A perda ou as informações incorretas dificultam o trabalho dos ACS's e fazem com que a sua legitimidade frente às comunidades seja prejudicada.

Os conflitos internos se expressam em desconfiança, críticas negativas, questionamento de competências e outros. O fato de os grupos terem sido realizados separadamente permitiu que os profissionais expressassem mais espontaneamente suas críticas e fizessem mais livremente considerações sobre a atuação em equipe.

Outra questão que tem sido desafiadora para o trabalho da equipe é a atuação dos médicos, vistos como pouco participativos nas atividades em grupo, focados nos atendimentos somente em consultório e como profissionais que valorizam pouco o saber dos outros da equipe. Os profissionais apontam a falta de perfil de muitos médicos para o trabalho em SF, como um dos fatores que contribuem para esta prática.

A autonomia dos médicos nas tomadas de decisão em geral é outro aspecto criticado pelos profissionais. Cada médico que se integra às equipes tem autonomia de definir novas regras para o atendimento da DE e de organizar a sua agenda nas

ações programáticas, participando apenas de algumas delas. Aqui se percebe que a autonomia profissional se sobrepõe aos projetos da equipe e da comunidade. Campos (2007b, p.229), ao discutir a questão da autonomia versus atribuição profissional nas instituições de saúde, destaca que “um dos principais segredos para se assegurar a qualidade em saúde estaria na adequada combinação de autonomia profissional com certo grau de definição de responsabilidade pelos trabalhadores”.

Estes fatores mencionados afetam o trabalho em equipe tornando desafiadora a proposta de valorização dos diversos saberes e práticas na perspectiva de uma abordagem integral e resolutiva dos problemas das comunidades, como indica o MS (BRASIL, 2006a). As equipes estão desarticuladas, pouco coesas, com poucas as ações onde há o envolvimento de todos os profissionais. Parece existir uma maior ligação entre os enfermeiros e ACS's, percebendo-se um maior distanciamento do médico.

Esse fato compromete a idéia de uma atenção integral conforme destaca Schraiber e outros (1999) ao afirmar que

[...] a presença de variados profissionais realizando ações isoladas e justapostas, ou seja, apenas executadas lado a lado, sem articulação e sem comunicação, não permite realizar a eficiência e a eficácia dos serviços na perspectiva proposta da atenção integral. (SCHRAIBER et al., 1999, p.232).

Outro fator que no nosso entendimento também influencia a DE são as percepções dos profissionais sobre as demandas.

Estes, ao referir-se à demanda expressam-na como volumosa, como um problema difícil de ser solucionado e que chega a extrapolar a capacidade resolutiva da equipes. Este fato tem sido constatado também em outras pesquisas como de Crevelim e Peduzzi (2005).

Porém, enquanto os autores mencionados indicam como um motivo para a sobrecarga o excesso das populações adscritas às equipes, os entrevistados desta pesquisa, apesar de terem a percepção subjetiva de um excesso de demanda com os usuários que procuram diariamente o serviço, não questionam o quantitativo da adscrição, que nas UAPS's pesquisadas encontra-se dentro dos parâmetros preconizados pelo MS.

Eles associam o excesso de volume na DE a dois fatores: em primeiro lugar, eles acreditam que a prática do acolhimento tem levado a um aumento do volume de usuários. A mesma coisa não aconteceria se o acesso dos usuários ocorresse através da utilização dos critérios para marcação descritos anteriormente. Isso sugere que as formas tradicionais de atendimento à demanda, como a marcação por ordem de chegada na fila, levam a uma repressão na demanda, e que a instituição de práticas mais dialógicas como o acolhimento facilitam a acessibilidade do usuário.

Em segundo lugar, os profissionais tendem a responsabilizar os próprios usuários ao afirmar que eles não entendem o funcionamento da ESF, que não realizam o autocuidado e não participam das atividades de grupo onde são feitas ações de promoção e prevenção. Como consequência, as doenças se instalariam ou agravariam o que contribuiria para uma sobrecarga na DE. Alguns estudos (BARROS; SÁ, 2010; RONZANI; SILVA, 2008) também verificaram o discurso da responsabilização e culpabilização do usuário, ao mencionar que ele não compreende a função da ESF, além de atribuir somente a ele a responsabilidade pelo cuidado com a saúde.

Os profissionais apresentam várias sugestões para solucionar o problema do excesso de demanda, dentre as quais destacamos, a seguir, aquelas que consideramos mais importantes.

Para alguns, uma solução seria uma maior responsabilização das equipes e um maior empenho em realizar de forma adequada e integrada as ações de prevenção e assistência. Eles acreditam que o maior investimento em ações preventivas, a chamada DP, pode diminuir a procura dos usuários na DE. A DE e a DP são, nesta visão, complementares e o aumento de uma levaria à queda da outra e vice-versa.

Essa forma de organizar as ações é condizente com a ideia de um modelo de atenção onde o crescimento da oferta organizada de ações tende a diminuir a demanda espontânea (PAIM, 1999). Para eles, a integração dessas ações é parte do projeto assistencial da ESF, e os problemas e as soluções fazem parte desse mesmo projeto.

Enquanto outro grupo de profissionais, contraditoriamente às propostas da ESF, defende a incorporação de equipes de apoio para atender as urgências na DE, ficando a equipe de SF responsável somente pelas ações de promoção e

prevenção. Este discurso contradiz o proposto pela PNAB (BRASIL, 2006a), que destaca como uma das atribuições das equipes no seu processo de trabalho o atendimento resolutivo às demandas, tanto programáticas quanto espontânea. As equipes devem, no limite do território adscrito, se responsabilizar pelo atendimento integral aos usuários o que pressupõe o acolhimento e a resolução das demandas diárias dos usuários. Esta visão de parte dos profissionais contraria o projeto assistencial que se estruturou a partir do princípio constitucional de integralidade da atenção e que prevê que a assistência e a prevenção sejam realizadas no mesmo momento e pelo mesmo serviço.

Promover atendimento integral e longitudinal aos usuários na ESF pressupõe o estreitamento dos vínculos entre os profissionais e usuários, o que somente é possível através da assistência a todos os níveis, seja preventivo-promocional ou assistencial- curativo, nos vários momentos em que se expressa a necessidade do usuário.

Além disso, a prática ancorada na dicotomia entre prevenção e assistência dificulta uma abordagem integral dos usuários a partir da contextualização do sujeito e das suas necessidades conforme destaca Mattos (2004, p.113): “Há que se adotar uma postura que identifica a partir do conhecimento técnico as necessidades de prevenção e as assistenciais, e que seleciona as intervenções a serem ofertadas no contexto de cada encontro”.

Franco e Merhy (2003) destacam que a pouca valorização do atendimento à DE pela SF é um erro, pois o atendimento das urgências é um aspecto importante na visão dos usuários e a sua pouca valorização pode levar a uma perda de credibilidade da ESF frente à comunidade. Além disso, o fato de não oferecer respostas aos problemas agudos dos usuários força a ida destes aos serviços de pronto atendimento, como constata Oliveira, Mattos e Souza (2009) em seu trabalho já citado anteriormente sobre assistência à saúde em JF.

Refletindo ainda sobre a visão dos profissionais a respeito da DE, ao compará-las com as visões sobre a DP, observa-se que as ações de DE são vistas como fugazes que não permitem a criação de vínculos entre profissionais e usuários, ao contrário das ações de DP que são vistas como duradouras, facilitadoras dos vínculos.

Quanto às causas dessa concepção dual podem ser levantadas algumas hipóteses:

- Pode ser resultado do processo histórico de implantação da ESF no município, onde alguns profissionais como os auxiliares de enfermagem, que trabalhavam numa outra lógica onde a assistência e prevenção eram desvinculadas, foram incorporados às equipes de SF, sem receber uma capacitação adequada (SARAIVA CAMPOS, 2007). Como a assistência nessas UAPS era centrada no atendimento do médico, responsável pelo atendimento clínico e as ações preventivo-promocionais como vacinação e assistência materno-infantil eram atribuição dos profissionais de enfermagem, eles continuam reproduzindo na prática essa forma de atendimento.
- Resulta da dificuldade dos profissionais de contextualizar a atenção, de se responsabilizar pelos usuários e tomar as suas necessidades como foco a partir do qual se constroem as intervenções em saúde que podem ter um desenho assistencial/curativo ou preventivo-promocional (MATTOS, 2004).
- Além disso, o pouco investimento em educação continuada, aspecto destacado pelos próprios profissionais, pode ser um fator que contribui para essa visão das práticas.
- A sobrecarga de demanda para o médico faz com que o tempo das consultas seja curto, ao contrário das ações de DP às quais a equipe investe mais tempo. No entanto, isso pode ser uma consequência da forma de organização das ações e não reflete a qualidade da assistência que é prestada pelo médico no consultório. O pouco tempo destinado pelo médico às intervenções em consultório não significa, necessariamente, que ele não foi capaz de instituir vínculos ou se responsabilizar pelo usuário, da mesma forma que o maior tempo destinado às intervenções nos grupos de DP, não indicam que a ação foi capaz de instituir vínculos e promover a responsabilização do profissional pelo usuário.

Considerando ainda fatores que no nosso entendimento influenciam o atendimento da DE, destacamos o modelo de atendimento centrado no médico da equipe.

Essa centralidade pode ser verificada pela dinâmica da organização da DE que ocorre em torno do trabalho deste profissional. Além disso, o fato dos usuários procurarem mais frequentemente assistência médica mostra que persiste a crença

no médico como o mais competente para solucionar os problemas de saúde. Por outro lado essa crença é reforçada pelo modo como são organizados os serviços. No entanto o médico tem atribuições específicas na ESF e deve desenvolver o seu trabalho de forma conjunta com os profissionais. Além disso, uma abordagem ampliada da clínica fortalece o papel dos outros integrantes da equipe, ao considerar que cada saber é importante na busca de uma solução para os problemas dos usuários (CAMPOS, 2007a).

A marcação pela ordem de chegada na fila, conforme foi discutido acima, sem considerar os critérios de risco e sem considerar se existe uma real necessidade do atendimento pelo médico, sobrecarrega a agenda para este profissional, dificultando a sua intervenção nas ações onde o seu saber pode ser o diferencial para uma boa assistência aos usuários. De forma paradoxal a mesma equipe que critica a pouca participação dos médicos nos projetos conjuntos da equipe, mantém uma organização do trabalho que leva a uma sobrecarga para este profissional, dificultando a sua participação nas ações conjuntas da equipe.

Essa forma de organização do atendimento é fruto do modo como sempre se organizou a assistência à saúde no país, centrada no atendimento hospitalar e no atendimento do médico.

Uma consequência desta forma de organizar a assistência é que os usuários desconhecem ou não valorizam muitas ações que são desenvolvidas pelos outros profissionais das equipes de SF. Isso se evidencia pela pouca procura dos usuários quando não existem médicos nas unidades.

Além disso, os ACS destacam a presença do médico como um fator que motiva os usuários a aderir às propostas de intervenção como os grupos educativos propostos pela equipe. A falta dos médicos tem dificultado o trabalho dos ACS, o que confirma a centralidade que o trabalho do médico tem na atenção em SF.

8 CONCLUSÃO

Ao olharmos para o atendimento à DE é importante tecer algumas considerações visando concluir este trabalho.

Desde que a ESF vem assumindo o papel de estratégia reordenadora da Atenção Básica tem acontecido grandes avanços nas ações e nos indicadores de saúde nos municípios que adotaram essa proposta como organizadora do sistema local de saúde. São inegáveis as melhorias nos indicadores de saúde, especialmente em relação à saúde da criança e da mulher.

É necessário, entretanto, um maior investimento institucional na ESF no sentido de garantir uma melhor estruturação das equipes e uma maior estabilidade dos profissionais, principalmente de médicos e enfermeiros. As precárias condições de trabalho desqualificam a assistência e impõem aos profissionais questões éticas, uma vez que estes, apesar de se sentirem responsabilizados e tecnicamente capazes de realizar o cuidado necessário, esbarram nas limitações impostas por uma infraestrutura inadequada.

Ressalta-se também a necessidade de maior investimento na política de recursos humanos na ESF, tanto para formação de novos profissionais quanto para capacitação daqueles que já estão nos serviços.

É importante uma política de recursos humanos que procure criar espaços de escuta dos profissionais no sentido de conhecer as necessidades, as dificuldades e ampliar a capacidade das equipes de oferecer um atendimento resolutivo aos usuários que procuram a DE.

Faz-se necessário capacitar e estimular os profissionais para desenvolver uma escuta qualificada dos usuários e investir em estratégias de abordagem das queixas. É importante aprimorar o acolhimento como forma de ampliar o acesso aos serviços, de aumentar os vínculos dos profissionais e equipes com os usuários, de promover a humanização da assistência e de reorganizar os processos de trabalho.

O exercício da clínica ampliada pode ajudar a definir prioridades e identificar na demanda os grupos de risco como situações familiares, doenças graves com risco de morte e incapacidade, que devem receber um atendimento diferenciado com a construção de um projeto terapêutico individualizado, integrando as várias competências profissionais para encontrar uma solução mais rápida para o

problema. Para isso, as equipes devem acolher, qualificar a escuta e estreitar os vínculos com os usuários.

Outros recursos como o fluxograma descritor e projetos terapêuticos cuidadores também ajudam a qualificar a atenção e orientar o atendimento a partir das necessidades dos usuários, permitindo que as equipes repensem os seus processos de trabalho e que os profissionais assumam o cuidado como ponto central da assistência à saúde.

Organizar, ampliar o atendimento, conhecer melhor as condições de vida e saúde da população sob seus cuidados pode auxiliar as equipes a aumentar a margem de situações clínicas reconhecidas diminuindo a demanda imprevista e elevando o potencial de resolução dos casos. No modelo de atendimento às condições crônicas proposto por Mendes, a atuação dos profissionais de saúde aumenta à medida que se eleva a complexidade das condições de saúde. Esse modelo propõe mudanças na organização do trabalho das equipes, como a elaboração de um plano de cuidado para os usuários a partir do terceiro nível, o que requer a utilização dos instrumentos de gestão da clínica.⁶

É importante definir como missão da ESF a oferta de serviços de qualidade, pautados por uma ética que reconheça a saúde como direito. A demanda espontânea é resultante do processo histórico de assistência à saúde, onde os usuários têm buscado os serviços para resolução dos seus problemas agudos e das suas necessidades imediatas. Em função disso, a ideia da prevenção é em muitos casos ainda de difícil assimilação pelos usuários. Cabe aos serviços instituir uma nova lógica de cuidado incorporando à atenção ações promocionais e preventivas que visem sensibilizar os usuários para o autocuidado, sem, no entanto, culpabilizá-los e atribuir somente a eles a responsabilidade pela própria saúde.

A demanda é resultante também da universalização do acesso aos serviços, que trouxe a possibilidade da assistência a uma parcela da população até então excluída dos cuidados em saúde. O investimento na ESF como porta de entrada do sistema e a garantia da continuidade do cuidado na rede de serviços de saúde são estratégias que permitem consolidar os direitos conquistados pela população a partir da instituição do SUS.

⁶ Ver oficina 1 do projeto Saúde em Casa (ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO ESTADO E MINAS GERAIS, 2008).

É importante que equipes e profissionais ampliem a capacidade de escuta para reconhecer na demanda elementos resultantes das condições de vida e do ambiente social e cultural das comunidades em que estão inseridos. Uma escuta qualificada pode ajudar a equipe a compreender e conduzir adequadamente algumas situações frequentes na DE como, por exemplo, a não adesão ao tratamento proposto levando à uma intensificação dos sintomas em portadores de condições crônicas, à persistência de queixas vagas, que pode apontar para situações de desordem emocional ou familiar, aos sintomas persistentes de luto que podem fazer parte da vida simbólica e religiosa de alguns usuários. Aqui, ressalta-se o valor do trabalho do ACS como integrante da equipe que reside e participa da vida nas comunidades.

Por fim, destacamos que a superação desses obstáculos na assistência aos usuários é fundamental para assegurar e ampliar os avanços conquistados a partir do desenvolvimento da Atenção Primária no SUS na busca de uma atenção universal, integral e de qualidade para todos.

REFERÊNCIAS

- ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface: comunicação, saúde, educação**, Botucatu, v.9, n.16, p.39-52, set./fev. 2005.
- ANDRADE, L. O. M.; BUENO, I. C.H. C.; BEZERRA, R. C. Atenção primária à saúde e estratégia saúde da família. In: CAMPOS, G.W.S. et al. (Org.) **Tratado de Saúde Coletiva**. 2.ed. São Paulo:Hucitec, 2008. p.783-836.
- BARROS, D. M.; SÁ, M. O processo de trabalho em saúde e a produção do cuidado em uma unidade de saúde da família: limites ao acolhimento e reflexos no serviço de emergência. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n.5, p.2473-2482, ago. 2010.
- BONET, O. A equipe de saúde como um sistema cibernético. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **A construção social da demanda**. Rio de Janeiro: IMS/CEPESC - ABRASCO, 2005. 304p.
- BORNSTEIN, V. J.; STOTZ, E. N. O trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde: entre a mediação convencidora e a transformadora. **Trabalho, educação e saúde**, Rio de Janeiro, v.6 n.3, p.457-480, nov. 2008.
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil, 1988**. Brasília: Senado Federal, 1988. 292p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n. 2.203 de 5 de novembro de 1996. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 6 nov. 1996. Seção 1, p.22932.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997. 36p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral de Saúde Mental. Coordenação de Gestão da Atenção Básica. **Saúde mental e atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários**. Brasília: Ministério da Saúde, [2003]. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/diretrizes.pdf>>. Acesso em: 15 ago. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. 4.ed. Brasília : Ministério da Saúde, 2006a. 68p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 3.ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006b. 52p. Série B. Textos Básicos de Saúde.

CAMARGO JÚNIOR, K. R. et al. Aspectos metodológicos da avaliação na atenção básica. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.). **Gestão em redes**: práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006. p.223-241.

CAMPOS, F. E.; AGUIAR, R. A. T.; OLIVEIRA, V. B: O desafio da expansão do programa de saúde da família nas grandes capitais brasileiras. **Physis (Rio de Janeiro)**, Rio de Janeiro, v.12, n.1, p.47-56, 2002.

CAMPOS, G. W. S. **Saúde Paidéia**. 3.ed. São Paulo: Hucitec, 2007a. 185p.

CAMPOS, G. W. S. Subjetividade e administração de pessoal: consideracoes sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: ONOCKO, R.; MERHY, E. E. **Agir em Saúde**: um desafio para publico. São Paulo: Hucitec, 2007b. p.229-266

CAMPOS, G. W.; ONOCKO, R. T. C. Co-construção da autonomia: o sujeito em questão. In : CAMPOS, G. W. S. et al (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 2008. p.669-688.

CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção à saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS ABRASCO, 2001. p.113-126.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE. **Declaração de Alma-Ata. 1978**. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>>. Acesso em: 21 out. 2009.

COHN, A. O SUS e o Direito à Saúde: universalização e focalização nas políticas de saúde. In: LIMA, N. T.; GERSCHMAN, S.; EDLER, F. C.; SUÁREZ, J. M. **Saúde e Democracia**: história e perspectiva do SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. p. 385-405.

CONILL, E. M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v.24 p. 7-27, 2008. Suplemento 1.

CREVELIM, M. A; PEDUZZI, M. A participação da comunidade na equipe de saúde da família. Como estabelecer um projeto comum entre trabalhadores e usuários? **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n.2, p.323-331, abr./jun. 2005.

ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO ESTADO DE MINAS GERAIS. **Implantação do plano diretor da atenção primária à saúde**: redes de atenção à saúde. Oficina 1. Belo Horizonte: ESPMG, 2008.

FACCHINI, L. A. et al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.11, n.3, p.669-681, jul./set. 2006.

FAVORETO, C. A. O. **Programa de saúde da família no Brasil**: do discurso e das práticas. 2002. 122f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)– Instituto de medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002.

FAVORETO, C. A. O.; CAMARGO JÚNIOR, K. R. Alguns Desafios Conceituais e Técnico-operacionais para o desenvolvimento do Programa Saúde da Família como uma Proposta Transformadora do Modelo Assistencial. **Physis (Rio de Janeiro)**, Rio de Janeiro, v.12, n.1, p.59-75, jan./jun. 2002.

FIOROTTI, C.; TOMAZELLI, J.; MALAGRIS, L. Transtornos mentais comuns em pacientes hipertensos: estudo em unidade de atenção primária à saúde no Rio de Janeiro. **Revista APS**, Juiz de Fora, v.12, n.3, p.318-327, jul./set. 2009.

FLICK, U. **Introdução à Pesquisa Qualitativa**. Tradução de Joice Elias Costa. 3.ed. Porto Alegre: Artmed, 2009. 405p.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v.15, n.2, p.345-353, abr./jun. 1999.

FRANCO, T. B.; MAGALHÃES JÚNIOR, H. M. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. In: MERHY, E. E. et al. **O trabalho em saúde**: olhar e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec, 2003. p.125-133.

FRANCO, T. B.; MEHRHY, E. E. Programa Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, E. E.

et al. **O trabalho em saúde: olhado e experienciando o SUS no cotidiano.** São Paulo: Hucitec, 2003. P.55-124.

FRIEDRICH, D. B. C. **O Trabalho em saúde: focalizando pessoas e processos nas equipes de Saúde da Família em Juiz de Fora.** 2005. 151f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva)– Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.

GUIMARÃES, M. B. L. et al. Os impasses da pobreza absoluta: a experiência da Ouvidoria Coletiva na região da Leopoldina, Rio de Janeiro (RJ, Brasil). **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.1, p.291-300, jan. 2011.

JUIZ DE FORA. Prefeitura Municipal de Juiz de Fora. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde.** 2006 – 2009. Juiz de Fora: Secretaria Municipal de Saúde, 2008a.

JUIZ DE FORA. Prefeitura Municipal de Juiz de Fora. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório Anual de Gestão 2008.** Juiz de Fora: Secretaria Municipal de Saúde. 2008b.

JUIZ DE FORA. Prefeitura Municipal de Juiz de Fora. Secretaria Municipal de Saúde. **Regionalização da Rede Assistencial.** Juiz de Fora: Secretaria de Saúde. 2009a.

JUIZ DE FORA. Prefeitura Municipal de Juiz de Fora. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório Anual de Gestão 2009.** Juiz de Fora: Secretaria Municipal de Saúde. 2009b.

JUIZ DE FORA. Prefeitura Municipal de Juiz de Fora. Secretaria Municipal de Saúde. **Programação Anual de Saúde 2009.** Juiz de Fora: Secretaria Municipal de Saúde, 2009c.

JUIZ DE FORA. Prefeitura de Juiz de Fora. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação de Planejamento. **Rede de Atenção em Saúde Mental e ESF.** Juiz de Fora: Secretaria de Saúde, abr. 2010a.

JUIZ DE FORA. Prefeitura de Juiz de Fora. Secretaria Municipal de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Plano de Saúde 2010-2013.** Juiz de Fora: Secretaria Municipal de Saúde, 2010b.

JUIZ DE FORA. Prefeitura de Juiz de Fora. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Anual de Saúde.** Juiz de Fora: Secretaria Municipal de Saúde, 2010c.

LANCETTI, A.; AMARANTE, P. Saúde Mental e Saúde Coletiva. In: CAMPOS, G. W. et al. **Tratado de Saúde coletiva**. Rio de Janeiro: Hucitec/Fiocruz, 2008 p.615- 634.

MALTA, D. C. Acolhimento: uma reconfiguração do processo de trabalho em saúde usuária-centrada. In: CAMPOS, C. R. et al. **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público**. São Paulo: Xamã, 1998. p.42-121.

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

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.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: ONOCKO, R.; MERHY, E. E. (Org.). **Agir em Saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 2007. p.71-112.

MERHY, E. E. et al. Em busca das ferramentas analisadoras das tecnologias de saúde: A informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: ONOCKO, R.; MERHY, E. E. **Agir em Saúde: um desafio para público**. São Paulo: Hucitec, 2007. p.113-150.

MINAYO, M. C. S. Saúde-doença: uma concepção popular da etiologia. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v.4, n.4, p.363-381, out./dez. 1988.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11.ed. São Paulo: Hucitec, 2008. 406p.

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 no contexto de um processo de reorientação do modelo assistencial. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n.5, p.1929-1938, nov./dez. 2009.

PAIM, J. S. A Reforma Sanitária e os Modelos Assistenciais. In: ROUQUAYROL, M. Z; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e Saúde**. 5.ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999. p.473-488.

PICCINI, R. X.; FACCHINI, L. A.; TOMASI, E. Necessidades de saúde comuns aos idosos: efetividade na oferta e utilização em atenção básica à saúde. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.11, n.3, p.657-667, jul./set. 2006.

RONZANI, T. M.; SILVA, C. M. O programa saúde da família segundo profissionais de saúde gestores e usuários. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.13, n.1, p.23-34, jan./fev. 2008.

SARAIVA CAMPOS, E. M. S. **A estratégia de saúde da família e sua proposta de (re) estruturação do modelo assistencial do SUS**: a perspectiva de quem molda sua operacionalização. 2007. 297f. Tese (Doutorado)– Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

SCHRAIBER, L. B. et al. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.4, n.2, p.221-242, 1999.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE.
Propostas da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade com vista ao estabelecimento de parcerias com o Ministério da Saúde em prol do Programa de Saúde da Família e da Atenção Primária à Saúde. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, 2005. Disponível em: <http://www.sbmfc.org.br/media/file/documentos/aps_que_queremos_sbmfc_dab_2005.pdf>. Acesso em: 21 fev. 2011.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde do Brasil, 2002. 726p.

SZWARCWALD, C. L.; MENDONÇA, M. H. M.; ANDRADE, C. L. T. Indicadores de atenção básica em quatro municípios do Estado do Rio de Janeiro, 2005: resultados de inquérito domiciliar de base populacional. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.11, n.3, p.643-655, jul./set. 2006.

TRAVASSOS, C.; OLIVEIRA, E. X. G.; VIACAVA, F. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.11, n.4, p.975-986, out./dez. 2006.

VIANA, A. L. D.; DAL POZ, M. R. A reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **Physis (Rio de Janeiro)**, Rio de Janeiro, v.8, n.2, p.11-48, 1998.

VICTORA, C.G; KNAUTH; D. R; HASSEN, M. N. A. **Pesquisa Qualitativa em Saúde**: uma introdução ao tema. Porto Alegre: Tomo editorial, 2000. 136p.

WONCA-EUROPA. Médicos da Família do Mundo. **Cuidando das Pessoas**: a definição europeia de Medicina Geral e Familiar (Clínica Geral/Medicina Familiar) Tradução de Dr. Rui Pombal. 2002. 41p. Disponível em: <<http://www.sbmfc.org.br/biblioteca/artigos.asp>>. Acesso em: 21 out. 2009.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Situação da ESF em Juiz de Fora – MG, no período de 2007 a 2009

Tabela 1. Evolução das atividades desenvolvidas pelas equipes de Saúde da Família, 2007-2009, Juiz de Fora-MG

Atividades	Ano		
	2007	2008	2009
Consultas Médicas	303.534	307.035	279.807
Consultas de Enfermagem	113.477	94.477	96.490
Marcação de consultas para especialidades através de encaminhamentos das equipes	34.742	33.645	32.772
Puericultura	28.193	25.836	21.127
Menores de 2 anos com vacinação em dia	4.929	2.489	2.357
Prevenção de CA cérvico-uterino e de mama	17.104	15.789	14.871
Exames cito-cérvico-vaginal	11.203	13.413	12.215
Gestantes cadastradas (média anual)	1.072	1.103	1.064
Gestantes acompanhadas	1.023	1.039	1.007
Consultas de pré-natal	9.980	11.972	8.844
% de cobertura de gestantes	95,43%	94,20%	94,64%
Hipertensos cadastrados (média anual)	29.666	32.210	32.784
Hipertensos acompanhados (média anual)	22.701	24.822	24.622
Diabéticos acompanhados (média anual)	4.733	5.312	5.522

Fonte: Dados da pesquisa⁷

⁷ Os dados descritos na Tabela 1 foram fornecidos informalmente pela Secretaria Municipal de Saúde de Juiz de Fora-MG.

Tabela 2. Atendimento domiciliar realizado através de visitas dos profissionais do PSF, 2007-2009, Juiz de Fora-MG

Profissionais	Ano		
	2007	2008	2009
Médico	9.469	8.460	7.391
Enfermeiro	8.980	9.642	8.047
Outros profissionais de nível superior	1.793	1.870	1.965
Profissionais de nível médio	7.059	6.312	5.777
ACS	538.059	617.725	593.986
Total geral de visitas	565.360	644.000	617.140

Fonte: Dados da pesquisa⁸

Tabela 3. Ações educativas desenvolvidas pelo PSF, 2007-2009, Juiz de Fora-MG

Ações	Ano		
	2007	2008	2009
Grupo de Educação em Saúde	7.502	5.329	4.384
Reuniões	1.888	3.243	2.970

Fonte: Dados da pesquisa⁹

⁸ Os dados descritos na Tabela 2 foram fornecidos informalmente pela Secretaria Municipal de Saúde de Juiz de Fora-MG.

⁹ Os dados descritos na Tabela 3 foram fornecidos informalmente pela Secretaria Municipal de Saúde de Juiz de Fora-MG.

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa “Práticas profissionais em Saúde da Família: uma análise do atendimento à demanda espontânea”. Neste estudo pretendemos analisar o atendimento prestado à demanda espontânea, fatores que fundamentam essa prática, além de visões e saberes que influenciam o modo de organizar esse atendimento.

O motivo que nos leva a estudar esse assunto é percepção de que apesar da ESF propor uma mudança nas práticas assistenciais existem muitos problemas no atendimento aos usuários, dentre eles, o atendimento à demanda espontânea e sua articulação às ações programáticas da ESF.

Para este estudo adotaremos o(s) seguinte(s) procedimento(s): realização de grupos focais com os integrantes das equipes divididos em grupos de Agentes Comunitários de Saúde e grupos de outros profissionais (médicos, enfermeiros, aux/técnicos de enfermagem). Os grupos serão previamente agendados de acordo com a disponibilidade da equipe e terá duração de no máximo 2 horas. Durante a realização do grupo, os participantes terão o direito de falar ou se recusar a falar, conforme o desejo de cada um.

Para participar deste estudo você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Você será esclarecido (a) sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido (a) pelo pesquisador. O pesquisador irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Você não será identificado em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Este estudo apresenta risco mínimo, isto é, o mesmo risco existente em atividades rotineiras como conversar, tomar banho, ler, etc. Apesar disso, você tem assegurado o direito a ressarcimento ou indenização no caso de quaisquer danos eventualmente produzidos pela pesquisa.

Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por

um período de 5 anos, e após esse tempo serão destruídos. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida a você.

Eu, _____, portador (a) do documento de Identidade _____, fui informado(a) dos objetivos do presente estudo de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar. Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, ____ de _____ de 20____ .

Assinatura do(a) participante

Assinatura do(a) pesquisador(a)

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar:

CEP- COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - UFJF
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA / CAMPUS UNIVERSITÁRIO DA UFJF
JUIZ DE FORA (MG) - CEP: 36036-900
FONE: (32) 2102-3788 / E-MAIL: cep.propesq@ufjf.edu.br

PESQUISADORA RESPONSÁVEL: ROSANE COSTA FARIA
ENDEREÇO: RUA ÍRIS MAESTRINI, 275/301, BAIRRO SANTA CECÍLIA
JUIZ DE FORA (MG) - CEP: 36026170
FONE: (32) 32312180 / E-MAIL: COSTAFARIAR@YAHOO.COM.BR

APÊNDICE C – Roteiro para orientação nos grupos focais

PRÁTICAS PROFISSIONAIS EM SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA ANÁLISE DO ATENDIMENTO À DEMANDA ESPONTÂNEA

GRUPO FOCAL:

UBS _____ .

Data: ____/____/____.

Local da realização do grupo: _____ .

Profissionais presentes:

() médico () enfermeiro () aux. enferm. () ACS

ROTEIRO DE DISCUSSÃO:

As equipes devem prestar atendimento aos que procuram de forma espontânea os serviços (demanda espontânea) articulando esse trabalho ao desenvolvimento das ações programáticas específicas da ESF (Saúde da Mulher, Saúde da Criança, Saúde do Adulto, Visitas Domiciliares), de acordo com a organização da equipe.

1- Questão para o debate

Como é organizado o atendimento à demanda espontânea na UBS de vocês?

ROTEIRO DE DISCUSSÃO:

As equipes devem prestar assistência integral, em um território definido, através de práticas de cuidado familiar ampliado, com um atendimento humanizado e com responsabilização e vínculo da equipe pela área adscrita. Inclui também a coordenação do cuidado com o direcionamento do usuário aos outros níveis de atenção quando necessário (BRASIL, 2006a)

Considerando que o acesso aos serviços depende, dentre outros fatores, da forma

como se dispõem os recursos humanos, a sua garantia depende também da organização das equipes (TRAVASSOS; OLIVEIRA; VIACAVA, 2006).

2- Questão para o debate

O que levou a essa forma de organização do atendimento aos usuários? _____

ROTEIRO DE DISCUSSÃO:

Todo usuário que procura o serviço de uma UBS/SF deve ser ouvido e cabe ao profissional que o atende direcioná-lo dentro do serviço para que as suas necessidades sejam atendidas (FRANCO; MAGALHÃES JÚNIOR, 2003); é necessária uma articulação entre as demandas espontânea e programática para responder de forma adequada às necessidades apresentadas pelos usuários.

Questão para debate:

3-O que representa a demanda espontânea para o trabalho das equipes?

4-O que vocês acham da forma como os usuários são atendidos aqui na UBS

Recomendações: _____

Considerações finais (perguntas, dúvidas, comentários, etc.) _____

ANEXOS

ANEXO A – Regionalização da Rede Assistencial – Atenção Básica da Secretaria Municipal – Juiz de Fora-MG (JUIZ DE FORA, 2009a)

REGIONALIZAÇÃO DA REDE ASSISTENCIAL JUIZ DE FORA – 2009									
Região Sanitária	Composição da Região	UBS	RH	Endereço	Telefone	Nº de Equipes/PSF	Nome da Equipe/PSF	Pop.	Unidade Regional
7	Fábrica	1	8	R Bias Fortes, 74	3690-7741			7.178	
	Esplanada São Dimas								
	Monte Castelo	1	29	R Oswaldo Mascarenhas, S/N	3690-7858	3	Monte Castelo Carlos Chagas Jardim Cachoeira	2.837 2.832 2.606	
	Carlos Chagas								
	Jardim Cachoeira								
	Saramba								
	Industrial	1	8	R João Gualberto, 110	3690-7800			6.475	
	Francisco Bernardino								
	Jardim Natal	1	19	R Tenente Lucas Drumont, 370	3690-7801	2	Jardim Natal Francisco Bernardino	3.474 3.308 2.701	
	Encosta do Sol								
	Fontesville								
	Pedra Bonita								
	Vendas das Fontes								
	Milho Branco	1	29	R Nicolau Schuery, S/N	3690-7905	3	Milho Branco Amazônia Alto Milho Branco	2.661 2.719 2.684	
	Alto Milho Branco								
	Amazônia								
	Condomínio Santa Felicidade								
Jóquei Clube I	1	21	R Antônio Armando Pereira, 140	3690-7903	2	Vila Bejani Barbosa Lage	3.602 4.229		
Barbosa Lage									
Santa Maria									
Santa Amélia									
Parque das Torres									
Dom Pedro I / Jockey Club II	1	32	R Antônio Guimarães Parakva, 130	3690-7904	4	Parque das Torres Santa Amélia Cidade do Sol Santa Maria	2.509 3.240 2.602 2.241		
Jóquei Clube III									
Cidade do Sol									
Remonta									
Represa e Adjacências									
Nova Era								8.000	
Nova Era I									
Nova Era II									
Jardim Santa Isabel									
Jardim dos Alfaiates									
Santa Lúcia									
São Judas Tadeu	1	19	R Ernesto Pancini, 446	3690-7909	2	Alto São Judas Tadeu São Francisco de Paula	2.828 3.163		
Loteamento São Francisco de Paula									
Santa Cruz	1	40	R Antônio Mourão Guimarães, 245	3690-7908	4	Vila Mello Reis Vila Paraíso Simeão de Faria Santa Cruz	2.520 2.538 2.997 2.702		
Loteamento Santa Clara									
Loteamento São Damião II									
Loteamento São Damião I									
Vila Paraíso									
Vila Mello Reis									
Vila Esperança I	1	27	R Nova, S/N	3690-7896	3	Vila Esperança I Nova Benfica	2.921 2.624 2.979		
Vila Esperança II									
Nova Benfica									
Benfica									
Bairro Araújo									
Ponte Preta									
Barreira do Triunfo	1	11	R Antônio Pereira de Souza, S/N	3690-7999	1	Aldeia	3.336		
São Cristóvão									
Aldeia									
Náutico									
Novo Triunfo									
Campo Grande									

OBS: Os bairros em branco, são áreas descobertas, ou seja, sem UBS para atendê-los. As cores representam a área de abrangência de cada UBS. Os Rec. Humanos aqui relacionados, tem uma variação em função das licenças, férias e demissões, portanto o nº de prof. foram estimados. Na Coluna nº de equipes/PSF foi assinalado somente às UBS que trabalham com o PSF.

* Hospital Militar - Fábrica

Região Administrativa
Norte (1)

REGIONALIZAÇÃO DA REDE ASSISTENCIAL JUIZ DE FORA - 2009									
Região Sanitária	Composição da Região	UBS	RH	Endereço	Telefone	Nº de Equipes/PSF	Nome da Equipe/PSF	Pop.	Unidade Regional
5	Centenário							1.554	
	Santa Terezinha								
	Nossa Senhora das Graças	1	27	R Queluz, 72	3690-7906			19.125	
	Eldorado								
	Alto Eldorado								
	Vista Alegre								
	Tupi								
	Quintas da Avenida								
	Bom Clima							8.047	
	Vale dos Bandeirantes	1	27	R Laurindo Noceli, 100	3690-7901	3	Vale dos Bandeirantes Tapera Serra Pelada	3.153 2.908 2.854	
6	Vivendas da Serra								
	Parque Guarani	1	27	R Sofia Rafael Zacarias, 685	3690-7907	2	Parque Guarani Granjas Betânia	3.226 3.389	
	Granjas Betânia								
	Recanto dos Lagos								
	Muçunge da Grama	1	7	Pc Aureo Gomes Carneiro, S/N	3690-7902			8.481	
	Vila Montanhosa								
	Parque Independência								
	Vila São José								
	Nova Suiça								
	Água São Luis								
Vila dos Sonhos									
Granjas Triunfo									
Figueiras	1	18	R Orlando Riani, 2200	3277-5353	2	Figueiras Vale dos Sonhos	2.359 2.563		

* Hospital Dr. João Penido - FHEMIG - Grama
Hospital Ana Nery - Figueiras

OBS: Os bairros em branco, são áreas descobertas, ou seja, sem UBS para atendê-los. As cores representam a área de abrangência de cada UBS. Os Rec. Humanos aqui relacionados, tem uma variação em função das licenças, férias e demissões, portanto o nº de prof. foram estimados. Na Coluna nº de equipes/PSF foi assinalado somente as UBS que trabalham com o PSF.

**REGIONALIZAÇÃO DA REDE ASSISTENCIAL
JUIZ DE FORA - 2009**

Região Sanitária	Composição da Região	UBS	RH	Endereço	Telefone	Nº de Equipes/ESF	Nome da Equipe/ESF	Pop.	Unidade Regional
3	Botanagal/ Cesário Alvin							3.056	
	Santos Anjos							4.947	
	Vitorino Braga								
	Bom Jardim								
	Linhares	1	45	R Odilon Braga S/N	3690-7747	5	Linhares Bom Jardim Peões Bom Jardim II Yung	2.699 2.634 2.729 2.615 2.774	
	Peões								
	Fazenda Yung								
	Jardim do Sol								
	São Bernardo								
	São Sebastião	1	10	R Prof. Joaquim Queiroz, 25	3690-7760	3	São Bernardo Santa Cândida São Sebastião	3.119 2.980 2.888	
4	Santa Cândida								
	São Benedito	1	28	R José Zacarias dos Santos, 57	3690-7757	3	ABC Vila Alpina Bonsucesso	3.297 3.429 2.952	
	Vila Alpina							8.042	
	Manoel Honório								
	Ladeira								
	Bairú							5.535	
	Santa Rita	1	20	R José Vicente, 390	3690-7132	2	Santa Rita I Santa Rita II	2.749 2.733	
	Marumbi / V.R. Abreu	1	28	R Barão do Retiro, 1472	3690-7802	3	Margem da Leopoldina Bonfim Marumbi	2.893 3.435 2.981	
	Margem da Leopoldina								
	Bonfim								
4	Progresso /Borborema	1	27	R Jorge Knopp, 119	3690-7805	3	Progresso Santa Paula Progresso II	3.334 3.190 3.773	
	Santa Paula								
	Nossa Senhora Aparecida	1	19	R Nossa Senhora Aparecida, 120	3690-7414	2	Nossa Senhora Aparecida São Tarcísio	3.153 3.180	
	São Tarcísio								
	Grajaú / Alto Grajaú	1	26	R Leonel Jaguaribe, 178	3690-7101	2	Grajaú Alto Três Moínhos	3.332 3.897	
	Três Moínhos								

* Hospital Dr. João Felício - Vitorino Braga

OBS: Os bairros em branco, são áreas descobertas, ou seja, sem UBS para atendê-los. As cores representam a área de abrangência de cada UBS. Os Rec. Humanos aqui relacionados, tem uma variação em função das licenças, férias e demissões, portanto o nº de prof. foram estimados. Na Coluna nº de equipes/ESF foi assinalado somente às UBS que trabalham com o ESF

**REGIONALIZAÇÃO DA REDE ASSISTENCIAL
JUIZ DE FORA - 2009**

Região Sanitária	Composição da Região	UBS	RH	Endereço	Telefone	Nº de Equipes/ESF	Nome da Equipe/ESF	Pop.	Unidade Regional	
Região Administrativa Centro (4) 10	Democrata							2.942		
	Vale do Ipê							2.048		
	Mariano Procópio							3.004		
	Santa Catarina							2.226		
	Morro da Glória							3.396		
	Jardim Glória							3.952		
	Santa Helena							7.085		
	Paineiras (parcial)							1.988		
	Centro (parcial)							26.395		
	Paineiras (parcial)									
	Centro (parcial) Sul	1		Av. Rio Branco, 3132	3690-8506			36.643		
	São Mateus (parcial)									
	Alto dos Passos									
	Bom Pastor / Guanú									
	Bom Vista/ Cidade Jardim									
	Grambery									
	Dom Bosco		1	13	R. João Manata, 93	3690-7740		Santa Cecília Mundo Novo São Mateus	12.856 3.210 3.210 2.767	
	Santa Cecília		1	28	R. Gabriel Rodrigues, 900	3690-7752	3			
	São Mateus (parcial)									
	Mundo Novo									

* Hospital Universitário - Santa Catarina
 Santa Casa de Misericórdia - Centro
 Hospital HTO - Centrocor - Casa de Saúde - Centro
 Hospital Monte Sinai - Dom Bosco
 HPS - Hospital Pronto Socorro Dr.º Mozart Teixeira - Centro
Unidades Assistenciais de Referência:
 Clínicas Especializadas
 Criança e Adolescente
 Mulher
 Saúde do Trabalhador
 Terceira Idade
 Vigilância Sanitária
 Vigilância Epidemiológica
 Zoonoses

OBS: Os bairros em branco, são áreas descobertas, ou seja, sem UBS para atendê-los. As cores representam a área de abrangência de cada UBS.
 Os Rec. Humanos aqui relacionados, tem uma variação em função das licenças, férias e demissões, portanto o nº de prof. foram estimados
 Na Coluna nº de equipes/ESF foi assinalado somente às UBS que trabalham com o ESF

REGIONALIZAÇÃO DA REDE ASSISTENCIAL JUIZ DE FORA - 2009										
Região Sanitária	Composição da Região	UBS	RH	Endereço	Telefone	Nº de Equipes/ESF	Nome da Equipe/ESF	Pop.	Unidade Regional	
Região Administrativa Oeste (5) 9	Aeroporto Jardim Guadalupe									
	Santos Dumont	1	14	R Álvaro José Rodrigues, 25	3690-7756	1	PACS Santos Dumont	Pop: 7.024 SIAB: 2.022		
	Novo Horizonte									
	Nova Califórnia									
	Parque Jardim da Serra									
	São Clemente									
	Marlândia									
	Spinaville									
	Vinã Del Mar									
	Chácaras Passos Del Rey									
	Bosque Imperial									
	Parque Imperial									
	Granville									
	Serro Azul									
	Chalés do Imperador									
	Jardim Casablanca									
	Nossa Senhora de Fátima									
	Adolfo Vireque									
	São Lucas									
	Itatiaia									
	Portal da Torre									
	São Pedro		1	21	R João Lourenço Kelmer, 1433	3690-7688	1	PACS São Pedro	Pop: 12.685 SIAB: 3.294	
	Santana									
Tupã										
Jardim Universitária/Martelos										
Mandala										
Parque São Pedro										
Caicaras										
Colinas do Imperador										
Bosque do Imperador										
Cruzeiro do Santo Antônio										
Recanto dos Brugers										
Borboleta		1	12	R Tenente Paula Maria Delage, 299	3690-7739			5.843		
Parque Flamboyants										
Loteamento Morada do Serro										
Residencial Pinheiros										
Loteamento Alto dos Pinheiros										

UBS: Os bairros em branco, são áreas descobertas, ou seja, sem UBS para atendê-los. As cores representam a área de abrangência de cada UBS.

Os Rec. Humanos aqui relacionados, tem uma variação em função das licenças, férias e demissões.

Na Coluna nº de equipes/ESF foi assinalado somente às UBS que trabalham com o ESF

REGIONALIZAÇÃO DA REDE ASSISTENCIAL JUIZ DE FORA - 2009										
Região Sanitária	Composição da Região	UBS	RH	Endereço	Telefone	Nº de Equipes/ESF	Nome da Equipe/ESF	Pop.	Unidade Regional	
Região Administrativa Sul (6) 11	Graminha									
	Parque Samambaia									
	Parque das Bromélias									
	Cruzeiro do Sul	1	12	R. Pedro Celeste, 1	3690-7104			6.335		
	Santa Luzia	1	44	R Torreões, S/N	3690-7150	4	Santa Luzia São José Jardim de Alá Jardim América	3.915 2.767 3.268 3.942		
	Jardim América									
	Vila São José									
	Jardim de Alá									
	Vila São Francisco									
	Santa Efigênia	1	30	R José Ferreira, 13	3690-7754	3	Santa Efigênia Sagrado Coração de Jesus Jardim Gaúcho	4.226 3.902 4.000		
	Jardim Umuarama									
	Vale Verde									
	Jardim Gaúcho									
	Sagrado Coração de Jesus									
	Ipiranguinha									
	Ipiranga	1	15	R Etienne Loures, 85	3690-7743				14.039	
	Arco-Iris									
Previdenciários										
São Geraldo										
Bela Aurora										
Teixeiras	1	27	R Custódio Furtado de Souza, 131	3690-7159	3	Bela Aurora Teixeiras Cascatinha	3.455 3.779 3.975			
Salvaterra										
Cascatinha										

* Hospital São Camilo de Lelis - Santa Luzia

OBS: Os bairros em branco, são áreas descobertas, ou seja, sem UBS para atendê-los. As cores representam a área de abrangência de cada UBS.

Os Rec. Humanos aqui relacionados, tem uma variação em função das licenças, férias e demissões, portanto o nº de prof. foram estimados

Na Coluna nº de equipes/ESF foi assinalado somente às UBS que trabalham com o ESF

REGIONALIZAÇÃO DA REDE ASSISTENCIAL JUIZ DE FORA - 2009									
Região Sanitária	Composição da Região	UBS	RH	Endereço	Telefone	Nº de Equipes/ESF	Nome da Equipe/ESF	Pop.	Unidade Regional
1	Retiro	1	18	R Sebastião Cardoso, 41	3690-7751	2	Santo Antônio Granjas Bethel	2.927 2.950	
	Granjas Bethel								
	Usina Quatro								
	Usina Dois								
	Jardim Esperança Floresta	1	22	R Padre João Micheleto, 35	3690-7744	2	Jardim Esperança Floresta	2.697 2.474	
2	Santo Antônio	1	30	R Pedro Trogo, 285	3690-7755	3	Vila da Prata Arraial Alto Santo Antônio	2.967 3.220 2.757	
	Jardim Serra Verde								
	Cantinho do Céu								
	Vila da Prata								
	Tiguera								
	Bairro de Lourdes	1	12	R Dr. José Rafael de Souza Antunes	3690-7556			9.039	
	JK (parcial)								
	Jardim da Lua	1	11	R Natalino José de Paula, 230	3690-7801	1	Parque Burnier	3.482	
	Parque Burnier								
	JK (parcial)								
	Aracy								
	12	Costa Canvalho							7.915
Vila Ideal									
Solidariedade									
Vila Olavo Costa		1	30	R Jacinto Marcelino, 16	3690-7761	3	Solidariedade Vila Ideal Horto	3.529 3.396 3.283	
Furtado de Menezes		1	22	R Furtado de Menezes, 19A	3690-7109	2	Vila Furtado de Menezes Vila Ozanan	3.204 3.434	
Vila Ozanan									
Poço Rico								4.497	
Santa Tereza									
Tupinambás									

* Hospital Albert Sabin - Santa Tereza

OBS: Os bairros em branco, são áreas descobertas, ou seja, sem UBS para atendê-los. As cores representam a área de abrangência de cada UBS. Os Rec. Humanos aqui relacionados, tem uma variação em função das licenças, férias e demissões, portanto o nº de prof. foram estimados. Na Coluna nº de equipes/ESF foi assinalado somente às UBS que trabalham com o ESF

**REGIONALIZAÇÃO DA REDE ASSISTENCIAL
JUIZ DE FORA - 2009**

Região Administrativa	Região Sanitária	Composição da Região	UBS	RH	Endereço	Telefone	Nº de Equipes/ESF	Nome da Equipe/ESF	Pop.	Unidade Regional	
Região Administrativa do Campo (8)	Zona Rural	Paula Lima	1						1.482		
		Chapéu D'ouvas	1						691		
		Dias Tavares	1						740		
		Igrejinha	1	9			3690-7864	1	PSF Igreja	2.310	
		Humaitá	1					1		2.119	
		Cachoeirinha									
		Penido	1							504	
		Valadares	1							1.015	
		Rosário de Minas	1							835	
		Toledo	1							421	
		Pirapetinga	1								
		Torreões	1	12					1	PSF Torreões	2.556
		Monte Verde	1								
Sarandira	1							456			
Caeté	1							700			
		Unidade Móvel	1	8			1	PSF Jacutinga	1.263		

Atende as seguintes localidades:
Pires
Privilégio
Palmital
Buié
Jacutinga

OBS: Os bairros em branco, são áreas descobertas, ou seja, sem UBS para atendê-los. As cores representam a área de abrangência de cada UBS. Os Rec. Humanos aqui relacionados, tem uma variação em função das licenças, férias e demissões, portanto o nº de prof. foram estimados. Na Coluna nº de equipes/ESF foi assinalado somente as UBS que trabalham com o ESF

ANEXO B – Termo de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa – UFJF

2ª via



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
PRO-REITORIA DE PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP/UFJF
36036900- JUIZ DE FORA - MG - BRASIL

Parecer nº 081/2010

Protocolo CEP-UFJF: 2010.069.2010 **FR:** 326478 **CAAE:** 1018.0.000.180-10

Projeto de Pesquisa: Práticas Profissionais em Saúde da Família: uma análise do atendimento à demanda espontânea.

Pesquisador Responsável: Rosane Costa Faria

Instituição: Departamento de Atenção Básica/Prefeitura Juiz de Fora

Sumário/comentários

O CEP analisou o Protocolo 2010.069.2010, grupo III e considerou que:

- O presente estudo pretende compreender os problemas no atendimento dos usuários atendidos pelas equipes de Saúde da Família, das UBS SF Linhares e Santa Cruz.
 - **Objetivos:** Objetivo Geral: Analisar o atendimento aos usuários que buscam espontaneamente as UBS/SF e os fatores que orientam essas práticas. Objetivos Específicos: Identificar como é organizada a demanda espontânea na UBS/SF; Identificar os fatores que influenciam no modo de atendimento à demanda espontânea nas UBS/SF; Analisar como acontece a articulação entre atendimento à demanda espontânea e demanda programática; Compreender as visões e saberes que orientam o modo de atendimento das demandas espontânea e programática; Analisar como o atendimento à demanda espontânea influencia na organização do serviço.
 - **Metodologia:** Trata-se de um estudo de natureza qualitativa. Para a definição da amostra de estudo optou-se pela utilização dos parâmetros preconizados pelo Pacto da Atenção Básica (BRASIL, 2006), ao considerar como referência para a ESF: a) Cobertura Populacional, referência de 12.000 habitantes/UBS-SF, b) equipe mínima completa (médico, enfermeiro, aux. enfermagem e Agente Comunitário de Saúde) e c) relação equipe/população adscrita menor ou igual a 3.000 habitantes (BRASIL, 2006). Estes parâmetros foram tomados como critérios de inclusão ao estudo ao identificar as UBS/SF que tivessem maior aproximação com os três parâmetros explicitados acima. A referência utilizada para definição da amostra foi a "Regionalização da Rede Assistencial – Atenção Básica da Secretaria Municipal - outubro/2009". O resultado da análise da Regionalização identificou a inexistência de UBS-SF com parâmetros iguais ao definido pela Política de Atenção Básica/MS, em relação à área de abrangência e equipe/população adscrita.
 - **Revisão e referências bibliográfica:** De acordo, sustentam os objetivos do estudo.
 - **Características da população:** 81 sujeitos centro e no total.
 - **Crítérios de participação:** Os sujeitos potenciais da pesquisa serão 9 médicos, 9 enfermeiros, 9 auxiliares/técnicos de enfermagem e 54 agentes comunitários de saúde no total de 81 integrantes. Entretanto, os que realmente participarão serão aqueles que estão integrando as equipes de Saúde da Família no momento da realização do trabalho de campo e que se dispuseram a participar. Estarão excluídos os profissionais que por motivos particulares não quiserem participar ou que, por ventura, estejam afastados do serviço durante o trabalho de campo.
 - **Orçamento detalhado:** No valor de R\$447,00, deverá ser custeado pela pesquisadora.
 - **Instrumento de coleta de dados:** entrevista, cujo roteiro não apresenta questões que levem constrangimento aos sujeitos da pesquisa estando de acordo com os objetivos propostos.
 - **Cronograma:** De acordo, início da coleta de dados abril/2010, término da pesquisa dezembro/2010.
 - **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE,** está em linguagem adequada, clara para compreensão do sujeito, descrição suficiente dos procedimentos, explicitação de riscos e desconfortos esperados, ressarcimento de despesas, indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa, informa ao sujeito como fazer contatos com o pesquisador e o CEP/UFJF.
 - **Qualificação da pesquisadora:** de acordo, possui titulação e experiência compatível com o projeto de pesquisa.
 - Salientamos que o pesquisador deverá encaminhar a este comitê o relatório final da pesquisa.
- Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 196/96, manifesta-se pela aprovação do protocolo de pesquisa proposto.

Situação: Projeto Aprovado
Juiz de Fora, 15 de abril de 2010

Silvargabe
Prof. Drª Ieda Maria Vargas Dias
Coordenadora – CEP/UFJF

RECEBI

DATA: ____/____/2010

ASS: _____