



PESQUISA

STRUCTURAL EVALUATION - PROCESS OF USER ACCESS TO A FAMILY HEALTH UNIT
 AVALIAÇÃO DA ESTRUTURA - PROCESSO DE ACESSO DE USUÁRIOS A UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA
 EVALUACIÓN DE LA ESTRUCTURA - PROCESO DE ACCESO DE USUARIOS A UNA UNIDAD DE SALUD DE LA FAMILIA

Valéria Cristina Christello Coimbra¹, Michele Mandagará de Oliveira², Luciane Prado Kantorski³,
 Rita Maria Heck⁴, Vanda Maria da Rosa Jardim⁵, Teila Ceolin⁶

ABSTRACT

Objective: To do a qualitative evaluation of the structure and processes of user access of Family Health Care Unit (USF). **Method:** It is a qualitative study in which techniques such as data collection: semi-structured interviews, observation and document analysis were used. The Pre-PROESF unit under analysis has had a family health care team for 6 years. 18 health professionals, 44 users, 16 informants, and 4 health management representatives were interviewed. **Results:** Among the results of the structural analysis, the route to the USF Unit was found to have geographical barriers, and the building itself did not offer appropriate room sizes or partitions and had leaks. The pharmacy offered most basic drugs, together with others distributed by the County Health Department. Throughout the process of user access, difficulties referring to medical consultations and dental care access were identified. The consultations concentrated on the medical professional and generated an excessive workload. As to medical and dental consultations, there was unfulfilled demand. **Conclusion:** The improvement of the health care unit's user access depends on negotiations between its supervisor, user, and health care professionals. **Descriptors:** Family health; Evaluation; Access to Health Services; Structure; Process.

RESUMO

Objetivo: Avaliar qualitativamente a estrutura e o processo de acesso dos usuários a uma Unidade de Saúde da Família (USF). **Métodos:** Consiste num estudo qualitativo em que foram utilizadas como técnicas de coleta de dados: entrevista semi-estruturada, observação e análise documental. A unidade avaliada é uma Unidade Pré-PROESF e possui equipe de saúde da família implantada há 6 anos. Foram entrevistados: 18 profissionais de saúde, 44 usuários, 16 informantes chaves e 4 representantes da gestão em saúde. **Resultados:** Entre os resultados da Estrutura, foi observado que o percurso até a USF apresentava barreiras geográficas, inadequações no tamanho de salas e de separação de ambientes e presença de infiltrações. A farmácia disponibilizava a maioria dos medicamentos da farmácia básica, juntamente com outros fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde. No Processo as dificuldades eram quanto ao acesso à consulta médica e ao atendimento odontológico. As consultas eram concentradas no profissional médico, o que gerava um processo de trabalho exaustivo. Quanto à consulta médica e odontológica havia existência de demanda reprimida. **Conclusão:** A melhora no acesso dos usuários a unidade de saúde depende de negociações entre gestor, usuários e profissionais de saúde. **Descritores:** Saúde da família; Avaliação; Acesso aos serviços de saúde; Estrutura; Processo.

RESUMEN

Objetivo: Evaluar cualitativamente la estructura y el proceso de acceso de los usuarios a una Unidad de Salud de la Familia (USF). **Método:** Consiste en un estudio cualitativo en el que fueron utilizadas como técnicas de recolección de datos: entrevista semiestructurada, observación y análisis documental. La unidad evaluada es una Unidad Pre-PROESF y posee equipo de salud de la familia implantado hace 6 años. Fueron entrevistados: 18 profesionales de salud, 44 usuarios, 16 informantes clave y 4 representantes de la gestión en salud. **Resultados:** Entre los resultados de la Estructura, fue observado que el camino hasta la USF presentaba barreras geográficas, inadecuaciones en el tamaño de salas, de separación de ambientes y presencia de infiltraciones. La farmacia suministraba la mayoría de los medicamentos de la farmacia básica, juntamente con otros proporcionados por la Secretaria Municipal de Salud. En el Proceso existían dificultades en cuanto al acceso a la consulta médica y a la atención odontológica. Las consultas eran concentradas en un profesional médico, lo que generaba un proceso de trabajo exhaustivo. En cuanto a la consulta médica y odontológica existía demanda reprimida. **Conclusión:** La mejora en el acceso de los usuarios a la unidad de salud depende de las negociaciones entre gestor, usuarios y profesionales de la salud. **Descritores:** Salud de la familia; Evaluación; Acceso a los servicios de salud; Estructura; Proceso.

^{1, 3, 4, 5} Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta da Faculdade de Enfermagem (FEn) da Universidade Federal de Pelotas (UFPel). E-mail: valeriacoimbra@hotmail.com; kantorski@uol.com.br; heckpillon@yahoo.com.br; phein@uol.com.br. ²Doutora em Enfermagem e Saúde Pública. Professora da Universidade Federal da Bahia (UFBA). E-mail: mioliveira76@yahoo.com.br. ⁶ Mestre em Enfermagem. Professora Assistente da FEn/UFPel. End.: Rua Lindolfo Collor, nº 57, ap. 203, bairro Três Vendas, Pelotas/RS, CEP 96020-470. E-mail: teila.ceolin@ig.com.br

INTRODUÇÃO

De acordo com a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) o fortalecimento da Atenção Primária no Brasil com a experiência da saúde da família favoreceu um maior empenho na melhoria do acesso, na resolução das demandas de saúde, no estímulo a participação social e na contribuição para a redução das desigualdades¹.

A tendência é de propagação da saúde da família a todas as cidades brasileiras, por isso foi realizado o Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF). Este acordo foi selado entre o Governo Federal e o Banco Mundial no ano de 2000 com o objetivo de manter e expandir a saúde da família em municípios com mais de 100.000 habitantes².

Esse esforço nacional de implantação da Estratégia Saúde a Família (ESF), possibilitou uma significativa ampliação do acesso aos serviços de atenção básica.³ No ano de 2005 houve um chamamento do Ministério da Saúde para avaliação do PROESF a nível nacional, com isso foi realizado um loteamento dos estados e municípios os quais foram avaliados por pesquisadores de Instituições de Nível Superior.

A avaliação dos serviços de saúde da família é importante para a organização da oferta da atenção à saúde, pois assim é possível observar os nós que estão presentes na rede de cuidados, identificando as dificuldades e facilidades do acesso dos usuários.

As barreiras de acesso originam-se das características dos sistemas e serviços de saúde, como por exemplo, sua distribuição geográfica, disponibilidade e qualidade de recursos humanos,

tecnologias, bem como a orientação do modelo tecnoassistencial⁴.

Diante deste contexto, este artigo teve como objeto a avaliação da estrutura e processo de acesso dos usuários em uma Unidade de Saúde da Família (USF), em município do interior do Estado de Santa Catarina.

METODOLOGIA

Tratou-se de um estudo qualitativo que avaliou a estrutura-processo do acesso dos usuários a uma equipe de ESF, investigados pela pesquisa qualitativa do Lote 2 - Sul, realizada em 2005. Apresenta como referencial teórico no campo da avaliação o modelo proposto por Donabedian⁵, que considera as dimensões de estrutura, de processo e de resultado, sendo focalizado nesse estudo a estrutura - processo do acesso de usuários a uma USF.

Foram considerados os seguintes determinantes na escolha do município: tempo de implantação da ESF (1995 - primeira equipe); tempo de gestão plena do sistema (desde 1998); condições de trabalho; iniciativa de educação permanente (cursos e seminários, motivação da equipe como agente de mudança e autonomia do usuário); adscrição nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) tradicionais; coordenação colegiada de UBS; indicação dos supervisores de campo como experiência bem sucedida e o ganho de prêmio Humaniza SUS - David Capistrano/2004.

A unidade avaliada no estudo qualitativo era uma Unidade Pré-PROESF, localizada em um município do estado de Santa Catarina e possuía

maior tempo (desde 1999) de funcionamento de ESF no município pesquisado⁶. O bairro pesquisado, segundo dados da Secretaria de Planejamento do município, possuía uma área de 98,72 hectares, com 815 lotes e densidade populacional de 29,32 habitantes por hectare, totalizando 2,10% da área do município².

A renda média do responsável por domicílio era de R\$ 356,17, configurando a região como uma das áreas de menor renda por habitante do município. A média de habitantes por domicílio era de 3,72 pessoas, sendo que a maior concentração populacional (29%), encontra-se na faixa entre 5 a 15 anos².

A USF selecionada apresentava trabalho vinculado as diretrizes da ESF, pois possuía uma equipe multiprofissional, incluindo, uma equipe de saúde bucal, trabalhando na lógica da adscrição da clientela.

Foram entrevistados 18 profissionais (P) que compunham a equipe selecionada (médico, enfermeiro, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde e demais membros da equipe de saúde), 44 usuários (U) da USF da área urbana, 16 informantes chaves (I) da área de abrangência da USF (identificados pelos agentes comunitários de saúde (ACS), membros da equipe e outros informantes chaves, ligados ao conselho gestor local, lideranças do bairro e conselho municipal de saúde), 4 representantes da gestão em saúde (G), sendo entrevistados o secretário municipal de saúde, coordenadores locais (coordenação médica e de enfermagem) e coordenador regional da ESF. Os entrevistados foram identificados no texto pela inicial do segmento que representavam, seguida do número da entrevista ou observação.

Foram abordados usuários portadores de doenças crônicas, mulheres em acompanhamento pré-natal, mulheres em idade reprodutiva; mulheres com filhos menores de um ano (em acompanhamento na puericultura pela equipe), usuários da saúde mental com dependência química; e/ou com transtorno psiquiátrico grave, moderado ou leve, e idosos acamados em cuidado domiciliar.

Os usuários foram selecionados na recepção da USF, durante o período de observação e por indicação da equipe (sendo a entrevista realizada no domicílio), assim como os informantes-chave da área de abrangência da USF, com exceção de uma representante da unidade no Conselho Local. Os profissionais foram entrevistados na USF e os representantes da gestão nas coordenações locais.

Na análise documental foi utilizado o Plano Municipal de Saúde, o Relatório de Gestão, e fotos cedidas pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS). A observação de campo (OBS) teve como meta à ambientação dos pesquisadores no local de estudo, sendo focalizado o acompanhamento dos usuários e sua chegada na USF em todas as atividades, perfazendo um total de 280 horas. As observações foram registradas em um diário de campo. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS

Estrutura

A USF pesquisada foi implantada no município em 1999, a partir de uma conquista do orçamento participativo. Estava instalada em uma

casa alugada, mista de madeira e tijolo, com dezesseis cômodos, que necessitaram de adequações na área física, realizadas pelo proprietário do local.

Vamos ao sul do município e encontramos uma região de “morros”, e quando saímos da avenida principal não há calçamento. Muitas casas de madeira. A unidade fica em uma subida, é uma pequena casa de madeira ao lado de um terreno com uma plantação (OBS1).

O percurso até a USF apresentava difícil de acesso as pessoas com dificuldades de locomoção. A localização geográfica e a dimensão dos serviços de saúde eram fatores que interferiam em sua acessibilidade; esta, por sua vez, é um pré-requisito fundamental para se garantir o acesso da população à saúde⁷.

Os auxiliares dizem que há três loteamentos: Lot. 1, Lot. 2 e Lot. 3. [...]. Dizem também que a maioria da população trabalha em frigoríficos, ou são funcionários públicos, pedreiros e pintores. Muitas mulheres são empregadas domésticas. Também há catadores e muitos desempregados (OBS 2).

A USF possuía em sua área física uma recepção e sala de espera, sala para verificação dos sinais vitais, banheiro para os usuários, um consultório médico, um consultório para enfermeira, uma farmácia, sala para as ACS, sala de procedimentos, cozinha, sala de expurgo, banheiro para os funcionários, sala de coletas de exames, sala de vacinas, almoxarifado, varanda aberta a qual é utilizada para a espera da consulta odontológica e para realização das reuniões da equipe e um trailer com o consultório odontológico. Devido há alguns problemas nas instalações, alguns citados a seguir, a unidade não se adequava quanto a estrutura física, ao preconizado pelo Ministério da Saúde⁸.

A sala dos agentes comunitários de saúde possuía uma mesa e um arquivo, em uma área física muito estreita. O consultório médico era de madeira, com problemas em relação à privacidade dos usuários.

O consultório tem uma mesa de madeira na frente da porta, uma cadeira simples estofada que é usada pela médica. Na frente da mesa uma poltrona amarela - aparentemente confortável. Atrás desta poltrona uma mesa de exame, no fundo da sala ao lado da escrivaninha um arquivo (com quadros de figuras anatômicas em cima) e uma mesa ginecológica sob a janela. Ao lado da mesa de exames e nos pés da mesa ginecológica uma mesa com material ginecológico, incluindo um sonar [...]. Na mesa um estetoscópio, uma prancheta com folhas para preenchimento dos atendimentos, blocos de pedidos de exames, receituários e fichas individuais de pacientes [...]. A janela dá para frente do posto e durante o atendimento a médica fica fechando e abrindo, em função do calor e da necessidade de privacidade dos usuários (OBS 3).

O consultório de enfermagem também ficava na área de madeira do imóvel, sem pia ou lavatório. A sala tinha uma escrivaninha, cadeiras, uma mesa ginecológica, uma mesa auxiliar e uma estante, na qual se encontra material educativo relacionado a crianças e mulheres (banheira infantil, boneco, modelo de mama, entre outros).

Na sala de procedimentos (garagem original) eram realizados os curativos, nebulizações, medicações, pesagens das crianças, preparo de material para esterilização, além de ser utilizada como sala de observação; uma cortina separava-a da cozinha.

O Ministério da Saúde preconiza uma sala de cuidados básicos (destinada às ações básicas de enfermagem) e também uma para a preparação de material para esterilização⁷, evitando assim, o fluxo de materiais contaminados e não contaminados numa sala, onde são realizados

procedimentos de enfermagem, muitas vezes invasivos que requerem técnica asséptica.

A aquisição de material permanente da unidade estava adequada às normas mínimas do Ministério da Saúde, não ocorrendo falta de material básico, como por exemplo, maca ginecológica, balança de adulto e pediátrica, espéculos, termômetro, dentre outros⁹.

A USF possuía a maioria dos medicamentos da farmácia básica¹⁰, com exceção de aminofilina, cimetidina, diclofenaco potássico, carbamazepina e fenobarbital. Também recebia a cada 3 meses, o “kit da ESF” (Portaria nº 343 GM de 21 de março de 2001) distribuído pelo Ministério da Saúde aos municípios que possuíam equipes de Saúde da Família, o qual era composto por 32 medicamentos, que compreendiam: sais para reidratação oral, antibióticos, antiinflamatórios, diuréticos, antitérmicos, analgésicos, antibacterianos, medicamentos de combate à asma, diabetes, hipertensão, dermatoses, úlcera gástrica e anemia.

Foi observado cuidado rigoroso com a limpeza e higiene das dependências do ambiente físico. O lixo da unidade era separado em contaminado e comum, sendo armazenado em um pequeno galpão, utilizado também pelo trailer odontológico.

Ao se observar o fluxo interno da unidade e as atividades realizadas, percebeu-se que a sala de espera se encontra na primeira sala de acesso a USF. Disponibiliza para acomodação dos usuários um banco de madeira na parte externa e dois no interior, um bebedor e copos descartáveis. A recepção possuía um computador, dois arquivos, além de cartazes do Ministério da Saúde, da

Prefeitura Municipal e uma caixa de sugestões para uso dos usuários, com papel e caneta.

A SMS havia alugado uma área física em uma Instituição de Nível Superior no bairro, para transferir a USF. Esse processo ocorreu nos últimos dias de coleta dos dados, sendo informado que existia previsão de construção de uma USF no próprio bairro.

Sobre o acesso aos profissionais

A equipe era constituída por um médico, um enfermeiro, quatro auxiliares de enfermagem, uma técnica de enfermagem, seis ACS, um auxiliar de consultório dentário (ACD), um cirurgião dentista, um auxiliar administrativo (repcionista), um auxiliar de serviços internos, um estagiário da recepção, atendendo 3.796 pessoas, num total de 964 famílias.

O município estava em concordância com as diretrizes da ESF preconizadas pelo Ministério da Saúde, que vincula a equipe de saúde da família, uma equipe de saúde bucal (1 dentista e um auxiliar ou técnicos de higiene bucal), até 1.000 famílias cadastradas por equipe, a multiprofissionalidade (1 médico, 1 enfermeiro, 1 a 2 auxiliar (es) ou técnicos de enfermagem, até 12 ACS), bem como o número de pessoas/famílias por ACS (750 pessoas)^{8,11}.

Destacou-se o número maior de auxiliares e/ou técnicos de enfermagem, do que o preconizado pelo MS; o que pareceu ocorrer em todas as unidades do município de acordo com a observação realizada.

Sobre o número de auxiliares de enfermagem, no início era 1 auxiliar. Os enfermeiros começaram um movimento para contratação de mais auxiliares, o que fez a administração colocar em média 3 auxiliares e que na administração anterior [...] foi possível pressionar e no final da

administração vieram mais duas auxiliares (OBS 5).

As auxiliares de enfermagem faziam na recepção um diálogo e uma escuta acolhedora aos usuários. Além disso, identificavam prioridades de atendimento e negociavam com a enfermeira e a médica sobre uma eventual antecipação no atendimento. Os procedimentos de verificação de pressão arterial e peso eram realizados para todos que aguardam a consulta. Esse acolhimento potencializava o acesso na USF e confluía com todo processo de humanização recomendado pelo Ministério da Saúde no Humaniza SUS¹².

A USF, através das ações de saúde, planejamento, gestão e coordenação, realizava reuniões de equipe semanais e reuniões com os ACS antes das visitas domiciliares, com a finalidade de discutir cada usuário a ser visitado.

Processo

A recepção era realizada por dois funcionários. Eram fornecidas entre 16 e 20 consultas clínicas por turno de trabalho, sendo aproximadamente 13 consultas para livre demanda e entre 3 e 7 para as atividades programáticas.

Considerando os parâmetros da OMS de 2 a 3 consultas médicas/habitante/ano e o número de 0,75 consulta médica em Atenção Básica/habitante/ano, em relação à população que reside na área de abrangência da USF, aproximadamente 18 consultas médicas seriam suficientes.

As consultas eram concentradas no profissional médico, o que gerava um processo de trabalho exaustivo, desgastante e aprisionador de um saber qualificado, o qual ficava reduzido ao ato atender; devido a uma política do município,

este profissional recebia uma gratificação por produtividade.

Até 2004 a ESF estava organizada de acordo com o Projeto Acolher Chapecó; nas unidades de saúde as enfermeiras faziam uma escuta qualificada, garantindo o acesso dos usuários aos serviços de saúde.

No livro de registro de consultas médicas, foi possível observar o número máximo de 16 consultas por turno. No entanto, a médica atendia entre 1 e 3 pessoas a mais de acordo com a urgência, priorizando gestantes e crianças.

A recepcionista entra na sala de atendimento médico estamos eu (observadora), a auxiliar de enfermagem e a médica fazendo anotações das visitas domiciliares realizadas. Ela diz que tem uma criança com assadura e já foi usado neomicina e não resolveu, 1 gestante agendada, 1 lavagem de ouvido, 1 outra consulta (?). A médica pede para transferir para sexta pela manhã os 2 últimos e diz que vai atender a gestante e a criança (OBS 6).

A enfermagem ficava responsável pela coleta dos exames laboratoriais, sala de vacina, visita domiciliar, nebulização, acolhimento, recepção, administração de medicamentos, sendo os cuidados de enfermagem em média de 16 a 30 em cada turno.

O funcionário da recepção faz esclarecimentos sobre o registro que estava olhando. Exames, são 9 coletas de exames laboratoriais por dia - começa 7:30hs - hoje é quarta e já estamos agendando para segunda (a cota vai aumentar para 12). Vai para o laboratório municipal (um funcionário da SMS vem buscar de moto táxi o material coletado na USF e leva para o laboratório) e os resultados retornam através do malote da Prefeitura (OBS 7).

Os cuidados odontológicos eram realizados a partir da distribuição de 12 atendimentos por turno. Os usuários relataram que o acesso ao

dentista era “demorado, necessitando acordar muito cedo para conseguir consulta”.

Agora o dentista eu não consegui ainda. Já falei umas quantas vezes, mas não tem jeito. Que ali só no 5º dia do mês [...] para pegar uma ficha é uma briga [...]. Fui esses dias, foi eu e o meu rapaz lá, eram 5 da manhã, acho que tinha umas 40, 50 pessoas. Voltei, porque já estava sobrando gente (U 9).

Ficha para o dentista [...] duas e pouco da madrugada [...] Para ali quase um mês depois, marcar (U 18).

Os agendamentos para o dentista eram mensais, 12 consultas por turno (agendados a cada meia hora), além das urgências (1 livre demanda), primeiras a serem atendidas. No período da pesquisa o dentista trabalhava na USF 3 vezes por semana - segunda, quarta e sexta. No 5º dia útil do mês eram distribuídas as consultas. De acordo com o Ministério da Saúde cada equipe de saúde bucal deve trabalhar 40 horas semanais, podendo integrar até duas equipes de saúde da família⁹.

O dentista faz educação em saúde na sala de espera [...]. Em seguida inicia o agendamento (ACS que faz, com nome, endereço e telefone - em caderno de registro próprio) sempre colocando observações às vezes uns estudam de manhã e só podem à tarde, facilitando a vida dos usuários [...]. Depois que o usuário inicia o acompanhamento, o ACS avisa agendamento em casa ou por telefone para ele, as faltas sem justificativa não são aceitas e a pessoa não é re-agendada, devendo ir para a fila novamente. Se segue o tratamento sem faltar (ou justificando) ele tem cobertura até o final do tratamento, [...] não esperam na fila os idosos, gestantes e crianças que freqüentam APAE. Os procedimentos realizados na USF são limpeza, restauração, aplicação de flúor, raspagem (RAP). Tem flexibilidade para atender urgência. Referem que nunca falta material, sendo o pedido realizado a cada 2 meses (OBS 8).

O dentista foi incorporado às equipes do município a partir de 1997, sendo uma iniciativa

do município a ampliação da equipe de saúde da atenção básica anterior a qualquer normatização. Quando ocorreu a inclusão formal da equipe de saúde bucal as equipes da ESF pelo Ministério da Saúde através da Portaria 1.444 de 28 de dezembro de 2000¹³ e Portaria GM/MS 267 de 6 de março de 2001¹⁴, o município já estava adequado as orientações.

Os usuários que ingressavam no atendimento odontológico completavam o seu tratamento, característica que revela a continuidade do cuidado. Também, evidenciou-se como fator importante neste processo à priorização no atendimento odontológico a crianças e gestantes.

Quando uma equipe de saúde bucal é implantada, passa a fazer parte de toda equipe de profissionais que compõem a USF. Portanto, os conhecimentos sobre a comunidade devem ser compartilhados para que se tenha uma participação ativa nas ações da atenção básica⁹.

As consultas agendadas eram para os usuários inseridos nas ações programáticas; a médica realizava o pré-natal e o acompanhamento das crianças, a enfermeira fazia a coleta do exame citopatológico (Papanicolau) do colo uterino e a realização do exame clínico das mamas.

No pré-natal que fiz quando consultei ali, era sempre agendada as minhas consultas, sempre com dia certo para voltar [...] ia e já estava marcado. Não precisava enfrentar fila, não precisava nada (U 10).

Estava agendado. Foi só chegar e dali à uma hora já fui atendida [...] examina a nenê, examina a boquinha (U 15).

A importância do trabalho em equipe na ESF é ressaltada, principalmente, pelo aspecto de integralidade nos cuidados de saúde e tem como

objetivo a obtenção de impactos sobre os diferentes fatores que interferem no processo saúde-doença. O trabalho em equipe pressupõe, portanto, uma relação recíproca de comunicação e interação. A comunicação em busca de consenso entre os profissionais traduz-se em qualidade na atenção integral às necessidades de saúde da clientela¹⁵.

Outra forma de acesso consiste nos usuários identificados pelas ACS durante as visitas domiciliares com necessidades de atendimento no domicílio, por limites que apresentam em deslocar-se até a USF.

A gente faz (visita domiciliar), para os acamados, os deficientes, para os hipertensos, os diabéticos e as gestantes, a gente dá mais prioridade. Vai mais vezes. As outras pessoas que não tem tantos problemas, que são pessoas normais, vai uma vez por mês (P 3).

Nos cuidados domiciliares eram realizados controle da pressão arterial sistêmica, curativos, visitas para os usuários acamados, avaliação/troca/instalação de sondas, visitas ao asilo, orientações sobre educação em saúde e uso de medicações.

Sempre alguém vai lá fazer visita, vê a pressão, como é que está [...]. Se alguém precisa de especialista a doutora encaminha. Não vou dizer que de hoje para amanhã, mas não é demorado (P 1).

As visitas realizadas pela enfermeira eram diariamente mediadas de acordo com as necessidades referidas pelos ACS, familiares, usuários e demais profissionais. As visitas realizadas pela médica eram dirigidas a grupos específicos, especialmente usuários com problemas de locomoção e puérperas, sendo realizadas em um turno semanal.

Das agentes de saúde, uma vez por mês vêm. Elas perguntam se a gente está bem [...] precisa de alguma coisa [...] informam [...] em relação a função do posto (U 11).

Já, até do médico. Quando meu falecido marido saiu de casa [...] entrei em depressão, eles vinham aqui me consultar. Vieram a enfermeira lá do posto, as gurias de lá vinham seguido me visitar às vezes duas vez por semana (U 12).

Na fala a seguir, a usuária resgatou o momento da visita domiciliar como uma das diferenças da ESF, num sentido instrumental de vigilância a saúde, de melhoria do acesso ao serviço e as informações.

Uma das diferenças que notei em algumas das visitas que fizemos foi, por exemplo, conseguir conscientizar a comunidade de que não precisava chegar tão cedo no posto antes de a unidade abrir. Este trabalho aconteceu através do trabalho das ACS que conversavam com as pessoas. Acho que outras vantagens poderiam acontecer como esta se houvesse persistência nas visitas domiciliares, em conscientizar pacientes crônicos como os diabéticos, com certeza diminuiria a frequência destas pessoas na unidade e conseqüentes custos (Pres. CMS).

A visita domiciliar é preconizada nas atividades diárias do ACS, sendo comum à equipe a visita aos domicílios sempre que necessário⁹.

Têm algumas prioridades desses atendimentos fora de urgência, que é puericultura, menores de um ano, que são agendados com antecedência. Se não está vindo a agente de saúde vai visitar. A gente procura a gestante o mais precoce possível para o pré-natal [...]. Se não é para médica, é com a enfermeira [...]. Idosos também. Acamados, a gente faz visitas [...] (P 16).

Prioridade pra nós é dor [...], alívio da dor. Depois, o tratamento complementar [...], os grupos, gestantes tem prioridade, a porta de entrada deles é diferente dos outros pacientes. Idosos, pacientes com doenças crônicas, degenerativas, têm porta diferente, entrada (P 17).

A USF possuía ações programáticas que realizava através de protocolos, com o grupo de hipertensos e diabéticos (8 grupos, os quais ocorriam a cada 40 dias), grupo de adolescentes, idosos e puericultura realizado pelos auxiliares de enfermagem, enfermeiro e ACS; grupo de crianças/bolsa alimentação (2 grupos todos os meses) realizado pelos ACS.

Entre as atividades realizadas pode-se citar o pré-natal, o diagnóstico e tratamento de tuberculose, o planejamento familiar, a coleta do exame Papanicolau, a promoção do aleitamento materno, entre outras. As visitas domiciliares eram realizadas pelos ACS, pelo enfermeiro, pelo médico, e pelos auxiliares de enfermagem. As ações educativas em escolas eram realizadas pelos ACS, os auxiliares de enfermagem, a enfermeira e o cirurgião dentista.

A coleta do exame Papanicolau era agendada e coletada na USF pela enfermeira, os resultados retornam após 30 dias, os quais eram analisados em um laboratório contratado pela Prefeitura. A enfermeira tinha uma linguagem simples, mas não superficial com a usuária, orientava-a sobre o auto-exame aproveitando o momento do atendimento individual para realização da educação em saúde, integrando as ações de saúde quando reforçava a necessidade da usuária vir ao grupo de hipertensos.

A Sra. de 60 anos, teve 10 abortos, um natimorto e um filho [...]. Paciente cardiopata e hipertensa, frequenta grupo. Enfermeira com linguagem apropriada, boa comunicação. Utiliza "Mama Amiga" para demonstração. Fala para ela trazer a neta. Tranca a porta, procede com a coleta de CP. Depois examina a mama, a axila, orienta sobre o exame. Reforça sobre a necessidade de participação no grupo de hipertensos. [...] Paciente pergunta quando trazer a neta para fazer

o Exame. Ela sugere no sábado próximo que vai haver mutirão do CP (OBS 9).

Entre as principais responsabilidades da atenção básica definidas pela NOAS 2001¹⁶ à equipe estão a realização de ações para saúde da criança, saúde da mulher, controle da diabetes mellitus e hipertensão e ações de saúde bucal. Durante a coleta de dados não houve casos de usuários em tratamento de tuberculose e hanseníase.

Na observação de campo, os usuários de modo geral problematizavam a questão da demanda a consulta médica; havia rotineiramente mais pessoas do que o número definido para os atendimentos. Apesar do sistema de distribuição de atendimentos ter sido decidido em reunião com a comunidade, não respondia as necessidades da mesma; sendo observado uma demanda reprimida.

Às vezes marco de um dia pra outro, porque nunca acho ficha. De manhã cedo, 6 horas tem que está lá, mais cedo ainda, senão não pega ficha, e eu já não agüento está levantando da cama e sair assim, não sustenta. Então sempre vou às 2 horas, marco ficha pro outro dia ou dali a uma semana (U 5).

O tempo de espera do usuário, para ser atendido pela recepção deve ser até quinze minutos e que o tempo de espera para atendimento de consulta pode ser no máximo de até quatro horas, no turno marcado¹⁷. O acesso e o acolhimento são elementos essenciais do atendimento, para que se possa incidir efetivamente sobre o estado de saúde do indivíduo e da coletividade, podendo favorecer a reorganização dos serviços e a qualificação da assistência prestada^{18,19}.

Entre as limitações do acesso, observou-se às dificuldades para a obtenção da consulta e o maior tempo de espera para o atendimento. As

peessoas aguardavam na USF, até quatro horas para serem atendidas, mesmo após a obtenção da consulta.

O grupo chegou a USF às 8:30h, 15 pessoas aguardavam atendimento. Sentei ao lado de uma mulher, 23 anos, bebê 3 meses, estava amamentando. Ela diz ter chegado às 6 horas e ainda espera pela consulta (que ocorreu às 10 horas da manhã) (OBS 10).

O aglomerado de pessoas na USF ocorria nos primeiros horários da manhã e da tarde, esvaziando-se na metade do turno, pois aqueles que procuram o serviço e constatarem que “acabaram as consultas” e que não seriam atendidos, retornavam para suas casas ou iam buscar atendimento em outro local.

A gente chega aqui sete e trinta o pessoal está ali organizado, por ordem de chegada [...] Eles já sabem do sistema, vai atendendo normal até na medida de que a quantidade de vaga que tem no dia e já vão embora. Não, alguns até tentam, ficam, porque a gente usa um sistema de que eles sabem que, por exemplo, as pessoas que estão agendadas no dia, a gente dá até um determinado horário para chegarem. Se não chegam aproveita essas vagas para as pessoas que estão aguardando [...] (P 14).

Os profissionais referiam à existência de reclamações da população, centradas especialmente no número de consultas e sugeriam ampliação de possibilidades de escuta realizada pelo serviço.

Acho que poderia ser melhor, dando atenção para o paciente, não só de ter mais gente para poder receber [...] Mais fluxo para o paciente chegar e não ficar 15 minutos, 20 minutos para chegar até o balcão para ser atendido. Tem uma pessoa que recebe ele antes, que já pode solucionar algum problema antes de chegar no balcão (P 17).

A gente reduziu o número de pessoas agendadas para aumentar o número de vagas

disponíveis no dia para a fila [...]. A nossa agenda já está lá na metade de novembro, nós nem terminamos o mês de outubro (P 14).

Em consulta a comunidade ficou estabelecida à forma de distribuição dos atendimentos na USF, estipulando-se que a pessoa que iria consultar ou estava agendada, deveria permanecer na recepção aguardando ser chamada, caso se retirasse perderia o direito ao atendimento.

Na percepção dos profissionais de saúde a pressão da demanda era devido a cultura centrada no atendimento médico.

Acho que a resistência que alguns pacientes, não todos, tem querer médico, consulta [...] e até falam “bah, teria que ter mais um médico aqui porque um só não dá conta”, então é essa a reclamação maior (P 7).

A abordagem integral dos usuários/famílias era facilitada pela soma de olhares dos distintos profissionais que compõem as equipes interdisciplinares. Dessa maneira, pode-se obter um maior impacto sobre os diferentes fatores que interferem no processo saúde-doença.

A estruturação do trabalho das equipes multiprofissionais na ESF, por si só, não garante uma ruptura com a dinâmica médico-centrada; para tanto, há necessidade de dispositivos que alterem a dinâmica do trabalho em saúde, nos fazeres do cotidiano de cada profissional²⁰. Há que se identificar, nessas equipes, os elementos que configurariam uma nova lógica no agir desses profissionais e na forma como se produz o cuidado em saúde¹⁵.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo possibilitou acompanhar como ocorria, na USF abordada, o processo de acesso aos usuários ao serviço de saúde e como este se organizava. A USF apresentou algumas possibilidades de captação da demanda, tais como a visita domiciliar, os atendimentos destinados à demanda espontânea, os agendamentos referentes às ações programáticas e a disponibilização de um número, ainda que pequeno, de atendimentos para situações de urgência.

Foi percebido como prioridade de acesso ao serviço três grupos, o primeiro marcado pela queixa pontual (13 consultas); o segundo marcado por inserção em ações programáticas (3 consultas); e o terceiro por visitas domiciliares àqueles que principalmente tem dificuldade de acesso.

Os atendimentos relacionados às ações programáticas e as visitas domiciliares por serem prioritários tinham seu acesso garantido por meio de agendamento, diferente, da demanda diária de consultas, que embora estivesse relacionados ao maior número de atendimentos, não tinha seu acesso garantido, quando o número de atendimentos extrapolava o as consultas definidas, com exceção das urgências.

Surgiu assim, uma importante contradição do acesso a ESF, no que se referiu à mudança do modelo assistencial, pois embora o discurso dos profissionais apontava para a priorização das ações programáticas, o número de consultas em sua maioria contemplava sintomas pontuais e realização de exames da demanda espontânea.

O acesso aos serviços de saúde é oferecido à medida que se implanta uma USF, no entanto, ele poderia ser facilitado se a equipe, os usuários e a gestão articulados buscassem a solução dos problemas existentes; pois a demanda por atendimento médico é uma dificuldade que provavelmente, não se resolverá sem longas discussões, propostas e transformações no processo de exercício da cidadania.

REFERÊNCIAS

1. Toro H. Prefácio. In: Almeida C, Macinko J (org.). Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) em nível local. Brasília: Organização Pan Americana da Saúde; 2006.
2. Fachini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira D. Monitoramento e avaliação do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF): Relatório final do estudo de linha de base do lote sul. Pelotas: Universidade Federal de Pelotas; 2006.
3. Sampaio LFR. Apresentação. In: Almeida C, Macinko J, organizadores. Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) em nível local. Brasília: Organização Pan Americana da Saúde; 2006. p. 21-2.
4. Travassos C, Oliveira EXG, Viacava F. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. *Ciênc. saúde coletiva*. 2006;11(4):975-86.

5. Donabedian A. La calidad de la atención médica: definición y métodos de evaluación. México (DF): Ediciones Copilc; 1984.
6. Kantorski LP, Heck R, Jardim VMR, Silva ENF. Estudo de caso: abordagem qualitativa. In: Fachini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira D. Monitoramento e avaliação do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF): Relatório final do estudo de linha de base do lote sul. Pelotas: Universidade Federal de Pelotas; 2006. p.193-313.
7. Unglert CVS. O enfoque da acessibilidade no planejamento da localização e dimensão de serviços de saúde de saúde. Rev. saúde pública. 1990;24:445-52.
8. Ministério da Saúde. Portaria 648 de 28 de março de 2006. Departamento da Atenção Básica. Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
9. Ministério da Saúde. Guia prático do Programa de Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
10. Portaria GM nº 3.237 de 24 de dezembro de 2007. Aprovar as normas de execução e de financiamento da assistência farmacêutica na atenção básica em saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
11. Ministério da Saúde. Norma operacional básica do Sistema Único de Saúde/SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 1997.
12. Ministério da Saúde. Humaniza SUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. [documento na internet]. 2006 [acesso em 2010 Fev 28]. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/documento_base.pdf
13. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.444, de 28 de dezembro de 2000. Diário Oficial da União, seção 1, página 85. [acesso em 2009 Jan 12]. Disponível em: http://www.mp.go.gov.br/portalweb/hp/2/docs/portaria1444_28_12_00.pdf
14. Portaria n. 267/GM, de 6 de março de 2001. Reorganização das ações de saúde bucal na atenção básica. Portaria de Normas e diretrizes da saúde bucal. Diário Oficial da União de 7 de Março de 2001, Seção 1, página 67.
15. Araújo MBS, Rocha PM. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. Ciênc. saúde coletiva. 2007;12(2):455-64.
16. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência. Regionalização da Assistência à Saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso: Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/02 e Portaria MS/GM n.º 373 (27/02/2002) e regulamentação complementar. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
17. Ministério da Saúde. Padrões de qualidade do atendimento ao cidadão: manual técnico para implantação dos padrões de qualidade do atendimento ao cidadão. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
18. Ramos DD, Lima MADS. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. Cad. saúde pública. 2003;19(1):27-34.
19. Freire LAM, Storino LP, Horta NC, Magalhães RP, Lima T. O acolhimento sob a ótica de profissionais da equipe de saúde da família. REME rev. min. enferm. 2008;12(2):271-77.

Coimbra VCC, Oliveira MM, Kantorski LP *et al.*

Structural evaluation...

20. Franco TB, Merhy EE. PSF: contradições e novos desafios. In: Conferência Nacional de Saúde. Tribuna Livre 2000. [acesso em 2009 Jan 12]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cns/temas/tribuna/PsfTito.htm>.

NOTA: Artigo extraído da pesquisa Estudo de caso: abordagem qualitativa - Monitoramento e avaliação do projeto de expansão e consolidação da saúde da família (PROESF). Financiamento: Ministério da Saúde e CNPq.

Recebido em: 01/04/2010

Aprovado em: 05/08/2010