

ACESSO DOS USUÁRIOS AOS SERVIÇOS DE SAÚDE NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: PERCEPÇÃO DOS ENFERMEIROS

Users' access to health care in the Family Health Strategy: perception of nurses

Maristela Inês Osawa Chagas¹, Clarissa de Maria Tomás Farias²,
Fiana Kécia Silveira Teófilo³, Ana Suelen Pedroza Cavalcante⁴

RESUMO

A universalidade e a garantia de acesso por meio dos cuidados primários de saúde têm sido preconizadas em vários países do mundo como forma de se alcançar maior equidade e satisfação das expectativas dos usuários em relação aos serviços de saúde. O estudo objetiva conhecer a percepção dos enfermeiros sobre o acesso aos serviços dispensados aos usuários de um Centro de Saúde da Família (CSF), em Sobral – CE. As informações foram coletadas através de questionário aberto, contendo questões referentes à caracterização dos informantes e à percepção dos sujeitos acerca da qualidade do acesso dos usuários aos serviços oferecidos pela Unidade. Para análise, recorreu-se a técnica da análise temática cujas informações foram organizadas e discutidas à luz da literatura pertinente. Entre os principais resultados, destaca-se que há deficiência no que diz respeito à demora na marcação de consultas especializadas, à falta constante de medicamento e ao número excessivo de famílias distribuídas por equipe multiprofissional. Percebe-se que prevalece a procura por tratamentos menos complexos e que a maioria dos problemas pode ser resolvida na própria unidade de saúde. Fica evidente que os problemas encontrados dificultam e limitam o acesso dos usuários a serviços de saúde de qualidade.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Primária a Saúde; Acesso aos Serviços de Saúde; Percepção.

ABSTRACT

The universality and guaranteed access through primary health care have been advocated in many countries as a means of achieving greater equity and meeting the expectations of users in relation to health services. This study aims to understand the perception of nurses regarding access to the services dispensed to users of a Family Health Center in Sobral, CE. Information was collected through an open questionnaire consisting of questions regarding characterization of the respondents and their perceptions about the quality of user access to the services offered by the unit. For analysis we used the thematic analysis technique, whose information was organized and discussed on the basis of relevant literature. Among the key findings, there are notable deficiencies regarding the delay in setting appointments with a specialist, the constant lack of medicine, and the excessive number of families assigned to each multidisciplinary team. The perception is that prevailing demand is for treatments less complex, and that most problems can be solved in the health unit itself. Thus it is evident that the problems encountered hinder and limit users' access to quality health services.

KEYWORDS: Primary Health Care; Health Services Accessibility; Perception.

¹ Maristela Inês Osawa Chagas, doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará. Docente do curso de Enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú

² Clarissa de Maria Tomás Farias, enfermeira graduada pela Universidade Estadual Vale do Acaraú

³ Fiana Kécia Silveira Teófilo, discente do curso de Enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú. Bolsista de iniciação científica da Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FUNCAP). E-mail: fiaminhakecia@gmail.com

⁴ Ana Suelen Pedroza Cavalcante, discente do curso de Enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú. Bolsista de iniciação científica da Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FUNCAP)

INTRODUÇÃO

Acredita-se que o modelo de gestão da saúde, em especial na sua dimensão pública, decorra das concepções e do grau de exigência social experimentados em cada época. Ainda no século passado, por exemplo, vigorava, nos países de economia periférica, um modelo de saúde fortemente influenciado por concepções positivistas, biólogos e de epidemiologia tradicional de saúde, que enfatizavam o caráter casuístico de tratar a saúde e a doença.¹ Nesse modelo, não havia prevenção da doença e sim tratamento de agravos, e as enfermidades eram apenas tratadas, evidenciando o caráter hospitalocêntrico. Nesse período, o Sistema Público de Saúde era bastante excludente, longe de ser descentralizado e universal, como hoje se pretende que seja.

O sistema público do Brasil, ainda nas últimas décadas do século passado, vinha se processando de maneira sempre mais ineficiente e ineficaz, contrária aos ideais democráticos defendidos pela Constituição Nacional de 1988, em vigor. Em face dessa realidade e das crescentes demandas sociais, uma nova política de saúde manifesta-se, sobretudo na criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e sua implantação no país.²

O SUS corresponde a uma nova maneira de conceber, organizar e prestar serviços de saúde. Ao basear-se na doutrina da universalidade, da integralidade e da equidade vai além do aspecto curativo, considerando a dimensão preventiva no tratamento da saúde. Por ser proposta inovadora, com doutrina, fins, procedimentos e ações diferentes dos historicamente vivenciados, sua implantação demanda tempo e, sobretudo, subsídios que a implementem e a tornem real.³⁻⁵

Diante dessa nova política, a descentralização tornou-se, do ponto de vista legal, direito garantido dos usuários. Tal descentralização é benéfica, pois estando a política voltada para cada esfera do governo (federal, estadual e regional), fica mais fácil atender as necessidades e criar soluções de que o usuário necessita.⁶

A consolidação do SUS vem ocorrendo por meio de programas e da associação a novas políticas que buscam acrescentar e aprimorar o referido sistema de saúde. Entre os primeiros, encontra-se o Programa de Saúde da Família – PSF, que entrou em vigor em 1998, mas iniciou-se com a publicação da NOB/96. Esse programa de saúde promoveu alterações na modalidade, na alocação de recursos como também na organização do serviço, propondo importantes mudanças no modelo assistencial até então em vigor.⁶

O PSF organiza-se em torno de Unidades Básicas de Saúde (UBS) que, segundo Ministério da Saúde, assume a função

dupla de promover a saúde e de prevenir doenças em geral.⁷

Prevê-se que a principal razão de ser das organizações de saúde seja a oferta de recursos diagnósticos e terapêuticos promotores do restabelecimento das condições de saúde dos pacientes no mais breve espaço de tempo possível. Tal fato exige que essas organizações estejam capacitadas para desenvolver um trabalho confiável, respaldado pela qualificação organizacional e técnica dos profissionais que nela atuam, independente do nível de complexidade das ações que desenvolvam no seu fazer profissional.

Se assim ocorre na promoção da saúde, a concomitante prevenção de doença vai exigir muito mais conhecimentos e competência técnica por parte dos profissionais da saúde como bem reconhece o Ministério da Saúde.⁸ Para este, a formação do profissional que atua na atenção básica bem como seu desempenho e conduta interferem diretamente no atendimento ao usuário, qualificando ou não o serviço a ser disponibilizado.

Em razão de tais concepções e interesses e para melhor viabilizá-los, o processo de implantação do SUS ampara-se na política da humanização da assistência à saúde, que visa de modo simplificado a garantia de acesso e a excelência no atendimento.⁶ Por representarem a porta de entrada para o acesso à atenção básica em saúde, as Unidades Básicas de Saúde (UBS) constituem-se no cenário onde se deve processar a construção dos princípios defendidos pelos SUS, sobretudo a política de humanização, que objetiva a qualidade e o vínculo entre profissionais e usuários nos serviços de saúde.

O vínculo no processo de trabalho em saúde se dá por meio da interação do comportamento do indivíduo que procura cuidados e dos profissionais que o conduzem dentro do sistema de saúde. É a qualidade desse vínculo que faz com que o usuário se sinta seguro e dê continuidade ao tratamento. O acesso é apresentado como um dos elementos dos sistemas de saúde, entre aqueles ligados à organização dos serviços, que se refere à entrada no serviço de saúde e à continuidade do tratamento. Abrange, nesse caso, a entrada nos serviços e o recebimento de cuidados subsequentes.⁹

O acesso nas UBS torna-se, assim, um dispositivo indispensável e de alta relevância para que haja uma transformação real tanto nas políticas de saúde como na vivência dessas práticas. Nesse contexto, o acesso faz com que o usuário aproprie-se dos serviços de saúde, garantindo assim os direitos defendidos pela Constituição de 1988.

Diante do exposto, faz-se necessário que haja esforços diários para que o modelo de saúde que ora se constrói possa dar conta das várias realidades sociais presentes em cada território, priorizando a promoção da saúde e o acesso de qualidade. É preciso políticas institucionais inova-

doras que reorientem a organização dos serviços na saúde e os tornem eficazes.

Desse nível de consciência social, nasce o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) que foi instituído pela portaria de nº 1.654 GM/MS, de 19 de julho de 2011, para promover a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica e o fazendo com garantia de um padrão de qualidade capaz de tornar comparáveis às esferas nacional, regional e local. A adoção desse procedimento equalizador permitiria maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde.¹⁰

Com base no exposto, a garantia da implantação e da consolidação das propostas do SUS deverá permear todo o processo de atenção ao usuário dos serviços de saúde, a partir das primeiras ações relativas à porta de entrada das UBS, ou seja, a partir do acesso dispensado a esse usuário. As ações que envolvem o acesso nas UBS devem oferecer um tratamento seguro, que respalde a qualidade dos serviços diante dos princípios que fundamentam as políticas de saúde, o que pressupõe serem assumidas por profissionais comprometidos e com a devida competência técnica.

Assim sendo, para visualizar o processo de implantação da atual política de saúde do SUS, optou-se por fazer recortes, dos quais focar o início da trajetória do usuário aos serviços de saúde, isto é, o acesso às UBS; direcionar esse foco para o modo como o servidor da saúde, o mais responsável por tal etapa da trajetória, vê o trabalho que realiza à luz dos princípios que regem a política de humanização do SUS; concentrar o foco no cotidiano das UBS do município de Sobral – CE.

Definiu-se como problema de pesquisa o seguinte questionamento: “Qual a percepção dos enfermeiros sobre a qualidade da atenção à saúde na UBS, no que se refere ao acesso à atenção de que as pessoas necessitam?”.

Logo o objetivo do estudo é conhecer a percepção dos enfermeiros do Centro de Saúde da Família Dr. Luciano Adeodato sobre o acesso aos serviços dispensado aos usuários nessa UBS, Sobral – CE.

Buscou-se responder à questão norteadora da pesquisa investigando-a na perspectiva de uma UBS. Desde então, teve-se interesse em conhecer melhor a percepção dos enfermeiros das UBS sobre o acesso nelas disponibilizados, tomando-se como parâmetro os princípios do SUS (universalidade, igualdade e equidade). Tais princípios concretizam o acesso qualificado aos usuários dos serviços de saúde.

Essa escolha pautou-se no interesse em contribuir para a promoção de melhoria do serviço, especialmente na atenção primária, melhoria essa compreendida como ampliação do nível de qualidade dos serviços prestados à população, apesar das dificuldades enfrentadas na Saúde Pública.

METODOLOGIA

Caracteriza-se a pesquisa como exploratório-descritiva, com abordagem qualitativa, do tipo estudo de caso. Os sujeitos foram cinco enfermeiros atuantes na UBS Dr. Luciano Adeodato, sendo designados e referidos neste artigo por nomes fictícios (Enfermeira Ana, Enfermeira Beatriz, Enfermeira Camila, Enfermeiro João e Enfermeiro Marcos). Convém destacar que um dos enfermeiros atuantes na UBS optou por não participar da pesquisa.

A escolha do local para o estudo deu-se por ter sido cenário de campo de prática anterior de monitoria do Programa de Educação pelo Trabalho pela Saúde – PET Saúde, no ano de 2009. Nesse período, teve-se a oportunidade de manter contato direto e regular com a UBS, localizada no bairro Tamarindo, Sobral, CE, onde se interagiu com a rotina do atendimento, em especial, no que se referia ao acolhimento. A Unidade abrange o bairro Tamarindo e alguns territórios do bairro Centro.

A pesquisa de campo que subsidiou o estudo de caso foi desenvolvida durante os meses de julho a outubro de 2011.

Para o desenvolvimento do estudo, foram utilizados dados primários cuja coleta se deu por meio de um questionário estruturado composto por 16 questões abertas, das quais: três relativas à caracterização dos informantes, nove relacionadas com aspectos organizacionais do contexto pesquisado, três para levantar aspectos socioculturais e uma voltada a coletar a sugestão dos investigados para melhorar a qualidade do acesso aos serviços de saúde dispensados aos usuários da UBS.

Acredita-se que tais opiniões permitiram identificar percepções, sentimentos e outras informações importantes à configuração do objeto de pesquisa. O instrumento foi aplicado no ambiente interno da unidade e a partir da aquiescência prévia dos sujeitos.

Foram consultados, ainda, documentos normativos oficiais sobre a Política Nacional de Saúde Pública, bem como a literatura científica e trabalhos acadêmicos que subsidiam teoricamente o estudo empírico realizado.

Para apoiar a avaliação do acesso dos usuários à UBS campo de pesquisa, adotou-se a concepção que busca identificar duas dimensões: a dimensão sociocultural e a dimensão organizacional do acesso às UBS.¹¹ A mesma autora defende que o acesso deve corresponder ao ajuste entre características de dois importantes elementos: dos recursos de saúde e da população de usuários no processo de busca e obtenção de assistência à saúde. Sendo assim, no presente estudo, será adotada a terminologia de acesso usando como base teórica dois autores: Starfield e Fekete.^{11,12}

Quando se pretende configurar processo, cujos elementos são de difícil mensuração, como é o caso dos le-

vantados a partir da opinião dos sujeitos acerca dos fenômenos e processos, é quase indispensável o emprego de instrumentos e técnicas qualitativas.¹³

Tendo em vista a opção pela abordagem qualitativa dos dados, utilizou-se a análise temática para a interpretação dos dados, considerando os significados, os motivos, as aspirações, as crenças, os valores e as atitudes que permeiam as relações, os processos e os fenômenos em busca da identificação de “núcleos de sentido”, responsáveis pelo estabelecimento da comunicação em qualquer texto. Os referidos núcleos correspondem ainda a ideias eixo em torno das quais gravitam outras ideias.¹⁴

Assim sendo, a presença ou frequência desses “núcleos de sentido” ou dessas “ideias eixo” podem atribuir significado àquilo que se observa, pois esses elementos possibilitam vislumbrar o que se acha por trás do discurso manifesto e ir além das aparências do que é comunicado. Assim sendo, durante a análise dos dados, serão definidas categorias analíticas como núcleo de sentido, privilegiando o que se apresentar como mais recorrente.

Na abordagem dos dados, foram empregadas também as regras de exaustividade, de representatividade, de homogeneidade e de pertinência referentes ao recorte de cada tema, que subsidiará a definição das categorias de análise.⁶

A pesquisa atendeu às exigências éticas e científicas fundamentais das pesquisas envolvendo seres humanos, definidas na Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996 do Conselho Nacional de Saúde/ Ministério da Saúde, tendo sido autorizada pela Comissão Científica da Secretaria da Saúde e Ação Social de Sobral, CE, e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA).

RESULTADOS E DISCUSSÕES

A literatura utilizada possibilitou a visualização das linhas gerais do perfil dado às políticas de saúde pública brasileira a partir dos anseios da sociedade atual. Esse perfil serviu como parâmetro para se discutir os resultados obtidos na pesquisa de campo sobre o objetivo central do presente estudo: o acesso na UBS pesquisada. Delinearam-se, então, as categorias a seguir apresentadas:

Identificação dos profissionais

Apresenta a caracterização dos profissionais de saúde que participaram da pesquisa, considerando os aspectos relativos à idade, escolaridade máxima e tempo de trabalho na UBS Dr. Luciano Adeodato.

Essa caracterização é importante para o conhecimento

dos sujeitos estudados, pois as características pessoais, humanas e interdisciplinares de formação dos profissionais que atuam na área da Saúde são importantes e devem ser consideradas para se obter uma informação mais ampla e melhor sobre as necessidades de saúde da comunidade.¹⁵

Assim, observou-se que a faixa etária dos sujeitos da pesquisa variou entre 25 a 30 anos (três enfermeiros) e 50 a 55 anos (dois enfermeiros). Quanto à escolaridade, verificou-se que todos os profissionais com idade entre 25 a 30 anos estão cursando pós-graduação, fato não observado nos profissionais com faixa etária de 50 a 55 anos.

Pode ser observada ainda a heterogeneidade dos enfermeiros com relação ao tempo de trabalho na UBS em questão. O profissional mais antigo no serviço possuía 16 anos de exclusiva atuação na Unidade, enquanto o mais recente possuía apenas 05 meses de serviço.

Dimensão Organizacional da UBS

No que se refere à dimensão organizacional, percebe-se que a UBS apresenta obstáculos internos, externos ou relacionados com a continuidade da atenção, interferindo no modo de disponibilizar a saúde. Entende-se que os obstáculos internos estão relacionados com a demora na marcação de consultas, os turnos de funcionamento, entre outros. Enquanto que os obstáculos externos estão ligados à demora de atendimento médico e realização de exames laboratoriais na unidade, assim como deficiência no sistema de referência e contrarreferência.¹¹

Os aspectos relativos ao modelo organizacional observados na UBS tomaram dois focos: a pessoa do usuário e o funcionamento da Unidade. Em relação ao usuário, foi considerado o acesso, a qualidade do atendimento e o tempo de espera, enquanto o segundo foco pontuou o funcionamento interno, o número de famílias atendidas e as atividades realizadas pela UBS.

Na dimensão organizacional, apenas um dos informantes (Enfermeira Ana) considerou que o usuário tem acesso facilitado ao serviço. Os demais informantes foram unânimes em apontar que há deficiências na recepção do usuário, advindas principalmente pela demanda superior à capacidade de atendimento, da insatisfação de profissionais que lá atuam e do limite no repasse de informações entre as diversas categorias.

Enfermeira Ana e Enfermeira Camila relataram, como déficit na organização do serviço, a falta de informação dada pelos vigilantes durante o processo de distribuição das senhas aos usuários, bem como a prestada pelo pessoal administrativo, ambos os segmentos da recepção dos usuários.

Para se conseguir prestar atendimentos pautados na

integralidade do cuidado em saúde, são necessárias a articulação e a complementação entre o acesso aos serviços e o acolhimento ao usuário.¹⁶ Nesse sentido, o acolhimento torna-se essencial para a rotina da Unidade de Saúde, já que esse cria vínculos entre profissional e usuário, auxiliando na melhor escolha do tratamento disponibilizado, entre outros benefícios.

O acolhimento na UBS reforça o que fora notificado acerca do acesso aos serviços de saúde lá ofertados. A Enfermeira Ana percebe o acolhimento como:

“[...] momento importante para encaminhamento às especialidades de serviço.”

Enquanto isso, a Enfermeira Beatriz reconhece que esse acolhimento deve iniciar-se na porta de entrada, mas lamenta que isso não ocorra em seu local de trabalho, sendo:

“[...] por conta da incapacidade de alguns profissionais, razão pela qual [...] os pacientes não são bem recebidos e não são dados encaminhamentos eficientes.”

Os demais enfermeiros contribuíram dizendo:

“[...] não há acolhimento na UBS. Ocorre apenas uma triagem que indica onde o usuário deve ir.” (Enfermeira Camila)

“Necessita de melhoria, urgente!” (Enfermeiro João)

“[...] há necessidade de contratação de mais profissionais.” (Enfermeiro Marcos)

A situação cotidiana dos usuários nas ações elementares do acesso a UBS tornou-se melhor visualizada quando os informantes caracterizaram o tempo de espera por atendimento ou para marcação de consultas. Nesse aspecto, há também certo consenso entre os informantes quanto à dificuldade da UBS satisfazer às necessidades do usuário em prazo mais hábil. Foi apresentada, como causa maior dessa dificuldade, a demanda elevada da procura por atendimento em face do número reduzido de profissionais de saúde, sobretudo médicos.

Considerando esses dois fatores, Enfermeira Ana acredita que o tempo de espera dos usuários é satisfatório ou normal, assim como para o Enfermeiro João. Mais específicas são as colocações do Enfermeiro João ao referir-se que há dois tempos de espera dos usuários: um para serem atendidos no interior da UBS e outro para receberem atendimento especializado por meio do encaminhamento. Assim sendo, para ele seria normal a espera do atendimento, opiniões essas não compartilhadas pela

Enfermeira Camila.

Solicitados a se posicionarem mais especificamente sobre quais dificuldades os usuários enfrentam ao serem encaminhados para outros serviços de saúde, como apoio diagnósticos, marcação de consultas e congêneres, os informantes foram sucintos e enfáticos, pontuando os mesmos aspectos:

“Demora exagerada na marcação de consultas especializadas”. (Enfermeira Ana)

“Essas dificuldades são existentes para todas as UBS devido à demanda, por muitas vezes, aguardam por quase um ano.” (Enfermeira Beatriz)

“O tempo de demora e a falta de autonomia do PSF para resolver problemas mais graves, consultas mais especializadas”. (Enfermeira Camila)

“[...] é a demora”. (Enfermeiro João)

“[...] principalmente para exames especializados e laboratoriais porque o usuário fica angustiado para resolver seus problemas de saúde”. (Enfermeiro Marcos)

Pelo exposto, ficaram notórios os seguintes aspectos caracterizadores das dificuldades de acesso aos serviços de saúde na unidade: a) necessidade dos usuários por consultas e exames especializados, inclusive laboratoriais; b) demora, variando entre três meses a um ano, no atendimento ao usuário, provocada, em especial, pelo desnível entre demanda elevada e oferta insuficiente dos serviços de saúde em discussão; c) autonomia restrita da UBS para intervir nessa realidade; d) usuários insatisfeitos e sujeitos a maior risco de perda ou agravamento da saúde.

A análise do acesso necessita basear-se em dimensões específicas que descrevam a adequação entre os usuários e o sistema de saúde, dimensões essas ligadas à disponibilidade compreendida como uma relação do volume de atendimento aos usuários e o tipo de necessidade deles.¹⁷

Percebeu-se que a UBS em questão não possui as condições básicas para promover o acesso dos usuários aos serviços de saúde, como pretendem os teóricos do assunto e as políticas governamentais que afirmam que essas condições são inferíveis nos princípios do modelo organizacional do SUS e do HumanizaSUS.^{3,5}

Quando perguntados sobre a realização de exames na Unidade, Enfermeira Ana e Enfermeira Camila relataram que a demora não está na coleta e preparo dos mesmos na UBS, mas na análise e entrega dos resultados pelos centros laboratoriais e de imagem, como mostram as obser-

vações seguintes:

“Tempo de realização é curto, porém o tempo de entrega é bastante demorado.” (Enfermeira Ana)

“Mais uma vez a questão da demora. Essa demora não é na realização, pois a coleta de exames (sangue) se dá segunda (para gestantes), terça (outras demandas) e quarta (para os acamados) [...]. A demora se dá em relação à falta de materiais.” (Enfermeira Camila)

“Tinba que ser uma espera de exames laboratoriais no mínimo de dois dias e nos especializados três dias, para ser diagnosticado o mais rápido possível.” (Enfermeiro Marcos)

“Realização de exames na UBS ocorre duas vezes na semana e no laboratório regional todos os dias. Os resultados dependem do exame, demorando 15 a 20 dias.” (Enfermeira Beatriz)

“É normal de qualquer exame após realizados demorem de 15 a 20 dias.” (Enfermeiro João)

Ainda fazendo parte da dimensão organizacional, procurou-se saber sobre o funcionamento interno da UBS. Nesse item, analisaram-se quesitos como a organização dos serviços, o acolhimento, a forma e o horário do atendimento. As informações prestadas pela maioria dos profissionais consultados coincidiram sobre o funcionamento interno.

Enfermeira Ana relatou que a unidade segue uma lógica de trabalho, em que cada funcionário exerce a sua função separadamente.

Enfermeira Camila e Enfermeiro João concordaram quanto à qualidade da organização interna do CSF, porém apontaram para questões distintas em relação aos horários e a recepção dos usuários. No primeiro caso, a Enfermeira Camila remeteu-se para fatos do não cumprimento de horários por parte dos funcionários, porém considerou-os isolados e sem relevância:

“(...) de maneira geral, na minha opinião, tem uma organização interna adequada. Sobre os horários, de vez em quando há um atraso por parte dos profissionais, mas nada relevante.”

Por outro lado, o Enfermeiro João apontou mais uma vez para a inadequação do serviço na recepção do usuário:

“(...) o funcionamento é bom, o que precisa é melhorar a recepção do usuário.”

Essa opinião retoma aspectos de questões anteriores diretamente relacionados do setor recepção, ficando cada vez mais evidente a falha no acolhimento aos usuários que procuram os serviços disponibilizados pela Unidade de Saúde.

Enfermeira Beatriz e Enfermeiro Marcos apontaram para a necessidade de adequação das condições de trabalho em que se encontravam. Referiram ainda que o atendimento ao usuário é sempre feito de acordo com as condições estruturais e dentro da possibilidade de cada profissional. É interessante ressaltar que a Enfermeira Beatriz deixou claro que há uma dicotomia entre teoria e prática. Ela relatou que os profissionais tentam trabalhar como aprendem nas teorias científicas, mas na prática nem sempre realizam de forma correta, devido a diversos fatores relacionados às condições de trabalho como estrutura física, acomodações para todos os profissionais e horários. Acredita que o horário deveria ser das 8h às 12h e 14 às 17h.

Enfermeiro Marcos abordou a questão do número insuficiente de profissionais na unidade em questão, enfatizando a limitação das fichas médicas disponíveis para o atendimento da população e a necessidade de referenciar tais usuários que não encontram soluções para seus problemas de saúde:

“Dentro das possibilidades de funcionamento, a UBS disponibiliza fichas para médicos limitadas, e o usuário é encaminhado para unidades de referência.” (Enfermeiro Marcos)

Fica claro, diante do exposto, que a organização interna referente ao processo de trabalho dos profissionais de enfermagem procura adaptar-se às condições de espaço físico, bem como a de disponibilidade de profissionais na Unidade e ao excessivo número de usuários.

Quando questionados sobre a disponibilidade de medicamentos, a maioria dos sujeitos apontou como principal problema a cada vez mais constante falta de medicamento no CSF:

“Ultimamente está ocorrendo uma falta geral de medicamentos. Na questão dos medicamentos para HAS e DM eu evidencio uma falta mais significativa que leva a consequências maiores. Falo isso, pois trabalho diretamente com esse público.” (Enfermeira Camila)

Vale lembrar que a falta de medicamentos, em muitos casos de importância vital à saúde do paciente, acarreta, além de transtornos econômicos, que não serão analisados nesse estudo, agravos de doenças, prejudicando assim a saúde do usuário.

Na fala da Enfermeira Ana, nota-se que há certo nível de acesso à farmácia da UBS, porém esse se torna fragilizado quando não ocorre a reposição de medicamentos, indo ao encontro das opiniões das Enfermeiras Camila e Ana. Essa última revela-se também indignada ao declarar que os responsabilizados pela falta de medicamentos são os enfermeiros, evidenciando que estes estão mais acessíveis aos usuários:

“Os medicamentos são disponibilizados gratuitamente. Têm-se na farmácia uma grande variedade. Vejo problema na reposição de alguns medicamentos que é demorada (muitas vezes).” (Enfermeira Ana)

O testemunho seguinte ratifica o que é posto pela Enfermeira Ana:

“Acho um absurdo essa falta de medicamentos e, principalmente, porque quem leva a culpa, ainda são os enfermeiros. Quando tem, está tudo bem.” (Enfermeira Beatriz)

Mas o que é dito pelo Enfermeiro João, quanto à qualidade do acesso de medicamentos, apesar de sucinto e direto, revela chocante contraponto:

“Acesso fácil e direto.” (Enfermeiro João)

Enfermeiro Marcos, por sua vez, não respondeu a questão nem justificou o fato.

Nesse quesito, entende-se que apenas o fato de ter a farmácia na UBS não implica que seja acessível, pois a falta de medicamentos distancia os usuários, na medida em que menor ou maior parte de suas necessidades não são atendidas.

Assim, somente o fato de haver proximidade dos serviços de saúde aos usuários não torna o acesso facilitado. Fazem-se necessários outros quesitos como informação e atendimento de qualidade, identificação da clientela com o serviço, como também a eliminação de algumas resistências colocadas pelo próprio serviço.¹²

No que diz respeito à adequação do número de famílias cadastradas para a equipe da Unidade, apenas Enfermeira Ana considerou adequada tal relação ao afirmar sucintamente que era justa.

Os demais profissionais relataram a necessidade de ampliação do número de profissionais para atenderem os usuários que buscam assistência à saúde:

“Nossa equipe caberia mais um enfermeiro e mais agentes comunitários de saúde para distribuir a quantidade de famílias adscritas nos territórios. Tem UBS que só tem

08 ACS.” (Enfermeira Beatriz)

“Completamente inadequada. Muitas famílias para pouco profissional.” (Enfermeira Camila)

“Muito alta para que o Ministério padronize.” (Enfermeiro João)

“Necessita de mais profissionais para agilizar o atendimento.” (Enfermeiro Marcos)

No que se refere ao número adequado de famílias para cada equipe de saúde da família, a Portaria 648/GM, de 28 de março de 2006, estabelece a Política Nacional de Atenção Básica que determina que uma equipe multiprofissional de um Centro de Saúde da Família deverá se responsabilizar por, no máximo, 4.000 habitantes, considerando como ideal 3.000 habitantes⁷. Entende-se que essa norma idealizada é mantida no limite entre 3.000 a 4.000 habitantes na UBS do estudo, que possui em média 3.573 famílias cadastradas, segundo o Sistema de Informação da Atenção Básica.

Foi unânime entre os sujeitos do estudo a constatação de que a UBS desenvolve atividades de educação em saúde. Essas atividades são desenvolvidas por meio de assistência regular a grupos (gestantes, idosos, convivência), bem como de palestras temáticas nas unidades de ensino regular, especialmente públicas, que se localizam no território sob a responsabilidade direta da referida Unidade de Saúde, o que ficou evidente nas seguintes falas:

“Atividades de educação em saúde por toda a comunidade através dos grupos (adolescente, mulheres, caminhada, convivência).” (Enfermeira Ana)

“Grupos de idosos nas três áreas, grupo de adolescentes, grupo de gestantes, grupo de mulheres (prostíbulo), grupo de planejamento familiar, Educação em Saúde nas escolas.” (Enfermeira Beatriz)

“Grupo de gestante, idosos, convivência, mulheres, adolescente. Nesses são tiradas dúvidas, ocorrem orientações, dinâmicas, entre outras atividades.” (Enfermeira Camila)

“Educação em saúde.” (Enfermeiro João)

“Educação e Saúde, grupos de HAS mais DM, planejamento familiar, grupos de gestantes e adolescentes.” (Enfermeiro Marcos)

A Portaria 648/GM define, como uma das atribuições

da equipe de Saúde da Família, a necessidade de realização de outras ações e atividades relacionadas com o tema Educação e Saúde, visando orientar a população, numa perspectiva também preventiva e preservativa, e devem ser definidas de acordo com as prioridades locais, variando de região para região.⁷

Dimensão Sociocultural da UBS

A dimensão sociocultural é uma das quatro dimensões do acesso e estaria mais ligada às questões que levam os usuários a procurarem os serviços de saúde, no caso do estudo em questão, à Unidade.¹¹

Já na perspectiva do sistema de saúde, o quesito sociocultural estaria voltado ao preparo da equipe, no caso do enfermeiro, para trabalhar com tais usuários. Nesse ponto, questões como a formação do profissional de saúde, muitas vezes, encontram-se desvinculadas da realidade das condições de vida e saúde da população. Por tal motivo, vê-se a necessidade de se conhecer mais sobre o nível de conhecimento dos enfermeiros das necessidades da comunidade em que trabalha.

Iniciando os questionamentos sobre a dimensão sociocultural, foi perguntado, aos sujeitos da pesquisa, quais eram as queixas mais frequentes de saúde que levavam os usuários a procurarem a UBS. De acordo com as respostas concedidas, há predominância na realização de funções características de ações assistenciais nesta Unidade:

“Queixa clínica (maioria das vezes).” (Enfermeira Ana)

“Cefaleia, febre, hipertensão, problemas respiratórios, descompensação da diabetes. Em períodos chuvosos, diarreia e vômito.” (Enfermeira Camila)

“Cefaleia, lombalgia e IRA.” (Enfermeiro João)

“São patologias: Pneumonia, HAS, DM, MH, TB, dores abdominais, asma, etc.” (Enfermeiro Marcos)

“Dor (cefaleia) e febre, exames, prevenção. Muitas vezes só conversar, desabafar e já saem melhores para casa.” (Enfermeira Beatriz)

Apenas Enfermeira Beatriz citou, além das ações curativas, problemas de ordem emocional e as ações preventivas que levam os usuários a procurarem a Unidade.

Vale ressaltar que o processo que intercede na relação trabalhador/usuário possui uma alta complexidade devido aos diferentes elementos que o envolvem. Entende-se que tais elementos se expressam pela maneira de acolher

e assistir o usuário. Nessa relação, encontra-se o processo da escuta das necessidades do usuário, bem como a criação de vínculo devido à troca de informações, elementos esses que qualificam o acesso disponibilizado pelos profissionais aos usuários.¹⁸

Sobre a opinião dos informantes acerca do atendimento da UBS às necessidades de saúde dos usuários, encontraram-se distintos aspectos. Enfermeiro João admitiu que a UBS em questão não atende as necessidades dos usuários. Já a Enfermeira Camila e o Enfermeiro Marcos foram positivos, ao relatarem que a Unidade atende as necessidades da população. Enfermeira Camila afirma que o atendimento adequado às necessidades do usuário deve-se à equipe multiprofissional que atua na UBS. Enfermeiro Marcos acrescenta ainda que tal disponibilização de serviços só ocorre dentro do cronograma e que esses nem sempre são cumpridos com qualidade devido à falta de profissionais da saúde.

Enfermeira Ana limitou-se apenas a afirmar que a metade das necessidades é atendida pelas UBS, mas não especificou o porquê desse número.

Evidencia-se, na fala da Enfermeira Beatriz, fatores como a demanda mista, uma das principais características da UBS. Essa demanda alude a um nível social mais elevado, supondo-se ser essa parcela de usuários mais esclarecida dos seus direitos, exigindo atendimento médico de que, muitas vezes, a Unidade não dispõe.

“Nós tentamos, mas não satisfaz a demanda, devido a nossa área ser uma área mista (demanda “chique”, porém humilde), a demanda “chique” só quer médico. Temos dois médicos trabalhando 20 horas cada e não é o suficiente.” (Enfermeira Beatriz)

Nesse sentido, percebe-se o descontentamento dos usuários ao procurarem os serviços de saúde em situação de sofrimento agudo e não serem atendidos, tendo então que procurarem por serviços de pronto atendimento e pronto-socorro com demandas, muitas vezes, com resolutividade na atenção básica.⁶

Não serão discutidas, no presente estudo, possíveis consequências da problemática apresentada pela autora na citação acima, mas não se pode negar a pertinência desse comentário no contexto da saúde.

Cabe incluir, ainda, o modo como os enfermeiros percebem a comunidade para a qual prestam serviço de saúde, identificando-se no discurso deles uma tendência a focar tal objeto por aquilo que consideram ser mais expressivo: os aspectos socioculturais e suas implicações mais diretas. Em razão de tal fato, uns tendem a aludir o caráter misto da comunidade, outros a remeter a apenas

um dos segmentos socioculturais dos usuários e outros mais a posicionar-se acerca das dificuldades mais comuns derivadas do referido caráter.

Enfermeira Ana tende a privilegiar, em sua fala, apenas a camada socialmente mais privilegiada dos usuários atendidos, sem fazer referência ao que isso acarretaria no trabalho da UBS, ao relatar que, ao se comparar com as comunidades de outras UBS, são pessoas muito instruídas com maior poder aquisitivo.

Enfermeiro Marcos tende também a reportar-se a apenas um segmento dos usuários, possivelmente o que representa maior volume de procura. Esse mesmo segmento é retomado, explícita ou implicitamente, na fala dos demais sujeitos:

“De baixa renda, número de famílias que necessitam de cuidados elevados e a equipe de saúde é pequena para dar adequada assistência. Nós fazemos o possível para atender.” (Enfermeiro Marcos)

“Uma comunidade carente de informações sobre o funcionamento da UBS, isto é, do sistema de saúde.” (Enfermeiro João)

“Como já disse, uma área mista. Porém, por várias vezes, a área humilde é mais tranquila para trabalhar, apesar dos problemas socioeconômicos.” (Enfermeira Beatriz)

“A comunidade do bairro Tamarindo é bastante acessível, porém os usuários que moram no bairro Centro são mais complicados. São mais difíceis para o diálogo.” (Enfermeira Camila)

A última questão do instrumento investigativo buscou saber o que os sujeitos sugeriam para melhorar a qualidade do acesso da atenção à saúde para os usuários. As respostas remeteram ao que fora tratado em questões anteriores, recebendo maior ênfase a ampliação do quadro pessoal da equipe de profissionais da UBS.

“Maior número de profissionais (especialidades) envolvidos, principalmente médicos.” (Enfermeira Ana)

“Estrutura física apropriada. Profissional preparado e equipes completas. ACS admitidos não por concurso e sim seleção com ética e respeito pelos usuários e colegas. Nunca faltar medicamentos. Acesso as marcações de exames e consultas especializadas com agilidade. Vamos sonhar.” (Enfermeira Beatriz)

“Disponibilizar mais profissionais de saúde (médicos, en-

fermeiros), aumentar a central de marcação de consultas. Capacitação para os funcionários sobre como receber e tratar os usuários. Maior comprometimento por parte dos profissionais.” (Enfermeira Camila)

“Cursos de humanização para todos os profissionais auxiliares de serviços gerais ou médico.” (Enfermeiro João)

“Ampliação do posto de saúde e contratar mais (equipe) profissionais para equipes.” (Enfermeiro Marcos)

Os aspectos diagnosticados pelos informantes como prioridades para garantir a qualidade do acesso, sendo a qualidade pressuposto da integralidade dos equipamentos e recursos materiais necessários ao atendimento eficaz dos usuários, embora não se restrinja a isso. Além disso, o atendimento das necessidades de saúde implica também o conhecimento dos profissionais da área quanto à distribuição, ao reconhecimento, ao diagnóstico e ao manejo dos problemas e às preocupações referentes à saúde; em suma, a adequação dos serviços de diagnóstico e manejo das doenças quanto aos serviços de prevenção de doenças e promoção da saúde.^{12,19}

A partir do discurso dos informantes, pode-se perceber que o volume e o nível das demandas de natureza estrutural, tanto na disponibilidade de recursos humanos para compor o quadro de profissionais da UBS e de setores congêneres de apoio a este, quanto de recursos materiais (equipamentos, remédios), torna-se o centro das atenções e preocupações dos enfermeiros que lá atendem.

Essa centralização em torno de demandas, cuja solução implica a intervenção superior e externa, parece dificultar que os informantes percebam-se capazes de desenvolver possíveis ações que poderiam intervir na melhoria da qualidade organizacional da Unidade.

Os profissionais da atenção básica devem ser capazes de planejar, organizar, desenvolver e avaliar ações que respondam às necessidades da comunidade, na articulação com os diversos setores envolvidos na promoção da saúde.

CONCLUSÃO

A discussão dos resultados obtidos na pesquisa de campo à luz da base teórica e legal que subsidia o presente estudo evidenciou que, apesar da ampliação dos serviços de saúde referente à rede básica, ainda ocorre acentuada desproporção entre a oferta e a procura de tais serviços. Essa desproporção vai contrapor-se aos princípios defendidos pelo SUS de igualdade, equidade e universalidade, defendidos pela Constituição de 1988 em vigor.

Nota-se que, segundo a percepção dos enfermeiros da UBS, há evidências de cumprimento parcial dos encargos por parte dos órgãos de gestão superior em relação às demandas próprias do processo de implantação e de implementação do modelo de atendimento à saúde, previsto nas políticas do Ministério da Saúde. Essas políticas, apesar de pertinentes e necessárias em relação à Lei e às demandas sociais, apresentam-se ainda fragilizadas no que tange ao atendimento nas UBS, porta de entrada nos serviços de saúde. Advogam os autores que subsidiam teoricamente o presente estudo que as ações da UBS ainda estão longe de atender as necessidades dos usuários, dificultando assim o acesso de qualidade nessa Unidade.

Diante do exposto, faz-se necessário que haja rápida mudança na maneira de se dispensar saúde aos usuários da UBS. Tal mudança aconteceria se ações como: inserção de novos profissionais na equipe; realização de cursos que capacitem os funcionários a receber os usuários de maneira humanizada; harmonia entre a lei da oferta e procura que garantisse que as necessidades da população fossem compreendidas e atendidas em prazos mais hábeis; mudanças nos processos de trabalho, no que diz respeito ao acolhimento; aumento do vínculo entre profissionais e usuários. Entende-se, ainda, que o acesso à saúde de qualidade, considerando a integralidade da assistência, só poderá se tornar realidade na UBS se os processos de trabalho estiverem pautados no respeito, na ética e na humanização.

Por fim, não há como deixar de reconhecer a complexidade que envolve a garantia do acesso competente nas UBS, mais ainda em se considerando as peculiaridades de cada região e de cada comunidade. Contudo sempre é necessário e possível desenvolverem-se estratégias e ações capazes de, senão resolver todos os problemas envolvidos, ao menos minimizá-los, contribuindo, dentro de cada espaço, para a conquista progressiva de vivência dos princípios.

REFERÊNCIAS

1. Dias FAC, Dias MSA. Território, cultura e identidade. Rio de Janeiro: Abrasco; 2010.
2. Benevides R, Passos E. Humanização na saúde: um novo modismo? Interface Comunic Saúde Educ. 2005; 9(17):389-406.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. ABC do SUS. Doutrinas e princípios. Brasília: Ministério da Saúde; 1990.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Cadernos da Atenção Básica: Programa Saúde da Família. A implantação da Unidade de Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.
5. Brasil. Ministério da Saúde Departamento de Atenção Básica. Pacto de Indicadores da Atenção Básica, 2006. [Citado 2012 mar. 28]. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/>>.
6. Azevedo ALM. Acesso à atenção à saúde no SUS: o PSF como (estreita) porta de entrada [dissertação]. Recife: Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Osvaldo Cruz; 2007.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
9. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. Cad Saúde Pública. 2004; 20(2):190-8.
10. Brasil. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
11. Fekete MC. Estudo da acessibilidade na avaliação dos serviços. Projeto GERUS. Texto elaborado para bibliografia básica do Projeto Gerus. Desenvolvimento Gerencial de Unidades Básicas de Saúde do Distrito Sanitário. 1996. [Citado 2012 mar. 25]. Disponível em: <www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos_apoio/pub06U1T1.pdf>.
12. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO; 2004.
13. Tanaka OY, Melo C. Reflexões sobre a avaliação em serviços de saúde e a adoção das abordagens qualitativa e quantitativa. In: Bosi MLM, Mercado FJ. Pesquisa qualitativa de serviços de saúde. Rio de Janeiro: Vozes; 2004. p.121-36.
14. Minayo C. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: Minayo C. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Rio de Janeiro: Vozes, 2003. p. 9-15.
15. Beinner MA, Beinner RPC. Perfil de profissionais nas

áreas de saúde e educação atuando em suas comunidades. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2004; 9(1):77-83.

16. Souza ECF, Vilar RLA, Rocha NSPD, Uchoa AC, Rocha PM. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. *Cad Saúde Pública*. 2008; 24(1):100-10.

17. Lima WCMB, Assis MMA. Acesso restrito e focalizado ao Programa Saúde da Família em Alagoinhas, Bahia, Brasil: demanda organizada para grupos populacionais específico x demanda espontânea. *Rev Baiana Saúde Publica*. 2010; 34(3):439-49.

18. Merhy EEA. Rede básica como uma construção da saúde pública e seus dilemas. In: Merhy E, Onocko R. *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec; 2002. p.197-228.

19. Sa PK. A integralidade da atenção no Programa Médico de Família de Niterói/Rio de Janeiro [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública; 2003.

Submissão: abril/2013

Aprovação: outubro/2013
