

DEMANDA ESPONTÂNEA NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA ANÁLISE DOS FATORES QUE A INFLUENCIAM E OS DESAFIOS NA REORIENTAÇÃO DO MODELO ASSISTENCIAL DO SUS

Spontaneous demand in family health strategy: an analysis of the factors which influence it and the challenges posed by changes in the SUS health care model

Rosane Costa Faria¹, Estela Márcia Saraiva Campos²

RESUMO

Este artigo traz resultados de uma pesquisa qualitativa realizada com os profissionais de equipes de saúde da família de duas unidades de atendimento primário, de Juiz de Fora, Minas Gerais. Os objetivos do estudo foram: identificar como é organizado o atendimento à demanda espontânea, os fatores que influenciam esse atendimento, analisar como acontece a articulação entre as demandas espontânea e programática e compreender as visões que orientam o atendimento. A técnica utilizada para a coleta de dados foi o grupo focal. As falas dos participantes foram analisadas por meio da análise temática do conteúdo. Registros do diário de campo e observação direta nas UAPS também complementaram a análise. Pesquisa documental da SMS-JF subsidiou a análise do processo de implantação e contexto atual da ESF no município. Os resultados mostram que na estruturação da porta de entrada persistem entraves burocráticos antigos, que funcionam como obstáculos ao acesso dos usuários aos serviços e reforçam o modelo de atendimento centrado na consulta médica. O acolhimento tem sido adotado para organizar a agenda do médico e realizar triagem de doenças e não como dispositivo para reformular os processos de trabalho das equipes. Para os profissionais, a excessiva demanda espontânea resulta tanto da pressão da população por atendimento médico quanto da desestruturação dos processos de trabalho das equipes. Conclui-se que impasses na conjuntura atual do sistema municipal de saúde têm dificultado melhores resultados da Estratégia de Saúde da Família na melhoria dos indicadores de saúde e na capacidade de ordenação da rede assistencial.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde; Necessidades e Demandas de Serviços de Saúde.

ABSTRACT

This article demonstrates the results of a qualitative survey conducted on health professionals who belong to family health teams in two Primary Care Units (UAPS) in the city of Juiz de Fora, Minas Gerais, Brazil. The aims of the study were: to identify how walk-ins are dealt with as well as the factors that influence this assistance; analyze how the coordination between walk-ins and scheduled visits takes place; and understand the views that guide the assistance. The methodology used for the data collection was the focus group. The respondents' accounts were analyzed by means of theme-based content analysis. Records in the field log and direct observation in the UAPS complement the analysis. Analysis of documents from the Municipal Secretary of Health supported the analysis of the implementation process and of the current context of the Family Health Strategy (ESF) in the city. Results demonstrate that the current structure of these units still maintains old bureaucratic barriers that work as obstacles to users' access to services and reinforces the service model centered on the medical consultation. The reception screening process has been used as a device to organize doctors' schedules and perform patient triage, but not to change the teams' work processes. For these health professionals, too many walk-ins are due both to pressure from the local population for health care services and to the collapse of health team work processes. It can be concluded that impasses in the current situation of the municipal health system have prevented better ESF results in terms of improved health indicators and of the capacity to organize the health care network.

KEY WORDS: Family Health; Primary Health Care; Health Services Needs and Demand.

¹ Rosane Costa Faria, Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva. E-mail: costafariar@yahoo.com.br

² Estela Márcia Saraiva Campos, professora do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Juiz de Fora

INTRODUÇÃO

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) definida pelo Ministério da Saúde (MS) como estratégia reordenadora da Atenção Básica (AB) vem se consolidando como experiência brasileira de Atenção Primária à Saúde (APS) após a instituição do Sistema Único de Saúde e do seu arcabouço legal, estruturando-se como modelo para a AB do SUS através da Norma Operacional Básica - NOB 1/1996. Além disso, a NOB 96 trouxe incentivos financeiros destinados à melhoria da 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.¹

Em razão da orientação emanada pelo MS e da implementação articulada a incentivos financeiros, observou-se uma grande expansão das equipes de SF. Segundo dados do MS, em março de 2011, eram 31.974 equipes de SF distribuídas em 5.285 municípios do total de 5.565.²

Os objetivos e ações a serem desenvolvidas pela ESF estão detalhados na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) que destaca a 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. As equipes devem atender tanto a demanda espontânea quanto programática e realizar ações de prevenção, promoção e assistência 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.^{1,3}

Os princípios que regem a ESF alinham-se aos princípios da APS mundial de acessibilidade, longitudinalidade do cuidado, integralidade e coordenação da atenção.⁴ Estas características da ESF/APS colocam-na no centro da coordenação da atenção na rede assistencial dentro do sistema de saúde.⁵

A avaliação dos indicadores de saúde a partir da implantação da ESF aponta que a estratégia tem conseguido gerar impactos positivos na saúde coletiva. Na atenção a saúde da mulher, houve aumento no número de consultas de pré-natal e na realização de exames laboratoriais básicos durante a gravidez e aumento no número de mulheres que realizam exames preventivos de câncer de colo de útero e mamografia. Em relação à saúde da criança, houve um aumento no número de crianças menores de um ano em

acompanhamento nos serviços de saúde e com vacinação em dia. Para os adultos portadores de hipertensão arterial e diabetes melito, houve uma melhoria nos indicadores de prevenção (hábito de fumar, obesidade, exercícios físicos), no diagnóstico no controle dessas condições, seja com utilização de medicamentos ou não.^{6,7}

Por outro lado, apesar do reconhecimento da capacidade da ESF de promover melhorias na qualidade de vida e nos indicadores de saúde, estudos qualitativos, que buscam compreender o cotidiano do processo de trabalho das equipes, vêm mostrando a dificuldade dos profissionais no atendimento à demanda espontânea e na articulação entre demanda espontânea (DE) e demanda programática (DP).

No município de Juiz de Fora, a organização do processo de trabalho das equipes de SF no atendimento à DE é caracterizado por uma separação entre ações assistenciais-curativas e ações promocionais e preventivas. Enquanto as ações assistenciais, em grande parte das UAPS, são realizadas no turno da manhã através do agendamento da demanda livre, ou seja, espontânea, as atividades de cunho preventivo-promocionais, ou seja, demanda programática, são realizadas no turno da tarde com agendamento prévio e captação de usuários, principalmente por meio da busca ativa pelos ACS. O agendamento da DE é feito pela ordem de chegada nas filas com limite de 12 a 14 consultas para o atendimento do médico por dia. Esta lógica de organização da porta de entrada muitas vezes gera restrição do acesso ao atendimento no âmbito da ESF, levando os usuários a se direcionarem para outros serviços, principalmente de pronto atendimento, em busca das respostas para suas necessidades de saúde.

Esta situação na porta de entrada revela obstáculos ao cumprimento dos ideais da APS e à promoção de um atendimento mais integral no âmbito da ESF, o que demonstra que somente a institucionalização de um novo programa não garante a melhoria na qualidade da atenção e integralidade nas ações.

METODOLOGIA

O contexto descrito anteriormente motivou a realização de uma pesquisa, que buscou compreender o atendimento à demanda espontânea e os fatores que orientam as equipes de saúde da família na organização da porta de entrada.

A pesquisa foi aprovada pelo comitê de Ética da UFJF sob o parecer nº 081/2010 e protocolo 2010.069.2010.

A metodologia utilizada foi de um estudo qualitativo conduzido em duas unidades de SF no município de Juiz de Fora - MG, de maio a setembro de 2010. Os objetivos do

estudo foram: identificar como é organizado o atendimento à demanda espontânea, os fatores que influenciam esse atendimento, analisar como acontece a articulação entre as demandas espontânea e programática e compreender as visões que orientam o atendimento. Como critério de inclusão utilizaram-se os parâmetros preconizados pelo Pacto da Atenção Básica³ que considera como referência para a ESF a cobertura Populacional de 12.000 habitantes/UAPS, equipe mínima completa (um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde), relação equipe/população adscrita menor ou igual a 3.000 habitantes. A partir deste critério, com base no documento Regionalização da Rede Assistencial⁸ foi feita uma análise das UAPS com Saúde da Família com o objetivo de identificar aquelas que correspondiam aos parâmetros definidos pelo MS. Verificou-se a inexistência de UAPS com parâmetros iguais em relação à área de abrangência e equipe/população adscrita. Buscaram-se aquelas UAPS cuja área de abrangência mais se aproximava do parâmetro de 12.000 habitantes e com média de população adscrita por equipe mais próxima de 3.000 hab./equipe. Desta forma, as UAPS selecionadas foram duas da área urbana do município. Uma, localizada na região Norte, que conta com quatro equipes de Saúde da Família implantadas há 10 anos e tem as seguintes populações adscritas/equipe: 2.520, 2.538, 2.997 e 2.702 (média de 2.689) perfazendo um total de 10.757 pessoas da área de abrangência da UAPS. A outra, localizada na região leste, conta com cinco equipes implantadas há 10 anos e tem as seguintes populações adscritas/equipe: 2.699, 2.634, 2.729, 2.615 e 2.774, (média de 2.690) com uma área de abrangência de 13.451 pessoas.

Com a utilização destes parâmetros, buscou-se diminuir a influência que um excesso de população adscrita poderia ter sobre o trabalho dos profissionais, gerando sobrecarga e consequentemente uma perda de qualidade no atendimento. No entanto, ao iniciar o trabalho de campo, verificou-se que as equipes estavam incompletas e com grande rotatividade de profissionais, principalmente de médicos. São fatores que também comprometem a qualidade do trabalho assistencial, uma vez que leva a descontinuidade das ações tanto na demanda espontânea quanto programática. Do total esperado de nove médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem e cinquenta e quatro agentes comunitários, participaram da pesquisa um médico, sete enfermeiros, sete técnicos de enfermagem e trinta e dois agentes comunitários, um total de quarenta e sete profissionais. A participação dos profissionais na pesquisa foi definida pela livre aceitação, a não aceitação gerou exclusão automática. A técnica de coleta de dados utilizada foi o grupo focal, o qual favorece

a observação da interação entre os membros do grupo e facilita a percepção de conteúdos que não seriam possíveis ou menos acessíveis individualmente.⁹ Para condução do grupo focal foi utilizado um roteiro orientador contendo as seguintes questões: Como é organizado o atendimento à demanda espontânea? O que levou a esta forma de organização? O que representa a demanda espontânea para o trabalho da equipe? Qual a percepção do profissional sobre o atendimento prestado aos usuários? Os grupos foram separados em grupos de ACS e de profissionais internos (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem). Optou-se por essa separação em função da dinâmica de funcionamento das UAPS e do ritmo de trabalho dos profissionais, uma vez que o trabalho dos agentes comunitários é predominantemente fora do espaço físico da UAPS, ao contrário dos profissionais internos que têm suas atividades concentradas neste espaço. No total, foram realizados oito grupos focais (quatro grupos de ACS e quatro de profissionais internos). Todos os profissionais que participaram da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Durante a condução do grupo, as falas foram gravadas em um aparelho de MP3 e minigravador digital e posteriormente foram transcritas gerando arquivos no programa WORD 97. Para a identificação das falas, utilizou-se como codificação a seguinte nomenclatura: categoria profissional seguido do número do grupo focal (quatro grupos de ACS e quatro grupos de equipe interna). A análise das falas oriundas dos grupos focais foi feita com base na análise temática do conteúdo que, segundo Minayo^{10:316}, visa “descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objeto analítico visado”. Inicialmente foi feita uma primeira leitura das falas e, num segundo momento, buscou-se aprofundar e compreender os sentidos manifestos, o que possibilitou definir as categorias empíricas. Foi analisado, também, material oriundo dos registros do diário de campo e da observação direta nas UAPS. Pesquisa documental da SMS-JF subsidiou a análise do processo de implantação e contexto atual da ESF no município.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir dos relatos dos profissionais, identificou-se que, na estruturação da porta de entrada das UAPS, existem entraves burocráticos que se caracterizam como obstáculos ao acesso dos usuários aos serviços e reforça a permanência do modelo de atendimento tradicional - centrado na consulta médica. Um destes obstáculos é a fila de espera para

o atendimento. Para serem atendidos os usuários chegam de madrugada nas filas de espera e aguardam pela distribuição de senhas ou fichas em número limitado.

[...] as pessoas precisam chegar aqui pra serem atendidas 5 horas, 5 e meia ... (ACS 2)

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

Essa organização é um obstáculo à equidade, uma vez que o acesso ao serviço é mais fácil pela condição de residir próximo a UAPS, o que não ocorre para aqueles que residem nas áreas e microáreas mais distante das UAPS.

Outro obstáculo enfrentado pelos usuários é a falta de profissionais, principalmente de médicos, em muitas equipes, o que faz com que muitos usuários tenham que se deslocar para outros serviços para receber atendimento, retornar no outro dia pela manhã ou ainda aguardar por uma vaga na agenda dos médicos das outras áreas da UAPS. No entanto, não há mesmo assim garantia de que sejam atendidos. Por causa das áreas descobertas, uma das consequências é a quebra da adscrição, uma constante na realidade das UAPS, e outra, é que se cria uma situação de atendimento somente às queixas eventuais sem o estabelecimento de vínculo e sem um plano de cuidados continuados ao longo do tempo conforme a proposta da APS.⁴

[...] 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 atender as outras áreas que estão descobertas. Às vezes ele tem que até que 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)

Há uma rotatividade e falta de profissionais nas equipes, menos frequente no caso dos enfermeiros e técnicos de enfermagem e maior, no momento atual, no caso dos médicos, questão recorrente na rede de serviços de saúde pública do município. Estudos mostram que a grande maioria dos médicos que atuam nas ESF permanece menos de três anos no mesmo trabalho.¹¹ No município, um dos fatores que tem contribuído para este cenário é a precariedade dos vínculos de trabalho e a falta de um plano de carreira para os profissionais de saúde da família¹², especificamente os médicos e ACS, além dos baixos salários pagos a todas as categorias.¹³

Os profissionais percebem a demanda espontânea como excessiva, um peso na rotina de trabalho. Para eles, os usuários querem apenas consulta médica e não entendem qual a proposta da ESF. Argumentam que os usuários não reconhecem o trabalho dos outros profissionais e as várias outras ações que são ofertadas por eles e que incluem vacinação, curativos, consultas de enfermagem, coleta de material para exames de laboratório, marcação de consultas, distribuição de medicação, grupos educativos, encaminhamentos para outros níveis, dentre outros. Apesar de os profissionais terem destacado que a comunidade não compreende a proposta da ESF, não faz parte da rotina de trabalho esclarecer aos usuários sobre o funcionamento da UAPS e sobre a ESF.

[...] 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 2)

A percepção de sobrecarga devido à demanda excessiva pode ser influenciada pela desestruturação atual das equipes, que se encontram incompletas. Outro fator que pode contribuir para tal sobrecarga é a dificuldade das equipes em organizar seus processos de trabalho por meio do planejamento das atividades, lógica de organização esperada para as equipes de SF. O que há entre os profissionais é uma divisão interna do trabalho onde os médicos focam mais a atenção na DE e os enfermeiros na DP, fato também constatado por outros autores que investigaram equipes de SF.¹⁴⁻¹⁸ Como consequência dessa divisão interna do trabalho, foi possível observar que, pela falta de enfermeiros nas equipes, não há oferta de grupos educativos, levando a uma descontinuidade da assistência aos portadores de condições crônicas. Além disso, muitos profissionais que integram as equipes não têm formação específica e nem foram capacitados para o trabalho na Saúde da Família, o que dificulta o planejamento e a execução adequada das ações específicas. As atividades de gerência das UAPS ficam também prejudicadas devido à não capacitação de quem assume tal função. Acrescenta-se ainda a falta de pessoal, como auxiliar administrativo e auxiliar de farmácia, cujas funções passam a ser assumidas pelos enfermeiros e técnicos de enfermagem.

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

A ausência de uma escuta qualificada na recepção das UAPS é outro obstáculo a ser enfrentado pelos usuários.

O pessoal reclama muito do atendimento, quem chega aqui em baixo é tratado de qualquer jeito. A pessoa na recepção que tem que dar informação é mal educada com eles, eles chegam aqui querendo uma atenção [...] Aqui tá precisando aprender o acolhimento [...] a equipe toda, todo mundo desde o faxineiro, que o acolhimento é tratar a pessoa bem, com o respeito que ela merece. (ACS 4)

Em 2004, todos os profissionais das equipes receberam uma capacitação visando sensibilizá-los para o tema da humanização do atendimento e acolhimento nos serviços de saúde. No entanto, não houve uma continuidade deste projeto e não se definiu nenhum protocolo de acolhimento a ser seguido pelas equipes. Após a capacitação, algumas equipes passaram a realizar um acolhimento do tipo “primeira escuta”, na recepção, de todos os usuários que chegavam às UAPS. Mas essa escuta de todos os que chegam e demandam por consulta médica, acaba por ser mais uma forma de organizar a agenda do médico e de realizar triagem de doenças

[...] 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 (para o atendimento do médico). Se não fosse, a gente acabava orientando pra vir no dia seguinte. (ENF 4)

[...] 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 ex. uma criança com febre de 40 graus ia ser atendida. (ENF 4)

Mas como as equipes foram ficando incompletas e não houve adesão de todos os profissionais ao projeto, aos poucos, foi se abandonando essa prática e retornando ao tradicional agendamento das consultas nas filas.

Então o pessoal vem pra fila de manhã, não se conversa mais pra saber o que eles têm. São 12 vagas, já que não tem o agendamento não adianta também você perguntar [...] Então marca por ordem de chegada, marca os 12 e deixa os outros 4 pra intercorrências da área. (ENF. 4)

Conforme a proposta da PNH¹⁹, o acolhimento deve garantir a ampliação do acesso e permitir a humanização do atendimento, através da criação de espaços destinados à escuta, sempre mantendo a privacidade dos usuários. Tomando este referencial, podemos afirmar que as equipes não realizam o acolhimento conforme proposto pela PNH e persiste o atendimento tradicional e burocrático da fila com o intuito de saber o motivo pelo qual o usuário procurou a UAPS naquele dia e onde geralmente o enfermeiro, o técnico de enfermagem e o ACS estão na linha de frente.

Aí a gente vai nas áreas conversa com eles vê aonde tá o problema e faz o acolhimento na fila. (ENF 3)

(o acolhimento) Seria pro médico, o enfermeiro e técnico. [...] Mas os médicos infelizmente não vão. Então quem vai: eu, o técnico e o agente comunitário. (ENF 4)

A presença do ACS nesta atividade de triagem é criticada por eles mesmos, que muitas vezes ficam sozinhos, se sentem inseguros e reconhecem a sua dificuldade em identificar situações de emergência.

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

Essa situação caracteriza-se como um desvio de atividade do ACS, já que a sua atuação deve ser principalmente junto às comunidades, sob forma de visitas domiciliares e sua presença no espaço interno da UAPS deve se restringir às atividades coletivas da equipe.

Segundo Camargo Júnior *et al.*²⁰, o acolhimento pode ser pensado sob três dimensões: como postura, como técnica e como princípio de reorientação de serviços. Ter uma postura acolhedora significa ter uma escuta atenta para as necessidades dos usuários e estabelecer com eles uma relação pautada por vínculos de confiança. O acolhimento, como técnica, é uma forma de instrumentalizar a organização da demanda. Como princípio de organização dos serviços, é um projeto que serve como norteador do trabalho nas instituições fornecendo subsídios para gerenciar os profissionais e seus processos de trabalho sempre

na perspectiva de se instaurar práticas mais acolhedoras e uma atenção mais resolutiva às necessidades dos usuários.

As dificuldades destacadas anteriormente mostram que, apesar de ter ocorrido uma sensibilização de alguns profissionais para uma escuta mais atenta às necessidades, essa mudança não foi capaz de reorganizar de forma significativa os processos de trabalho das equipes e deslocar o eixo do atendimento centrado no médico para uma equipe multiprofissional, conforme a proposta do acolhimento destacada por Franco, Bueno e Merhy.²¹

Além disso, problemas de relacionamento nas equipes, dificuldade de diálogo, falta de reuniões e de planejamento conjunto das ações entre os profissionais, são outros fatores que têm dificultado as equipes de assumirem uma proposta de acolhimento que seja de responsabilidade de todos.

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 3)

Para Tesser, Poli Neto e Campos^{22,3620} realizar um atendimento mais humanizado, resolutivo, e garantir um maior acesso aos serviços depende também de “uma abertura dos profissionais para um compartilhamento de responsabilidades e decisões, respeitados os ‘núcleos de competência’ de cada profissão, mas flexibilizando os rituais típicos de consultas e procedimentos, de decisão clínica e de avaliação de risco/vulnerabilidade”.

Destaca-se que há uma limitação da capacidade de escuta das necessidades dos usuários por parte de muitos profissionais, que não reconhecem as demandas mais subjetivas, não orgânicas, como uma demanda legítima aos serviços de saúde. Alguns profissionais, quando não conseguem identificar causas orgânicas para as queixas dos usuários, tendem a desqualificá-las, dizendo que muitos vão à “toa” e “sem necessidade” aos serviços.

(para conseguir atendimento médico)[...] tem pessoas que fazem uma cena dramática, tem gente que até chora, chega lá não é nada. (ACS 2)

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

Para Cecílio²³, no momento do encontro entre o usuário e a equipe deveria haver a melhor escuta possível no sentido de compreender quais as necessidades que se apresentam por trás das demandas. O autor defende que “toda a ênfase da gestão,

organização da atenção e capacitação dos trabalhadores deveria ser no sentido de uma maior capacidade de escutar e atender a necessidades de saúde, mais do que a adesão pura e simples a qualquer modelo de atenção dado aprioristicamente”.^{23:116}

A dificuldade dos profissionais em acolher as queixas subjetivas mostra que ainda persiste, na dinâmica do atendimento aos usuários, uma concepção de saúde amparada no binômio “saúde-doença”. Esta dificuldade pode estar associada ao processo de formação, uma vez que os currículos da área de saúde, apesar das mudanças em curso, estão ainda fortemente centralizados no aspecto biológico do adoecimento e tem como principal local de ensino o hospital. Assim, os profissionais não são preparados para abordar os indivíduos nas suas comunidades e para compreender outras demandas que resultam do contexto de vida, não externadas como queixas orgânicas.

Para Campos²⁴, 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. Isso pode comprometer o projeto da ESF de realizar uma abordagem mais ampliada da saúde e seus condicionantes e limitar a sua capacidade de reestruturação do modelo assistencial.

Ainda destacam-se nas falas dos profissionais outras percepções acerca das demandas que os usuários trazem aos serviços. Descrevem uma forte pressão da população pelo atendimento do médico, principalmente para a prescrição de medicações de uso contínuo e de encaminhamentos. Segundo eles, quem mais procura são os portadores de condições crônicas, fato que pode ter sido intensificado devido à falta de grupos educativos, nos quais, além das atividades de prevenção, há também atividades de promoção de saúde como as caminhadas, acompanhamento de idosos, de gestantes, de adolescentes e espaços de lazer organizados pelas equipes. Quando estes funcionam adequadamente há uma conseqüente diminuição na demanda.

Cada área fazia grupo de uma coisa. A gente tinha com idoso, 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, 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. Mas (essas atividades) foi acabando por falta também de funcionário. (ACS 2)

Outra percepção sobre a demanda excessiva refere-se à prescrição de psicotrópicos e de situações relacionadas ao sofrimento mental.

Outra coisa que tem uma demanda gritante, remédio controlado. (ENF 2)

Eu acho mesmo que tem muito caso aqui da saúde mental, problema de família e tudo. Então eles vêm com aquilo que tão passando mal, mas literalmente não é [...]. Porque às vezes tem pessoas muito nervosas. (ACS 2)

Muitos desses transtornos mentais que chegam às UAPS abrangem as queixas psicossomáticas, abuso de álcool e outras drogas, dependência de benzodiazepínicos, transtornos de ansiedade menos graves, e são apontados pela literatura como de alta prevalência nas comunidades e estão associados com as condições de vida das populações.^{25,26} Assim, fome, condições insalubres de moradia, de trabalho, violência, disfunções familiares podem ser causas de sintomas difusos, como dores no corpo, insônia, transtornos depressivos leves, levando os usuários a procurar alívio no uso e, muitas vezes, no abuso de remédios, como os ansiolíticos.

Receituário controlado, né, que como eu falei tem gente que não sabe nem pra quê que toma mais. Só sabe que se não tomar, não dorme, mas pra quê que começou a tomar, não sabe. E também muito... Muita gente que precisa de uma orientação, apenas. 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. (Médico 2)

E os profissionais da saúde (como) os médicos, eles falam que nem todo caso que vem que eles (os usuários) falam que é urgente é necessário consultar. As vezes uma boa conversa já resolve... (ACS 2)

Para Guimarães *et al.*²⁷ o sofrimento causado por condições sociais tem sido transformado em demandas médicas, o que tem levado ao uso indiscriminado de medicações psicotrópicas. Portanto, faltam a estes profissionais estratégias de intervenção sobre estas demandas, as quais podem ser melhor respondidas por meio de suporte multiprofissional conforme a proposta dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. Além disso, a rede de atendimento aos usuários portadores de transtornos mentais no município não absorve toda a demanda, os usuários ambulatoriais não têm outros profissionais de suporte além do psiquiatra, há uma grande demora nos retornos e nem sempre há resolutividade no atendimento.

Os profissionais têm ainda a percepção de que há um excesso de demandas de encaminhamentos para as especialidades. Na rede assistencial do município, o atendimento nos níveis especializados deve ser por indicação da atenção básica e dos serviços de urgência. A falta de médicos e o pouco tempo de permanência de alguns deles nas equipes dificultam o seguimento de muitas condições ou doenças dos usuários nas unidades de atendimento primário, aumentando a demanda por consultas com especialistas.

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 2)

Outro fator que pode estar associado ao excesso de encaminhamentos é a dificuldade dos profissionais em abordar de forma resolutiva as condições mais prevalentes na atenção primária, já que muitos dos que integram hoje as equipes não tiveram durante o processo de formação, seja na graduação ou pós-graduação, nenhum enfoque específico para atuar neste nível de atendimento. A baixa resolutividade da assistência, a desinformação da população sobre o modelo de atendimento na ESF e a grande rotatividade de profissionais comprometem o vínculo entre a equipe e a população a qual passa a valorizar mais o atendimento dos especialistas. Alguns profissionais lembram que, em outros momentos, quando houve um melhor desempenho da SF junto às comunidades, houve uma maior adesão dos usuários ao trabalho proposto, o que diminuiu a procura por encaminhamentos. A conjuntura atual de equipes incompletas e de alta rotatividade de profissionais fragiliza os vínculos de confiança com os usuários, intensificando a procura por assistência aos especialistas.

E assim é interessante que o usuário começou a mudar a mentalidade que ele estava acostumado aquele atendimento de cardiologista, ginecologista. Aí o usuário começou a acostumar com uma coisa diferente e agora é como tava falando, tá voltando ao atendimento tradicional. (ACS 1)

Em síntese, a falta de planejamento das ações, a alta rotatividade dos profissionais nas equipes, a cobrança por parte da SMS-JF por produção de procedimentos e pelo atendimento à demanda espontânea, associado a uma valorização por parte da população da consulta médica reforça a permanência do modelo de atendimento centralizado na

DE, dificultando a reorientação assistencial para a proposta do modelo de APS no SUS.

Os diversos obstáculos ao atendimento destacados dificultam a efetivação da universalização do acesso e a garantia de acessibilidade proposta pela instituição do Sistema Único de Saúde e entendidas por Starfield⁴ como aspectos dos serviços de saúde que possibilitam a atenção ao primeiro contato.

Uma estruturação burocrática da porta de entrada na SF cria barreiras ao acesso levando a população a procurar os serviços de urgência e emergência para solucionar as suas necessidades imediatas, mesmo tendo uma unidade de atendimento primário próximo à sua residência. Isso reforça um modelo de atendimento que se baseia na resolução somente das queixas sem promover vínculos e se responsabilizar efetivamente pelo usuário, conforme destacam Oliveira, Mattos e Souza:^{28:1933}

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.

CONCLUSÃO

Este estudo buscou analisar o atendimento à DE para compreender a lógica de organização do trabalho das equipes, como se articulam na prática as demanda espontânea e programática, identificar os fatores implicados nessa lógica de atendimento e compreender visões que regem a prática dos profissionais. Compreende-se que a estas questões associam-se grandes desafios na busca da reestruturação do modelo assistencial orientado pela ESF, experiência brasileira de APS.

Foi possível compreender que o atendimento à demanda espontânea é orientado pela lógica do atendimento à demanda aguda, o qual é centrado no atendimento médico e direcionado para resolução de queixas orgânicas conforme definido pela SMS. O processo de trabalho das equipes é fragmentado e as ações dos profissionais são compartimentadas, resultado do processo de formação, em nível de graduação e pós-graduação, que trazem ao mercado profissionais sem uma formação adequada à prática de APS. Assim, a organização do processo de trabalho das equipes ainda não é orientado para uma articulação entre DE e DP, eixo ordenador do processo de trabalho e planejamento em

uma unidade de APS. Ainda não se leva em consideração o perfil epidemiológico, demográfico e sócio-cultural das comunidades e as condições de acessibilidade dos usuários ao serviço. As equipes não têm incorporado, na sua rotina de trabalho, nenhuma estratégia de acolhimento aos usuários, dispositivo tecnológico que pode melhor orientar a acessibilidade e promover o vínculo entre usuários e equipe. Tal raciocínio é coerente com a lógica de planejamento proposto para ESF, amparado pelo Planejamento Estratégico Situacional (PES), uma vez que a atuação em territórios, a lógica de vigilância à saúde e a ênfase no núcleo familiar permite planejar ações em coerência com a realidade local e melhorar a vida das comunidades.

Cabe ressaltar a necessidade de capacitação dos profissionais no sentido de ampliar o limite de uma visão biologicista do processo saúde-adoecimento para a apropriação de um conceito mais ampliado de saúde, que irá refletir no desenvolvimento de novos raciocínios clínicos. Associa-se a tal fato o contexto atual de transição epidemiológica e envelhecimento populacional, em que emerge a necessidade de organizar a atenção às populações com ênfase nas ações voltadas para os portadores de condições crônicas, de manejo mais previsível do que os eventos agudos. Espera-se que a abordagem adequada dessas condições possa intervir na demanda de eventos agudos que chegam à demanda espontânea.

Outro fator que contribui para essa lógica de atendimento é o modelo de gestão da SMS, cujos mecanismos de controle e avaliação das ações apoiam-se no volume de procedimentos realizados pelos profissionais e reforça o atendimento centrado na consulta médica. A superação deste modelo ocasionará necessidade de maiores investimentos no sentido de proporcionar avanços e melhorias diretamente na infraestrutura das UAPS, na expansão das equipes de SF e na integração de outras categorias profissionais por meio da implantação dos NASF, no desenvolvimento de uma política de recursos humanos orientada pela educação permanente dos profissionais das equipes. Tais investimentos se tornam presentes e efetivos quando a rede assistencial do SUS tem a ESF como eixo central e coordenador da atenção.

No entanto, é importante considerar que muitos aspectos evidenciados na pesquisa dizem respeito a uma situação conjuntural do município em estudo marcado pela instabilidade no seu processo de implantação e consolidação da ESF. Essa conjuntura tem dificultado que as equipes realizem a assistência ideal e que a ESF alcance o êxito esperado tanto nos indicadores de qualidade como na coordenação da rede de atenção do sistema municipal de saúde.

Estudos apontam que outros municípios que trabalham com a lógica da ESF e que apresentam conjunturas mais favoráveis ao bom desempenho da ESF têm obtido sucesso na qualidade dos indicadores tanto de morbidade quanto assistenciais propriamente ditos, principalmente em relação aos grupos e ações prioritárias da ESF. Além do mais, a ESF pela sua capacidade de levar sua assistência às populações mais pobres e vulneráveis, tem contribuído para a redução das iniquidades na assistência à saúde.

Assim, entende-se que a lógica estrutural da ESF é capaz de reestruturar o modelo assistencial na AB no âmbito do SUS. No entanto, é preciso tornar a conjuntura técnico-política favorável a esse processo, o que consequentemente fortalecerá a prática do cuidado e a lógica de organização de unidades orientadas pelos princípios da SF-APS, levando a uma melhoria na qualidade da assistência, nos indicadores de saúde, sendo o nível primário, orientado pela APS, como eixo coordenador da rede de atenção do SUS.

REFERÊNCIAS

1. 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. Sec. 1, p.22932.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Atenção Básica e Saúde da Família: os números. [Citado em 2011 maio 17]. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/abnumeros.php#mapas>.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. 4ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. 68p.
4. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde do Brasil; 2002. 726p.
5. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Ciênc Saúde Coletiva. 2010; 15(5):2297-3053.
6. Szwarcwald CL, Mendonça MHM, Andrade CLT. Indicadores de atenção básica em quatro municípios do Estado do Rio de Janeiro, 2005: resultados de inquérito domiciliar de base populacional. Ciênc Saúde Coletiva. 2006 jul-set; 11(3):643-55.
7. Piccini RX, Facchini LA, Tomasi E. Necessidades de saúde comuns aos idosos: efetividade na oferta e utilização em atenção básica à saúde. Ciênc Saúde Coletiva. 2006 jul-set; 11(3):657-67.
8. Minas Gerais. Prefeitura Municipal de Juiz de Fora. Secretaria Municipal de Saúde. Regionalização da Rede Assistencial. Juiz de Fora: Secretaria de Saúde; 2009.
9. Flick U. Introdução à Pesquisa Qualitativa. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2009. 405p.
10. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11ª ed. São Paulo: Hucitec; 2008. 406p.
11. Silva SFS. Formação e fixação de profissionais de saúde no Sistema Único de Saúde: um debate necessário e urgente. Divulg Saúde Debate. 2009 maio; (44):25-8.
12. Minas Gerais, 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; 2010.
13. PJJ estuda expansão no atendimento à saúde. Tribuna de Minas. 29 maio 2010 [Citado em 2010 jun. 02]. Disponível em: <http://faxsindical.wordpress.com/page/16/?pages-list>.
14. Barros DM, 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. Ciênc Saúde Coletiva. 2010 ago; 15(5):2473-82.
15. Favoreto CAO. Programa de saúde da família no Brasil: do discurso e das práticas [dissertação]. Rio de Janeiro: Instituto de medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2002. 122f.
16. Friedrich DBC. O Trabalho em saúde: focalizando pessoas e processos nas equipes de Saúde da Família em Juiz de Fora [tese]. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro; 2005. 151f.
17. Ronzani TM, Silva CM. O programa saúde da família segundo profissionais de saúde gestores e usuários. Ciênc Saúde Coletiva. 2008 jan-fev;13(1):23-34.
18. Saraiva Campos EMS. A estratégia de saúde da família e sua proposta de (re) estruturação do modelo assistencial do SUS: a perspectiva de quem molda sua operacionalização

- [tese]. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2007. 297f.
19. 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. 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. 52p.
20. Camargo-Júnior KR, Campos EMS, Bustamante-Teixeira MT, Mascarenhas MTM, Mauad NM, Franco TB. Aspectos metodológicos da avaliação na atenção básica. In: Pinheiro R, Mattos RA. Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro: CEPESC; 2006. p.223-41.
21. Franco TB, Bueno WS, Merhy EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. Cad Saúde Pública. 1999 abr-jun;15(2):345-53.
22. Tesser CD, Poli Neto P, Campos GW. Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. Ciênc Saúde Coletiva. 2010; 15(Supl. 3):3615-24.
23. Cecílio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção à saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: IMS ABRASCO; 2001. p.113-26.
24. Campos GWS. Saúde Paidéia. 3ª ed. São Paulo: Hucitec; 2007. 185p
25. 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.
26. Fiorotti C, Tomazelli J, Malagris L. Transtornos mentais comuns em pacientes hipertensos: estudo em unidade de atenção primária à saúde no Rio de Janeiro. Rev APS. 2009 jul-set; 12(3):318-27.
27. Guimarães MBL, Lima CM, Savi EA, *et al.* Os impasses da pobreza absoluta: a experiência da Ouvidoria Coletiva na região da Leopoldina, Rio de Janeiro (RJ, Brasil). Ciênc Saúde Coletiva. 2011 jan; 16(1):291-300.
28. Oliveira LH, Mattos RA, Souza AIS. 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. Ciênc Saúde Coletiva. 2009 nov-dez; 14(5):1929-38.

Submissão: junho de 2011

Aprovação: outubro de 2011
