

O VÍNCULO ENTRE USUÁRIOS E EQUIPES EM DUAS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM UM MUNICÍPIO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

The link between users and staff in two Family Health units in a city of the state of Rio de Janeiro

Clotilde Teixeira¹, Carolina Carvalho Serres da Silva²,
Giulianna de Souza Bernardes³, Nathália Pereira Paes de Sá⁴, Rosana Sbruzzi Prado⁵

RESUMO

Um dos pilares da Estratégia Saúde da Família é o estabelecimento de vínculos, criação de laços de compromisso e corresponsabilidade entre profissionais de saúde e a população. O vínculo refere um relacionamento estreito de confiança. O principal objetivo do presente estudo foi avaliar o vínculo entre usuários e equipes em duas unidades de Saúde da Família, com diferentes modelos de estrutura e organização, em um Município do Estado do Rio de Janeiro. O procedimento metodológico constituiu-se de uma abordagem qualitativa, estudo tipo exploratório-descritivo, com análise de conteúdo temática. Os temas do estudo, identificados como indicadores de vínculo, organizados no roteiro de entrevistas, apresentaram as principais categorias de análise: - Serviço de saúde que a família busca; profissional de saúde que procura quando se sente mal; conhecimento dos profissionais da equipe da Estratégia Saúde da Família; dificuldades para atendimentos na Estratégia; satisfação com atendimento que recebe na Estratégia Saúde da Família; participação em atividades coletivas nas Unidades de Saúde da Família. Identificaram-se, nas duas Unidades, várias fragilidades referentes ao vínculo entre os usuários e as equipes de saúde da família. Em relação à Unidade mista, que funciona com um centro de especialidades médicas, pode-se destacar que a procura inicial por profissionais especialistas em uma Unidade de Saúde da Família, para atendimento das demandas de saúde, aponta uma maior dificuldade para formação de vínculo.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Primária à Saúde; Saúde da Família; Apego ao Objeto; Modelos Organizacionais; Garantia da Qualidade dos Cuidados de Saúde.

ABSTRACT

One of the pillars of the Family Health Strategy is the establishment of links, creating bonds of commitment and co-responsibility between health professionals and the public. This bond refers to a close relationship of trust. The main objective of this study was to evaluate the link between users and staff in two Family Health units, with different structural and organizational models, in a municipality in the State of Rio de Janeiro. The methodological procedure consisted of a qualitative approach, an exploratory descriptive study, using thematic analysis of content. The topics of the study, identified as indicators of bonds, arranged in the interview scripts, presented the main categories of analysis: - The health service that the family seeks; the health professional consulted when feeling ill; professional staff knowledge within the Family Health Strategy; problems with being attended within the Strategy; satisfaction with the care received in the Family Health Strategy; participation in collective activities in the Family Health Units. We identified several weaknesses in the two units, concerning the link between users and family health teams. Regarding the mixed Clinic that operates with a core of medical specialties, we note that the initial outreach for professional specialists in a Family Health Unit, to meet health needs, indicates a major difficulty in forming links.

KEYWORDS: Primary Health Care; Family Health; Object Attachment; Models, Organizational; Quality Assurance, Health Care.

¹ Clotilde Teixeira, Programa de Atenção Primária à Saúde. Mestre em Saúde Pública. Especialista em Educação na área da Saúde. Universidade Federal do Rio de Janeiro - Faculdade de Medicina. E-mail: cloteixeira.ufrj@gmail.com

² Carolina Carvalho Serres da Silva, acadêmico de Medicina. Universidade Federal do Rio de Janeiro - Faculdade de Medicina.

³ Giulianna de Souza Bernardes, acadêmico de Medicina. Universidade Federal do Rio de Janeiro - Faculdade de Medicina.

⁴ Nathália Pereira Paes de Sá, acadêmico de Medicina. Universidade Federal do Rio de Janeiro - Faculdade de Medicina.

⁵ Rosana Sbruzzi Prado, acadêmico de Medicina. Universidade Federal do Rio de Janeiro - Faculdade de Medicina.

INTRODUÇÃO

O Programa Saúde da Família (PSF) foi criado, pelo Ministério da Saúde em 1994, com o objetivo de reorganizar as práticas na atenção básica, em substituição ao modelo tradicional de assistência, baseado na doença e médico centrado. Concebido inicialmente como um programa, o PSF é considerado hoje como uma estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde, visando à reorientação do modelo de atenção e a uma nova dinâmica da organização dos serviços e ações de saúde.¹

A construção da estratégia teve início em junho de 1991, com a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Em janeiro de 1994, foram formadas as primeiras Equipes de Saúde da Família, incorporando e ampliando a atuação dos agentes comunitários de saúde. O PACS teve papel crucial no estabelecimento de vínculos dos pacientes com os serviços de saúde locais. Dessa forma, foi possível a criação de um elo entre o PSF e a comunidade, uma vez que, por ser morador do mesmo local que as famílias, o Agente Comunitário de Saúde (ACS) estava integrado à realidade social da comunidade assistida, permitindo maior troca entre a equipe multiprofissional e os usuários.

O Programa Saúde da Família teve suas bases centradas na aproximação da equipe de saúde à comunidade por ela atendida e, entre os seus principais objetivos, destacam-se as ações de proteção e promoção da saúde, além da cura, reabilitação. Desse modo, a proposta do PSF é centrada no usuário-família e, por meio de ações básicas, assiste à família a partir de seu domicílio, fazendo com que os princípios da universalidade, equidade e integralidade do SUS sejam alcançados com melhor êxito. A forma de organização e prestação do cuidado permite um maior poder de compreensão das afecções mais frequentes, identificação de fatores de risco para a prevenção do desenvolvimento futuro de doenças, promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida, com a intenção que o usuário se identifique com a equipe multiprofissional que o acompanha.

Nesse cenário, um dos pilares da atual Estratégia Saúde da Família (ESF) é o estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromisso e corresponsabilidade entre profissionais de saúde e a população.

O vínculo que se estabelece na ESF é de compromisso e corresponsabilidade. Refere-se a um relacionamento estreito (laços) estabelecido entre profissionais de saúde e uma população numericamente delimitada (população adscrita), residente numa área definida (área adstrita).

Os laços podem ser entendidos como um relacionamento especial que se estabelece e se mantém entre os profissionais de saúde e o usuário em função de adotarem

uma forma intencionalmente diferenciada de se relacionarem. Essa relação é produzida pela adoção de atitudes/comportamentos dos profissionais de saúde frente aos usuários e pelos usuários. O vínculo tem certas finalidades a alcançar quais sejam: auxiliar na transformação do modelo assistencial do país, na direção da política de atenção básica, na perspectiva da universalidade, equidade e integralidade; auxiliar na mudança do modelo assistencial biomédico para o de produção social da saúde; ampliar as responsabilidades individuais e coletivas na promoção da saúde, na prevenção, no tratamento e recuperação das doenças; humanização das práticas de saúde buscando a satisfação dos usuários e resolubilidade no atendimento à saúde.

A criação de vínculo entre a equipe e a comunidade promove uma relação de confiança e respeito que garante não só maior qualidade do serviço prestado como o reconhecimento do profissional frente à população sob sua responsabilidade.

A equipe multiprofissional precisa programar cada etapa do contato do usuário com o serviço, de forma que o vínculo possa ser construído e fortalecido a todo instante. O acolhimento tem grande importância por ser o primeiro contato do usuário com a ESF. Por essa razão, deve ser planejado de forma minuciosa, atendendo às expectativas dos usuários.

“Diversas pesquisas têm demonstrado aspectos cruciais no estabelecimento do vínculo, como: valorização da queixa, subjetividade, comunicação social, relação de escuta e de empatia com o usuário.”^{2: 177}

A construção do vínculo entre os usuários e a equipe de saúde acontece por meio da identificação de suas necessidades.

O vínculo com os usuários dos serviços de saúde amplia a eficácia das ações de saúde e favorece a participação do usuário durante a prestação do serviço. Esse espaço deve ser utilizado para a construção de sujeitos autônomos, tanto profissionais quanto pacientes, pois não há construção de vínculo sem que o usuário seja reconhecido na condição de sujeito, que fala, julga e deseja.^{3: 1488}

Assim, cria-se uma relação humanizada de atendimento caracterizada pela solidariedade e cidadania. Contudo a importância do vínculo ultrapassa a necessidade do estabelecimento de uma relação humanizadora. Ele é uma ferramenta para que o profissional de saúde consiga uma boa adesão do usuário não só ao seu tratamento farmacológico, mas às propostas da estratégia Saúde da Família por inteiro.

A implementação da proposta da ESF tem apresentado grande expansão e influenciado na discussão do modelo assistencial no país, no que tange as questões como integralidade e vínculo, porém vem apresentando algumas dificuldades, tendo em vista os contextos sociais e econômicos dos municípios e a própria complexidade que envolve a assistência à saúde da população. Gomes e Pinheiro^{4:288} apontam que “[...] o formato padrão/rígido para composição das equipes sem respeitar as particularidades locais” tem sido um dos fatores de dificuldade para maior expansão da estratégia.

O estudo sobre vínculo, nesse contexto, tratará da questão relacionando-a à organização e estrutura física das Unidades de Saúde da Família (USF). O Ministério da Saúde, através do Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde, chama a atenção, em relação ao vínculo, para coexistência de uma USF com equipes convencionais e/ou especializadas, em uma mesma estrutura física. “Esta coexistência pode trazer confusão na vinculação entre a ESF e a comunidade adstrita.”^{5: 19}

Não foram encontrados estudos comparativos na literatura que discutam e comprovem os benefícios da estrutura preconizada pelo Ministério da Saúde para o estabelecimento do vínculo. Dessa forma, o principal objetivo da pesquisa foi analisar o vínculo entre usuários e equipes em duas unidades de Saúde da Família, tendo como referência os diferentes modelos de estrutura e organização.

A pesquisa foi desenvolvida em 2010, através do Programa de Educação pelo Trabalho na Saúde (PET-Saúde) - Ministério da Saúde/Educação.

MÉTODO

A pesquisa foi realizada em um Município do Estado do Rio de Janeiro, situado na região industrial da região Médio Paraíba, com 24.170 habitantes, distribuídos em uma área de 504,6 Km², com 100% de cobertura da população pela ESF. A rede de atenção básica é constituída por 10 Unidades de Saúde da Família (USF), com duas delas com estrutura e organização de unidades mistas, funcionando junto com centro de especialidades médicas.

O procedimento metodológico constituiu-se de uma abordagem qualitativa, estudo do tipo exploratório-descritivo. Na pesquisa qualitativa, o pesquisador deve procurar entender fenômenos segundo a perspectiva dos participantes da situação estudada.⁶ Segundo Ludke e André^{7: 36}, “a metodologia qualitativa é um procedimento rico em dados descritivos, tem um plano aberto e flexível e focaliza a realidade de forma complexa e contextualizada”.

Como instrumento de coleta de dados foi utilizado um roteiro de entrevista semiestruturado. As entrevistas fo-

ram gravadas após consentimento livre e esclarecido dos participantes e posteriormente foram transcritas integralmente.

Para tratamento dos dados, foi utilizada a técnica de análise de conteúdo temática.

Uma análise de conteúdo temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado.^{8:209}

A análise de conteúdo temático para Bardin⁹ é um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens. “A análise de conteúdo pode ser uma análise de “significados” tendo como exemplo a análise temática.”^{9: 40}

A população estudada foi de usuários de duas USF, atendidos pelas cinco equipes que se encontravam nas unidades de saúde quando entrevistados. Foram utilizados como critérios de exclusão usuários menores de 18 anos de idade, usuários com menos de um ano de acompanhamento no serviço e que não pertenciam à população adscrita das unidades.

O tamanho da amostra foi definido por saturação, a definição se deu por redundância e repetição de informações. A amostragem por saturação é uma ferramenta utilizada nos estudos de abordagem qualitativa, “[...] as informações fornecidas pelos novos participantes da pesquisa pouco acrescentariam ao material já obtido, não mais contribuindo significativamente para o aperfeiçoamento da reflexão teórica fundamentada nos dados que estão sendo coletados.”^{10: 17}

Locais de desenvolvimento da pesquisa:

- Unidade de Saúde da Família A, com características de organização de unidade mista, funcionando junto com centro de especialidades médicas. Atuam três equipes de saúde da família e tem uma população adscrita de 5246 pessoas e 1666 famílias cadastradas.

- Unidade de Saúde da Família B, com estrutura e organização padrão proposta pelo Ministério da Saúde⁵. Atuam duas equipes de saúde da família, com população adscrita de 3832 pessoas e 1214 famílias cadastradas.

Para realização do estudo foram respeitadas as questões éticas que tratam das pesquisas com seres humanos, estabelecidas pelo CONEP, Resolução 196/96. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Secreta-

ria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro – CEP SMDs-RJ, sendo aprovada a sua execução, através do Parecer nº 41A/2010 em 08/03/2010.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Do total de usuários que participaram da pesquisa, 66 foram entrevistados na USF A e 47 na USF B, com as seguintes características: - mais de 75% eram do sexo feminino e tinham como principais ocupações do lar, setor da indústria e emprego doméstico. A escolaridade dos entrevistados na Unidade A e B concentra-se no Ensino Fundamental incompleto e Ensino Médio completo.

Os temas do estudo, identificados no referencial teórico como indicadores de vínculo, organizados no roteiro de entrevistas, apresentaram as seguintes categorias de análise: - Serviço de saúde que a família busca quando precisa de atendimento; profissional de saúde que procura quando se sente mal; conhecimento dos profissionais da equipe de saúde da família e seus nomes; dificuldade para ser atendido pelos profissionais da ESF; satisfação com atendimento que recebe na ESF; opinião sobre a equipe; participação de alguma atividade desenvolvida pela USF.

Serviço de saúde e profissional que a família busca quando precisa de atendimento:

Ao serem questionados sobre qual serviço de saúde procuram quando necessitam de atendimento, os usuários das duas unidades pesquisadas referiram o hospital em situações de emergência e urgência. Relataram ser este tipo de atendimento rápido e com mais recursos disponíveis quando comparado às unidades de saúde da família.

"[...] quando é uma coisa de mais urgência a gente vai pro hospital."

"É o Hospital. Tem mais recurso."

"A gente vai no hospital. É mais fácil de ser atendido."

"Pronto socorro, porque urgência tem que ser lá."

Oliveira e colaboradores¹¹ apontam que a falta de especialistas e a baixa disponibilidade de recursos tecnológicos nas USF aliadas à percepção dos usuários sobre a importância desses recursos, na obtenção de alívio para o seu sofrimento, são componentes significativos da imagem de menor qualidade que o usuário tem sobre o serviço de saúde a ser recebido no nível primário.

"O fluxo da "demanda espontânea" de usuários aos serviços de saúde do SUS vem indicando historicamente uma nítida e persistente preferência por formas de pronto atendimento médico em prontos-socorros e hospitais." ^{11:1930}

Os usuários, muitas vezes, procuram o serviço de pronto-atendimento baseado não em sua necessidade, mas pelo modo como o trabalho está organizado.¹² O pronto-socorro, para a maior parte da população, é o local que resolve todos os problemas agudos. A procura por pronto-atendimento na Unidade Hospitalar pode também configurar uma dificuldade na porta de entrada nas USF, no acolhimento da livre demanda da população adstrita, ou seja, no atendimento sem hora marcada para situações de urgências.

O acolhimento, como uma tecnologia para a reorganização dos serviços, tem por objetivo a garantia de acesso universal, resolubilidade e humanização do atendimento.¹³

Acolhimento exige mudanças no processo de trabalho dos membros da equipe, pois todos precisam estar integrados e capacitados para receber, escutar e atender de forma resolutiva as demandas de quem procura o serviço.

Os entrevistados da Unidade B, quando referiram procurar a USF, disseram que o fazem por encontrarem o bom atendimento, a unidade ser próxima de sua residência, além de reconhecerem a obrigatoriedade de atendimento inicial na Unidade ou por já fazerem acompanhamento médico.

"O postinho aqui mesmo, porque é o mais perto de casa. E todo mundo do bairro onde eu moro é orientado pra procurar aqui."

"O posto de saúde, porque é o mais prático, o mais perto."

"Tudo tem que passar por aqui, né?"

"Agora tem que vir aqui. Quem mora aqui tem que procurar aqui."

"O postinho aqui, porque pra ir pro hospital só com o encaminhamento, então tem que passar aqui primeiro, onde tá o médico da gente, e depois passar lá."

A ESF ter como base o território, com adscrição da clientela, considerada imprescindível ao modelo de atenção, favorece o conhecimento dos problemas e necessidades de saúde da população assistida.

A adscrição da cliente visa "responsabilizar cada uma das equipes por um conjunto de problemas

muito bem delimitados e pelo planejamento e execução de ações capazes de resolvê-los, o que ocorreria por meio da vinculação de cada equipe a um certo número de pacientes previamente inscritos, do atendimento de uma certa parcela da demanda que espontaneamente procura a unidade, bem como pela responsabilidade em relação aos problemas coletivos.^{14: 153}

Somente na unidade mista há relatos sobre a procura por especialistas e nem sempre encaminhados por um médico de saúde da família. Assim é percebido que a organização e possibilidades da estratégia não se encontram bem entendidas e utilizadas por seus usuários.

"Procuro mais o pediatra... Daqui do posto mesmo."

"Consultas mesmo aqui com o clínico geral, cardiologista, vacina."

"Eu venho direto aqui no posto. Porque eu faço tratamento com a Doutora M.(cardiologista)."

"É o clínico, o pediatra e o cardiologista daqui do posto. Porque é mais perto e eu não tenho condições de pagar particular."

"A Dra. B. Eu faço tratamento com ela. Ela é endócrino."

A falta de especialistas e de recursos de maior densidade tecnológica, aliada a uma cultura histórica que são esses recursos que darão alívio para o sofrimento, pode ser significativa para a imagem de menor qualidade no atendimento recebido nas USF, resultando na procura por atendimento médico especializado.

A procura inicial por especialistas, pelos usuários entrevistados, aponta que a presença desses profissionais na mesma estrutura física da USF é um fator que interfere de forma negativa na formação do vínculo dos usuários com os profissionais da equipe de saúde da família. Segundo o Ministério da Saúde^{5:19}, os serviços com especialidades têm formas de atenção "que seguem lógicas distintas na maneira como planejam, lidam e se organizam para atender e acompanhar a saúde da sua população". Os diferentes modelos de atenção apresentam formas distintas de organização. O serviço especializado trabalha na lógica da assistência clínica, enquanto a atenção básica deve ser organizar na lógica do cuidado.

A atenção básica ou primária, como internacionalmen-

te conhecida, organizada pela ESF, como porta de entrada do sistema para os indivíduos, famílias e comunidade, deve formar a base e determinar o trabalho de todos os outros níveis.¹⁵

Um atributo importante da constituição da atenção primária como serviço de primeiro contato é a exigência de encaminhamento pelo profissional de atenção primária para acesso aos serviços especializados. Essa função, contudo, não foi regulamentada no PSF, de forma que o seu exercício depende do grau de organização de cada sistema local.^{16: 167}

A não vinculação à ESF e seus profissionais trazem prejuízos para ações de promoção, prevenção e manutenção à saúde, dificultando o reconhecimento dos fatores de riscos, o seguimento da população e uma prática de cuidado ampliado.

Em relação à questão do profissional de saúde a quem recorrem quando se sentem mal, entrevistados das duas unidades referiram procura pelos médicos do serviço de pronto atendimento do hospital, sem nomear o profissional. Sendo que, entre os motivos alegados para essa procura, destaca-se a dificuldade em conseguir a consulta sem agendamento prévio na USF.

"No pronto-socorro é o médico que estiver lá".

"Qualquer médico que estiver disponível no momento no pronto-socorro".

"Vou direto mesmo ali no pronto-socorro ou aqui mesmo. Não tem esse negócio de escolher médico".

A utilização do pronto-atendimento do hospital para demandas iniciais de saúde, que não se caracterizam como emergência, pode representar um obstáculo na construção da relação de vínculo com os profissionais das unidades de adscrição. É no acolhimento das USF que inicia a construção do cuidado em saúde. É o momento da aproximação e de estabelecimento de laços de confiança entre profissionais de saúde e usuários.

É indispensável para produção de vínculo que o usuário reconheça a equipe de saúde da família e seus componentes, como responsáveis por sua assistência.

Ainda entre as respostas sobre a questão, o médico especialista e de família junto com o agente comunitário de saúde (ACS) são profissionais procurados pelos usuários no momento que necessitam.

"O médico de família ou ginecologista".

"Eu procuro muito o Dr. A. e a agente C".

"O médico de família, o Dr. C".

"Procuro Dra. I., do posto".

"A vizinha agente de saúde."

"Eu e a minha família procura o Dr. A."

Podemos inferir que, apesar das equipes da ESF serem multiprofissionais, os usuários dos serviços de saúde, de uma forma geral, entendem o processo de assistência à saúde baseado no modelo biomédico, centrado na atenção à doença, onde o médico é o protagonista.

Ações de promoção e prevenção à saúde, bem como a potencialidade dos outros profissionais da equipe devem ser reforçadas. Somente a integração de toda a equipe, através de um trabalho interdisciplinar, nas ações de prestação do cuidado, construirá junto com os usuários um novo modelo de atenção de produção de saúde.

Acreditamos que a indicação também dos ACS pelos entrevistados, como o profissional que procuram, ocorre pelo reconhecimento do ACS como a referência do serviço de saúde, ao qual são adscritos, e pela proximidade e acesso a este profissional. Uma vez que é ele que, através das visitas domiciliares, está em constante contato com os usuários e seus familiares.

Conhecimento da equipe de saúde da família e nomes dos profissionais

Ficou evidente a falta de conhecimento de entrevistados das duas Unidades acerca da existência de uma equipe multiprofissional de Saúde da Família, quando perguntado se conheciam a equipe e os nomes de seus integrantes.

"Como assim equipe de saúde?"

"Eu conheço a C (agente de saúde). Mas se tem mais alguém eu não sei."

"Mais ou menos. Tem as meninas que vão nas casas."

"Não, nunca vi. Não sei quem é a minha agente de saúde."

"Conheço a F. Ela passa nas casas, tira a pressão da turma, é a agente."

Identificamos uma confusão por parte dos entrevista-

dos, que respondiam como se equipe de saúde da família fosse o agente comunitário de saúde. Acreditamos, por razões já identificadas, ser o ACS o profissional que caracteriza a ação de saúde da família, através de suas visitas de rotina aos domicílios.

O ACS e o médico foram também os componentes da equipe de saúde da família mais reconhecidos por seus nomes.

"Não, só a A., a agente de saúde, e o médico."

"Conheço, é o doutor C."

"A Dra A. L. é ela que me acompanha."

"O Dr. A. é, não é? A Dra A. L. deve ser também."

"Sim, minha agente é a L."

"Conheço o médico e a agente. Eu não sei o nome deles."

"Sei. A médica é a A. L. e as enfermeiras eu não sei o nome."

O paciente exerce melhor seu direito de cidadania, quando do conhecimento do nome, posto e atribuições dos responsáveis por ele.¹⁷ A nomeação dos profissionais de saúde deve ser considerada como um importante indicador de formação de vínculo.

Dificuldades enfrentadas pelos usuários no atendimento na ESF

O tempo prolongado de espera das consultas e a dificuldade para atendimento de demandas espontâneas foram queixas comuns às duas Unidades estudadas.

"Dificuldade a gente sente porque é muito demorado o tempo de espera das consultas. Às vezes é uma urgência, uma coisa séria e a gente tem que ficar muito tempo esperando."

"Só o tempo para agendar, a espera."

"Há o problema do agendamento, muitas vezes eu fui encaixado pela boa vontade do médico."

"Não, dificuldade, não. Só uma coisa que às vezes demora um pouquinho são os exames que tem que fazer fora."

"Muita. Porque aqui tem que ser agendado, se vc chega com muita dor você até é atendido, caso contrario não."

Os relatos indicam problemas na organização da porta de entrada nas Unidades. A atividade de recepção de uma Unidade de saúde deve ser um espaço no qual ocorre o reconhecimento das necessidades do usuário por meio da investigação, elaboração e negociação para o atendimento.³

O vínculo do usuário com a ESF é construído e estabelecido à medida que suas demandas estão sendo atendidas. A organização do setor e do trabalho das equipes deve ser considerada na construção de práticas que assegurem ao usuário a identificação de suas necessidades e resolubilidade no atendimento.

Apesar do modelo estrutural diferenciado das duas Unidades, nas duas foi observado o descontentamento com o modo pelo qual se organizam.

Nas Unidades, o sistema de marcação de consultas e de encaminhamentos para especialistas ou outros serviços de saúde são motivos de críticas:

"Em termos de marcação de consulta é muito demorado."

"Tem muita gente aqui que não faz encaminhamento, to esperando quase dois anos ou mais pra fazer exame de vista pra trocar de óculos. Tem que esperar eles ligarem pra gente, ai fica ruim."

Para que haja vínculo positivo, os grupos devem acreditar que a equipe de saúde tem alguma potência, alguma capacidade de resolver problemas de saúde. Essa crença é abalada, na medida em que a população busca o atendimento desejado e não encontra, devido a um sistema que tem dificuldades de responder às necessidades dos usuários por conta de problemas na organização dos serviços.¹⁸

Queixas sobre a atuação do ACS, considerado um dos pilares da ESF, referente à demora entre as visitas domiciliares, são apresentadas como dificuldades enfrentadas pelos entrevistados das duas Unidades.

"A menina que vai visitar em casa não é muito boa não, é muito difícil ela ir. Ela vai uma vez ou outra."

"[...] se você depender do agente de saúde é difícil."

"A agente só vai uma vez por mês, só vai tirar pressão."

"A agente é que não tem ido."

"[...] às vezes demora a visita. Só de mês em mês."

"O problema é o tempo que eles ficam sem ir até a nossa casa."

A falta de entendimento do processo de trabalho e atribuições do ACS pode ser o motivo das críticas dos entrevistados. A Portaria nº 648 no capítulo das atribuições específicas no artigo VII estabelece que o ACS deva acompanhar por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade, de acordo com as necessidades definidas pela equipe.¹⁹

As visitas dos agentes comunitários, fora da rotina de acompanhamento mensal das famílias, que estão sendo estabelecidas por grande parte dos municípios, devem ser definidas segundo critérios de risco clínicos, sociais e epidemiológicos.

As queixas apresentadas pelos entrevistados devem ser consideradas com especial importância, uma vez que ação do ACS deve contribuir para a aproximação da comunidade com a equipe da USF.

Satisfação do usuário com a ESF

A estratégia de Saúde da Família tem como um dos indicadores de qualidade a satisfação do usuário.

Abordar a satisfação dos usuários requer trazer um julgamento sobre a qualidade e características dos serviços, a partir de experiências de sua utilização. A perspectiva do usuário sobre os cuidados que são oferecidos, baseia-se em critérios subjetivos, implicando mobilização de processos de ordem cognitiva e afetiva.

Ao tratar sobre o tema, tanto os entrevistados da Unidade A quanto os da B apontaram as instalações e a educação dos profissionais como motivos de satisfação.

"Melhorou muito com esse posto aqui, as instalações são boas."

"Estou satisfeito, porque são todos muito bem educados."

A demora para a marcação de consultas e o tempo de espera para o atendimento aparecem novamente como queixas, gerando motivos de insatisfações.

"100%, só preciso aprender a conviver com a demora."

"Mais ou menos, pois poderia ter mais vaga na hora de uma emergência. A marcação sendo só

em um dia dificulta, porque aglomera mais gente pra marcar e as vezes você não pode vir nesse dia."

"A gente fica esperando muito tempo a consulta. Minha consulta hoje era uma hora e até agora ninguém veio me dar uma explicação [...]."

A dificuldade de acesso se destaca como motivo de insatisfação. A fila para consulta médica, falta de vagas e demora na marcação de consultas e de exames demonstram segundo Schimth³ que a ESF corre o risco de manter a forma excludente de atendimento, historicamente conhecida no sistema de saúde, uma vez que existem barreiras na porta de entrada.

O conceito de acesso é "multidimensional", segundo Travassos e Martins.²⁰ Um dos elementos dos sistemas de saúde, ligados à organização dos serviços, o acesso refere-se à entrada no serviço de saúde e à continuidade da assistência. Abrange a entrada nos serviços e o recebimento de cuidados subsequentes necessários. É caracterizado pela oferta de serviço (acesso potencial) e sua utilização (acesso efetivo).

"[...] acesso deixa de ser apenas um primeiro contato, "porta de entrada" do sistema, e passa a ser o vínculo de corresponsabilidade nos processos do cuidar da saúde-doença-morte entre os sujeitos em relações."^{21: 726}

Opinião sobre a ESF

Os entrevistados, apesar das queixas até aqui apresentadas, têm uma visão positiva sobre a ESF. Os usuários respondem a questão sobre a estratégia elogiando os profissionais.

"Eles são muito prestativos. Estão sempre fazendo de tudo pra ajudar."

"Eles são ótimos. Não tenho do que reclamar."

"Melhor do que o atendimento ai fora no Rio, é muito bom, eles atendem a gente bem. Não tenho nada pra reclamar não."

"[...] me atendem muito bem. Não tenho queixa de nenhum deles."

"Os médicos são muito atenciosos, têm boa vontade. Quando não fazem alguma coisa é porque não podem."

"Eu acho bom, qualquer coisa tem o telefone de-

las, as agentes, ligo, não tem problema não."

A ESF tem alcançado avanços na assistência à saúde, no que tange ao atendimento mais humanizado, que os entrevistados reconhecem como realizada de uma forma educada e prestativa. Diferenciam as USF do Município de outros serviços de saúde, em razão do atendimento mais atencioso.

O atendimento humanizado desperta, por parte do usuário, um sentimento que ele é importante para o profissional de saúde, aumentando a confiança e consequentemente o vínculo.²²

O Programa Nacional de Humanização na Saúde (PNH), criado em 2004, aponta a necessidade da prestação de um cuidado acolhedor aos cidadãos, com uma melhor comunicação, entre os profissionais e os usuários, para "construir trocas solidárias e comprometidas, com a dupla tarefa de produção da saúde e produção de sujeitos"^{23: 14}

Participação em atividades coletivas desenvolvidas pela ESF

As atividades coletivas na ESF estruturam-se nas ações educativas desenvolvidas nas Unidades, nas quais se preconiza um contato próximo e dialógico entre os usuários e os profissionais da equipe.

A partir do diálogo e intercâmbio de saberes, profissional e usuários podem construir, de forma compartilhada, conhecimentos e compromissos que contribuam para a reorientação do modelo assistencial, com bases na concepção ampliada do processo saúde-doença²⁴. Nesse sentido, as atividades coletivas nas USF seria uma das ferramentas para estreitar os laços de confiança da população com a sua equipe.

As atividades desenvolvidas fora da clínica deveriam ter um dispositivo deflagrador de mudanças, ou seja, essas equipes precisam discutir questões de cidadania, políticas de saúde e socioeconômicas, como forma de fortalecer o vínculo, construir a autonomia e despertar para a corresponsabilidade frente aos problemas da comunidade.^{25: 468}

Apesar da importância das atividades coletivas, para consolidação de um serviço comprometido com a construção social da saúde e de novas práticas do cuidado, apoiado pela participação social, foi identificado nas duas Unidades o pouco envolvimento dos entrevistados. Os motivos alegados variam, entre a falta de tempo, dificuldade de acesso, a distância do serviço e desconhecimento acerca de quaisquer atividades desenvolvidas.

"Não, por que não tenho tempo. Se tivesse participaria."

"Não, conheço, mas pra mim é difícil porque é longe."

"Não e desconheço."

"Não, eu não consegui a vaga para o do tabagismo."

"Não, conheço, mas nenhuma se aplica a mim."

"Não, porque eu não tenho tempo. Quando eu preciso saber de alguma coisa eu pergunto pra agente."

Entre os usuários que relatam já ter participado das atividades, nas duas Unidades, prevalece a "Hora da Mãe" que consiste em palestras, sessões de perguntas e respostas realizadas concomitantemente às consultas de pré-natal.

É importante que o usuário perceba-se como parte integrante do seu processo de cuidado, sentindo que tem autonomia e que pode interagir com os profissionais de saúde na busca conjunta das melhores opções de cuidado e qualidade de vida. Nesse sentido, as atividades coletivas, organizadas através de ações de educação em saúde, com vistas ao desenvolvimento da cidadania, fortalecem a relação usuário-profissional, tornando a população assistida corresponsável pela manutenção da sua saúde.

CONCLUSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS

O vínculo, através das categorias tratadas no presente estudo, mostrou-se como indicador sensível para avaliação da qualidade da atenção à saúde prestada nas unidades de saúde, quando traz em seu escopo questões, para discussão, como acesso, acolhimento, satisfação do usuário, processo de trabalho das equipes, sistema de referência para outros níveis de atenção e a participação comunitária, entre outras.

Foram identificadas, nas duas unidades, fragilidades no vínculo entre os usuários e as equipes de saúde da família. A referência dos entrevistados de serviço para atendimento das urgências é o hospital, apesar da cobertura de 100% da população pela ESF. Atendimento rápido e mais recursos, principais motivos apresentados, indicam um desafio para o setor.

A procura por especialistas na unidade mista caracteriza maior fragilidade para Estratégia. A identificação do agente comunitário de saúde como a equipe de saúde da

família revela duas situações: o bom estabelecimento de vínculo desse profissional com os usuários e o desconhecimento da organização do trabalho da equipe na ESF.

A dificuldade para atendimento, segundo entrevistados, caracterizada pelo tempo prolongado de espera das consultas, problemas na referência para serviços especializados e na assistência às urgências, colaboram para insatisfação dos usuários. A dificuldade de acolhimento da demanda espontânea, consequência de uma porta de entrada pouco organizada, configura barreira de acesso a um serviço que deve ser a porta de entrada do sistema.

A pouca participação dos usuários nas atividades coletivas aprofunda as dificuldades de estabelecimento de uma relação de corresponsabilidade do profissional e usuários pela manutenção da saúde.

A necessidade de orientar e construir junto à população um maior conhecimento sobre a organização da assistência e dos processos de trabalho das equipes da ESF é uma evidência nas Unidades estudadas. As atividades coletivas de educação em saúde, espaço considerado privilegiado para trocas e construção de saberes, poderiam contribuir para uma maior apropriação pela população de conhecimentos referentes aos objetivos dos serviços e organização do sistema de saúde.

A população, por conta de uma cultura historicamente construída, no que tange a assistência à saúde, ainda acredita que seus problemas serão resolvidos quanto maior a tecnologia armada nos serviços, com especialistas e equipamentos. A construção de uma nova cultura não acontece de um dia para outro, é um processo que leva tempo e exige que o sistema de saúde e seus profissionais estejam empenhados para que os serviços organizados em uma nova concepção sejam realmente efetivos, gerando credibilidade.

Pode-se inferir, através dos resultados da pesquisa, em relação às duas unidades em estudo, que a forma de estrutura padrão para USF, orientada pelo Ministério da Saúde no Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde⁵, pode ser um elemento favorável à formação do vínculo uma vez que os usuários entrevistados da unidade mista apresentaram maior procura por especialistas, caracterizando menor adesão à Estratégia.

Acreditamos que a atenção, na dimensão do cuidado integral que supere o modelo biomédico, ainda hegemônico nos serviços especializados, ocorrerá à medida que se estabeleçam vínculos entre usuários e profissionais de saúde das USF, serviço privilegiado para o estabelecimento de laços de compromisso e corresponsabilidade.

Consideramos que o Município onde foi realizado o estudo cumpriu o grande desafio colocado para os gestores municipais: a cobertura em atenção primária de 100%

da população, através da ESF. O próximo passo, então, indicado pelo estudo, é investir na qualificação da assistência e, assim, no fortalecimento no vínculo. A organização da porta de entrada, permitindo o acesso da população, com acolhimento humanizado, a estruturação de sistemas de referência e do processo de trabalho dos profissionais de saúde são os atuais desafios colocados.

Acreditamos que os desafios evidenciados são também para além dos gestores municipais, pois um sistema organizado, como formulado pelo SUS, depende que os outros níveis também responsáveis (Estadual e Federal) assumam, de forma integrada e compartilhada, o compromisso com a qualidade da assistência prestada.

Uma rede de saúde, com propostas de reformulação do modelo assistencial, necessita de investimentos não só financeiros, mas de processos de educação permanente, de apoio e acompanhamento no planejamento e execução da atenção, com políticas adequadas às realidades regionais, e contínuas. Também é imprescindível um grande esforço e investimento na reformulação dos processos de formação dos profissionais de saúde, deslocando o eixo de ensino da concepção biológica da doença, médico centrado, para a de produção de saúde, com ação interdisciplinar.

É preciso que a construção de vínculo seja também uma das diretrizes das equipes de saúde da família. Conhecer as pessoas e suas necessidades de saúde, acolher suas demandas com ações resolutivas, estimular e desenvolver atividades coletivas-educativas, incentivando maior conhecimento e participação da população, possibilitará uma relação de compromissos, confiança e corresponsabilidade entre profissionais e população assistida, consolidando um processo de produção de saúde e fortalecimento do SUS.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Monitoramento da implantação e desenvolvimento das equipes de Saúde da Família no Brasil. Brasília: MS; 2002.
2. Brunello MEF, Cerqueira DF, Pinto IC, Arcênio RA, Gonzalez RIC, Villa TCS, *et al.* Vínculo doente-profissional de saúde na atenção a pacientes com tuberculose. *Acta Paul Enferm.* 2009; 2(2): 176-82.
3. Schimith MD, Lima, MADS. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. *Cad Saúde Pública.* 2004 nov/dez; 20(6): 1487-94.
4. Gomes MCPA, Pinheiro R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde

em grandes centros urbanos. *Interface Comunic Saúde Educ.* 2005; 9(17): 287-301.

5. Brasil. Ministério da Saúde. Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde. 2ª ed. Brasília: MS; 2008.

6. Goody AS. Introdução à pesquisa qualitativa suas possibilidades. *Rev Ad. Empresas.* 1995; 35(2): 57-63.

7. Ludke M, André MED. A Pesquisa em educação: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU; 1986.

8. Minayo MCS. O Desafio do conhecimento - pesquisa qualitativa. São Paulo: Hucitec-Abrasco; 1996.

9. Bardan L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2010. 281 p.

10. Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad Saúde Pública.* 2008; 24(1): 17-27.

11. 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; 14(5): 1929-38.

12. Schimith MD. Acolhimento e vínculo em uma equipe de saúde da família: realidade ou desejo? [dissertação]. Porto Alegre: Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2002. 113f.

13. 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.

14. Campos GWS. Reforma da Reforma, repensando a saúde. S. Paulo: HUCITEC; 1992. 220 p.

15. Costa GD, Cotta RMM, Ferreira MLSM, Reis JR, Franceschini SCC. Saúde da Família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. *Rev Bras Enferm.* 2009; 1(62): 113-8.

16. Escorel S, Giovanella L, Mendonça MHM, Senna MCM. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. *Rev. Panam Salud Publica.* 2007; 21(2-3): 164-76.

17. Ribeiro EM. Concreticidade do vínculo do/no Programa da Saúde da Família (PSF): desafios de médicos e enfermeiros em uma realidade de implantação do Programa [tese]. Santa Catarina: Centro de Ciências, Universidade de Santa Catarina; 2005. 287f.
18. Campos GWS. Saúde Paidéia. São Paulo: HUCITEC; 2003. 185 p.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006, Anexo I. Brasília: MS; 2006.
20. Travassos C, Martins M. Uma revisão dos conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad Saúde Pública*. 2004; 20(supl.2):190-8.
21. Souza MF, Merchán-Hamann E. Saúde da Família no Brasil: estratégia de superação da desigualdade na saúde? *Physis*. 2009; 19(3): 711-29.
22. Monteiro MM, Figueiredo VP, Machado MFAS. Formação do vínculo na implantação do Programa Saúde da Família numa Unidade Básica de Saúde. *Rev Esc Enferm USP*. 2009 jun; 43(2): 358-64.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Humanizaus: Política Nacional de Humanização: documento base para gestores do SUS. Brasília: MS; 2004.
24. Alves VS. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Interface Comunic Saúde Educ*. 2004; 9(16): 39-52.
25. Santos AM, Assis MMA, Rodrigues AAAO, Nascimento, MAA, Jorge MSB. Vínculo e autonomia na prática de saúde bucal no Programa Saúde da Família. *Rev Saúde Pública*. 2008 jun; 42(3): 464-70.

Submissão: novembro/2011

Aprovação: outubro/2012
