**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM MATERNO-INFANTIL E
SAÚDE PÚBLICA**

ADRIANA ALVES NERY

*Necessidades de saúde na estratégia de Saúde da Família, no município de
Jequié-BA: em busca de uma tradução*

**Ribeirão Preto – São Paulo
2006**

ADRIANA ALVES NERY

*Necessidades de saúde na estratégia de Saúde da Família, no município de
Jequié-BA: em busca de uma tradução*

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Pública do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, na linha de pesquisa – Práticas, Saberes e Políticas de Saúde, para obtenção do título de Doutor.

Orientadora: Profa. Dra. Silvana Martins Mishima

**Ribeirão Preto – São Paulo
2006**

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

FICHA CATALOGRÁFICA

NERY, Adriana Alves.

Necessidades de saúde na estratégia de Saúde da Família, no município de Jequié – BA: em busca de uma tradução
Ribeirão Preto, 2006.
153 f.: il.; 30cm.

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Pública do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, na linha de pesquisa – Práticas, Saberes e Políticas de Saúde, para obtenção do título de Doutor.

Orientadora: Mishima, Silvana Martins

1. Saúde da Família, 2. Determinação de Necessidades de Saúde, 3. Atenção Primária à Saúde

FOLHA DE APROVAÇÃO

ADRIANA ALVES NERY

Necessidades de saúde na estratégia de Saúde da Família, no município de Jequié – BA: em busca de uma tradução

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Pública do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

Linha de Pesquisa: Práticas, Saberes e Políticas de Saúde, para obtenção do título de Doutor.

Aprovada em _____

Banca examinadora

Profa. Dra. Silvana Martins Mishima

(Presidente/Orientadora)

Instituição: EERP-USP

Assinatura: _____

Profa. Dra. Maria Cecília Puntel de Almeida

Instituição: EERP-USP

Assinatura: _____

Profa. Dra. Cristina Setenta Andrade

Instituição: UESC

Assinatura: _____

Profa. Dra. Célia Maria Sivalli Campos

Instituição: EEUSP

Assinatura: _____

Prof. Dr. Pedro Fredemir Palha

Instituição: EERP-USP

Assinatura: _____

A Deus,

*por todas as possibilidades concedidas em minha vida pessoal e profissional, e pela força,
coragem para lutar pelos meus sonhos e objetivos, e discernimento para enfrentar os obstáculos
desta caminhada.*

Aos meus pais,

*Alice e Ednaldo pelo amor e dedicação durante todos esses anos vividos e pela paciência e
compreensão nos momentos mais difíceis desta caminhada.*

Ao meu tio Dely (in memoriam),

pelo acolhimento em seu lar e atenção dispensada a mim durante a sua existência.

Ao meu amigo, colega, Max (in memoriam),

*pelo carinho e pelos bons momentos compartilhados, e também por ter sido o responsável pela
minha iniciação no mundo da pesquisa.*

Às pessoas que fizeram parte da pesquisa,

*por terem confiado em mim ao abrirem as portas de seus lares e compartilharem
suas idéias, seus pensamentos, sonhos e anseios.*

AGRADECIMENTOS

Aos meus familiares, em especial aos meus tios Dilton e David, e minhas tias Dinólia, Dilma, Dilsa e Ivone, e meus primos Lícia, Pablo, Wellington, Anne, Silmara, Sandoval, Izauro, Sandra, Lúcio Fábio (in memoriam), pelo carinho e incentivo nos momentos mais difíceis desta caminhada.

A minha amiga-irmã Zoraide, pelo afeto, apoio e companheirismo, confortando-me e encorajando-me nas horas de aflição e ansiedade, através do seu carinho e dedicação.

À Orientadora Profa. Dra. Silvana Martins Mishima, meu respeito e admiração enquanto profissional e pessoa e meus agradecimentos pelos ensinamentos durante o doutorado, pela construção desta tese e pelo carinho, atenção, compreensão, paciência e tolerância dispensados a mim durante os bons momentos e os mais difíceis compartilhados.

Aos docentes que participaram da Banca Examinadora:

À Profa. Dra. Maria Cecília Puntel de Almeida e ao Prof. Dr. Pedro Fredemir Palha, pelas contribuições no Exame de Qualificação e pelo aprendizado durante nossa convivência.

À Profa. Dra. Célia Maria Sivalli Campos pela receptividade, pelo carinho, pela competência profissional e pelas valiosas contribuições na pré-banca

À Profa. Dra. Cristina Setenta Andrade pelo exemplo enquanto profissional, por aceitar participar da banca e pelas contribuições tão enriquecedoras para o aprimoramento desta tese

À Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, pela minha liberação e pelo apoio durante o caminhar do Doutorado.

À CAPES pela disponibilidade da bolsa de estudos.

Ao Programa de Enfermagem em Saúde Pública, na pessoa da coordenadora, Profa. Dra. Carmen Gracinda Silvan Scochi, pelo incentivo e apoio durante a trajetória do Doutorado.

Aos meus colegas de Doutorado, Áurea Corrêa, Roseanne Montargil, Nelcy Tonini, Mariza Almeida, Clícia Gradim, Amanda Márcia, Ruth Trindade, Luiz Santiago, Jael Aquino, Silvia Ferreira (Severina), Regina Oliveira, Solange Salomé, Rosa Lúcia, Sandra, Salete, Manuel, Juan, Marta, Soledade, Renilda, Elíne, Laura Filomena, Adriana Moraes e Fátima Abrão.

Aos colegas Lucas, Regina Carneiro e Simone Lunardelo por compartilharmos bons momentos ao cursarmos algumas disciplinas juntos.

À colega Yolanda Condorimary pelo carinho e pelos bons momentos compartilhados em Ribeirão Preto

À equipe de Saúde da Família do Núcleo de Saúde da Família 5 de Ribeirão Preto-SP, em especial a enfermeira Márcia, pelo acolhimento e atenção dispensados durante o estágio da disciplina Enfermagem em Saúde Pública do Programa de Aperfeiçoamento de Ensino (PAE).

À Secretária Municipal de Saúde de Jequié-BA, Dra. Tânia Britto, pela atenção e liberação do campo de estudo.

Aos funcionários da Secretaria Municipal de Saúde de Jequié-BA, em especial as enfermeiras Karlla Bispo, Roseli Cardoso, Rosinalva e Leniara e Cláudio Gommers, pela atenção e presteza no atendimento às nossas solicitações e informações imprescindíveis para a construção de nossa Tese.

À equipe de Saúde da Família da Unidade de Saúde da Família Antônio Carlos Martins e, em especial, a enfermeira Silvana e aos ACSs, pela disponibilidade, atenção e carinho, em conceder informações e o apoio para a construção de nossa Tese.

As minhas amigas Zulmerinda, Joana, Rosália, Glêide e Dilsiane, pelo convívio, carinho, afeto e estímulo dispensados a mim, não medindo esforços para contribuir durante esta caminhada.

À amiga Glêide, por ter sido co-responsável e incentivadora da minha participação no processo seletivo para o Curso de Doutorado da EERP-USP. A você o meu agradecimento especial.

Às novas amigas, Roseanne, Áurea, Jael e Cristina, pela solidariedade, carinho, atenção e apoio emocional nos bons momentos que convivemos juntas e principalmente nos mais difíceis.

Ao meu amigo Manoel (Mano) pelo carinho e pelas palavras de entusiasmo e encorajamento durante os momentos mais difíceis, e por sempre acreditar na minha capacidade profissional.

A Graça e Simone, pelo carinho, afeto e atenção, e pela ajuda sem medir esforços no caminhar pessoal e profissional

A minha família de Ribeirão Preto, Mariza, Larissa, Fábio e Nice, pelo acolhimento tão carinhoso e afetuoso durante nossa permanência em Ribeirão Preto.

A Sandra, Sérgio, Patrícia e Pierre, por terem me ajudado na chegada em Ribeirão Preto e pela atenção e afeto.

A Ronaldo, pela atenção e pelos bons momentos compartilhados.

A meu amigo, médico, Dr. José Carlos Barboza Filho, por ter cuidado de mim com tanto afeto, respeito e competência profissional.

À Profa. MSc. Zoraide pela colaboração na coleta do material empírico.

A Gleyton Porto, pela colaboração na coleta do material empírico e pelo carinho e estímulo nos momentos mais difíceis durante o curso de Doutorado.

A Helen Pasetto, pelas contribuições nas traduções iniciais do material empírico e na formatação da Tese, e pelo carinho e atenção.

Aos meus colegas do Departamento de Saúde pela compreensão por conta da minha ausência e, em especial, aos docentes que me substituíram nas disciplinas Epidemiologia I e II, durante o afastamento para cursar o doutorado.

Aos professores do curso de Doutorado pelos conhecimentos construídos e compartilhados que contribuíram para o nosso crescimento profissional.

Aos funcionários da Escola de Enfermagem de Ribeirão da Universidade de São Paulo-EERP-USP, em especial, a Adriana Amaro, Olânia, Augusto, Andréia, Cristiane Gramani, Lourdes, Deolinda, Bernadete, Cidinha, Matheus, Eduardo e Sr. Francisco pela receptividade e disponibilidade em atender às solicitações.

À Profa. Dra. Sílvia Matumoto, pelo acolhimento, carinho e atenção, e contribuições através do seu precioso saber na elaboração do instrumento de coleta do material empírico.

À Profa. Dra. Maria José Bistafa Pereira, pelo exemplo de competência profissional e por ser uma pessoa afetuosa e tão solidária.

A Maria do Socorro Dias Novaes de Senne, pela dedicação na revisão ortográfica de nossa tese e pelo carinho dispensado a mim.

À bibliotecária Maria Bernadete Malerbo pela revisão das referências bibliográficas e pela compreensão e atenção durante este momento tão estressante.

A todos que contribuíram, direta ou indiretamente, para a construção desta tese, muito obrigada

Gente Humilde

Composição: Garoto, Vinícius de Moraes, Chico Buarque

*Tem certos dias em que eu penso em minha gente
E sinto assim todo o meu peito se apertar
Porque parece que acontece de repente
Feito um desejo de eu viver sem me notar*

*Igual a como quando eu passo no subúrbio
Eu muito bem vindo de trem de algum lugar
E aí me dá como uma inveja dessa gente
Que vai em frente sem nem ter com quem contar*

*São casas simples com cadeiras na calçada
E na fachada escrito em cima que é um lar
Pela varanda flores tristes e baldias
Como a alegria que não tem onde encostar*

*E aí me dá uma tristeza no meu peito
Feito um despeito de eu não ter como lutar
E eu que não creio peço a Deus por minha gente
É gente humilde que vontade de chorar*

RESUMO

ADRIANA, ALVES NERY. **Necessidades de saúde na estratégia de Saúde da Família, no município de Jequié – BA:** em busca de uma tradução. 2006.153 f. Tese (Doutorado)- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

Estudo de abordagem qualitativa, realizado junto aos usuários de famílias acompanhadas por uma equipe de Saúde da Família do município de Jequié-BA, que teve por objetivo geral utilizar a taxonomia de necessidades de saúde de Matsumoto (1999) como instrumento de leitura de necessidades junto a uma unidade de Saúde da Família, a partir da ótica das famílias atendidas. A pesquisa teve como suporte teórico a taxonomia de necessidades de saúde de Matsumoto e como técnica de coleta do material empírico o grupo focal. Trabalhamos com cinco grupos focais, compostos de 8 a 12 integrantes das cinco microáreas na área de abrangência da equipe de Saúde da Família. Utilizamos a análise temática com a identificação de quatro temas: o processo saúde-doença; a necessidade de acesso; o vínculo na construção da interação; a participação construída *versus* participação concedida. Os sujeitos apontam diversas concepções do processo saúde-doença: saúde relacionada ao corpo físico, às formas de produção e reprodução social, envolvendo as condições e modos de vida dos indivíduos; saúde é crença em Deus, é um bem simbólico. Ao trazerem sua concepção do processo saúde-doença, apontam para a *necessidade de boas condições de vida* através do acesso à educação, ao emprego, ao lazer, a ruas asfaltadas e à rede de esgoto, dentre outros aspectos. Quanto à necessidade de acesso, reconhecem que é um direito garantido constitucionalmente, viabilizado através do SUS, embora haja dificuldades no acesso a todos os níveis de atenção à saúde, principalmente no que diz respeito às especialidades e à urgência e emergência, fazendo com que estes procurem outras alternativas assistenciais: utilização de remédios caseiros, farmácia, dentre outras. Com isto assinalam a *necessidade da garantia de acesso a todas as tecnologias disponíveis*. Afirmam que existem um descaso e descrédito no atendimento dispensado por alguns profissionais, na unidade de Saúde da Família e nas unidades de referência assistencial, e indicam a *necessidade de ter vínculo com o profissional ou a equipe de saúde* ao afirmarem que os trabalhadores da equipe não têm tempo de escutá-los em função da grande demanda e que gostariam de uma comunicação mais “próxima” com os trabalhadores que os atendem. Ressaltam que se sentem mais à vontade e têm mais intimidade com os ACSs do que com os outros trabalhadores, porque estes são as pessoas mais próximas de seu dia-a-dia e em seus lares. Na fala dos usuários, há uma contradição em como ocorre sua participação na comunidade, uma participação que é “concedida” através das atividades desenvolvidas pela equipe de Saúde da Família e uma construída que é pela atuação destes nas associações de moradores e no Conselho Local de Saúde, indicando a *necessidade de autonomia e autocuidado no modo de “andar a vida”*. Esta investigação teve como pressuposto que a taxonomia de necessidades proposta por Matsumoto (1999) pode se constituir em potente ferramenta para a leitura das necessidades de saúde dos usuários que demandam as unidades de Saúde da Família, o que foi possível ser evidenciado através da apreensão do material empírico. Consideramos que as transformações do processo de trabalho em saúde só se efetivarão num movimento de articulação entre a produção do cuidado em saúde, a participação social e a gestão de serviços na direção de uma lógica da integralidade da assistência. Neste sentido, oferecer ferramentas para o trabalho e, neste caso, a taxonomia de necessidades proposta por Matsumoto (1999) pode levar os gestores e a equipe a refletir sobre uma outra lógica para o trabalho em saúde que os aproxime dos usuários, favorecendo os processos de participação social, possibilitando uma escuta que passe a ser qualificada pela compreensão de necessidades de saúde e com a premissa da integralidade da assistência à saúde.

Palavras-chave: Saúde da Família, Determinação de Necessidades de Saúde, Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

ADRIANA, ALVES NERY. **Health needs in the context of the Family Health strategy at the municipality of Jequié – BA:** searching to underst. 2006.153 f. Tese (Doutorado)- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

This qualitative study was developed with users from families followed by a Family Health team at the municipality of Jequié – BA, with the general aim to use Matsumoto's (1999) taxonomy of health needs as an instrument to find out their needs regarding Family Health, based on these families view. The theoretical framework used was Matsumoto's taxonomy of health needs and the technique to collect empirical data was the focal group. The author worked with five focal groups, with 8 to 12 members from the five work microareas of the Family Health team. The thematic analysis was used with the identification of four themes: health-illness process; the need for access; attachment in the construction of interaction; built participation versus conceded participation. Subjects pointed out several concepts regarding the health-illness process: health related to the physical body, to ways of social production and reproduction, involving people conditions and ways of life; health is the believe in God and as a symbolic good. When they talked about their concept with respect to the health-illness process, they emphasized the need for good life conditions through access to education, a job, leisure, paved streets and a sewerage system, among other aspects. As to the need for access, they recognized it as a constitutional right, made possible through SUS, although there are difficulties in the access to all levels of health care, mainly in some areas, urgencies and emergencies, resulting in a movement to find alternative ways of care: the use of homemade remedies, pharmacy and others. Therefore, they state a need to assure the access to all available technologies. They affirm that they feel the lack of importance given to the care provided by some professionals from the Health Family team and in other health care units and indicate the need for a connection with the health professionals or the health team when they say that the health team workers do not have enough time to listen to them as they have a great demand of work and that they would like a more effective communication with the workers who provide their care. They also emphasize that they feel more comfortable with the Community Health Agents than with the other health professionals because they are closer to them and their home daily. The users' speeches show a contradiction with respect to their participation in the community as a "conceded" participation through activities developed by the Family Health team and a "built" participation through their work in neighborhood associations and the Health Local Council demonstrating the need for autonomy and self-care in their daily life. This investigation was based on the idea that the taxonomy of health needs proposed by Matsumoto (1999) can be an important tool to understand the health needs of the users who have their care provided by the Family Health team. This presupposition was confirmed by the empirical data. The author considered that the changes in the health work process will only be effective if we initiate an articulation movement among health care production, social participation and services' management based on the logic of an integral care. Thus, it is relevant to offer work instruments, and in this case, the taxonomy of health needs proposed by Matsumoto (1999) can bring managers and the team to reflect about another logic of the health work that is closer to users, favoring the process of social participation and enabling health professionals to listen to them and to understand their health needs based on the idea of an integral health care.

Keywords: Family Health, Health Needs Determination, Primary Health Care

RESUMEN

ADRIANA, ALVES NERY. **Necesidades de salud en la estrategia de Salud de la Familia en la municipalidad de Jequié – BA:** búsqueda por una traducción. 2006.153 f. Tese (Doutorado)- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

Estudio cualitativo realizado con los usuarios de familias acompañadas por un equipo de Salud de la Familia en la municipalidad de Jequié-Ba, con el objetivo general de utilizar la taxonomía de necesidades de salud de Matsumoto (1999) como instrumento de comprensión de necesidades junto a una unidad de Salud de la Familia, con base en la visión de las familias que reciben el cuidado. La investigación ha sido basada teóricamente por la taxonomía de necesidades de salud de Matsumoto y como técnica para la recolección de material fue usado el grupo focal. Trabajamos con cinco grupos focales, entre 8 y 12 miembros de las cinco microareas en el área de trabajo del equipo de la Salud de la Familia. Utilizamos el análisis temático con la identificación de cuatro temas: el proceso salud-enfermedad; la necesidad de acceso; el vínculo en la construcción de la interacción; la participación construida versus la participación “concedida”. Los sujetos apuntan diversas concepciones del proceso salud-enfermedad: salud relacionada al cuerpo físico, a las formas de producción y reproducción social, involucrando las condiciones y modos de vida de los individuos; salud es la creencia en Dios, es un bien simbólico. Cuando hablan sobre su concepción del proceso salud-enfermedad, enfatizan la necesidad de buenas condiciones de vida a través del acceso a la educación, al empleo, a recreación, a calles asfaltadas y alcantarillado, entre otros aspectos. Cuanto a la necesidad de acceso, reconocen que es un derecho garantizado por la Constitución, viabilizado a través del SUS, a pesar de las dificultades de acceso a todos los niveles del cuidado a la salud, principalmente a algunas especialidades y la urgencia y emergencia haciendo con que busquen otras alternativas de cuidado: uso de remedios caseros, farmacia, entre otras. Con esto señalan la necesidad de la garantía de acceso a todas las tecnologías disponibles. Afirman que hay un desprecio en el cuidado por algunos profesionales, en la unidad de Salud de la Familia y en las unidades de referencia al cuidado e indican la necesidad de vínculo con el profesional o el equipo de salud cuando afirman que los trabajadores del equipo no tienen tiempo de escucharlos en función de la grande demanda y que les gustaría una comunicación más cercana con los trabajadores que les asisten. Resaltan que se sienten mejor con los Agentes Comunitarios de Salud porque son las personas más próximas en su día a día y de sus familias. En la habla de los usuarios, hay una contradicción en como ocurre su participación en la comunidad, una participación que es “concedida” a través de la actividades desarrolladas por el equipo de Salud de la Familia y una construida que es por su actuación en las asociaciones de barrio y en el Consejo Local de Salud, indicando la necesidad de autonomía y auto cuidado en su vida. Esta investigación fue basada en la idea de que la taxonomía de necesidades propuesta por Matsumoto (1999) puede constituir en potente herramienta para la comprensión de las necesidades de salud de los usuarios que demandan las unidades de Salud de la Familia, lo que fue posible ser evidenciado a través de la aprehensión del material empírico. Consideramos que los cambios del proceso de trabajo en salud solamente van a ser efectivos en un movimiento de articulación entre la producción del cuidado en salud, la participación social y la gestión de servicios en la dirección de una lógica de la integralidad del cuidado. Así, ofrecer herramientas para el trabajo y, en este caso, la taxonomía de las necesidades propuesta por Matsumoto (1999) puede llevar a los gestores y al equipo a reflexionar sobre una otra lógica para el trabajo en salud que los aproxime de los usuarios, favoreciendo los procesos de participación social, posibilitando el “escuchar” con la comprensión de las necesidades de salud y con la premisa de la integralidad del cuidado a la salud.

Términos Clave: Salud de la Familia, Determinación de Necesidades de Salud, Atención Primaria de la Salud

LISTA DE MAPAS

Mapa 1: Distribuição dos distritos e povoados do município de Jequié – BA., 2005. 41

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Aspectos demográficos do município de Jequié-BA., 2005. 42

Quadro 2: Unidades de Saúde da Família, segundo número de microáreas, número de famílias cadastradas, número de acompanhadas e existência de Conselho Local de Saúde, Jequié – BA., 2005 49

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Comparativo do número de famílias cadastradas pela estratégia de Saúde da Família (PACS/PSF) em relação às estimadas no município de Jequié – BA., 2005. 47

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Identificação dos sujeitos componentes dos grupos focais por microárea em relação à idade, sexo e ocupação. Jequié – BA., 2005	127
---	-----

LISTA DE SIGLAS

ACS- Agente Comunitário de Saúde

APS- Atenção Primária à Saúde

CAE - Centro de Atenção Especializada

CAPS- Centro de Atenção Psicossocial Guito Guigó

CERAJE - Central de Regulação da Assistência à Saúde de Jequié

CEREST- Centro de Referência em Saúde do Trabalhador

CNS- Conferência Nacional de Saúde

DATASUS - Departamento de Informação e Informática do SUS

DIRES- Diretoria Regional de Saúde

EMBASA- Empresa Baiana de Água e Saneamento S/A

ESF- Estratégia de Saúde da Família

FCES- Fichas de Cadastramento de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde

GHC- Grupo Hospitalar Conceição

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IORTE- Instituto de Ortopedia, Reabilitação, Traumatologia e Educação Física Ltda.

I/S- Instrutor/Supervisor

MS- Ministério da Saúde

ONU- Organização das Nações Unidas

OMS- Organização Mundial de Saúde

OPAS- Organização Pan-Americana de Saúde

PACS- Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PNACS- Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde

PIASS- Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento do Nordeste

PROESF- Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família

PSF-Programa de Saúde da Família

SADT- Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico

SERVIR – Serviços Médicos Especializados Ltda.

SF- Saúde da Família

SIAB- Sistema de Informação da Atenção Básica

SMS- Secretaria Municipal de Saúde

SUS- Sistema Único de Saúde

UESB- Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia

UNICEF -Fundo das Nações Unidas para a Infância

UNIRIO- Universidade do Rio de Janeiro

URS- Unidades de Referência Assistencial

USF- Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

RESUMO

ABSTRACT

RESUMEN

LISTA DE MAPAS

LISTA DE QUADROS

LISTA DE FIGURAS

LISTA DE TABELAS

LISTA DE SIGLAS

APRESENTAÇÃO

1 INTRODUÇÃO - A CONSTRUÇÃO DA PROBLEMÁTICA DA PESQUISA E AS QUESTÕES TEÓRICAS

- 1.1 A construção do Programa de Saúde da Família: antecedentes, avanços e dificuldades no processo 1
- 1.1.1 Alguns antecedentes da Saúde da Família: os princípios da Atenção Primária em Saúde sustentando a proposta do Programa de Saúde da Família 3
- 1.1.2 Avanços e dificuldades na implementação do Programa de Saúde da Família 18
- 1.1.3 Saúde da Família: uma leitura possível das necessidades de saúde 27
- 1.2 A taxonomia de necessidades de saúde de Matsumoto como suporte para leitura de necessidades na Saúde da Família 32

2 PERCURSO METODOLÓGICO

- 2.1 Sobre a opção da pesquisa 39
- 2.2 O campo da pesquisa: caracterização do município de Jequié-BA 40
- 2.2.1 Características geográficas e demográficas 40
- 2.2.2 Características socioeconômicas e culturais 42
- 2.2.3 Saneamento básico 44
- 2.2.4 Infra-estrutura de serviços de saúde no município 44
- 2.3 A seleção da unidade de Saúde da Família - a Unidade de Saúde Antônio Carlos Martins como cenário do estudo 48
- 2.4 A fase exploratória do cenário de pesquisa- conhecendo o cenário e identificando os sujeitos da pesquisa 50
- 2.5 O grupo focal como técnica da coleta de dados - o desenvolvimento da coleta 54
- 2.6 A análise dos dados 60

3 AS NECESSIDADES DA SAÚDE DA FAMÍLIA - EM BUSCA DE UMA TRADUÇÃO

- 3.1 Os sujeitos da pesquisa e sua compreensão do processo saúde-doença 66
- 3.1.1 A busca de boas condições de vida 73
- 3.2 A necessidade de acesso 77
- 3.2.1 O acesso e a acessibilidade 79
- 3.2.2 A construção da integralidade - a longitudinalidade e o sistema de referência e contra - referência 84
- 3.2.3 Busca de outras alternativas assistências - o enfretamento dos problemas 89
- 3.3 A interação na construção do vínculo 92

3.4 A participação construída <i>versus a</i> concedida	103
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	110
5 REFERÊNCIAS	115
APÊNDICES	122
ANEXOS	129

APRESENTAÇÃO

“Em todo ser vivo, aquilo que designamos como partes constituintes forma um todo inseparável, que só pode ser estudado em conjunto, pois a parte não permite reconhecer o todo, nem o conjunto deve ser reconhecido nas partes”...

Goethe

Nossa aproximação com a temática *saúde da família* vem ocorrendo desde a conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem na Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia / UESB-Jequié - BA. Além disso, temos acumulado algumas experiências durante esses anos de exercício profissional, enquanto enfermeira-docente.

A primeira experiência foi enquanto instrutora/supervisora (I/S) do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) no município de Ibicuí-BA, onde atuamos durante quatro meses; posteriormente, assumimos a Coordenação Regional do PACS na sede da 29ª Diretoria Regional de Saúde (DIRES) em Amargosa-BA, e, logo após, através da co-participação na implantação do PACS em Jequié, exercemos as funções de I/S e Coordenadora Municipal do referido programa no mesmo local.

Além dessas funções, esta aproximação também se deu enquanto docente da UESB, representando o Departamento de Saúde no Pólo de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para Saúde da Família - Bahia, tendo a oportunidade de atuar nos treinamentos introdutórios para as equipes de Saúde da Família, fazendo parte do corpo docente do Curso de Especialização em Saúde Coletiva: Gerência de Programas Comunitários de Saúde e colaborando nas discussões acerca da temática.

Tivemos também a oportunidade de desenvolver estudo sobre a temática intitulado “*A prática do enfermeiro instrutor/supervisor do Programa de Agentes Comunitários de Saúde: uma questão de competência interpessoal*” na dissertação de mestrado desenvolvida no Mestrado - Convênio Universidade do Rio de Janeiro-UNIRIO/UESB.

Através das experiências/vivências relatadas e, principalmente, como I/S e Coordenadora do PACS no município de Jequié e representante no Pólo, surgiram vários questionamentos sobre a operacionalização do Programa de Saúde da Família (PSF) no referido município. Isto nos faz

constatar empiricamente que algumas equipes de Saúde da Família têm tido dificuldades em captar e/ou atender as necessidades de saúde expressas pelas famílias.

Muitos trabalhadores de saúde, em sua formação acadêmica, não foram estimulados ou preparados para atuarem entendendo saúde como algo muito mais amplo e complexo, e não apenas ausência de doença. Somado a este aspecto, há presente ainda uma cultura e prática dos trabalhadores de saúde em atuarem numa lógica de mão única: “levam” informações e/ou conhecimentos para a comunidade, a partir do que definem como problemas e necessidades de saúde, dificultando muitas vezes a expressão das necessidades dos usuários. Tal situação ocorre apesar dos esforços em estabelecer uma prática comunicativa em saúde mais dialógica, pois o diálogo deve ser entendido como:

[...] uma experiência existencial. E, se ele é o encontro em que se solidariza o refletir e o agir de seus sujeitos endereçados ao mundo a ser transformado e humanizado, não pode reduzir-se a um ato de depositar idéias de um sujeito no outro, nem tampouco tornar-se simples troca de idéias a serem consumidas pelos permutantes. (FREIRE, 1987, p.93)

Diante desta citação, observamos que é através do diálogo que as pessoas poderão refletir e saber agir, rompendo as barreiras e buscando a transformação da realidade. Porém, devemos lembrar que, para dialogar, é preciso se admitir que não somos os detentores do saber, nem tampouco nos achar auto-suficientes e que não necessitamos da colaboração dos outros.

Em distintos momentos da relação entre trabalhadores e usuários, os trabalhadores de saúde, devido aos seus valores, costumes, visão de mundo, acabam por criar barreiras entre a equipe de saúde e os usuários, ou com a comunidade.

Temos também que ressaltar que existe o grande desafio que é a mudança de modelo de atenção que vem sendo pautado na cura de doenças, na atuação fragmentada dos diferentes trabalhadores, privilegiando a especialização e o atendimento hospitalar. Uma das alternativas que vem tentando romper com o modelo de assistência hegemônico, que privilegia a doença em detrimento da saúde, é a estratégia de Saúde da Família, visando a fortalecer o Sistema

Único de Saúde - SUS e a construir um novo modelo de atenção, na busca de compreender de uma forma mais ampla o processo saúde-doença, intervindo através de ações não meramente curativas e elegendo como eixo central o núcleo familiar.

Percebemos que, no Brasil, tem-se vivido um processo de reforma sanitária, com a ocorrência de vários debates e embates políticos na busca da construção e efetivação do SUS, conforme proposto na VIII Conferência Nacional de Saúde - CNS e legitimado pela Lei 8080/90 (BRASIL. Leis, decretos, 1990a). A Constituição Federal expressa que esse sistema seja pautado nos princípios da universalidade, equidade e integralidade. Nesta direção, em 1994, o Ministério da Saúde, com vistas a dar continuidade ao processo de aprofundamento de implementação do SUS, aposta na Saúde da Família como uma estratégia para este processo. (BERNARDES, 2005)

A operacionalização da Saúde da Família tem ocorrido de forma diferenciada em todo o país, pois para que haja mudanças para a (re)orientação do modelo de atenção à saúde, deixando de ser meramente biologicista e hospitalocêntrico, faz-se necessário que essas mudanças ocorram através de transformações no processo de trabalho e das práticas de saúde, de modo que as ações de saúde sejam mais resolutivas e com maior envolvimento dos trabalhadores de saúde e usuários dos serviços de saúde.

Neste sentido, há que se pensar que para que as ações de saúde, tanto no âmbito individual como coletivo, tenham um caráter mais resolutivo, é preciso que os trabalhadores e os serviços de saúde identifiquem quais são as necessidades de saúde expressas pelos usuários.

Segundo Campos (2004, p.4),

[...] nas propostas de Ação Programática em Saúde, da Vigilância à Saúde (constituição de SILOS- Sistemas Locais de Saúde, de Cidades Saudáveis) e do modelo Em Defesa da Vida (SILVA JR, 1998) [...] passaram eles a reorientar o foco de atenção para as necessidades ao invés de problemas, buscando dar uma feição cada vez mais ampliada e consistente ao projeto que fundamentou a proposição do SUS, tornando-se então imprescindível a superação das ações mais imediatistas, reduzidas e focadas na

expressão do desgaste, para que pudessem produzir impacto e resolubilidade diferenciadas, na perspectiva de atacar as raízes dos problemas de saúde.

Assim, para que a estratégia de Saúde da Família possa contribuir para a (re)orientação do modelo de atenção à saúde, é preciso que as práticas desenvolvidas pelos trabalhadores/equipes de saúde tenham a intenção de consolidar o SUS, norteadas pela universalidade de acesso, integralidade da assistência, equidade, resolutividade, vínculo, responsabilidade, compromisso entre as equipes de Saúde e Famílias, estímulo à participação nas questões de saúde da comunidade. (BERNARDES, 2005)

Nesta direção, chamamos a atenção de que, embora no documento do Ministério da Saúde, dentre vários objetivos específicos, esteja o de “prestar, na unidade de saúde e no domicílio, assistência integral, contínua, com resolubilidade e boa qualidade às necessidades de saúde da população adscrita” (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998a, p.10), há ainda grande dificuldade das equipes fugirem da lógica da atenção imediata aos problemas, apresentada pelos usuários e famílias atendidas pela Saúde da Família. (BRASIL.MS., 2002)

Dessa forma, temos como pressuposto desta investigação que *as equipes de saúde ainda não dispõem de ferramentas para a leitura de necessidades de saúde expressas pelas famílias e usuários atendidos nas unidades prestadoras de assistência à saúde segundo a lógica da Saúde da Família, e a taxonomia de necessidades proposta por Matsumoto (1999) pode se constituir em potente ferramenta para esta leitura.*

Portanto, entendemos que se torna de fundamental importância que as equipes de Saúde da Família no seu dia-a-dia traduzam o que os usuários e suas famílias demandam, fazendo a leitura das necessidades por elas expressas, com vistas a desenvolver práticas de saúde que possam contribuir ou proporcionar o atendimento dessas necessidades.

Neste contexto, surgiu o nosso interesse pelo tema das necessidades na Saúde da Família, num espaço específico que é o município de Jequié-BA.

Considerando esses aspectos, na *Introdução – a construção da problemática da pesquisa e as questões teóricas*, apresentamos o processo de construção da temática em estudo, focado nas necessidades de saúde na estratégia da Saúde da Família, trazendo os antecedentes históricos do Programa de Saúde da Família em suas raízes internacionais e nacionais, assim como as dificuldades e limites impostos na sua transformação em estratégia para a reorientação do modelo de atenção à saúde. Ainda, apresentamos as questões teóricas adotadas, centradas na taxonomia de necessidades de saúde trabalhada por Norma Fumie Matsumoto e Luiz Carlos de Oliveira Cecílio, assim como o objetivo central da investigação que se volta a utilizar a taxonomia de necessidades de saúde de Matsumoto (1999) como instrumento de leitura de necessidades junto a uma unidade de Saúde da Família, a partir da ótica das famílias atendidas.

No *Percurso Metodológico*, apresentamos o tipo de investigação desenvolvida, com a opção pela abordagem qualitativa, o campo do estudo e a especificação do cenário da pesquisa, a definição dos sujeitos e as técnicas e instrumentos da investigação.

Em *As necessidades na Saúde da Família – em busca de uma tradução*, é apresentada a análise do material empírico apontando uma dada leitura, uma tradução das necessidades de saúde da população investigada em um cenário específico. E finalmente, nas *Considerações finais*, apontamos a potência na utilização da taxonomia de necessidades de Matsumoto para a leitura de necessidades de saúde expressas pelos usuários, afirmando que oferecer como ferramenta para o trabalho em saúde a taxonomia pode levar os gestores e a equipe a refletirem sobre uma outra lógica para o trabalho em saúde que os aproxime dos usuários.

*1 – INTRODUÇÃO - A CONSTRUÇÃO DA PROBLEMÁTICA DA
PESQUISA E AS QUESTÕES TEÓRICAS*

*A sua contribuição para o mundo não deve depender da época
em que se colherão os frutos ou de quem irá comê-los. O
importante é plantar e saber que um dia alguém será
beneficiado.*

Maria Salette e Wilma Ruggeri

1.1 A construção do Programa de Saúde da Família: antecedentes, avanços e dificuldades no processo

Este estudo tem como foco central utilizar a taxonomia de necessidades de saúde de Matsumoto (1999) como instrumento de leitura de necessidades junto a uma unidade de Saúde da Família, a partir da ótica das famílias atendidas. Seu lócus de realização é o município de Jequié-BA, município do Nordeste brasileiro, região privilegiada para a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF)¹.

Ao se tomar o cenário sanitário brasileiro, um dos desafios que hoje se coloca é a transformação do modelo de atenção à saúde sustentado por uma lógica cartesiana, hospitalocêntrica, com uma atuação fragmentada dos diferentes trabalhadores, voltada predominantemente para a cura de doenças. A Saúde da Família, proposta pelo Ministério da Saúde em 1993, e efetivamente em curso desde 1994, se coloca como uma das alternativas e como uma política pública adotada pelo governo brasileiro na tentativa da reversão desta lógica.

Sua operacionalização, embora ocorrendo de forma diferenciada pelo país, tem apontado para o desafio de mudança no processo de trabalho em saúde, de forma que a Saúde da Família possa ter a potência transformadora para o que se propõe. Neste processo, há que se pensar na revisão das ferramentas de trabalho que temos utilizado na atenção básica, de modo a propor ações de saúde, tanto no âmbito individual como coletivo, que tenham caráter mais resolutivo, integral, universal, equânime, participativo e que considerem as necessidades de saúde expressas pelos usuários. (FRANCO; MERHY, 2003; BERNARDES, 2005)

Disponibilizar ferramentas para a identificação das necessidades de saúde é outro desafio que se coloca, de modo que as equipes de Saúde da Família possam em sua prática cotidiana traduzir o que os usuários e suas famílias demandam, fazendo a leitura das

¹ Utilizaremos a terminologia no estudo de estratégia de Saúde da Família, uma vez que é desta forma o entendimento hoje colocado pelo Ministério da Saúde, considerando a Saúde da Família como uma estratégia para a reorganização da atenção básica. Em determinados momentos nos referiremos ao Programa de Saúde da Família, utilizando a terminologia presente nos documentos iniciais do Ministério da Saúde brasileiro.

necessidades por elas expressas com vistas a desenvolver práticas de saúde que possam contribuir ou proporcionar o atendimento dessas necessidades.

1.1.1 Alguns antecedentes da Saúde da Família: os princípios da Atenção Primária em Saúde sustentando a proposta do Programa de Saúde da Família

A década de 70 é marcada por surpreendentes mudanças no setor econômico. Nesse período, existe uma forte crise estrutural do capitalismo que vem desencadear uma recessão generalizada, afetando fortemente o setor saúde, em especial as questões ligadas ao financiamento, levando os países a terem dificuldade em financiar o seu desenvolvimento. Esta dificuldade no financiamento ocorre, dentre outros fatores, devido à redução na arrecadação fiscal pelos Estados. (FRANCO; MERHY, 2003)

Esta crise faz com que os governos comecem a avaliar os resultados dos serviços de saúde em relação aos gastos com as políticas sociais. Observa-se, portanto, os crescentes custos nos serviços de saúde para a manutenção da hegemonia do modelo assistencial, que nessa época era centrado no saber e nos atos médicos, procedimentos-centrados. (FRANCO; MERHY, 2003).

Essa conjuntura e o ascendente movimento social existente nos países em desenvolvimento, associado à revisão por parte dos países quanto a sua atuação no setor saúde, levam os países ao desafio de ter que

dar uma resposta à política sanitária pressionados por um cenário econômico adverso, ou seja, seria necessário atuar entre a vontade racionalizadora economicista dos governos e a pressão ‘dos de baixo’ pela manutenção dos programas sociais. (FRANCO; MERHY, 2003, p.78)

Diante dessa crise econômica e social, em 1977, a Assembléia Mundial de Saúde com a promoção da Organização Mundial de Saúde (OMS) define que a principal meta social para os governantes seria “Saúde para Todos no Ano 2000”, com o propósito de que todos os cidadãos tivessem um nível de saúde que lhes desse condição de levar uma vida social e economicamente produtiva.

Nessa direção, ocorre em 1978, com o apoio do Fundo das Nações Unidas para a Infância-UNICEF, a I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, na cidade de Alma Ata, com a participação de 144 países-membros da Organização das Nações Unidas (ONU), aonde se chegou a um consenso, através da assinatura da chamada Declaração de Alma Ata, definindo os princípios da Atenção Primária à Saúde (APS). (BRASIL. MS., 2001)

Nesta Declaração, a APS passa a ser reconhecida como parte do sistema geral de saúde do país; e segundo Starfield (2002, p.31),

a conferência de Alma Ata especificou ainda mais que os componentes fundamentais da atenção primária à saúde eram educação em saúde; saneamento ambiental, especialmente de água e alimentos; programas de saúde materno-infantis, inclusive imunizações e planejamento familiar; prevenção de doenças endêmicas locais; tratamento adequado de doenças e lesões comuns; fornecimento de medicamentos essenciais; promoção de boa nutrição; e medicina tradicional.

Esta Declaração traz, também, um conceito de saúde mais ampliado, “saúde é mais do que estado de bem-estar físico, mental e social ou mesmo a ausência de doença. Saúde é o resultado de um complexo e dinâmico equilíbrio de relações dos homens entre si e deles com a natureza.” (FEIX, s/d. p.1). Ainda, o autor refere que a saúde e a doença são causadas por uma rede de fatores, causas, que vão além da concepção unicausal do fator biológico ou psicológico. O processo saúde-doença resulta de uma forma coletiva de fatores políticos, econômicos, sociais e culturais. (FEIX, s/d, p.1)

Corroborando com as idéias deste autor, Starfield (2002) afirma que para a otimização da saúde, a APS deve focar a saúde das pessoas na constelação de outros determinantes de saúde, a saber: meio físico, social onde as pessoas vivem e trabalham, ao invés de focar somente sua enfermidade individual.

Nesse sentido, com o conceito ampliado de saúde, a Conferência de Alma Ata, com o objetivo de que os povos de todo o mundo atingissem um certo nível aceitável de saúde, adota

a APS como estratégia. Neste contexto, a Organização Mundial de Saúde (OMS) define a APS como sendo

atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde (OMS, 1978 apud STARFIELD, 2002).

Vale salientar que a APS, nessa época, em muitos países, dentre eles o Brasil, estava assentada em uma preocupação com a extensão de cobertura dos serviços de saúde. Segundo Feix (s.d), a APS surge com a compreensão e a abrangência de que antes de se opor a qualquer escola ou movimento histórico de saúde pública faz a recuperação de tudo aquilo que de mais útil tem sido revelado através dos tempos, identificando-se mesmo que parcialmente com os princípios da Medicina Comunitária.

Aqui cabe um pequeno parêntese. Os programas de Medicina Comunitária surgem a partir da década de 60, nos Estados Unidos, como parte da chamada “guerra à pobreza”, por agências governamentais e universidades. Esses programas baseavam-se na necessidade de “integração” dos marginalizados da sociedade americana, na visão funcionalista da época. Na América Latina e dentre outros países, a África e Ásia, a Medicina Comunitária foi difundida por meio de programas que recebiam financiamento de fundações filantrópicas americanas e eram desenvolvidos pelas universidades como projetos-piloto. (SILVA JR, 1998)

Feix (s/d) cita que, mesmo a APS tendo identificação com os princípios da Medicina Comunitária, ela surge pelo menos quinze anos após em um contexto internacional diverso, e mesmo assim seus princípios foram discutidos e aprovados de uma forma democrática na Conferência de Alma Ata.

As propostas surgidas nessa Conferência, para Franco e Merhy (2003), considerando a recessão econômica vivida naquele momento pelo capitalismo, têm fundamento em uma lógica racionalizadora para os serviços de saúde, com o propósito de responder aos investimentos necessários à saúde, porém com menores custos. Segundo os autores, a lógica por trás deste caráter racionalizador era de que os Estados não mais possuíam recursos para custear os sistemas de saúde. Então, era preciso articular uma proposta mínima, mas eficiente, de baixo custo para que houvesse adesão dos segmentos da sociedade, de forma a contemplar as mais amplas camadas da população com ações básicas de saúde.

Vale salientar que há consenso de que a crise da saúde é universal e apresenta uma dimensão ligada à disponibilidade de recursos financeiros por parte dos Estados, contudo, existem outras formas de explicação para esta lógica racionalizadora, diferentemente da apontada pelos autores acima mencionados. Para Mendes (1999a), a explicação da crise da saúde se dá através de três correntes de pensamento que são: a incrementalista, a racionalista e a estruturalista.

Segundo a corrente incrementalista, a crise da saúde ocorre devido aos baixos níveis dos recursos que são alocados para o setor saúde, uma vez que estes são destinados a outros setores consideradas as prioridades do Estado, impossibilitando que haja uma organização do sistema de saúde de forma adequada para atender às necessidades de saúde da população.

Esta explicação continua muito forte no Brasil, onde existe uma discussão de que a crise consiste na insuficiência de recursos para a saúde, e que, através do aumento do aporte financeiro para o setor saúde, haverá a superação da crise.

Quanto à corrente racionalista, entende-se que a crise da saúde é devida às ineficiências internas do setor, onde existe a proposta de racionalização em saúde, que consiste em “diminuir os custos sem impactos negativos nos níveis de saúde e aumentar a eficiência sem prejuízo da eficácia e da efetividade das ações de saúde”. (MENDES, 1999a, p.19)

Nesse sentido, a proposta racionalizadora busca a obtenção de um maior valor para o recurso que é gasto em saúde, levando em consideração melhorias, tanto na eficiência técnica, como na eficiência alocativa.

Para Mendes (1999a, p.19), entende-se por eficiência técnica “a combinação de recursos menos custosa para atingir um resultado e, por eficiência alocativa, a distribuição dos recursos entre atividades alternativas buscando maximizar os ganhos para a sociedade”.

Portanto, o autor ainda assinala que

as estratégias de contenção de custos devem equilibrar os objetivos da equidade, da eficiência e da qualidade e são importantes somente na medida em que os gastos totais marginais em serviços de saúde sejam mais produtivos na melhoria da saúde que investimentos realizados em outros setores da economia, capazes de criar bem-estar. (MENDES, 1999a, p.19)

A terceira corrente explicativa da crise da saúde é a estruturalista, que aponta que existe um conflito entre as forças de expansão do sistema de saúde com os mecanismos de controle, impossibilitando conciliar este conflito na prática sanitária hegemônica. (MENDES, 1999a)

Para os racionalistas, a visão estruturalista não invalida a necessidade da racionalização do sistema de saúde, de forma a fazer com que este se torne mais eficaz e eficiente.

Contudo, ao discutirmos sobre a crise da saúde, Mendes (1999a) aponta que existe um movimento que é universal favorável à reforma dos sistemas de saúde, embora com pressupostos e rumos que são distintos.

De qualquer forma, a proposta de Alma Ata levou alguns países a se (re)organizarem para que seus serviços pudessem ser consolidados quanto aos aspectos médicos e de saúde da atenção primária, a exemplo dos novos “médicos de família, em Cuba”. (STARFIELD, 2002)

Segundo a autora,

[...] ao aumentar a orientação dos serviços de atenção primária em direção à resposta das necessidades, [...] a atenção médica primária convencional se aproximará da visão de atenção primária à saúde de Alma Ata e em direção a uma maior equidade. (STARFIELD, 2002, p.32)

Starfield (2002) apresenta como tese central de seus estudos que os países que assentam seus sistemas de saúde mais fortemente nos princípios e atributos da APS apresentam também

maior efetividade nos resultados alcançados e maior eficiência. Para esta autora, a APS é a porta de entrada para o sistema de atenção à saúde, e está inter-relacionada aos outros componentes do sistema. Dessa forma, a APS proporciona a entrada dos usuários no sistema de forma mais próxima ao lugar onde vivem e trabalham.

Ainda, para a autora, a APS deve oferecer atenção ao indivíduo nas suas diversas condições, dando assistência aos problemas mais comuns identificados na comunidade, através da oferta de serviços no âmbito preventivo, curativo, de reabilitação, de forma a promover a saúde, o bem-estar, através de uma coordenação ou integração da atenção à saúde e oferta aos indivíduos em qualquer lugar que seja perante uma necessidade de saúde. Há de considerar ainda que a existência da doença exerce influência no modo das pessoas responderem aos seus problemas de saúde.

A atenção primária à saúde é quem organiza e proporciona a otimização de recursos, tanto básicos como especializados, a serem utilizados com vista à promoção, manutenção e melhora da saúde.

Starfield (2002) refere que, na APS, os pacientes² têm acesso de forma direta a uma fonte adequada de atenção, utilizada de forma continuada ao longo do tempo, para uma diversidade de problemas, incluindo aí a necessidade de serviços preventivos. Neste contexto, a entrada no sistema de saúde é dada pelo paciente, apresentando freqüentemente queixas pouco específicas e um tanto vagas, requerendo do trabalhador de saúde que irá atendê-lo a elucidação do seu problema de saúde, bem como o levantamento de informações que possam ajudá-lo na definição de um diagnóstico e na escolha do manejo adequado para este paciente.

Como esses trabalhadores estão mais próximos do ambiente do paciente, estão em melhores condições de avaliar os determinantes da doença e da saúde.

² Aqui mantivemos o termo paciente como utilizado por Bárbara Starfield (2002) ao falar da APS.

É importante ressaltar que dentro do conceito da APS, a ênfase dada à questão da proximidade com as pessoas sofre uma estranheza nos países onde os sistemas de saúde são baseados na tecnologia, especialização, supremacia do hospital e no currículo de escolas de Medicina, onde a coordenação está nas mãos de especialistas que trabalham em hospitais. (STARFIELD, 2002).

Starfield (2002), ao interpretar a APS, traz a descrição de quatro atributos que a mesma acredita serem necessários para medir o potencial e o alcance desta. No Brasil, a proposta do PSF, concebido pelo Ministério da Saúde em 1993 e implantado em 1994, encontra-se assentada nestes atributos apontados por Starfield. Estes atributos são:

1) *A atenção ao primeiro contato* que diz respeito à acessibilidade e à utilização do serviço a cada surgimento de um novo problema, ou de um novo episódio de um problema, no qual as pessoas necessitam procurar atenção à saúde. Independente do que um estabelecimento de saúde defina ou perceba como acessibilidade, ele não vai oferecer atenção ao primeiro contato, sem que os usuários o identifiquem como acessível, e isto se reflita na sua utilização.

Em relação a este atributo, isto pode ser identificado na Saúde da Família, quando se procede inicialmente ao cadastramento das famílias através da visita domiciliar realizada pelo Agente Comunitário de Saúde-ACS, onde é feito um levantamento das condições sociais e sanitárias daquela família.

Pelo levantamento, a equipe de Saúde da Família poderá conhecer as necessidades de saúde das pessoas que integram as famílias que estão na área de abrangência, ou seja, de responsabilidade da unidade de Saúde da Família (USF), e a partir daí, proceder à análise da situação de saúde dessa localidade, e conseqüentemente estabelecer um planejamento das ações de caráter individual e coletivo, possibilitando intervir para atender a essas necessidades de saúde.

Além disso, o cadastramento “possibilitará que, além das demandas específicas do setor saúde, sejam identificados outros determinantes para o desencadeamento de ações das demais áreas da gestão municipal, visando contribuir para uma melhor qualidade de vida da população”. (BRASIL. MS., 1998a, p.12)

Assim, é importante ressaltar que o conhecimento das necessidades de saúde, expressas por essas pessoas que vivem na área de atuação da equipe de Saúde da Família, poderá vir a aproximar os usuários a esta equipe e posteriormente pode ocorrer, com o passar do tempo, o estabelecimento de um vínculo que está previsto tanto na Saúde da Família como na APS.

Ainda nesta direção, vale salientar que o vínculo pode ser um facilitador para a interação entre usuários e equipe de saúde, que segundo Bernardes (2005, p.72),

a proposta de SF, como estratégia de implantação do SUS, é uma oportunidade de atuação para os profissionais de saúde, com potencialidades para o desenvolvimento das relações interpessoais centradas na subjetividade, além de resgatar uma motivação criativa e um empenho improvisador, que quase sempre vem sendo desconsiderado ao pensar métodos em saúde.

2) A *longitudinalidade* traz a necessidade da existência de uma fonte regular de atenção e sua utilização ao longo do tempo. Dessa forma, a unidade de APS deverá ser capaz de identificar a população eletiva, assim como, os indivíduos dessa população que deveriam receber o atendimento desta unidade, exceto quando houvesse a necessidade de realização de consulta fora ou algum encaminhamento. Além disso, o vínculo da população com esta fonte de atenção deveria se refletir em fortes laços interpessoais que possibilitassem uma cooperação mútua entre as pessoas e os profissionais de saúde.

A Saúde da Família apresenta similaridade em relação a esse atributo, uma vez que o contato permanente da equipe, através das visitas dos ACSs, das consultas médicas orientadas ao seguimento de situações ou agravos apresentados pelos usuários e suas famílias, do desenvolvimento de ações proporcionadas pela equipe dirigidas à prevenção de doenças, grupos de convivência e outras ações, possibilita o estabelecimento a curto, médio e longo prazos de uma atenção contínua no tempo com o estabelecimento de vínculos.

3) A *integralidade* remete à necessidade de que as unidades de APS devam oferecer arranjos para que os usuários recebam todo o tipo de atenção dos serviços de atenção à saúde, mesmo aqueles que não possam ser ofertados eficazmente dentro da própria unidade. Isto inclui os encaminhamentos para serviços secundários para consultas, apoio diagnóstico ou terapêutico, serviços terciários para o manejo definitivo de problemas específicos e para serviços de suporte fundamentais, a exemplo de internação domiciliar e outros serviços comunitários.

Mesmo que cada unidade da APS possa definir diferentemente sua própria variedade de serviços, é preciso que cada uma deixe explícita sua responsabilidade para com os usuários, bem como para sua equipe. Além disso, é necessário deixar claras as dimensões para as quais os serviços estão disponíveis. É importante salientar que a equipe deve ser capaz de identificar as necessidades de serviços preventivos e de serviços que trabalhem com sintomas, sinais e diagnósticos de doenças manifestas, bem como deve proporcionar ações para sua solução. A equipe também deve reconhecer adequadamente problemas de todos os tipos, sejam funcionais, orgânicos ou sociais. Sendo que este último é particularmente importante, pois todos os problemas de saúde ocorrem dentro de um ambiente social que freqüentemente predispõe ou causa enfermidades.

A Saúde da Família tem como um de seus objetivos específicos, “prestar, na unidade de saúde e no domicílio, assistência integral, contínua, com resolubilidade e boa qualidade às necessidades de saúde da população adscrita”. (BRASIL.MS., 1998a, p.10). Ainda, cabe à Saúde da Família, como busca da integralidade da atenção à saúde, a garantia de um sistema de referência e contra-referência, seja no âmbito municipal ou regional, e com a responsabilidade pelo acompanhamento tanto dos indivíduos como das famílias.

Percebemos que para a garantia da integralidade da atenção à saúde, com vista ao atendimento das necessidades de saúde, é preciso o estabelecimento e o desenvolvimento de

ações intersetoriais. Contudo, a intersetorialidade ainda tem sido um dos grandes desafios do sistema de saúde, nos seus diversos níveis de atenção à saúde.

4) A *coordenação (interação) da atenção* pressupõe a necessidade de alguma forma de continuidade por parte dos trabalhadores, ou através dos prontuários médicos, ou de ambos, além do reconhecimento de problemas como um elemento do processo que poderá ser facilitado, através do acompanhamento do usuário por um mesmo trabalhador de saúde ou se houver um prontuário que esclareça estes problemas. Portanto, tanto a continuidade como o reconhecimento de problemas são necessários para a avaliação da coordenação da atenção.

A coordenação da atenção também deve ocorrer no sistema de saúde, onde é necessário que haja uma avaliação através do acompanhamento para a identificação se está ocorrendo uma integração da atenção dos diversos serviços de saúde que atendem esses pacientes nos três níveis de atenção à saúde, porque “nem todas as necessidades podem ser atendidas dentro da atenção primária. Isto significa que as pessoas têm de ir a outros lugares por vários aspectos de suas necessidades de saúde”. (STARFIELD, 2002, p.368)

Starfield (2002, p.409) diz que “alcançar a coordenação é um desafio para profissionais de atenção primária devido à multiplicidade de tipos de motivos para encaminhamento e das dificuldades técnicas na transferência e reconhecimento de informações geradas em diferentes lugares”.

A Saúde da Família apresenta similaridade em relação a esse atributo, uma vez que ela

representa o primeiro contato da população com o serviço de saúde do município, assegurando a referência e contra-referência para os diferentes níveis do sistema, desde que identificada a necessidade de maior complexidade tecnológica para a resolução dos problemas identificados. (BRASIL.MS., 1998a, p.11)

Quanto à interação entre trabalhadores e usuários, ela é importante porque, através da mesma, os trabalhadores de saúde poderão identificar as diversas necessidades dos usuários e de que forma estes percebem os vários aspectos que envolvem a sua atenção. Nessa direção, esta interação vai ocorrer, a partir dos encontros entre os trabalhadores e os usuários, de forma a permitir que haja um aprofundamento através do estabelecimento de confiança,

comunicação, vínculo, de maneira tal que ambos encontrem melhores soluções que atendam às necessidades dos usuários, da melhor forma possível.

Portanto, na estratégia de Saúde da Família também deve ocorrer a interação entre usuários (famílias) e equipe de Saúde da Família, porque a estratégia tem, dentre seus objetivos, o de

fazer com que a saúde seja reconhecida como direito de cidadania e, portanto expressão da qualidade de vida. E estimular a organização da comunidade para o efetivo exercício do controle social. (BRASIL.MS., 1998a, p.10)

A Saúde da Família apresenta potencial para a estruturação da atenção básica, porém existem limites do PSF “como estratégia e opção política para a reestruturação do Sistema Único de Saúde no Brasil à luz dos conceitos e do desenvolvimento histórico da Atenção Primária à Saúde (APS)”. (ALEIXO, 2002, p.1)

O autor refere que há a necessidade de superação de alguns obstáculos, dentre eles, a política de focalização em cuidados básicos e seletivos, além de serem necessários investimentos na formação dos recursos humanos para que a Saúde da Família possa alcançar seus propósitos.

A proposta embrionária de abordar a saúde na perspectiva da família tem seu início quando a Organização Mundial de Saúde (OMS) publica em 1963 o documento Informe Técnico nº 257 que propõe mudanças na formação do médico. Assim, a partir desta proposta, os Estados Unidos, em 1969, reconheceram a medicina familiar adotando-a como uma das suas políticas públicas de saúde. Em 1970, a referida proposta alcançou expansão em alguns países europeus, a exemplo do Reino Unido, e em outros países como o Canadá e o México.

Esta discussão também se fez presente na América Latina, com o patrocínio de entidades internacionais como a Fundação Kellogg, visando a ampliar, principalmente junto às instituições universitárias, a discussão sobre a APS, sendo que internacionalmente, viveu-se uma progressiva ênfase na organização de serviços de atenção primária à saúde, como uma estratégia de reorganização do setor saúde. (VASCONCELOS, 1999)

No contexto brasileiro, marcado pelo regime militar

O governo vendo sua sustentação política ameaçada passa, entre outras iniciativas, a buscar alternativas ao modelo de saúde baseado no atendimento em hospitais privados, financiados pela previdência pública que dominava até então [...] Assim no final da década de 70, diferentes propostas de reorganização do sistema de saúde brasileiro são trazidas para o debate político. (VASCONCELOS, 1999, p.15)

Nessa década, portanto, houve um debate político no cenário internacional e brasileiro em específico, tido como importante em relação à mudança do setor saúde no que tange à expansão do modelo de atenção primária à saúde.

No Brasil,

de um lado, existia a proposta do médico de família [...] atualização da medicina liberal [...] atendimento de famílias para o novo contexto da atenção primária, trazendo [...] uma centralização na figura do médico. De outro lado, havia a proposta trazida das experiências alternativas de saúde comunitária gestadas nas décadas de 70 e 80 [...] que se baseavam no trabalho de equipe e na relação educativa com a população (VASCONCELOS, 1999, p.15)

Assim, tomam importância a experiência do Grupo Hospitalar Conceição (GHC) em Porto Alegre, no Estado do Rio Grande do Sul na década de 80 e do Médico de Família de Niterói, no município de Niterói, no Estado do Rio de Janeiro, em 1991 que são consideradas experiências bem-sucedidas na direção apontada acima.

O GHC é uma organização institucional que compreende os três níveis de atenção em saúde com vistas a desenvolver práticas ambulatoriais, hospitalares e domiciliares, tanto no âmbito individual como coletivo, e também familiar. Tem o propósito, ainda, da formação de trabalhadores comprometidos com a atenção primária e a atuação na comunidade, configurando no projeto alternativo e crítico ao modelo convencional de formação de profissionais, especialmente dos médicos.

Em se tratando do Programa Médico de Família de Niterói, este foi implementado em 1991 com uma forte influência da experiência do Policlínico Docente Lawton-Havana, gerador do Modelo Médico de Família de Cuba, tendo como fundamento o homem como sujeito histórico, a partir de seus determinantes.

O Médico de Família de Niterói é composto de uma equipe básica, formada por médico generalista e auxiliar de enfermagem, atuando no interior dos módulos de saúde, nos

domicílios e ambulatorios, tendo como retaguarda à sua prática clínica supervisores por área: clínica médica, pediatria, ginecologia, cirurgia geral, saúde mental, epidemiologia, enfermagem e serviço social. Este município tinha, como proposta política, a criação de uma rede básica de serviços de saúde com características semelhantes à proposta de Cuidados Primários de Saúde. (VASCONCELLOS, 1998)

Essas experiências se constroem no contexto das transformações históricas do sistema de saúde brasileiro. Este contexto, aliado à crise do setor saúde³ (MENDES, 1999a), às contradições presentes decorrentes da configuração das ações e serviços de saúde, através da hegemonia do modelo neoliberal de um lado e de outro a proposta da constituição do SUS, colocando a questão do direito constitucional à saúde, vem impondo o desafio a vários municípios brasileiros,

... de transformar o modelo de atenção à saúde, através de tentativas de reorganização da oferta de serviços e de articulação intersetorial, buscando, dessa forma, a construção de modelos de atenção voltados para a qualidade de vida. (GOMES; TORRES, 2003, p.496).

Neste sentido, o Ministério da Saúde assumiu a proposta da Saúde da Família enquanto estratégia setorial de reorientação do modelo assistencial brasileiro, a partir da atenção básica. Em 1991, houve a implantação do Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde⁴ (PNACS/Fundação Nacional de Saúde) pelo Ministério da Saúde, após a bem-sucedida experiência do Ceará com o Programa de Agentes de Saúde que teve um impacto positivo sobre indicadores de saúde da região: diminuição da mortalidade infantil e mortalidade por diarreia, aumento da cobertura vacinal; chegando a ser reconhecido pelo UNICEF como uma importante estratégia de qualificação da vida das pessoas. (MINAYO et al., 1990)

³ Mendes (1999) fala de uma crise universal na saúde, caracterizada pelas dimensões da ineficiência, da ineficácia, da iniquidade e da insatisfação da opinião pública. A ineficiência por conta da crise do financiamento, gerada pelo incontrolável crescimento dos custos da atenção médica, em decorrência da força política e ideológica do modelo médico hegemônico; a ineficácia ocorre por falta da correspondência entre os gastos em saúde e o impacto nos padrões sanitários das populações; a iniquidade manifesta-se na forma como são distribuídos os recursos, onde se percebe que a disponibilidade de atenção médica tende a variar inversamente com as necessidades da população.

⁴ Terminologia que recebeu inicialmente, vindo a ser denominado posteriormente de Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

O PACS surgiu como uma estratégia do Ministério da Saúde/Fundação Nacional de Saúde com o propósito de atender à demanda assistencial na atenção primária em saúde, tendo como grupo prioritário o materno-infantil. Iniciou-se primeiramente na região Nordeste e posteriormente na região Norte devido ao surgimento do cólera no país, havendo, portanto, a necessidade dos Agentes Comunitários de Saúde (ACSs) para atuarem no controle e prevenção da doença.

O PACS foi uma etapa transitória para a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF), uma vez que a insuficiência no atendimento às demandas de saúde, apresentadas pela comunidade na atenção básica, e a necessidade de extensão da cobertura assistencial, em municípios sem a presença de profissionais que dessem suporte ao trabalho dos ACSs, foram aspectos decisivos para a proposição do PSF. (BRASIL. MS, 2000)

Antes de falarmos das diretrizes que norteiam a Saúde da Família, é preciso historicamente situá-la. O PSF surge como uma proposta de fortalecer a atenção básica, dentro do SUS. Dessa forma,

propondo o conceito de interiorização do SUS, os formuladores do PSF, permitiram relembrar o antigo Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento do Nordeste⁵ (PIASS), na década de 1970, sobre medicina simplificada em nível federal.(VASCONCELLOS, 1998, p.155).

Não corroboramos com a afirmativa de que o PSF faz relembrar ao Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento do Nordeste-PIASS na sua íntegra, porque este programa foi proposto em 1976 com o objetivo de implantar, em comunidades de até 20.000 habitantes, uma estrutura básica de saúde pública, com vistas à melhoria do nível de saúde da população, sendo estabelecido inicialmente na região Nordeste e, em 1979, estendido para todo o país (COFEn/ABEn, 1985). Já o PSF se diferencia do PIASS, pois não busca só através da assistência médica desenvolver ações de proteção e promoção à saúde, mas através de uma equipe mínima composta por médico, enfermeiro, auxiliares de

enfermagem e ACS, implementar essas ações, não só no nível individual como também coletivo, sustentado pela perspectiva da Vigilância à Saúde.

Dentro desse contexto, Vasconcellos (1998) afirma que gradualmente há um aumento do interesse de secretários de saúde municipais em receber verbas destinadas especificamente para a implantação do PSF, em seus municípios; parecendo se evidenciar que o PSF vinha como uma alternativa para o recebimento de verbas adicionais para a saúde no município e não necessariamente como uma proposta de reorganização da atenção básica.

É importante, portanto, assinalar que em sua versão inicial o critério explícito para a seleção dos municípios que seriam beneficiados com a implantação do programa era que o município deveria estar arrolado no Mapa da Fome produzido pelo IPEA⁵, de forma que o PSF começa a ter sua imagem atrelada a um modelo simplificado, sendo um programa pobre para pobres, deixando de certa forma assinalado seu caráter focalizador. (BRASIL. MS., 1994)

Esses municípios selecionados eram onde estavam “os 32 milhões de brasileiros incluídos no Mapa da Fome do IPEA, expostos a maior risco de adoecer e morrer e na sua maioria sem acesso permanente aos serviços de saúde”. (VASCONCELLOS, 1998. p. 156)

Observa-se que a construção de uma imagem de pobreza vai além do PSF e do PACS; sendo que Vasconcellos (1998, p.156-157) afirma que “essa imagem foi expandida para o Ministério da Saúde e para as ações da saúde pública, seja pelo próprio ministério e governo ao longo dos anos, seja por interesses de grupos econômicos nacionais ou internacionais em fragilizar o segmento institucional”.

Embora o PSF tenha sido implantado inicialmente em áreas ditas mais carentes, ou seja, onde a população estaria mais desprovida de assistência à saúde, não podemos continuar a considerá-lo como sendo um programa focalizador, pois esse foi o propósito inicial, mas

⁵ IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão do Brasil.

atualmente o PSF tem se expandido por todo o país, aumentando sua cobertura à população, não sendo priorizada uma única região.

Até outubro de 2005, contávamos com 23,9 mil equipes implantadas em 4,9 mil municípios do país, tendo como cobertura populacional 43,4% da população brasileira, correspondendo a cerca de 76,8 milhões de pessoas, e em fevereiro de 2006, contamos com 25.141 equipes implantadas em 5.028 municípios. (BRASIL.MS., 2003)⁶

Acreditamos, portanto, que não podemos usar esta afirmativa de forma generalizada de que o PSF é um programa focalizador, pois o que ocorre é que a depender da realidade local, no que tange à política de saúde e à gestão municipal, a Saúde da Família em determinada realidade local pode apresentar-se como uma ação focalizadora ou não.

1.1.2 Avanços e dificuldades na implementação do Programa de Saúde da Família

Em meados de 1996, através de documento do Ministério da Saúde

aparece certo cuidado com a imagem pública do programa: ‘não se constituindo, portanto, em um modelo simplificado, de pobre para pobre, o PSF também não recorta a população em fatias (mulher e criança), nem a atenção em níveis (primário). Integralidade significa também articulação, integração e planejamento unificado de atuação intersetorial. Estas idéias subsidiam o modelo do PSF.’ (VASCONCELLOS, 1998, p.156)

Neste sentido, a partir de 1998, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) surge como eixo estruturante de um modelo de atenção à saúde, objetivando a reorganização da prática assistencial, a integração das ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, tendo como suporte a dinâmica das *necessidades* do núcleo familiar através da atenção à saúde em uma perspectiva de integralidade e humanização buscando romper, assim, “a virtual dicotomia preventivo e curativo”. (BRASIL.MS., 2002)

Dessa forma, no nível discursivo, a Saúde da Família não deveria ser vista na concepção funcionalista dos programas verticais e, sim, como uma estratégia estruturante dos sistemas locais de saúde que possibilitaria a integração e promoveria a organização das ações de saúde

⁶ Acesso em 07 de abril de 2006.

em um dado território. Os documentos do Ministério da Saúde propunham sua operacionalização numa lógica substitutiva das práticas tradicionais e em longo prazo tinham o propósito de provocar uma reestruturação do sistema de saúde como um todo.

A implantação dessa estratégia certamente implica em um compromisso ético, técnico e político de todas as instâncias envolvidas na atenção à saúde, para extirpar “*os vícios do intervencionismo da verticalidade*” (SOUSA, 1999, p. 7) de velhos modelos de atenção à saúde existentes de forma horizontal, para apostar na construção do novo modelo envolvendo os partícipes do processo na discussão/ação da política, ciência, saberes e práticas, como novos valores, e

com metodologias participativas, [...] buscando situar os diversos atores envolvidos no processo, capazes de modificá-lo para a construção de um novo agir em saúde, como sujeitos ativos de sua própria realidade, considerando contudo seus valores, cultura e tradições, e buscando assegurar os princípios fundamentais do SUS, fortalecendo assim a construção do fazer saúde com cidadania (NERY; NERY; SANTOS, 2000, p. 4).

Nesse contexto, o Ministério da Saúde assume a implantação da Saúde da Família como estratégia capaz de promover alianças entre os diversos segmentos do sistema de saúde (Federal, Estadual e Municipal) assim como nas ações em outras áreas a exemplo de saneamento, educação, cultura, transporte entre outras, que resultem em ações intersetoriais, englobando a noção ampliada de saúde.

Para a implantação dessa estratégia, a escolha técnica prevê o conhecimento da situação de saúde local, seus determinantes/condicionantes, participação efetiva da comunidade e legitimidade profissional para a viabilização dos componentes político e ético no sentido de inserção da Saúde da Família no Sistema de Saúde local como uma proposta para reverter a lógica em evidência do atual modelo que é pautado no assistencialismo, curativismo, medicalização e hospitalização. (BRASIL.MS., 2000)

Apesar de a Saúde da Família se propor a partir de uma ação integral centrada na família, “prestar, na unidade de saúde e no domicílio, assistência integral, contínua, com

resolubilidade e boa qualidade às necessidades de saúde da população adscrita” (BRASIL.MS., 1998a, p.10), esta assistência integral e com resolubilidade vem sendo prejudicada, haja vista que não tem conseguido atender às necessidades de saúde da população, uma vez que se verifica uma resistência por parte das equipes no atendimento, por exemplo, das demandas dos usuários nos casos de urgência, ou de pronto-atendimento, negando uma das premissas da estratégia que é a produção do cuidado em saúde pautado na indissociabilidade entre ações de promoção, prevenção e manutenção da saúde. (BRASIL.MS., 2002)

Neste momento é importante ressaltar que a população em situação de sofrimento continua a procurar as unidades de emergência, os pronto-socorros, o que nos leva a supor que a Saúde da Família não tem dado conta de resolver o problema da demanda espontânea, o que,

[...] enfraquece em demasia sua proposição, visto que a população acaba por forçar a organização de serviços com modelagens mais comprometidas com os projetos médicos-hegemônicos, para responderem as suas necessidades imediatas. (FRANCO; MERHY, 2003, p.106)

Caberia à equipe de Saúde da Família identificar, junto à comunidade da sua área de abrangência, as demandas de saúde e traduzir as necessidades apresentadas pelos usuários e pelas famílias, para juntos elencarem os fatores de riscos à sua saúde e da comunidade como um todo, e a partir daí, buscar articulações, através de mecanismos intersetoriais visando à integralidade, visto que as necessidades de saúde não são resolvidas ou amenizadas somente com a intervenção do setor saúde, porque saúde perpassa alterações de ordem biológica, bem como por um elenco de determinantes do processo saúde-doença.

Ao eleger a família e seu espaço social, é preciso nos perguntarmos de que família nós estamos falando. É necessário compreender as famílias do ponto de vista histórico, de acordo com a época e de acordo com os grupos sociais aos quais elas pertencem. (VASCONCELLOS, 1998)

Num dado espaço geossocial, existem vários tipos de famílias e estabilidade econômica definidos, famílias sem recursos assistenciais ou acesso a direitos sociais ou famílias que lutam pela sobrevivência.(VASCONCELLOS, 1998)

A Saúde da Família, ao eleger trabalhar fora do espaço físico da unidade de Saúde da Família, precisa compreender que o espaço geoespacial de vida das famílias se apresenta de forma tão desigual, e que a equipe não encontrará homogeneidade na construção do território, a começar pela ocupação do mesmo.

Ainda, ao propor o estabelecimento de vínculo entre a equipe e as famílias, acredita-se que poderá promover a humanização de suas práticas. Porém, para que ocorra o vínculo, é necessária a mudança, não só nas estruturas organizacionais, mas principalmente, no comportamento e nas atitudes dos trabalhadores de saúde e usuários, ou seja, na forma como estes se relacionam.

Conforme Franco e Merhy (2003, p.102), “em diversos países, hoje, o vínculo é uma diretriz dos modelos de assistência, usado como ferramenta de referências nos profissionais e sua responsabilização para uma determinada parcela da população usuária de seus serviços de saúde”.

Embora na proposta ministerial em relação à Saúde da Família esteja o estabelecimento de parcerias, através de ações intersetoriais, percebemos que a intersetorialidade ainda é algo incipiente na estratégia, haja vista que as equipes não contam com ferramentas cotidianas que lhes permitam explorar na potencialidade a intersetorialidade (MISHIMA, 2003), desenvolvendo assim, muito mais, ações específicas do próprio setor saúde, o que certamente resulta em uma limitação na resolubilidade dos problemas identificados pela equipe de saúde e que podem expressar a tradução das necessidades de saúde das famílias por elas acompanhadas.

Outra questão a ser considerada é que a Saúde da Família deveria contribuir para a democratização do conhecimento do processo saúde-doença, através de sua equipe multiprofissional, que deveria “[...] esclarecer aos usuários sobre programa, como também

criar condições para o estabelecimento de uma cultura de informação e comunicação, considerando os aspectos sócio-culturais (sic) de cada comunidade específica”. (GOMES; TORRES, 2003, p.496)

Portanto, a Saúde da Família deveria, através da organização dos serviços a serem oferecidos à comunidade, de acordo com as necessidades de saúde das famílias, ir buscando a participação efetiva dos usuários, respeitando sua autonomia, na tomada de decisões quanto aos seus problemas de saúde e de sua família, bem como os da comunidade. Como afirma Cecílio (2001, p.115),

[...] a autonomia implicaria a possibilidade de reconstrução, pelos sujeitos, dos sentidos de sua vida e esta ressignificação teria peso efetivo no seu modo de viver, incluindo aí a luta pela satisfação de suas necessidades de saúde, da forma mais ampla possível.

Nesta direção, chamamos a atenção para o reconhecimento da saúde enquanto direito de cidadania e, conseqüentemente, a expressão desse direito na busca da qualidade de vida.

Outro aspecto importante a salientar é o estímulo que a equipe de Saúde da Família deveria proporcionar à comunidade, no sentido da sua organização, para que a mesma possa exercer um direito que lhe foi outorgado, através da Lei 8.142/90 (BRASIL. Leis, decretos, 1990b), que é o efetivo exercício do controle social. Este estímulo consiste em fazer com que a comunidade possa refletir sobre a necessidade ou não da ocupação dos seus espaços de participação, sejam em “alguns fóruns próprios para o exercício do controle social-as conferências e os conselhos de saúde [...]” (BRASIL. MS., 1998a, p.23); ou em instâncias formais como as Câmaras de Vereadores e Associação de Moradores ou as informais, com vistas a participar desde a definição até a execução, o acompanhamento e fiscalização das políticas implantadas e/ou implementadas pelo setor saúde a nível local, municipal, estadual e federal, na busca de resolução dos problemas de saúde da sua localidade, com o propósito da melhoria da qualidade de vida.

Nessa direção é necessário apontarmos que, de acordo o Ministério da Saúde, as Unidades de Saúde da Família devem atuar conforme algumas diretrizes:

- **Caráter substitutivo:** O PSF surge como uma proposta de mudança do modelo de atenção pautado na assistência à saúde através preferencialmente no atendimento médico e na visão biologicista da saúde, com ações de caráter curativista. E segundo Franco e Merhy (2003, p.56), “[...] a substituição às práticas convencionais de assistência por um novo processo de trabalho, cujo eixo está centrado na vigilância à saúde.”;
 - **Integralidade e hierarquização:** A unidade de Saúde da Família é a porta de entrada do sistema local de saúde, e o primeiro nível de atenção à saúde no âmbito local, chamada atenção básica; e deve, a partir da identificação dos problemas/necessidades de saúde dos usuários, garantir a assistência integral individual e coletiva, assegurando o sistema de referência e contra-referência, nos diversos níveis do sistema de saúde;
 - **Adscrição da clientela:** A equipe de Saúde da Família trabalha com a territorialização, através da delimitação de sua área de abrangência, ou seja, de atuação, sendo responsável pelo acompanhamento de 600 a 1.000 famílias ou 4.500 pessoas. Para que este acompanhamento ocorra, é feito um cadastramento das famílias, através de visita domiciliar realizada pelos Agentes Comunitários de Saúde. Posteriormente, é feito o planejamento local de saúde que consta das ações a serem desenvolvidas pela equipe e deve ser realizado com a participação de toda a equipe e a comunidade;
 - **O trabalho de equipes multiprofissionais:** A equipe de Saúde da Família deve ser composta minimamente por um médico generalista ou de família, um enfermeiro, um a dois auxiliares de enfermagem, quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACS), a depender do número de pessoas acompanhadas pela equipe. Outros profissionais poderão ser incorporados à equipe, a depender das necessidades e demandas locais de saúde, bem como da decisão técnico-política.
-

Embora o PSF traga como proposta o desenvolvimento de práticas multiprofissionais, isto não garante que haja a ruptura do que Franco e Merhy (2003, p.105) chamam de “dinâmica médico-centrada, do modelo hegemônico atual”, ou seja, devido ao programa apostar na sua estruturação, esquece que ela por si só não dá conta dessa mudança. É preciso que haja mudanças significativas no processo de trabalho dos profissionais envolvidos com a Saúde da Família.

Não podemos negar que a Saúde da Família traz características positivas, a exemplo da territorialização com a adscrição da clientela, possibilitando um melhor conhecimento da comunidade a ser assistida, bem como a criação de um vínculo entre a equipe de Saúde da Família e a comunidade; porém ainda está longe de atender ao seu propósito que é (re) orientação do modelo de atenção, por conta de vários motivos, dentre eles, da própria normatização colocada pelo Ministério da Saúde, que segundo Franco e Merhy (2003, p.111), “agindo, assim, o Ministério da Saúde [...] engessa o próprio Programa de Saúde da Família diante de realidades distintas vividas em diferentes comunidades em todo o território nacional”.

Esse engessamento ocorre porque o Ministério da Saúde regulamenta o programa através de normas que segundo os autores “estas normas deverão ser seguidas rigorosamente pelos municípios, sob pena de os que não se enquadrarem nas orientações ministeriais ficarem de fora do sistema de financiamento das equipes de PSF”. (FRANCO; MERHY, 2003, p.111)

A questão do financiamento, sem dúvida, é um ponto bastante importante para a estruturação e organização da estratégia, porém como afirmam Franco e Merhy,

ele não pode ser o ponto de partida e nem o determinante na definição das propostas de políticas de saúde. O que deve definir os modelos de assistência são principalmente o território de necessidades e os problemas de saúde colocados pela população como os desafios dos serviços de saúde em atendê-los. (FRANCO; MERHY, 2003, p.121)

Portanto, concordamos com Teixeira (2002, p.27), quando diz que “[...] a principal mudança com a proposta do PSF é no foco de atenção que deixa de ser centrado no indivíduo

e na doença, passando também para o coletivo, sendo a família o espaço privilegiado de atuação [...] tomando agora a família como objeto de trabalho [...].”

Entretanto, existe questionamento acerca da abordagem que é feita à família, como relata Vasconcelos (1999, p.18) quando afirma que: “Qualquer tipo de intervenção da equipe é considerada como familiar. Ao não ter clara a distinção entre o que deve ser abordado no nível do indivíduo, da família ou dos diferentes grupos comunitários, o termo família perde sua especificidade.”

Acreditamos que esta conduta seja adotada por alguns profissionais, porque muitos deles foram formados no modelo biologicista, hospitalocêntrico que valoriza a assistência meramente individual, e a visão de integralidade associada ao cuidado individual e coletivo, valorizando a família e o ambiente em que ela está inserida, é algo ainda desafiador e novo para muitos profissionais.

Cabe ressaltar que a Saúde da Família não se configura como a única alternativa para a implementação e efetivação do SUS, porque qualquer serviço de saúde deve primar pelo atendimento dos princípios do SUS, assim como todos os trabalhadores da saúde, e não somente os da Saúde da Família, devem estabelecer vínculo com a comunidade e incentivar a co-responsabilidade dos usuários com a sua saúde.

Salientamos que a Saúde da Família vem se configurando de diversas formas na prática, e, portanto, devemos levar em consideração que

[...] os municípios brasileiros têm sua tradição política assentada sobre o clientelismo e o paternalismo, podendo, dessa maneira, contribuir para que o PSF se configure muito mais em um mecanismo de barganha política envolvendo prefeitos, vereadores e a população do que um instrumento de promoção da equidade. (SENNA, 2002, p.209)

Assim, um dos desafios, dentre os vários que se impõem à Saúde da Família, é mudar a concepção de que esta proposta é mais barata e simplificada, e que deve ser para a população mais pobre e das áreas rurais dos municípios. Além desse, o Ministério da Saúde (BRASIL. MS., 2002) aponta outros desafios, sendo que chamamos a atenção para dois que são: fazer

com que a estratégia seja adequadamente operacionalizada nas grandes regiões metropolitanas, e que também possa melhor se integrar ao restante do sistema de saúde, definindo qual o modelo de atenção à saúde que se aplica àquela realidade.

Na pesquisa sobre a avaliação da implementação do Programa de Saúde da Família em dez grandes centros urbanos (BRASIL.MS., 2002), o documento chama atenção para o fato de que o PSF não encontra grandes dificuldades de implementação em municípios de pequeno porte, com pequena ou nenhuma capacidade instalada e que não dispõe de uma rede instalada de assistência. O que se verificou com a pesquisa é a dificuldade apresentada nos grandes centros e metrópoles, uma vez que

“Dificuldades verificadas na implementação do PSF em municípios de pequeno e médio porte são potencialmente agravadas nas grandes cidades e metrópoles considerando-se a existência de altos índices de exclusão do acesso aos serviços de saúde, agravos de saúde característicos dos grandes centros, oferta consolidada de uma rede assistencial desarticulada e mal distribuída, predominância de modalidade tradicional de atendimento à demanda e de programas verticalizados sem o estabelecimento de vínculos com a comunidade do entorno. (BRASIL.MS., 2002, p.19)

O documento ainda chama atenção para o fato de que se deve levar em conta que mesmo havendo a existência nestes grandes centros de uma rede “consolidada”, há dificuldade de levar a atenção básica aos grupos mais vulneráveis, sendo fundamental que seja garantida “a integralidade considerada na dimensão da integração aos demais níveis de complexidade da rede de serviços de saúde”. (BRASIL.MS., 2002, p. 17)

Nesta direção Sousa et al. (2000) apontam a necessidade de um conjunto de medidas estratégicas para a expansão e consolidação da ESF que se voltem para os aspectos mais macropolíticos, como por exemplo: composição de uma agenda política sobre a reforma dos sistemas municipais de saúde por parte dos governantes estaduais e municipais; a presença de um processo de articulação entre ensino e serviços, com a revisão pelas instituições formadoras do perfil do profissional que melhor atenda às necessidades do sistema de saúde; incorporação de medidas de monitoramento e avaliação das ações de saúde, dentre outros

aspectos. Esta agenda implica de certa forma a conformação de ferramentas para o nível mais macro de ação em relação à Saúde da Família.

1.1.3 Saúde da Família: uma leitura possível das necessidades de saúde

Sabemos que o processo de implantação da Saúde da Família nos municípios ainda é recente e marcado por uma diversidade muito intensa, portanto, são necessários maiores debates e reflexões quanto à operacionalização, aos limites e às possibilidades em relação a tornar-se universal, “[...] ultrapassando as abordagens restritas e homogêneas que não consideram as pluralidades locais”. (SENNA, 2002, p.210)

Souza et al. (2000, p.13) ainda apontam que nos grandes centros urbanos têm-se agravadas algumas situações vivenciadas em pequenos municípios, sendo necessário na atenção básica, e na Saúde da Família em específico,

[...] elevar a complexidade incorporando tecnologias adequadas e, ao mesmo tempo, as ações de promoção de saúde, fortalecendo práticas e hábitos de vida saudável e trabalhando com enfoque intersetorial para enfrentar os problemas característicos do meio urbano, como saúde mental, violência, drogas, alcoolismo.

Neste sentido, no trabalho na Saúde da Família, as equipes carecem de ferramentas para sua ação cotidiana, que impliquem em conhecimentos, tecnologias diversas para a lida com os problemas complexos que se fazem presentes na prática da Saúde da Família, uma vez que as equipes não dispõem de ferramentas ou têm dificuldades de fugir à lógica da atenção imediata aos problemas apresentados pelos usuários e famílias atendidas, visando a traduzir aquilo que os usuários e suas famílias demandam enquanto necessidades de saúde e que podem sustentar a definição de ações para o atendimento dessas necessidades.

Campos (2004), em seu estudo de doutoramento sobre necessidades de saúde, já assinala a escassez de produções que tratem do tema das necessidades articuladas à organização de modelos de atenção e aponta a premência de investigações que se dirijam a esta temática. A autora enfatiza que, no processo de implantação e implementação do SUS,

várias propostas de reorientação da assistência à saúde foram se constituindo no país, numa disputa de modelos de atenção diversos, pautados em diferentes teorias interpretativas do processo saúde-doença. [...] Passaram eles a reorientar o foco da atenção para **necessidades (grifo nosso)** ao invés de problemas, buscando dar uma feição cada vez mais ampliada e consistente ao projeto que fundamentou o SUS, tornando-se então a superação de ações imediatistas, reduzidas e focadas na expressão do desgaste, para que pudessem produzir impacto e resolubilidade diferenciadas, na perspectiva de atacar as raízes dos problemas de saúde. (CAMPOS, 2004, p.4)

Moreira (2001, estudando o diagnóstico de saúde como uma ferramenta para constituição de sujeitos na Saúde da Família, afirma que esta pode ter a potência de se utilizar de ferramentas e espaços que levem à maior participação da população. A autora assinala que “definir um problema de saúde depende do que se toma como saúde e como doença” e que na Saúde da Família os espaços de participação de usuários e trabalhadores

poderiam se constituir também em espaços com potencial de ampliação ou aprofundamento da consciência sanitária, não só da população atendida pelo serviço, mas também dos técnicos responsáveis por este atendimento, emergindo daí sujeitos comprometidos com a vida. Na atualidade sanitária brasileira, as questões apontadas se fazem presentes e se colocam em maior evidência na proposta do PSF, uma alternativa de política pública que apresenta a possibilidade de abertura de um espaço para a expressão das necessidades da comunidade, caso as equipes de saúde envolvidas, pela maior proximidade, sejam a elas sensíveis e os gestores comprometidos com o coletivo. (MOREIRA, 2001, p. 7)

Levar em conta a “expressão das necessidades da comunidade” significa estarmos atentos para “o que as pessoas pensam sobre os problemas e quais soluções buscam para seu enfrentamento”, de forma que se possam contemplar as necessidades da população no diagnóstico, planejamento das ações de saúde. “A experiência da população, expressa nas formas de pensar e agir, precisa ser considerada pelos serviços e seus planejadores, na perspectiva de que as carências sejam elaboradas em conjunto.” (MOREIRA, 2001, p.11)

E nesta direção, aponta que a Saúde da Família, ao se fundamentar em premissas de reconhecimento e apropriação do território por uma equipe de saúde multiprofissional, com proximidade com as famílias, estabelecendo relações de longa duração com vínculo e permitindo a construção de espaços de participação ativa da população nos processos de gestão, deveria levar em conta as “necessidades de saúde de sua população, enfatizando a equidade, na tentativa de atingir os grupos mais desfavorecidos, buscando a eficácia social [...]” (MOREIRA, 2001, p.16)

Estes aspectos nos levam a pensar sobre a forma como nós, trabalhadores de saúde, temos feito a tradução dos problemas trazidos pela população usuária da Saúde da Família. Temos instrumentos/ferramentas para apreender as necessidades ou temos nos restringido à identificação estrita de problemas expressos pelos usuários?

Merhy (1997), ao discutir a micropolítica do trabalho em saúde, apresenta uma ferramenta para análise do processo de trabalho, o “fluxograma analisador do modelo de atenção à saúde de um serviço de saúde”, com várias etapas a saber: a primeira é a entrada dos usuários no serviço de saúde, onde é preciso identificar de onde vêm?, quem são?, são da área do serviço ou não?, pertencem àquela cidade?, por que procuram este serviço?, que necessidades expressam? dentre outros questionamentos. Esta identificação faz parte da etapa de recepção, e a partir daí se define como esses usuários são recebidos no serviço de saúde.

O autor, contudo, nos chama a atenção de que o trabalhador de saúde, nesse momento, no encontro dele com o usuário, tem uma certa autonomia para “decidir coisas”. Vale salientar que o usuário apresenta-se portador de uma dada necessidade de saúde, e o trabalhador de um arsenal de saberes específicos e práticas capazes de serem operadas para atender ou não à necessidade expressa pelo usuário.

Portanto, Merhy (1997, p.76-77) coloca que ao

“carregar” a representação de um dado “problema” como “problema de saúde/necessidade de saúde”, procura obter neste encontro, no mínimo, uma relação de compromisso que tenha como base a “sinceridade”, a “responsabilização” e a “confiança na intervenção, como uma possível solução”; o outro, também está procurando nesta relação algumas coisas, também tem necessidades, mas esta procura não necessariamente tem algo a ver com o que o outro espera.

Além disso, este trabalhador de saúde opera em um espaço que é de “autogoverno”, e que também lhe dá a possibilidade de “privatizar” o uso deste espaço, a depender do modelo técnico-assistencial, sem que precise prestar conta do quê e de como está atuando. (MERHY, 1997)

Depois da etapa de recepção, existe o momento de decisão, onde o serviço vai utilizar critérios para definir se o que o usuário traz como “problema de saúde” será objeto ou não de ação do serviço e de intervenção tecnoassistencial.(MERHY, 1997)

Os critérios adotados para essa decisão são muitos e variados, porém é preciso identificar como está sendo feito esse atendimento, se através de uma simples recusa deste usuário ou se a negação é

processada dentro de uma certa lógica “acolhedora” e assistencial (a qual destacamos como sendo, por enquanto, aquele espaço interseção (sic) trabalhador/usuário que se abre para um processo de escutas dos problemas, para uma troca de informações, para um mútuo reconhecimento de direitos e deveres, e para um processo de decisões que pode possibilitar intervenções pertinentes e/ou eficazes, em torno das necessidades dos usuários finais). (MERHY, 1997, p.77-78)

É importante salientar que os processos de “aceitação” do “problema de saúde ou da necessidade” são variados por conta dos diversos critérios adotados. O necessário é a descrição mais detalhadamente possível de todos os mecanismos que foram utilizados para dizer sim ou não ao usuário, além da descrição de como isto é feito, por quem é feito e para onde o usuário é mandado.(MERHY, 1997)

Estes critérios darão sentido ao conceito de “necessidades de saúde” que o serviço utiliza e se o “problema de saúde ou a necessidade”, representado pelo usuário, vai servir de base para a construção ou não de uma relação com ele.(MERHY, 1997)

Após a etapa da tomada de decisão, a seguinte é a da intervenção tecnológica e assistencial, onde o trabalho se concretiza através de um conjunto de sabedorias e de práticas com o objetivo de intervir sobre um determinado “problema de saúde”, de acordo os critérios estabelecidos pelo modelo de atenção do serviço, levando-se em consideração “um ‘objeto de ação de saúde’ em um dado processo individual ou coletivo, visando alterar a lógica do sofrimento representada como problema de saúde pelo usuário ou o seu percurso no indivíduo ou no coletivo, ou mesmo alterar a sua produção no nível do conjunto das relações sociais”. (MERHY, 1997, p.78)

É interessante, nesse momento, descrever o que se faz, como e quem faz, com os usuários que adentram no serviço de saúde. É preciso também descrever sobre as intervenções sobre aqueles que vão sair, e de que maneira eles saem.

De uma maneira clássica, os serviços de saúde dão saída dentro de uma tipologia prevista que Merhy (1997, p.79) exemplifica como “alta por cura, por óbito e por abandono (ou fuga), encaminhamentos para exames ou para outros serviços assistenciais e retornos dos mais diferentes tipos para o próprio serviço”.

Ao respondermos como um dado serviço, a partir do ponto de vista de um certo modelo de atenção, o que produz, como produz, por quem, para quê, para quem é, permitirá chegarmos ao “fluxograma-resumo”, ou seja, um analisador do modelo de atenção de um serviço. (MERHY, 1997)

O autor nos revela que esse fluxograma permite a busca de alternativas, no intuito de identificar qual o sentido último de qualquer serviço de saúde, que ele aponta como sendo “o de se centrar no usuário e intervir a partir de seus problemas, procurando contribuir para um caminhar mais autônomo daquele, no seu “modo de andar a vida”.(MERHY, 1997, p.79)

Assim, nesta investigação tem-se como pressuposto que as equipes de Saúde da Família ainda não dispõem de ferramentas cotidianas para a leitura de necessidades de saúde expressas pelas famílias e usuários atendidos nas unidades prestadoras de assistência à saúde, segundo a lógica da Saúde da Família, e a taxonomia de necessidades proposta por Matsumoto (1999) pode se constituir em potente ferramenta para esta leitura.

Tomando por referência este pressuposto, a presente investigação tem por objetivo central utilizar a taxonomia de necessidades de saúde de Matsumoto (1999) como instrumento de leitura de necessidades junto a uma unidade de Saúde da Família, a partir da ótica das famílias atendidas.

Tem como objetivos específicos:

1. Identificar e analisar as necessidades de saúde expressas pelas famílias acompanhadas por uma unidade de Saúde da Família, segundo a taxonomia de necessidades de saúde de Matsumoto (1999);
2. Analisar a taxonomia como ferramenta para a leitura das necessidades de saúde na Saúde da Família.

1.2 A taxonomia de necessidades de saúde de Matsumoto como suporte para leitura de necessidades na Saúde da Família

O conceito de necessidades nos remete a diversas interpretações e formas de aplicação, a depender da área de conhecimento bem como das correntes do pensamento, existindo, portanto, vários estudos sobre o tema necessidades de saúde com distintas abordagens.

Campos (2004), em sua tese de doutoramento, identificou estudos na produção científica a partir da década de 1990, categorizados pela autora em dois grandes grupos: necessidades de saúde no âmbito abstrato do conceito, e o outro grupo no âmbito operacional do conceito que vem sendo usado pela área do planejamento em saúde.

Em relação ao grupo de estudos na dimensão abstrata do conceito, Campos (2004, p. 5) afirma que

[...] estão assentados na conceituação sobre necessidades de saúde, na sua dimensão abstrata, e de certa forma, na sua aplicabilidade às práticas de saúde. Parece que tomam como central as condições essenciais para a manutenção da vida, sendo que algumas avançam no sentido de trazer a questão do direito e da cidadania.

Campos (2004)⁷ traz alguns autores como Leopardi (1992), Mendes Gonçalves (1992), Vaistman (1992), Melo Filho (1992), Carneiro (2002) que produziram estudos sobre necessidades, focando esta dimensão abstrata do conceito.

⁷ Uma leitura mais detalhada da produção apresentada por Campos (2004) pode ser encontrada na *Introdução: o objeto e o problema de estudo*, páginas 5 a 13. CAMPOS, CMS Necessidades de saúde pela voz da sociedade civil (os moradores) e do Estado (os trabalhadores de saúde). 2004, 187 p. Tese (doutorado), Escolas de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

Quanto ao segundo grupo de estudos sobre necessidades de saúde, estes trazem o conceito de necessidades na dimensão concreto-operacional, permitindo “um recorte de necessidades a partir do qual será organizada a produção de serviços de saúde, ou seja, as necessidades apresentadas por aqueles que organizam a assistência.” (CAMPOS, 2004, p.7) Autores como Stotz (1991), Doyal, Gough (1991), Iunes (1995), Mandu e Almeida (1999), Robinson et al. (1999), Matsumoto (1999), Dussault e Souza (2000), Lima et al. (2000).

Neste estudo, fizemos a opção pela adoção da taxonomia de necessidades de saúde de Matsumoto (1999), uma vez que a mesma melhor se aplicaria ao cenário da Saúde da Família, numa realidade concreta e circunscrita, possibilitando a leitura das necessidades de saúde, considerando-se a inserção e o contexto das condições de vida dos sujeitos no nível local. A taxonomia ainda se mostra adequada, levando-se em conta a questão da saúde como direito que fundamenta o SUS, e a perspectiva de saúde no conceito ampliado colocado pela Saúde da Família.

Em seu estudo, essa autora apresenta uma síntese da revisão sobre as concepções de necessidades e traz que

- a) se bem que a saúde é um bem coletivo, que diz respeito a toda sociedade, a doença tem características individuais. A dimensão social dos fenômenos de saúde é a síntese das exigências, das condições particulares de cada homem e mulher.
- b) As necessidades de saúde são sempre históricas e cambiantes, ou há uma normatividade histórica do que seja saúde.
- c) As necessidades de saúde são de natureza subjetiva e individual e postuladas por um sujeito, o que significa admitir, explicitamente, o valor e as implicações cognitivas deste valor : o “individual”.
- d) Necessidade de saúde não é um conceito suscetível de ser defendido nem pelo indivíduo isolado e “livre”, abstraído de suas relações concretas, nem pela “estrutura” social colocada de forma genérica.”(MATSUMOTO, 1999, p.83)

A partir destas questões, a autora em sua investigação construiu uma taxonomia de necessidades de saúde, organizada com base em vários enfoques e diferentes perspectivas do conceito de necessidade de saúde, a partir de diferentes correntes teóricas, sendo que, segundo a autora, “é uma taxonomia intencionalmente eclética”.(MATSUMOTO, 1999, p.84)

Assim, a taxonomia de necessidades de saúde de Matsumoto (1999) contempla: necessidade de boas condições de vida, garantia de acesso a todas as tecnologias, necessidade de ter vínculo com um profissional ou equipe de saúde (sujeitos em relação), necessidade de autonomia e autocuidado na escolha do modo de “andar a vida”, na construção do sujeito.

- 1. Necessidade de boas condições de vida:** as condições de vida aparecem como um enfoque humanista e marxista. A saúde-enfermidade é o produto da associação de diversas causas que se refletem na sociedade, porém de forma diferenciada no interior da comunidade. A doença pode caracterizar as dificuldades encontradas pelos indivíduos na sua vida cotidiana e pode expressar os conflitos existentes, numa dada sociedade, que demandam ações de saúde individuais e coletivas.

As necessidades de boas condições de vida incluem o direito a ter melhores condições de moradias, saneamento básico, alimentação, emprego e educação para que, tanto a nível individual como coletivo, se almeje saúde. A autora refere que “para que estas possam ser vistas como respeito à vida, é necessário o trabalho de intersetorialidade como estratégia política e operacional na promoção da saúde, superando a visão biologicista [...] garantindo a ação integral de saúde”.(MATSUMOTO, 1999, p.102)

- 2. Garantia de acesso a todas as tecnologias:** a idéia da garantia do acesso às tecnologias para a melhoria e o prolongamento da vida pode ser trabalhada através de uma abordagem individual ou coletiva. Uma ação individual deve estar articulada às ações coletivas, buscando compreender que uma necessidade ou demanda, expressa por um indivíduo durante sua procura ao serviço de saúde, pode ser a expressão das aspirações ou desejos de uma dada sociedade.

O uso do termo tecnologias, a partir da visão apresentada por Matsumoto (1999), precisa ser revisto, ser reconceitualizado. Merhy (1997), ao discutir o trabalho em saúde, aponta que no trabalho em geral (e por conseguinte o trabalho em saúde),

a idéia de tecnologia está muito vinculada não só a de equipamento tecnológico, mas também a de um certo *saber* fazer, e a *um ir* fazendo, que inclusive dão sentidos ao que será ou não “a razão instrumental” do equipamento. (MERHY, 1997, p.84)

Assim, o autor traz as definições de *tecnologias duras, leve-duras e leves*, onde a primeira diz respeito às que são representadas pelas máquinas, instrumentos, normas, estruturas organizacionais, utilizadas no trabalho e que implicam na incorporação de trabalho anterior; a segunda pelos saberes estruturados que operam no processo de trabalho, estão presentes na caixa de ferramentas do trabalhador e são utilizadas de acordo com a forma como são expressas e produzidas as necessidades socialmente, ou seja, é o conhecimento técnico e como o trabalhador aplica esse conhecimento ao cuidar do usuário; e a terceira que são as tecnologias de relações, “do tipo vínculo, autonomização, acolhimento, gestão como uma forma de governar processos de trabalho” (MERHY, 1997, p. 121). Estas são imprescindíveis para a produção do cuidado e também se referem à atitude individual de cada profissional e têm uma determinada intencionalidade que está ligada ao modo de ser ou à subjetividade desse profissional.

3. Necessidade de ter vínculo com um profissional ou uma equipe de saúde (sujeitos em relação): a criação de um vínculo, entre usuário e profissional ou equipe de saúde, pode ser um potencializador para a transformação das práticas de saúde, através da valorização da construção de sujeitos autônomos. E para que isto ocorra “é necessário restabelecer a arte da fala e da escuta entre profissionais e usuários, entre equipe e família, entre instituição e sociedade. Tornando-se os profissionais, a equipe e a instituição a referência do usuário individual e coletivo, aumentando a eficácia das ações de saúde”. (MATSUMOTO, 1999, p.106)

Nesta direção, Mehry (1994) afirma ser fundamental que

[...] no cotidiano dos nossos trabalhos e na coletivização da gestão dos nossos serviços, [...], construindo um novo proceder em saúde que se orienta pela construção de um vínculo efetivo entre os usuários e trabalhadores na busca da garantia do acesso dos usuários às ações de saúde, oferta de múltiplas opções tecnológicas para enfrentar os diferentes problemas de saúde [...]. (MERHY, 1994, p.124).

Esta idéia de necessidade de criação de vínculo tem sido muito estimulada para ser trabalhada no Programa de Saúde da Família. Porém, não somente o PSF deve estabelecer vínculo com a comunidade, mas todos os serviços de saúde, de forma que venha a incentivar a co-responsabilidade dos usuários com a sua saúde.

4. Necessidade de autonomia e autocuidado, na escolha do “modo de andar a vida”, na construção do sujeito: segundo Matsumoto (1999, p.97), “estas idéias têm sido defendidas por Mehry e Souza Campos, tomando as concepções trabalhadas por Canguilhem: ‘os modos de andar a vida’”, sendo que a autora se apóia nas idéias destes dois autores, ao estabelecer esta necessidade à taxonomia formulada. Vale a pena ressaltarmos algumas das idéias trazidas por estes autores e exploradas por Matsumoto (1999).

Campos, G.W. (1994), ao discutir a necessidade de reordenamento da clínica e da saúde pública, assinala a importância de ultrapassar os limites históricos de suas conformações, e, neste sentido propõe um repensar da função social destas duas práticas. A partir desta questão coloca em discussão o repensar do conceito de cura, frisando que “o objetivo de todo trabalho terapêutico é ampliar a capacidade de autonomia do paciente”. Dessa forma, afirma que

poderíamos propor uma reconstrução do conceito de Cura: curar alguém seria sempre lutar para a ampliação do COEFICIENTE DE AUTONOMIA dessa pessoa. [...] faria parte fundamental de qualquer projeto terapêutico todo esforço voltado para aumentar a CAPACIDADE DE AUTONOMIA do paciente, para melhorar seu entendimento do próprio corpo, da sua doença, de suas relações com o meio social e, em consequência, da capacidade de cada um instituir normas que lhe ampliem as possibilidades de sobrevivência e qualidade de vida.”(CAMPOS, G.W., 1994, p. 50)”.

Na mesma direção, Merhy (1994), também se apoiando em Canguilhem, reflete que

[...] o usuário tem uma esperança de que as ações de saúde consigam melhorar a sua vida, i.é, consigam lhe dar mais capacidade para enfrentar os problemas que ele tem diante de si no seu cotidiano. Ele espera ir se tornando mais sabido, para ir resolvendo, por si, parte de seus sofrimentos e para ir solucionando parte dos obstáculos que lhe tem causado problemas. Ou seja, o usuário tem interesse em ser cada vez mais autônomo diante do seu caminhar na vida.(MERHY, 1994, p.120).

A necessidade de autonomia é trabalhada, ainda, pela Educação em Saúde, sendo que Matsumoto (1999, p.99), com a ajuda de Stotz (1993), aponta que, segundo os enfoques

presentes na educação em saúde, há a preocupação da existência de indivíduos livres e com a capacidade de realizar, mediante o acesso à informação e opções em relação aos seus comportamentos e ações.

Considerando os limites de tal proposição, Stotz (1991), citado por Matsumoto (1999, p.100-101), conclui que há uma necessidade de combinar enfoques diferentes, buscando uma síntese que incorpore aspectos de distintas abordagens, uma vez que a natureza do “objeto” com que lidam os educadores sanitários é bastante complexa, enfatizando que “os novos educadores” devem dirigir suas ações e esforços para que indivíduos possam enfrentar os seus problemas, como sujeitos de suas próprias vidas. (MATSUMOTO, 1999)

Matsumoto (1999), apoiada neste aporte conceitual, chama atenção de que um trabalho terapêutico deve proporcionar o aumento da autonomia dos usuários, de forma a permitir que se perceba o indivíduo enquanto sujeito, com condições de fazer a sua escolha no seu “modo de andar a vida”. A autora refere ainda que esse trabalho deve facilitar a compreensão do usuário em relação ao seu organismo, sua doença (ou sofrimento) e suas relações com o meio social, de forma que este “tenha maior disponibilidade de escolher entre vários modos de andar a vida, e de aumentar suas condições de instituir normas que ampliem e melhorem sua capacidade de sobrevivência”. (MATSUMOTO, 1999, p.109)

Consideramos assim que a taxonomia de necessidades de saúde de Matsumoto (1999) atende aos aportes da Atenção Primária à Saúde (e que sustentam a Saúde da Família), revistos mais recentemente pela Organização Pan-Americana de Saúde que aponta quatro enfoques para a APS: conjunto limitado de atividades dos serviços de saúde para os pobres (enfoque de atenção seletiva); nível de atenção de um Sistema de Saúde, uma estratégia para organizar os sistemas de atenção de saúde e a sociedade para promover a saúde, uma filosofia que atravessa a saúde e os setores sociais. (OPAS, 2005). Este último enfoque se volta para a saúde e direitos humanos

Concibe la salud como un derecho humano y subraya la necesidad de responder a los determinantes sociales y políticos más amplios de la misma. Difiere por su mayor énfasis en las implicaciones sociales y políticas de la Declaración de Alma Ata que en sus principios. Defiende que si se quiere que el contenido social y político de Alma Ata logre mejoras en la equidad en salud este debe orientarse más hacia el desarrollo de políticas “inclusivas, dinámicas, transparentes y apoyadas por compromisos legislativos y financieros” que a estar detrás de aspectos específicos de la enfermedad. (OPAS/OMS, 2005, p. 5)

2 PERCURSO METODOLÓGICO

“A mudança não é um trabalho exclusivo de alguns homens, mas dos homens que a escolhem”

Paulo Freire

2.1 Sobre a opção da pesquisa

A opção desta pesquisa foi pela abordagem qualitativa por entendermos que melhor se aplica ao propósito deste estudo, uma vez que o objetivo do mesmo se volta para a utilização da taxonomia de necessidades de saúde de Matsumoto (1999) como instrumento de leitura de necessidades junto a uma unidade de Saúde da Família, a partir da ótica das famílias atendidas, onde há a expressão de suas subjetividades e crença, nos permitindo a interpretação de uma realidade específica, demarcada pela inserção dos sujeitos envolvidos, no estudo, que vivem e mantêm relações em um contexto sócio-histórico-cultural, marcado por determinações políticas e econômicas próprias.

As pesquisas de abordagem qualitativa “[...] ressaltam a importância do ambiente na configuração da personalidade, problemas e situações de existência do sujeito”. (TRIVIÑOS, 1994, p.128)

O mesmo autor refere que o significado é a preocupação essencial na abordagem qualitativa. Assim, “[...] uma das grandes postulações da pesquisa qualitativa é a de sua atenção preferencial pelos pressupostos que servem de fundamento à vida das pessoas”. (TRIVIÑOS, 1994, p.130).

2.2 O campo da pesquisa: caracterização do município de Jequié-BA

2.2.1 Características geográficas e demográficas

O município de Jequié situa-se na região sudoeste do Estado da Bahia, distando 364 km da capital, Salvador, entre a zona da mata e a caatinga, tendo por isto um clima quente e úmido com temperaturas que variam entre 13° (junho) e 36° (fevereiro). Possui uma área total de 3.035 km², (IBGE, 2000) e tem como limites os municípios apresentados no mapa a seguir.

Mapa 1: Distribuição dos distritos e povoados do município de Jequié - BA, 2005.

Criação: CARDOSO, Jéferson P., Jequié/BA, 2003.

A zona rural do município corresponde a 18% de seu contingente populacional, concentrando-se nos seguintes distritos e povoados, segundo dados do Plano Municipal de Saúde para 2002-2005, da Secretaria Municipal de Saúde de Jequié (BAHIA (Estado), 2002):

1. Distritos: Florestal, Itajuru, Boaçu, Monte Branco, Baixão, Oriente Novo, Itaibó, e Barra Avenida.

2. Povoados: Tamarindo, Campo Largo, Conjunto Emiliano (I, II e III), Santa Rita, Nova Esperança, Boa Vista, Humaitá, Morro Verde, Deus Dará, Cachoeirinha, Rio Preto do Costa e Macela.

Possui um relevo bastante acidentado, com a presença marcante de planícies, morros e serras, sendo que este tipo de relevo também se faz presente na zona urbana com acesso dificultado em muitos bairros da cidade. (BAHIA (Estado), 2002)

A população estimada para o município de Jequié para 2005 é de 148.728 habitantes (BRASIL.MS., 2005a), porém, segundo o censo de 2000, a população é de cerca de 147.202 habitantes, sendo que no Quadro 1 são apresentadas algumas características desta população. (BAHIA (Estado), 2002)

Quadro 1: Aspectos demográficos do município de Jequié-BA., 2005

ASPECTOS DEMOGRÁFICOS			
DADOS POPULACIONAIS			
1. TOTAL	2. URBANA		3. RURAL
147.202	130.296		16.906
LOCALIDADE	SEXO		TOTAL
	MASC.	FEM.	
URBANA	62.749	67.547	130.296
RURAL	9.150	7.756	16.906

Fonte: IBGE/2000

Podemos observar através dos dados do Quadro 1 que a população de Jequié concentra-se na zona urbana, processo que vem ocorrendo devido ao êxodo rural, em função das dificuldades encontradas no que diz respeito principalmente ao desemprego.

2.2.2 Características socioeconômicas e culturais

O setor agrícola é uma das principais atividades produtivas da economia jequieense. Entretanto, em relação ao setor industrial, a indústria têxtil é uma das atividades mais fortes do município, tendo a cidade um Distrito Industrial de 55 hectares de área. No local, encontram-se 24 empresas com mais de 1.400 funcionários que fabricam peças para o vestiário, calçado e outros produtos derivados de couro, alimentos, materiais plásticos, torrefação de café etc. (BAHIA (Estado), 2002)

A atividade primária mais importante da região é a pecuária, ocupando um total de 80,5% das terras. (BAHIA (Estado), 2002)

Com a instalação do Posto de Distribuição de Petróleo e Álcool (POLIDUTO), a cidade tem sido considerada a maior distribuidora de derivados do interior, abastecendo toda a região sudoeste da Bahia e o norte de Minas. Isto ocorre devido à implantação das bases de distribuição das empresas: Petrobras, Esso, Ypiranga/Atlantic, Shell, Gás Butano e Minas Gás.

Ainda, a cidade possui um comércio bastante diversificado, absorvendo a maioria da mão-de-obra do município.

A população de Jequié economicamente ativa atinge 56,09%, distribuída da seguinte forma: 35% comércio; 30% agropecuária; 19% indústrias; 16% outros (BAHIA (Estado), 2002). Apesar do grande potencial industrial e a possibilidade de crescimento econômico, a população economicamente ativa ainda é baixa, ao levarmos em consideração que aproximadamente 44% estão fazendo parte das estatísticas de desemprego e subemprego. (BAHIA (Estado, 2002)

O município vem buscando um crescimento cultural e conta com várias Instituições de formação universitária e serviços culturais de distintas naturezas. As Instituições de Ensino Superior vinculadas ao setor público são a Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia com os Cursos: Ciências Biológicas (Licenciatura Plena; Bacharelado com Ênfase em Genética e Águas); Química, Biologia e Matemática (Licenciatura Plena - Enfoque em Informática); Ciências da Computação; Enfermagem (Bacharelado); Fisioterapia (Bacharelado); Educação Física (Licenciatura Plena); Odontologia; Engenharia de Alimentos; Agronomia e Zootecnia (Bacharelado); Geografia, História, Letras (com Habilitação em Português e Literaturas de Língua Portuguesa); Pedagogia (Licenciatura Plena); Comunicação com Habilitação em Jornalismo e Direito (Bacharelado). No setor privado, conta com a Faculdade de Ciências Contábeis de Jequié, com o Curso de Ciências Contábeis (Bacharelado), e a Faculdade de Tecnologia e Ciências com cursos de Administração em Marketing, Recursos Humanos e Agronegócios e Enfermagem.

2.2.3 Saneamento básico

A Empresa Baiana de Água e Saneamento S/A (EMBASA) é o órgão que responde pelo saneamento básico do município. De acordo com a empresa, 31.415 (81%) dos domicílios são abastecidos com água tratada, porém somente 18.535 (59%) possuem hidrômetro. Segundo técnicos da empresa, a água que abastece o município é de ótima qualidade, sofrendo tratamento físico-químico rigoroso, através de uma estação de tratamento moderna, além de ser realizado tratamento preventivo à base de cloro e flúor.

Na maioria dos distritos, o abastecimento vem sendo realizado com simples captação, armazenagem e distribuição, sem ocorrer qualquer tipo de tratamento. Em alguns distritos, porém, a água consumida provém de nascentes, poços artesianos, fontes e rios. Quanto ao esgotamento sanitário, 17.278 (55%) das residências estão ligadas à rede de esgoto geral, sendo seus dejetos tratados na estação de tratamento.

Em relação à coleta de lixo, a mesma é feita pela Prefeitura Municipal, através do Departamento de Obras. Nas áreas centrais da cidade, a coleta é diária e segue um roteiro e horário já preestabelecido. Nas periferias, é usado contêiner para o armazenamento do lixo, sendo os mesmos recolhidos de dois em dois dias. O destino final do lixo é o aterro sanitário que dista 8 km do centro da cidade. (BAHIA (Estado), 2002)

2.2.4 Infra-estrutura de serviços de saúde do município

O município dispõe de uma ampla rede de serviços de saúde:

1. Unidades da Rede Municipal de Saúde de Jequié⁸:

- Centro de Saúde: Almerinda Lomanto e Centro de Saúde Sebastião Azevedo (rede própria);
Centro de Saúde Júlia Magalhães e Centro de Saúde de Jequié (rede estadual cedida ao município);

⁸ Dados obtidos junto ao Departamento de Planejamento da Secretaria Municipal de Saúde de Jequié. (2005)

- Unidades de Saúde da Família: Dr.Antônio Carlos Martins, Dra.Isa Borges, Padre Hilário Terosi - INOCOOP I e II (atuam duas equipes numa mesma unidade), Dr.Milton Rabelo, Dra.Tânia Diniz Correia Leite de Brito, Senhorinha Ferreira de Araújo, Dr.Rubens Xavier, Odorico Mota, Gizerlando Biondi, Ildefonso Guedes, Gilson Pinheiro, Aurélio Schiarreta, Waldomiro Borges Filho, Isabel Andrade
- Postos de Saúde: Boa Vista, Campo Largo, Nova Esperança, Itaibó, Oriente Novo, Monte Branco, Santa Clara, Boaçu, Barragem de Pedra, Ouro, Tamarindo, Baixão, Barra Avenida, Cachoeirinha, Vigilância Sanitária e CAIC.

O município ainda conta com outros serviços especializados: Centro de Atenção Psicossocial Guito Guigó (CAPS), Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), Centro de Atenção Especializada (CAE), Centro Municipal de Atenção Especializada em Saúde Bucal, Centro de Referência DST/AIDS, Expresso da Saúde.

Convém ressaltar que estamos utilizando neste estudo a definição de posto de saúde, centro de saúde e unidades de Saúde da Família do Manual de Preenchimento das Fichas de Cadastramento de Estabelecimento de Saúde do Ministério da Saúde (FCES). Assim:

- ✓ Posto de Saúde: Unidade destinada à prestação de assistência a uma determinada população, de forma programada ou não, por profissional de nível médio, com a presença intermitente ou não do profissional médico.
 - ✓ Centro de Saúde/Unidade Básica de Saúde: Unidade para realização de atendimentos de atenção básica e integral a uma população, de forma programada ou não, nas especialidades básicas, podendo oferecer assistência odontológica e de outros profissionais de nível superior. A assistência deve ser permanente e prestada por médico generalista ou especialistas nestas áreas podendo ou não oferecer : serviços de apoio diagnóstico e terapêutico (SADT) e Pronto-atendimento 24 Horas.
-

- ✓ Unidade de Saúde da Família: Unidade pública específica para prestação de assistência em atenção contínua programada nas especialidades básicas e com equipe multidisciplinar, para desenvolver as atividades que atendam às diretrizes do Programa de Saúde da Família do Ministério da Saúde.

Em relação às unidades prestadoras de serviços de saúde pertencentes ao Estado temos:

- Hospital Geral Prado Valadares: rede conveniada sob Gestão Estadual, prestando serviço ao município por meio de celebração de convênio.
- Centro de Referência de Doenças Endêmicas Pirajá da Silva: sob Gestão Estadual.

Quanto às entidades prestadoras de serviços de saúde privada contratada (rede complementar), o município apresenta as seguintes unidades:

- ❑ IORTE
- ❑ Hospital SERVIR
- ❑ Hospital Perpétuo Socorro
- ❑ Hospital Santa Helena
- ❑ Hospital São Vicente

O sistema de referência e contra-referência do município segue o desenho do Plano Diretor de Regionalização do Estado da Bahia e da Programação Pactuada Integrada de 2003, tendo a Central de Regulação da Assistência a Saúde de Jequié (CERAJE) a principal estratégia para que o usuário tenha acesso aos serviços de média e alta complexidade. No que diz respeito aos serviços de média complexidade, o município oferece as especialidades básicas: clínica médica, pediatria, cirurgia, obstetrícia e disponibilização de leitos de psiquiatria.

Em se tratando da atenção secundária, quanto às consultas médicas especializadas, o município oferta no sistema local de saúde, as seguintes especialidades: cardiologia, oncologia sem quimioterapia, cirurgia geral, endocrinologia e metabologia, fisiatria,

gastroenterologia, neurologia, oftalmologia, psiquiatria, reumatologia, urologia, ortopedia com imobilização provisória, atendimento ao acidentado do trabalho e medicina do trabalho. Estas consultas especializadas estão disponíveis através dos serviços próprios/conveniados da rede pública e da rede complementar (contratados).

Em relação à estratégia de Saúde da Família (incluindo aí o Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS e o Programa de Saúde da Família - PSF), para o ano de 2000, havia uma estimativa de 39.806 famílias onde 30.412 eram acompanhadas pelo PACS, refletindo numa cobertura de 75%. Nessa época, a cobertura por programa era de 47% para o PACS e 28% para o PSF através das 11 equipes de Saúde da Família implantadas. Estes dados podem ser melhor observados na figura abaixo.

Fonte: BAHIA.SMS.SIAB.JEQUIÉ. 2003

Figura 1- Comparativo do número de famílias cadastradas pela Estratégia de Saúde da Família (PACS/PSF) em relação às estimadas no município de Jequié-BA., 2002.

Para o ano de 2005, segundo dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) (novembro de 2005) têm-se 31.310 famílias cadastradas (incluindo o PACS e o PSF), correspondendo a uma cobertura de 84,37%.

Segundo informações do Núcleo de Atenção Básica da SMS de Jequié, através do Programa de Expansão e Consolidação de Saúde da Família (PROESF), o município tem a pretensão de ampliar a cobertura para 70% do PSF até dezembro de 2009.

Quanto à composição das equipes de Saúde da Família no município de Jequié, tem-se uma equipe básica constituída por: 01 médico, 01 enfermeiro, 02 auxiliares de enfermagem e 06 a 08 ACSs. A jornada de trabalho é de 40 horas semanais, sendo 08 diárias, compreendendo o turno matutino e vespertino. Além desses membros, existe um pessoal de apoio que é composto por: agente administrativo, auxiliar de serviços gerais e vigilantes noturnos.

2.3 A seleção da unidade de Saúde da Família - a Unidade de Saúde da Família Antônio Carlos Martins como cenário do estudo

Para o desenvolvimento desta investigação, foram considerados critérios para a definição da unidade de saúde que compôs a pesquisa, uma vez que não se tinha a pretensão da realização do estudo em todo o município de Jequié. Assim, foram consideradas:

- Unidades que do ponto de vista geográfico e funcional (tipo de atividades e organização do oferecimento destas) são de fácil acessibilidade para a população;
- Unidades que tinham de 80% a 100% das famílias cadastradas e acompanhadas;
- Unidades que tinham maior número de famílias acompanhadas em relação ao número de famílias cadastradas pela equipe de Saúde da Família;⁹
- Unidades que tinham em sua área de atuação a existência de Conselhos Locais de Saúde.

Para o ano de 2004, as unidades de Saúde da Família estavam distribuídas na zona rural e urbana. Na zona urbana, existiam nove equipes que atuavam em oito unidades de Saúde da Família, visto que em uma unidade trabalhavam duas equipes. Ainda, na zona rural existiam duas equipes (BAHIA (Estado), 2003).

No Quadro 2, são apresentadas as unidades de Saúde da Família do município de Jequié, para o ano de 2004, segundo o número de microáreas, número de famílias cadastradas e acompanhadas, bem como a existência ou não de Conselho Local de Saúde.

⁹ Famílias Cadastradas são aquelas que receberam a primeira visita do Agente Comunitário de Saúde, e que já foram cadastradas mediante o preenchimento da Ficha A, instrumento que dispara o processo de alimentação do SIAB.

Cabe destacar que os dados informados pelo SIAB¹⁰ apontavam que o número de famílias cadastradas era inferior ao número de famílias acompanhadas, uma vez que o cadastramento das famílias encontrava-se desatualizado.

Quadro 2: Unidades de Saúde da Família segundo número de microáreas, número de famílias cadastradas, número de famílias acompanhadas e existência de Conselho Local de Saúde. Jequié- BA., 2004

Unidade de Saúde da Família	Nº microáreas	Nº Famílias cadastradas	Nº Famílias acompanhadas	Conselho Local de Saúde
USF Rubens Xavier	06	1028	1070	Não
USF Odorico Mota	06	1183	1159	Não
USF Antônio Carlos Martins	06	911	1028	Sim
USF Milton Rabelo	08	1291	1380	Não
USF Tânia D.C.L. Britto	06	1231	1292	Não
USF Senhorinha Ferreira de Araújo	07	1164	1186	Não
USF Inocoop I	07	1171	1183	Não
USF Inocoop II	08	1351	1427	Não
USF Isa Cléria Borges	07	1235	1348	Não
USF Isabel Andrade*	10	706	718	Não
USF Waldomiro Borges*	11	753	739	Não

* Unidades de Saúde da Família localizadas na zona rural.

Fonte- SIAB/2002

Para a seleção da unidade, cenário da pesquisa, nenhuma das unidades de saúde contemplava todos os critérios propostos, sendo selecionada como cenário para esta pesquisa a Unidade de Saúde da Família Antônio Carlos Martins, visto ser a que contemplou de forma geral o conjunto dos critérios estabelecidos para o estudo.

A unidade de Saúde da Família fica no loteamento São Judas Tadeu, uma vez que ainda não foi oficialmente designado bairro através de um projeto de Lei. O mesmo é composto por seis microáreas¹¹, assim, designadas: 1, 2 e 4 que pertencem ao São Judas Tadeu; 3 e 5 ao Mutirão e a 6 à Amaralina.¹²

¹⁰ Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB e famílias acompanhadas, estão sendo consideradas aquelas famílias que por alguma determinação presente a organização da equipe de Saúde da Família ou por contingências da vida da família (todos os membros da família trabalham durante todo o dia, por exemplo), ainda não foram cadastradas com o preenchimento da Ficha A, mas recebem assistência prestada pela equipe.

¹¹ A partir de 2005, a área foi redividida em sete microáreas, sendo que para a apresentação do presente estudo, consideramos a divisão existente na época da coleta de dados.

¹² Esta descrição está baseada em documentos sobre o território, produzidos por discentes do curso de enfermagem da UESB e dos ACSs.

2.4 A fase exploratória do cenário de pesquisa – conhecendo o cenário e identificando os sujeitos da pesquisa

Buscando cumprir as normas que regem a pesquisa que envolve seres humanos, notadamente a Resolução 196 de 10/10/96 do Conselho Nacional de Saúde, este estudo foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP, tendo sido submetido anteriormente à avaliação do Conselho Municipal de Saúde e da Secretaria Municipal de Saúde de Jequié. (ANEXO A)

Após autorização da Secretaria Municipal de Saúde para a realização da pesquisa na Unidade de Saúde da Família Antônio Carlos Martins, em abril de 2004, foi realizado um contato prévio com a coordenação da unidade, de forma a agendar um encontro com a equipe, a fim de explicitar os objetivos do nosso estudo, bem como solicitar a colaboração da mesma.

Deste contato derivou um encontro com a equipe na unidade, no qual estavam presentes a enfermeira, alguns ACSs, auxiliares de enfermagem e outros funcionários, exceto o médico (que tinha um compromisso de trabalho naquele horário), sendo explicado aos mesmos os critérios que levaram à seleção da unidade como cenário da pesquisa, os objetivos da investigação e a solicitação para a realização da mesma bem como a ajuda de todos, para que se pudesse desenvolver a coleta dos dados.

Para Minayo (2000, p.89),

a fase de exploratória da pesquisa [...] compreende a etapa de escolha do tópico de investigação, de delimitação do problema, de definição do objeto e dos objetivos, de construção do marco teórico conceitual, dos instrumentos de coleta de dados e da exploração do campo.

O trabalho de campo é uma etapa essencial da pesquisa qualitativa e segundo Minayo (2000, p.105)

[...] no campo, fazem parte de uma realidade de intersubjetividade, de interação social com o pesquisador, daí resultando um produto novo e confrontante tanto com a realidade concreta como com as hipóteses e pressupostos teóricos, num processo mais amplo de construção de conhecimentos.

O desenvolvimento dessa etapa pode proporcionar uma interação entre o pesquisador e os sujeitos da pesquisa. É importante frisar que este momento foi também de extrema importância, para identificarmos a viabilidade dos critérios para a seleção dos sujeitos – usuários, membros das famílias acompanhadas pela unidade de saúde – participantes da investigação. Cabe salientar que os critérios de seleção tomaram como base a família acompanhada. Neste sentido, durante esta fase pudemos perceber e vivenciar dificuldades presentes na unidade de Saúde da Família para selecionar as famílias através dos critérios anteriormente definidos:

- 1) Famílias que só procuram a unidade de Saúde da Família para atendimento eventual - São aquelas famílias que só procuram a unidade de Saúde da Família diante de uma emergência ou urgência, ou quando acreditam que o problema que a aflige no momento será resolvido pela equipe;
 - 2) Famílias faltosas à unidade de Saúde da Família - São aquelas que não compareceram à unidade de Saúde da Família no dia agendado pela equipe;
 - 3) Famílias que necessitam de atenção especial da equipe de Saúde da Família, por estarem mais sujeitas a situações de maior risco de adoecer ou morrer. Foram consideradas situações de risco:
 - a) Famílias que têm um maior número de crianças;
 - b) Famílias com idosos acamados;
 - c) Presença de desemprego na família;
 - d) Famílias que tenham gestante adolescente;
 - e) Famílias que tenham crianças desnutridas;
 - f) Famílias com gestantes desnutridas;
 - g) Famílias que tenham usuários de drogas não lícitas;
-

- h) Famílias que apresentem doenças ou condições referidas de acordo com a ficha A do SIAB;
- i) Famílias extremamente pobres;
- j) Famílias com crianças fora da escola;
- k) Famílias com crianças menores de um ano sem acompanhamento;
- l) Famílias com gestantes com o pré-natal irregular;
- m) Famílias com gestantes de alto risco;
- n) Famílias com gestantes sem acompanhamento no pré-natal;
- o) Famílias em que o destino do lixo é a céu aberto
- p) Famílias em que não existe tratamento de água no domicílio;
- q) Famílias que procuram assiduamente a unidade de Saúde da Família. São aquelas famílias que comparecem à unidade de Saúde da Família na data agendada pela equipe.

Uma das dificuldades enfrentadas para a seleção das famílias mediante estes critérios foi a desatualização dos dados constantes do Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB. A opção neste momento foi a definição dos sujeitos da pesquisa através da análise dos dados da Ficha A (ANEXO B), sendo que ao iniciarmos a coleta através destas fichas, percebemos que as mesmas não continham dados suficientes para definir as famílias, de acordo com os critérios mencionados anteriormente.

Diante dessa situação, optamos por trabalhar além das Fichas A dos ACSs, com os prontuários familiares, buscando informações em todos os prontuários das 10 primeiras famílias de cada microárea. Contudo, alguns prontuários não continham as fichas clínicas preenchidas adequadamente, ou seja, havia poucos dados e informações sobre os usuários e nem todos os membros das famílias tinham passado pelo atendimento na unidade.

Após este primeiro mapeamento, elaboramos uma planilha com todos os critérios e lançamos os dados obtidos tanto das Fichas A como dos prontuários, sendo visualizado que o conjunto das informações não era suficiente para definir os sujeitos da investigação, a partir das famílias de acordo com os critérios elencados para a seleção das mesmas. Assim, definimos a seleção dos sujeitos da investigação através do que nomeamos como “*informantes-chave*”.

Informantes-chave são

peças que pelo tempo de residência numa determinada área e pela posição e pelas relações sociais que têm dentro de uma certa comunidade, devem ter um conhecimento detalhado de todas ou algumas características relevantes destas [...] tratam-se, em geral, de líderes de entidades locais, funcionários de serviços públicos com uma determinada área de abrangência local (profissionais de saúde, professores de escola, comerciantes e lojistas, donos de farmácia, religiosos etc.). (DI VILLAROSA, 1993, p.28)

Neste estudo, nossos informantes-chave foram os ACSs.

Assim, contactamos a equipe de Saúde da Família e marcamos um encontro na unidade de Saúde da Família, para buscarmos, junto aos ACSs, a indicação de 25 famílias de cada microárea, para realizarmos a visita domiciliar com o intuito de convidá-las para participarem da nossa pesquisa.

Para proceder à visita domiciliar, primeiramente buscávamos informações nos prontuários familiares sobre cada família e depois, conforme agendamento com o ACS, realizávamos as visitas, onde explicávamos os objetivos da pesquisa, bem como informávamos o local e o horário, onde seria realizado o encontro com as famílias.

É importante neste momento chamarmos a atenção que a seleção dos sujeitos se deu a partir das famílias identificadas pelos ACSs, e os sujeitos da pesquisa se constituíram em um dos membros da família que a representasse, ou seja, procedemos à coleta de dados com um membro de cada família.

Vale ressaltar que, antes das visitas, buscávamos, juntamente com os ACSs, identificar o melhor local para a realização dos encontros, bem como o horário mais adequado, de

maneira a possibilitar o deslocamento das famílias; sendo estes locais próximos a suas residências e os horários compatíveis com as suas atividades laborais, estudantis e de lazer.

No acesso aos locais para a realização dos encontros, que foram escolas da rede pública e privada e uma creche no mesmo bairro onde foi desenvolvida a pesquisa, previamente contactamos com o responsável pelos locais, obtendo seu consentimento para a utilização do espaço para a coleta dos dados.

A coleta foi realizada de outubro de 2004 a março de 2005, utilizando-se a técnica do grupo focal.

2.5 O grupo focal como técnica da coleta de dados – o desenvolvimento da coleta

Depois de várias buscas e discussões, pensamos na possibilidade de utilizarmos como técnica de coleta do material empírico o grupo focal.

MORGAN (1997, p.6) define grupo focal

como uma técnica de pesquisa que coleta dados através da interação grupal, sobre um determinado tópico, selecionado pelo pesquisador. Na essência, é o interesse do pesquisador que proporciona o foco, contudo os dados, por si mesmo, são trazidos pela interação grupal.

Neste sentido, o grupo focal permite

[...] pensar coletivamente uma temática que faz parte da vida das pessoas reunidas [...] é possível conhecer os processos dinâmicos de interação entre os participantes. Esses processos são reproduções do que ocorre fora do grupo e geram resultados e aproximações do problema [...] (WESTPHAL; BÓGUS; FÁRIA, 1996, p. 473)

A utilização de grupos focais como uma técnica de pesquisa foi proposta e aplicada pela primeira vez no campo das ciências sociais por Merton, Fiske e Kendall, porém, poucos publicaram a respeito de suas experiências. (WESTPHALL; BÓGUS; FÁRIA, 1996)

Essa técnica, para Chirelli e Mishima (2003, p.577), “[...] possibilita, num curto intervalo de tempo, reunir um conjunto de pessoas que poderão gerar através da interação grupal um volume de material com profundidade de conteúdo”.

Essa técnica, porém, exige um envolvimento dos participantes com a temática a ser discutida, bem como é necessária uma certa homogeneidade para se compor o grupo, levando em consideração os traços comuns dos participantes.

Para se compor um grupo focal, Pereira et al. (2004, p.29) fazem algumas recomendações, “se observa que no hay um tamaño fijo ideal; cada caso debe ser evaluado por el propio investigador, cual debe ser el número de integrantes adecuado al panorama general de la investigación”.

Grupos maiores, entretanto, apresentam outros problemas que podem limitar sua produtividade, “particularmente, é mais difícil “controlar ” as discussões nestes grupos quando os participantes estão altamente envolvidos no tópico [...] podem [...] se quebrar em pequenas conversações entre os integrantes [...] dispersando assim a atenção [...].” (PEREIRA, 2001, p.73) Neste sentido, grupos maiores requerem, do coordenador ou moderador, maior atenção e experiência em lidar com essas situações.

Independente da situação, recomenda-se selecionar sempre um número maior de participantes do que é necessário, para não correr o risco de esvaziamento, por conta de possíveis ausências. Segundo Pereira (2001, p.74), “[...] não há necessidade do pesquisador aprisionar-se dentro dos limites estipulados sob uma técnica ideal [...] aqueles em que os participantes têm um nível relativamente alto ou baixo de compreensão [...] pode haver uma alteração na composição [...]”.

Para Morgan (1997), ao compor um grupo focal, deve-se atentar para algumas recomendações como é o caso, de ao se recrutarem os participantes do grupo, utilizar, em média, vinte por cento a mais, por conta das possíveis ausências dos integrantes selecionados. Portanto, existe uma variação de 6 a 10 participantes, sendo que o autor alerta que acima de 10 participantes, fica difícil o controle das discussões, porém a definição de 6 a 10 não é algo

obrigatoriamente ideal, pois vai depender da capacidade de discernimento do pesquisador para avaliar cada momento e, se necessário, proceder a alterações em relação ao número.

No presente estudo, convidamos 25 famílias, ou seja, de cada família, um integrante, que poderia ser o(a) chefe da família ou qualquer membro da mesma que assentisse na participação, para a garantia de que teríamos pelo menos a participação de 50%, que corresponderia no mínimo a 10 pessoas; portanto atenderíamos ao critério de composição de grupos focais recomendado por Morgan e outros autores.

Os grupos foram compostos em torno de 8 a 12 integrantes, sendo que, somente no primeiro encontro do Grupo 4, compareceram 22 pessoas.

Outro aspecto importante, a ser considerado e apontado por vários autores, refere-se à necessidade de que o pesquisador seja preparado para utilizar a técnica de grupo focal para realização da coleta de dados. Este preparo deve ser tanto técnico como de conteúdo.

O coordenador ou moderador deve ter uma postura de facilitador perante o grupo, promovendo uma interação entre os participantes. Além do coordenador, existe a necessidade de um observador que tem como função registrar todos os aspectos não-verbais ocorridos, bem como a dinâmica de interação entre os participantes, com o intuito de complementar o registro de cada sessão através das gravações, a partir do consentimento do grupo. Ao término de cada sessão, o observador poderá ajudar o coordenador a elaborar a síntese desse encontro.

De acordo com Pereira et al. (2004, p.29) “La duración de los encuentros ha sido definida em torno de una hora y media a dos horas para cada sesión, pueden ocurrir la formación de varios grupos y la realización de diferente número de encuentros”.

O número de grupos vai estar relacionado diretamente ao tipo de pesquisa, pois muitos grupos, ao mesmo tempo, demandam uma equipe de pesquisadores maior e pode-se prolongar a coleta de dados. Conforme afirmativa de Pereira (2001, p.76), “[...] projeto trazendo um número de

participantes homogêneo precisará de um menor número de grupos no total, porque a diversidade nos grupos geralmente faz com que isso dificulte separar dados coerentes de opiniões e experiências”.

Outra questão a ser observada em relação ao número de grupos é a estrutura das entrevistas, porque aquelas que não são tão padronizadas, e o coordenador não tem tanta habilidade, vai se exigir do grupo um maior envolvimento.

Há também que se considerar a disponibilidade dos participantes e se estão dispersos, porque nesses casos, às vezes é necessária a formação de vários grupos de tamanho menor. O que referimos anteriormente, trata-se implicitamente do critério de saturação, pois é necessário comparar as discussões dos vários grupos para perceber se os participantes estão repetindo o que está sendo dito nos outros grupos. Se as discussões aparecem diferentes em mais de um grupo, significa que provavelmente não houve a saturação.

É importante determinar um número ideal de grupos, durante o planejamento da coleta, porém deve-se deixar disponível um número maior, caso seja necessário recompor os grupos por conta das ausências de alguns integrantes.

No presente estudo foram formados seis grupos, compondo as seis microáreas que na época da coleta de dados correspondia à área de abrangência da equipe de Saúde da Família. Cada grupo era formado por membros das famílias que compareciam ao encontro agendado com a pesquisadora.

Para realizar cada encontro, primeiramente foram treinadas duas pessoas, que auxiliaram a pesquisadora através do registro do desenvolvimento do grupo.

No primeiro encontro, antes de iniciarmos, eram fornecidos os seguintes esclarecimentos aos sujeitos: os objetivos da pesquisa, a finalidade, a temática, o porquê de ser naquele bairro, e o encaminhamento que seria feito após o término da pesquisa. Os participantes também foram informados acerca do sigilo e anonimato das informações que seriam dadas, bem como do seu direito de pedir a qualquer momento para não fazer mais

parte da pesquisa, sendo realizada neste momento a leitura do Termo de Consentimento Livre e Informado e logo após a sua assinatura. (APÊNDICE A)

Além desses esclarecimentos, procedíamos à apresentação dos integrantes do grupo, bem como do moderador e observadores.

A duração de cada encontro teve um período de uma hora e meia a duas, e foram realizados dois encontros para cada microárea.

É preciso ressaltar que dos seis grupos previstos inicialmente, realizamos os encontros com cinco, porque um dos grupos, embora as famílias tenham sido convidadas, elas não compareceram ao local, no dia e horário agendados para o encontro.

Na sala onde aconteceram os encontros, foram utilizados três gravadores, sendo posicionados de forma a captar a fala dos participantes em três pontos distintos. Os participantes, bem como o coordenador e os observadores, ficaram dentro de um círculo, de forma a facilitar o desenvolvimento da atividade. Vale salientar que o coordenador e os observadores, cada um ficou em um ponto do círculo para ajudar na condução do trabalho e no registro das informações.

Os participantes do grupo foram informados de que os observadores iriam registrar tanto a comunicação verbal como a não-verbal.

Outro aspecto a ser destacado é que para o trabalho com o grupo focal foi elaborado um roteiro orientador com questões que tiveram como eixo norteador a Taxonomia de Necessidades de Saúde de Matsumoto (1999), em que a autora entende necessidades de saúde como: necessidades de boas condições de vida, garantia de acesso a todas as tecnologias, necessidade de ter vínculo com um profissional ou uma equipe de saúde (sujeitos em relação) e necessidades de autonomia e autocuidado, na escolha do “modo de andar a vida” (construção do sujeito). (APÊNDICE B)

Estas questões possibilitaram ao pesquisador a condução do grupo através dos tópicos a serem discutidos, sendo que, no transcorrer das discussões, os pontos contidos nas referidas questões foram manifestados pelos integrantes.

Após o encerramento de cada encontro, o pesquisador juntamente com os observadores trabalharam na elaboração da síntese deste encontro e planejavam o próximo encontro.

No segundo encontro, sempre iniciávamos relembando o ocorrido no encontro anterior, para situar os antigos e novos integrantes; e também para facilitar a continuidade das discussões sobre a temática pesquisada.

Depois do término do primeiro grupo focal, incluindo os dois encontros, decidimos que estes eram suficientes em função do desenvolvimento e da exaustão dos dados em relação aos objetivos da pesquisa.

O término dos encontros foi algo tão difícil para os observadores, e principalmente para a coordenadora/pesquisadora, como para alguns integrantes, pois os mesmos relataram que os encontros foram importantes como um espaço de discussão, reflexão e busca de soluções para os problemas do bairro, bem como se sentiram à vontade para se expressarem.

Quanto à coordenadora/pesquisadora foi difícil, por causa do seu envolvimento com a equipe de Saúde da Família, principalmente com os ACSs, com a comunidade e com o grupo de trabalho (os observadores). Além disso, diante de tanta confiança e expectativa depositadas pelos membros das famílias junto à equipe de pesquisadores, surgiram tanto ansiedade como medo de não dar conta de tantos dados produzidos com esforço coletivo e com grande riqueza, bem como do compromisso enquanto profissional da saúde e especificamente da saúde coletiva. Os observadores revelaram que foi um momento de muito aprendizado, identificando-se com algumas situações, comovendo-se e ao mesmo tempo se indignando com outras situações.

Após os dois encontros de cada grupo, as fitas foram transcritas e, posteriormente, todas foram revisadas pela pesquisadora.

O material audiogravado, produzido no primeiro encontro do grupo 1, correspondendo à microárea 1, apresentou problemas com a gravação e, embora tenhamos solicitado a um técnico da área a filtração da gravação, não foi possível a recuperação do mesmo; ficando somente o registro escrito dos observadores.

2.6 A análise dos dados

Para a análise dos dados, foi utilizada a análise temática, que “consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado”. (MINAYO, 2000, p.209)

Esta autora considera três etapas para proceder à análise temática, a saber:

1 - A pré-análise – Nesta etapa é feita a escolha dos documentos a serem analisados, levando em consideração as hipóteses e os objetivos iniciais da pesquisa que, no caso da presente investigação, se constituíram pelo conjunto do material transcrito dos cinco grupos nos seus dez encontros. Prosseguindo, é feita a leitura flutuante do material coletado, na tentativa de se constituir o *corpus*, ou seja, a busca da organização do material, de forma a responder a determinadas normas de validade, a saber: exaustividade (contemplando todos os aspectos contidos no roteiro); representatividade (a representação do universo); homogeneidade (que sejam obedecidos os critérios da escolha em relação a temas, técnicas e interlocutores); pertinência (os documentos que forem analisados devem adequar-se aos objetivos do trabalho).

2 - Exploração do material – Refere-se à exploração do material empírico com a realização da codificação dos dados, sendo que em primeiro lugar faz-se o recorte do texto, nas denominadas unidades de registro. Em segundo lugar, é feita a escolha das regras de contagem, ou separação dos recortes, considerando-se as convergências, divergências e o

inusitado presente nestes recortes; em terceiro lugar, realizam-se a classificação e agregação dos dados, que no caso deste estudo foram agregados em temas.

3 - Tratamento dos resultados obtidos e interpretação – Nesta etapa busca-se a consolidação das convergências, divergências e o inusitado dos dados, de modo a analisar os achados à luz do quadro teórico.

Na exploração do material, foi realizada uma leitura vertical de cada grupo e de cada encontro, e a leitura horizontal entre os diferentes grupos e encontros, buscando uma leitura exaustiva, identificando-se inicialmente cinco núcleos de sentido:

- 1- Saúde-doença como alteração do corpo físico e mental, modos de vida/estilos de vida, crença em Deus, uso de medicação e centrada na figura do médico e na medicina, preocupação e aborrecimento, saúde é vida, saúde é estar bem;
 - 2- Acesso à unidade de Saúde da Família, à unidade de referência, à urgência e emergência (facilidade/dificuldade), à assistência farmacêutica e ao remédio (facilidade e dificuldade), dificuldade no acesso leva à busca de outras alternativas, ter sorte de chegar ao serviço, acesso por conta da regionalização, pela gratuidade no atendimento, pelo usuário ser cadastrado na USF e ser bem atendido no serviço de saúde e falta de acesso à infra-estrutura/boas condições de vida;
 - 3- Relação família/usuário e ESF (facilidade/dificuldade), relação família/usuário e unidade de referência (descaso do serviço, descrédito do usuário), relação família/usuário e ESF quanto ao atendimento (satisfação/(in) satisfação), relação família/usuário e ESF quanto à prática comunicativa (facilidade/dificuldade na escuta/atenção);
 - 4- Intervenção para melhorar as condições de vida (cesta básica e horta comunitária), participação da ESF na resolução dos problemas de saúde do bairro (trabalho conjunto, a ESF tenta resolver, mas nem sempre pode ajudar, os ACSs ajudam),
-

resolução fora dos usuários (pesquisadores podem pedir para resolver, Deus primeiramente e depois o prefeito, o governo mandar dinheiro), busca de união (conscientização dos moradores, juntar as opiniões, reivindicar, união entre os moradores);

- 5- Participação do usuário em atividades programadas pela ES (caminhadas, feiras e outras), participação do usuário em atividades ligadas à igreja (reuniões, novenas dentre outras) e participação do usuário em atividades na comunidade/associação (Mostra de Saúde da Família, assembléias e outras).

Finalmente, no processo de aproximação e reaproximação com o material foram identificados quatro grandes temas que guardam relação e reiteram a Taxonomia de Necessidades de Saúde de Matsumoto (1999): processo saúde-doença, acesso, vínculo e interação e participação da comunidade.

A apresentação destes temas ficou assim constituída:

- ✓ Os sujeitos da pesquisa e sua compreensão do processo saúde-doença;
 - ✓ A necessidade de acesso;
 - ✓ O vínculo na construção da interação;
 - ✓ Participação construída *versus* participação concedida.
-

3 AS NECESSIDADES NA SAÚDE DA FAMÍLIA - EM BUSCA DE UMA TRADUÇÃO

*“... o trabalhador social que atua numa realidade, a qual,
mudando, permanece para mudar novamente, precisa
saber que, como homem somente pode entender ou
explicar a si mesmo como um ser em relação com esta
realidade...”*

Paulo Freire

Após várias leituras do material empírico, através da ordenação dos dados, surgiram com os depoimentos dos sujeitos, nos grupos focais quatro temas: os sujeitos da pesquisa e sua compreensão do processo saúde-doença; a necessidade de acesso; a interação na construção do vínculo; participação construída *versus* participação concedida. Mesmo correndo o risco da repetição, consideramos necessária uma breve apresentação geral dos temas trabalhados.

Quanto aos *sujeitos da pesquisa e sua compreensão do processo saúde-doença*, os sujeitos são apresentados em seu contexto de vida e vão apontando diversas concepções acerca do processo saúde-doença, onde destacamos que o entendimento deles sobre esse processo é de que a saúde está relacionada ao corpo físico, às formas como os homens se relacionam e estabelecem trocas na vida social, envolvendo as condições e modos de vida dos indivíduos; saúde é crença em Deus; trazem ainda a visão de que a saúde é um bem simbólico, é vida, felicidade e também pode trazer aborrecimento e preocupação; saúde é vista como estar bem. Além disso, os sujeitos da pesquisa ainda relatam ser o médico a referência para eles enquanto o cuidador de sua saúde, refletindo a predominância ainda do modelo biomédico.

Os sujeitos apontam, ainda, que a falta de infra-estrutura em algumas microáreas, como: saneamento básico, lixo jogado a céu aberto, assim como a ausência de boas condições de vida (desemprego), contribui para o aparecimento de doenças.

Já em relação à *necessidade de acesso*, os sujeitos reconhecem que é um direito garantido constitucionalmente, viabilizado através do SUS, porém identificam e assinalam algumas dificuldades, no acesso aos serviços de saúde, que dizem respeito à acessibilidade nas dimensões geográfica, cultural, organizacional e econômica; no sistema de referência e

contra-referência, pois nem sempre têm acesso às especialidades e à urgência e emergência. Explicitam também que, ao encontrarem dificuldade no acesso, buscam outras alternativas a exemplo dos remédios caseiros, a farmácia, dentre outras. Apontam que as situações vividas fazem com que eles não disponham de outras alternativas de acesso aos serviços de saúde, que não seja através do SUS, evidenciando que no cotidiano há uma contradição com o princípio de universalidade postulado pelo SUS.

No tema *a interação na construção do vínculo*, destacamos que existe um descaso e descrédito no atendimento dispensado por alguns profissionais tanto na USF, como nas unidades de referência assistencial (URS). Os sujeitos referem também que estão presentes tanto a satisfação como a insatisfação no atendimento oferecido na USF e nas URSs. Contraditoriamente, sentem confiança ao serem atendidos em ambas as unidades.

Os sujeitos se queixam de que os profissionais não têm tempo para escutá-los por conta da grande demanda para atender, e isso impossibilita a oportunidade de falarem o que necessitam sobre sua saúde, e que também não têm “intimidade” com o médico para falar sobre seus problemas pessoais. Ressaltam que se sentem mais à vontade com os ACSs que estão mais próximos deles no seu dia-a-dia e em seus lares. Estes sujeitos ainda acrescentam que gostariam de ter uma comunicação mais “próxima” com os profissionais que os atendem, porém o tempo é escasso.

Pudemos identificar quanto ao tema *participação construída versus participação concedida* que não há uma compreensão por parte dos sujeitos sobre o significado de participação enquanto uma construção social e política, uma vez que apontam que as atividades, como as de educação em saúde programadas pela equipe de Saúde da Família, são espaços reconhecidos pelos moradores como “concedidos” a eles, por terem o direito de decidirem participar ou não. Já as atividades religiosas são vistas como espaços construídos por eles, e que permitem a ajuda a outras pessoas e a crença leva e estimula sua participação. Também reconhecem que a religião, às vezes, impede a participação e, em outros momentos, os próprios moradores não querem se

envolver nas atividades, porque se sentem desestimulados. Mesmo nesta questão a contradição se faz presente, pois parece haver nas falas dos sujeitos da pesquisa um caráter caritativo e assistencialista. Ainda afirmam que falta uma interação por parte da Associação de Moradores com os serviços de saúde, indicando uma incompreensão acerca do seu próprio papel no trabalho de construção da participação nestes espaços. Mais uma vez a contradição se faz presente ao reafirmarem que a Associação é um espaço legitimado pela iniciativa e experiência dos moradores.

Ainda, segundo os sujeitos da pesquisa, existe a possibilidade da não-atuação dos moradores nas atividades do bairro e, por isso, reconhecem que a participação deva ser um espaço de construção.

3.1 Os sujeitos da pesquisa e sua compreensão do processo saúde-doença

A USF fica no loteamento São Judas Tadeu, uma vez que ainda não foi oficialmente designado bairro através de um projeto de Lei. O mesmo é composto por seis microáreas¹³, assim designadas: 1, 2 e 4 que pertencem ao São Judas Tadeu; 3 e 5 ao Mutirão e a 6 à Amaralina.¹⁴ As microáreas apresentam diferenças sociodemográficas, de acesso a recursos públicos e de características gerais.

Os sujeitos da pesquisa foram constituídos por moradores de cada uma das microáreas: Grupo 1 (G1) por moradores da Microárea 1 com 10 participantes, majoritariamente mulheres, e do lar¹⁵; Grupo 2 (G2) formado por 12 moradores da Microárea 2, sendo em sua maioria mulheres e domésticas seguidas de aposentados; Grupo 4 (G4) foi o grupo que teve o maior número de participantes, com 22 componentes moradores da Microárea 4, com predomínio do sexo feminino e das domésticas.

¹³ A partir de 2005, a área foi redividida em 7 microáreas, sendo que para a apresentação do presente estudo, consideramos a divisão existente à época da coleta de dados.

¹⁴ Esta descrição está baseada em documentos sobre o território produzidos por discentes do curso de enfermagem da UESB e dos ACSs.

¹⁵ Neste trabalho estamos utilizando o termo doméstica e do lar como o mesmo significado, ou seja, são aquelas mulheres que desenvolvem tarefas em seus lares.

As microáreas 1, 2 e 4, localizadas no São Judas Tadeu, se constituem num local onde existem muitas casas habitadas, alguns terrenos para serem vendidos através do Estande de Vendas que se encontra neste local; há um posto policial, igrejas evangélicas e católicas; presença de bares, mercearias, padaria, farmácia, lojas de material de construção, salão de beleza; uma creche e duas escolas da rede pública e um colégio da rede privada; e uma área destinada a lazer comunitário (quadra de esporte).

Os sujeitos que participaram do Grupo 5 (G5) da Microárea 5 foram 18, somente um do sexo masculino, e predominou a ocupação do lar. Em se tratando das Microáreas 3¹⁶ e 5, que correspondem ao Mutirão, existem na maioria casas habitadas, porém possuem algumas ainda vazias; têm igrejas, bares, salão de beleza, pequenas mercearias, escolas da rede privada, sede da associação da localidade (Mutirão), uma quadra de esportes, alguns terrenos baldios e a presença de uma lagoa que fica entre o Mutirão e o São Judas.

Os moradores da Microárea 6 compuseram o Grupo 6 (G6) com 17 participantes, ocorrendo ainda a predominância das mulheres e domésticas. Na Amaralina, que corresponde à Microárea 6, existem muitos terrenos baldios, uma creche da rede municipal; duas igrejas, sendo uma evangélica e a outra católica; setes bares e cinco pequenas mercearias; não existe rede de esgoto e as ruas não são calçadas; existem algumas casas que não têm acesso à luz elétrica, pois há uma prioridade para a iluminação nas áreas construídas.

Devido às ruas não terem nomes, serem por lotes, a comunidade não tem acesso ao correio, sendo as correspondências entregues no Mutirão ou no São Judas na Associação de Moradores. A iluminação das ruas é precária, porque nem todos os postes têm lâmpadas, uma vez que os próprios moradores quebram as mesmas. Como no município existe um Poliduto da Petrobras, há uma tubulação dele que passa no final da Amaralina, e que a população já informou aos órgãos competentes o risco a que ela está submetida. Ainda, na Amaralina,

¹⁶ Como já explicitado na metodologia, para a microárea 3, não houve a realização do grupo, pois os moradores não responderam ao convite para participação no grupo focal.

existe um Anel rodoviário que dá acesso a outros bairros, bem como as outras cidades, a exemplo de Ipiaú e a capital do Estado, que é Salvador.

Em relação ao transporte, em todas as microáreas, os moradores fazem uso do transporte coletivo que passa poucas vezes e somente até as 18 horas, além dele, andam a pé, de moto e carro particular ou de mototáxi que a partir das 20 horas começa a se negar a conduzir o morador até estes locais, e também se locomovem de bicicleta.

A apresentação dos sujeitos da pesquisa, neste momento, é importante no sentido de localizá-los em seu lugar de vida e de estabelecimento de relações de trocas sociais. É neste contexto que se conforma um certo olhar que lançam para o processo saúde-doença. Portanto, os sujeitos da pesquisa, que se constituem em suas vivências e nas relações que estabelecem na vida em sociedade, revelam que a saúde-doença aparece como algo que está atrelado ao funcionamento ou disfunção/alteração do corpo físico, identificada por sinais e sintomas, a exemplo da dor na cabeça, corte na cabeça, febre, gripe.

Para Capra (1982, p.116), no conceito da medicina moderna científica “o corpo humano é considerado uma máquina que pode ser analisada em termos de peças; a doença é vista como um mau funcionamento dos mecanismos biológicos [...]”. Neste sentido, estes sujeitos expressam a visão hegemônica da prática médica na sociedade contemporânea.

O autor ainda refere que

o conceito de saúde ... não pode ser definido com precisão [...] o que se entende por saúde depende da concepção que se possui do organismo vivo e de sua relação com o meio ambiente.[...] essa concepção muda de uma cultura para outra, e de uma era para outra [...] (CAPRA, 1982, p.117)

Esta afirmação de Capra (1982) vem corroborar as falas dos sujeitos da pesquisa quando apontam que o médico é a referência para eles, enquanto cuidador de sua saúde, e, portanto, reforçam a presença ainda imperativa do modelo biomédico que enfatiza o fenômeno físico como objeto primordial da ação em saúde.

“[...] temos que entender ou atender os mandados médicos, como é que são passados, o que é que devemos fazer [...]” (G1.2-4)

“É. No posto de saúde, procuro o médico.” (G.1.2-8)

“[...] é também não se pode confiar muito que se tem saúde e não procurar o médico, tem que procurar e a gente ter uma boa medicina aí pra cuidar da gente, né?” (G2.1-3)

“[...] Você tem um problema de fator fisiológico até o sistema é ... emocional, já é uma doença, vai detectar através da medicina [...]” (G4.1-5)

Evidenciamos nas falas, explicitamente, o médico como a referência para estes sujeitos, reproduzindo ainda o modelo biomédico, onde a atenção à saúde é centrada na figura deste trabalhador. Esta afirmação pode ser constatada a partir das críticas que Capra (1982) faz em relação ao modelo, evidenciando que

de acordo o modelo biomédico, somente o médico sabe o que é importante para a saúde do indivíduo, e só ele pode fazer qualquer coisa a respeito disso, porque todo conhecimento acerca da saúde é racional, científico, baseado na observação objetiva de dados clínicos. (CAPRA, 1982, p.150)

Entretanto, este modelo apresenta limitações, ao priorizar somente os aspectos físicos e observáveis da saúde-doença e ao também considerar o corpo como uma máquina, e separar o corpo da mente. O Ministério da Saúde (BRASIL. MS., 2005b)¹⁷, apresentando a discussão sobre o processo de trabalho em saúde, colabora para assinalar a limitação desta visão que sustenta o modelo biomédico, ao trazer a questão da subjetividade presente nos processos de cuidar e gerir em saúde. Assim, subjetividade

É um modo próprio e específico de ser e atuar no mundo e em relação com os demais. Vale dizer que a subjetividade é dinâmica, muda de acordo com as experiências de cada um, é afetada pelos valores e cultura que a pessoa vai internalizando ao longo da vida e do tempo. Ela é produzida socialmente e nunca está acabada. A história e as experiências de vida, as relações com grupos ou indivíduos disparam mudanças no jeito de ser e agir de cada um, o que chamamos de “processos de subjetivações” que vão mudando as pessoas, ou seja, produzindo novas subjetividades. [...] As afirmações de que “as pessoas não estão sempre iguais ... não foram terminadas” e “elas vão sempre mudando” expressa muito bem algo que existe em cada um e que o diferencia dos demais, tornando-o singular ao mesmo tempo em que afirma que isto é uma construção perene.” (BRASIL. MS., 2005b, p.75-76)

Quando tomamos esta definição, podemos constatar a insuficiência de pensar saúde-doença sustentada apenas pela visão biologicista e, neste sentido, corroboramos com as idéias de Capra

¹⁷ Produção voltada para a formação de Facilitadores em Educação Permanente em Saúde, contou na produção deste texto, com Ângela Capozollo, Cinira Magali Fortuna, Henriette dos Santos, Júlio Wong Um, Silvia Matumoto, Sueli Rezendo Cunha e Túlio Batista Franco.

(1982, p.155) quando diz que “[...] só será possível transcender o modelo biomédico se estivermos dispostos a mudar também outras coisas; isso estará ligado, em última instância, a uma complexa transformação social e cultural”. Em outras palavras, considerando outros aspectos para a compreensão sobre o processo saúde-doença e sobre as formas de intervir sobre o mesmo.

Identificamos, ainda, que os sujeitos trazem a concepção de saúde-doença como fruto da produção e reprodução social, através do modo e das condições de vida de cada indivíduo na conformação de suas relações da vida em sociedade, ao relatarem que o poder aquisitivo (condições econômicas) interfere nas suas condições de vida, bem como, a falta de acesso à educação, ao lazer, ao emprego e a outras situações como rede de esgoto, ruas asfaltadas, dentre outros aspectos.

“[...] a saúde é educação, se nós tivéssemos a educação. A educação é a base. A saúde é uma boa educação, através da educação você vai prevenir saúde ... Porque uma pessoa mal educada, ... não estou falando de pessoa de estudo não, mal educada sem uma boa formação, ela não vai estar bem [...]” (G4.1-18)

“Porque o carro do lixo só passa aqui uma vez por semana, quando tem vontade ele leva, quando não quer então acabou, não passa mais. Ou queima ou guarda em casa pra esperar a boa vontade deles pra quando eles passar, sem aviso sem nada. Você tem que adivinhar pra colocar. E o pessoal pega, chega no meio da rua e joga” (G.6.1-10)

Estas narrativas nos conduzem a trazer a discussão de Granda e Breilh (1989) à luz da epidemiologia, em relação ao processo saúde-doença, onde é definido como:

A síntese do conjunto de determinações que operam numa sociedade concreta, produzindo nos diferentes grupos sociais o aparecimento de **riscos ou potencialidades** característicos, por sua vez manifestos na forma de perfis ou padrões de doença ou saúde. (GRANDA; BREILH, 1989, p.40)

Essa discussão remete a levarmos em conta que os processos de riscos à doença ou os potencializadores da saúde e da vida são determinados por sua forma de produção e reprodução na sociedade, ou seja, pelas suas condições de existência, seu acesso a bens e serviços, sua inserção nos processos produtivos, pela constituição de suas relações sociais nos espaços de vida, e que determinam a qualidade de vida que cada grupo possui especificamente. Ainda nesta lógica, os

autores apresentam três dimensões dentro dos processos e formas de determinação da saúde ou da doença, conforme cada grupo social.

A dimensão estrutural, formada pelos processos de desenvolvimento da capacidade reprodutiva e das relações sociais que operam no contexto onde apareceu um dado problema epidemiológico [...] A dimensão particular formada pelos processos ditos de reprodução social, isto é, aqueles relativos à forma específica de produzir e consumir de cada grupo sócio-econômico [...] constitui assim um nível intermediário do estudo que explica o padrão de vida do grupo como base para explicar achados empíricos de doença ou saúde nos indivíduos que o compõe. A dimensão individual, formada pelos processos que, em última instância levam a adoecer ou morrer ou que, ao contrário, sustentam a normalidade e o desenvolvimento somáticos e psíquicos. (GRANDA; BREILH, 1989, p.40)

As falas dos sujeitos vão nesta direção, da determinação dos modos de adoecer e manter-se saudáveis, nas três dimensões apontadas por Granda e Breilh (1989)

“[...] seria ótimo se tivesse aqui no setor, um jardim de infância, uma área de lazer, não tem! Área de brincadeira! Área pra ser construída tem! Mas os nossos governantes infelizmente não se preocupam com isso, e se trata de que? Uma área de lazer, é higiene, é saúde” (G4.1-5)

É possível observarmos, também, que independente de serem atendidos ou possuírem acesso às unidades de saúde, é forte a expressão deles na crença em Deus como uma alternativa para enfrentar ou solucionar seus problemas de saúde e de sua família; ao referirem que a crença os salvou e faz com que eles tenham saúde.

Considerando o que estes sujeitos relatam sobre o enfrentamento dos problemas de saúde, por meio da crença em Deus, Minayo (1988), através de um estudo realizado em seis favelas do Rio de Janeiro, com homens e mulheres de um segmento da classe trabalhadora, traz uma discussão sobre o sistema etiológico das doenças, a partir do ponto de vista desta população. A autora, refere que, “as pessoas ligadas à fé cristã colocam em Deus a causa primeira do aparecimento e da cura das doenças, ... castigo de Deus, vontade de Deus, descumprimento de obrigações ...” (MINAYO, 1988, p.373)

“Graças a Deus, tenho saúde [...] quando eu via eu tava no chão ... graças a Deus hoje eu não tou sentindo nada disso mais né? Eu viajo sozinho, vou pra tudo quanto é canto”. (G2.1-7)

O estudo de Minayo (1988) aponta que o sistema etiológico popular não aparece na perspectiva unicausal, e sim na forma pluralista, holística e ecológica de se conceber o processo saúde-doença, acrescida das explicações de causalidade natural, sobrenatural, psicossocial e socioeconômica.

A autora retrata que a causação natural versa sobre a interligação entre os fenômenos da natureza e a saúde, a exemplo das mudanças de tempo, meio ambiente e o ciclo de vida. A causação sobrenatural se restringe ao universo dos espíritos e dos seres transcendentais, onde só podem ter acesso agentes com mandato especial. A psicossocial refere-se aos sentimentos e emoções prejudiciais à saúde, que estão presentes nos espaços do âmbito familiar, da vizinhança e do trabalho. A causação socioeconômica faz referência às condições materiais de existência, a exemplo do tipo de trabalho, salário, moradia e relações sociais, e outras.

Como neste estudo, pudemos constatar essas explicações, a partir das falas dos sujeitos sobre a concepção do processo saúde-doença, sendo várias as explicações sobre saúde e doença apresentadas pelos sujeitos da pesquisa e que expressam esta visão pluralista apontada por Minayo (1988).

Outro aspecto que merece atenção refere-se ao identificado nas falas dos sujeitos de que “saúde é felicidade”, “saúde é vida”. Saúde como sinônimo de vida nos remete a tomá-la como um bem simbólico.

“Eu cheguei aqui ... Deus primeiramente foi quem me salvou e os médico e as enfermeira. Hoje, graças a Deus, não me falta remédio de jeito nenhum, engraçado com mais saúde, mais saúde. Bebo meus remédio tudo na hora certa, minha refeição, minha refeição é certa como o médico marcou, engraçado, hoje tou com minha saúde, tou com minha saúde toda né? Então tenho que dizer assim, feliz.” (G2.1-7)

“Numa palavra, saúde pra mim é vida [...] Saúde é uma coisa que engloba qualidade de vida e o psicológico também da pessoa pra mim é saúde [...] É vida saudável”. (G4.1-1)

Ao se voltar para atuar sobre o processo saúde e doença e na sua expressão nos homens, o trabalho em saúde é considerado como um *bem simbólico* (Merhy, 1994).

Quantas vezes não falamos e ouvimos que o bem mais precioso que a gente dispõe é a saúde; certamente esta terá um valor especial em função do que conseguimos construir ao longo da vida e da “importância” que fomos a ela conferindo. Trabalhar com um bem simbólico significa que atuamos junto a pessoas que constroem individualmente e coletivamente, portanto socialmente e historicamente, ou seja, nas suas relações de vida em sociedade uma certa maneira de compreender e viver o que é saúde e o que é doença. (MISHIMA et al., 2004, p.6)

Segundo Mishima et al. (2004, p. 5) um *bem simbólico* “tem um sentido e um significado especial a cada um de nós o que nos leva a estabelecer relações únicas e ímpares com cada um dos ‘pacientes’, ‘usuários’, ‘cidadãos’ com quem nos deparamos no processo de cuidar”.

Certamente são aspectos necessários e fundamentais de serem considerados pelos trabalhadores de saúde, uma vez que este conjunto de explicações sobre saúde e doença expresso pelos sujeitos da pesquisa evidencia a construção de uma dada subjetividade e que leva os usuários a atuarem no mundo e a buscarem assistência numa dada direção.

São questões importantes, uma vez que o trabalho em saúde é complexo, lidando com uma produção imaterial e sempre revestida de valores, perspectivas, desejos, de quem procura um serviço de saúde com uma necessidade específica a ser atendida e de quem traduz esta necessidade em uma ação de cuidado.

3.1.1 A busca de boas condições de vida

Matsumoto (1999), a partir das idéias de Stotz e posições de diversos autores, afirma que o tema necessidade de boas condições de vida aparece tanto no enfoque humanista como no marxismo. A idéia de necessidade de boas condições de vida também está expressa em vários modelos tecnoassistenciais de saúde, a exemplo de SILOS (Sistema Local de Saúde), Cidade Saudável. Segundo Cecílio (2001, p.114), a partir de Stotz, boas condições de vida

[...] poderiam ser entendidas tanto no sentido mais funcionalista, que enfatiza os fatores do ‘ambiente’, ‘externos’, que determinam o processo saúde-doença (Leavell e Clark são paradigmáticos com sua História Natural da Doença), como nas formulações de autores de extração marxista (Berlinguer, Castellanos, Laurell e Breilh, por exemplo), que enfatizam os diferentes lugares ocupados por homens e mulheres no processo produtivo nas sociedades capitalistas como as explicações mais importantes para os modos de adoecer e morrer (inserção na fábrica, no

escritório, mas também acesso a (sic) água tratada, condições de moradia e hábitos pessoais) [...] a maneira como se vive traduz em diferentes necessidades de saúde.

A questão das boas condições de vida surge a partir das falas dos sujeitos que retratam o que identificam como problemas no bairro que são: o correio não entra no bairro, escuridão na Amaralina (porque os meninos quebram as lâmpadas), falta de rede de esgoto, lixo jogado a céu aberto, falta de asfalto em algumas ruas.

“O correio não entra aqui ... nunca veio não ... o mês de dezembro tem que botar tudo pro Mandacaru porque não vem pra aqui, então a gente pega na casa de parente lá no Mandacaru. Que aqui não tem [...] A escuridão aqui na Amaralina, tá tudo escuro, tem lugar que não tem lâmpada [...] O que eu queria mais, se fosse possível, era rede de esgoto. Rede de esgoto aqui em primeiro lugar!” (G6.2 – 13)

“Geralmente o que acontece? É um trabalho de conscientização e educação de algumas crianças”. (G6.2 - 15)

“Se calçasse o Mutirão ... porque essas ruas quando chove não pode andar de lama. Botar esse asfalto aí foi tão bom! Esse asfalto só aí, nas outras ruas quetaram tudo, na política disse que ia fazer tudo, fez só isso aí e largou as outras tudo ... porque é uma poeira medonha, os menino fica tudo safocado, e tem bronquite, chiando, dá aquele desespero, a gente mesmo sente aquela poeira quando passa o carro levanta tudo pra dentro de casa, a gente grande mesmo sente e as crianças. Se desse um jeito pra jogar nem que sabe um asfalto, que nem jogou nessas ruas, pra gente, era bom ...”. (G5.1 - 14)

Outro conjunto de falas se volta para questões estruturais com o desemprego: “muita gente desempregada e promessas de emprego.”

“Tem que ter emprego mesmo pra gente, tem também mulher procurando trabalho e não acha. É tanta gente desempregada ... como é que você amanhece dia e noite sem um trabalho?” (G5.1 - 15)

“A gente procura e não acha. Trabalho, serviço a gente não acha. Só acha promessa. Promessa acha muicho, mais trabalho que é bom, já era”. (G5.1 - 9)

Este conjunto de problemas indica a falta de acesso a aspectos essenciais que qualificam a vida das pessoas e que estão presentes no processo de adoecer ou manter-se saudável.

Através das falas dos sujeitos, nos deixa transparecer que a partir do modo como eles vivem e dos bens de consumo que têm acesso, isso os leva a ter ou não boas condições de vida, a exemplo do acesso ao emprego e ao saneamento básico.

Para Matsumoto (1999, p.102),

as necessidades de boas condições de vida incluindo o direito de melhores condições de moradia, de saneamento básico, de alimentação adequada, de emprego, de educação para todos são obrigações básicas para que o indivíduo e o coletivo almejem a saúde. Para que estas possam ser vistas como respeito à vida, é necessário o trabalho de intersectorialidade como estratégia política e operacional na promoção da saúde, superando a visão biologicista, fundamentada no corpo humano e, assim, garantindo a ação integral de saúde.

A fala abaixo deixa implícito que os usuários/moradores são os responsáveis pelo possível surgimento das enfermidades, porque joga o lixo a céu aberto, ao invés de colocar na porta de sua residência para ser coletado através do serviço da limpeza pública municipal.

“[...] tem outro problema dos moradores. Precisa conscientizar que o carro do lixo passa todos os dias. As pessoas não colocam o lixo na porta. Após o carro passar, joga no terreno baldio ... isso não é um problema nem do prefeito ... é dos próprios moradores, porque como nós não temos assim o privilégio da Prefeitura passar os garis varrendo, nós temos que ... cuidar do bairro que moramos, mas infelizmente os moradores não colaboram com isso, joga o lixo, a céu aberto, aí o que acontece? Quando chove fica mais as enfermidades fica mais exposta. Mas isso aí não é da Prefeitura nem do prefeito, é os próprios moradores que não ajuda na limpeza”. (G5.1 - 10)

Embora esta fala seja de uma microárea com melhor infra-estrutura de saneamento, é importante destacar que há uma compreensão de que a coleta de lixo é um “privilégio”, eles têm as ruas varridas pelos garis da Prefeitura; será que é um privilégio ou um direito do cidadão que, através dos impostos, paga por este serviço?

Apesar de ser importante a responsabilidade de cada indivíduo no seu cotidiano, não podemos deixar de considerar, contrapondo-nos às falas dos sujeitos, o que Campos e Mishima (2005) encontraram em seu estudo, onde “os moradores atribuíram ao Estado a responsabilidade pela garantia de diversos serviços que provêm (sic) o bem estar (sic) social”. (CAMPOS; MISHIMA, 2005, p. 1262)

Campos e Mishima (2005) afirmam, ainda, que a década de 1980 é marcada pela Constituição, que estabelece como proposição a ampliação dos direitos sociais, instituindo-se o direito universal à saúde, porém nesta mesma década por conta da lógica neoliberal, onde se

estabelece um Estado mínimo que assume um papel regulador do mercado e fiscalizador das condutas econômicas, começa a ser desrespeitado este direito. A década de 1990, contudo, proporciona uma abertura para a multiplicação das organizações não-governamentais e de parcerias, com ênfase no âmbito local. (CAMPOS; MISHIMA, 2005)

Nesse contexto, ocorre um embate entre os atores que ocupam os espaços público e privado, sendo que a participação política delimita-se nesse momento ao âmbito privado das organizações e de determinados grupos organizados, espaços estes onde são privilegiadas as ações focalizadoras destinadas aos pobres. (CAMPOS; MISHIMA, 2005)

Assim, é preciso repensar o que é direito e dever do cidadão e dos poderes públicos, quando nos referimos aos bens de consumo, a exemplo da coleta pública de lixo, para que o cidadão não se julgue culpado por determinados comportamentos e esqueça as responsabilidades dos órgãos públicos frente aos serviços públicos oferecidos à sociedade.

Outra questão que merece destaque diz respeito ao fato dos sujeitos referirem que os pesquisadores (envolvidos na presente pesquisa) são bem empregados e os moradores não têm emprego. O que de certa forma parece implícita na fala é que os pesquisadores têm acesso a bens e recursos que lhes permitem outro tipo de vida, de escolhas, de emprego, o que se mostra difícil para a população pesquisada e que indica uma origem social diferenciada.

“[...] mais que nós em tudo falando, na leitura, no modo de vocês andar, no serviço de vocês, o emprego de vocês ... mais vocês é melhor no ... no ... (riso geral) ... é melhor do que nós ... É ... porque vocês não anda de graça ... vocês já é bem empregadas e nós nem emprego, nós tem ... não tem emprego. Aqui dentro do Mutirão ninguém tem emprego”. (G5.1 - 14)

A fala expressa claramente não apenas as diferenças presentes na sociedade contemporânea mas fundamentalmente as desigualdades que conformam modos diferenciados de inserção no mercado de trabalho e que definem modos diferenciados de viver e de adoecer. As condições de vida dos sujeitos definem suas possibilidades de acesso aos bens de consumo e vão determinar que necessidades possuem esses indivíduos, visto que segundo Stotz (1991),

citado por Cecílio (2001, p.114), “[...] as necessidades de saúde são social e historicamente determinadas/construídas, elas só podem ser captadas e trabalhadas em sua dimensão individual [...]”.

3.2 A necessidade de acesso

Com a Constituição Brasileira de 1988, em seu Artigo 196, tem-se a definição da saúde como um direito de todos e dever do Estado, “garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário as ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988, p.133). Assim, o SUS, contando com a regulamentação através das Leis Orgânicas 8080 (BRASIL. Leis, decretos, 1990a) e 8142 (BRASIL. Leis, decretos, 1990b) de 1990, encontra-se sustentado em fundamentos e princípios:

Saúde como direito – a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício, por meio de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem **acesso universal** (grifo nosso) e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde individual e coletiva.

Integralidade da assistência – entendida como um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigido para cada caso, em todos os níveis de complexidade do sistema.

Universalidade – **acesso garantido** (grifo nosso) serviços de saúde para toda a população, em todos os níveis de assistência, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie.

Equidade – igualdade na assistência à saúde, com ações e serviços priorizados em função de situações de risco, das condições de vida e da saúde de determinados indivíduos e grupos de população.

Resolutividade – eficiência na capacidade de resolução das ações e serviços de saúde, através da assistência integral resolutiva, contínua e de boa qualidade à população adscrita, no domicílio e na unidade de saúde, buscando identificar e intervir sobre as causas e fatores de risco aos quais essa população está exposta.

Intersetorialidade – desenvolvimento de ações integradas entre os serviços de saúde e outros órgãos públicos, com a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do Sistema Único de Saúde, potencializando, assim, os recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos disponíveis e evitando duplicidade de meios para fins idênticos.

Humanização do atendimento – responsabilização mútua entre os serviços de saúde e a comunidade e estreitamento do vínculo entre as equipes de profissionais e a população.

Participação – democratização do conhecimento do processo saúde/doença e dos serviços, estimulando a organização da comunidade para o efetivo exercício do controle social na gestão do sistema. (BRASIL, 1999, p.9)

Assim, ao se tomarem estes fundamentos, a questão do acesso universal é colocada de forma bastante importante, pois permite o exercício da saúde como direito, nem sempre cumprido pelos poderes públicos, uma vez que ainda hoje os sujeitos têm, em várias situações, sido “impedidos” do exercício deste direito constitucional.

Nesta direção, Mendes (1999b) chama a atenção para o processo vivido no Brasil, a partir da instituição da Constituição, que propõe o acesso universal aos serviços de saúde, como uma possibilidade de “universalismo inclusivo – expressão da cidadania plena” (MENDES, 1999b, p.53), se contrapondo à idéia e à prática vigente na época, do acesso aos serviços ser restrito somente aos contribuintes da seguridade social. Contudo, o autor aponta que o mandamento constitucional do acesso universal ao sistema de saúde foi “reinterpretado na prática social [...] como um universalismo excludente que garante a incorporação ao sistema público de segmentos mais carentes, ou seja, aqueles que não tem como se antepor aos mecanismos de racionamento.” (MENDES, 1999b, p.53)

“[...] quem tem plano de saúde resolve mais fácil ...” (G.2.1-8)

“Se tiver dinheiro, uma como no meu caso, né? Eu já precisei e não teve como atender, tive que pagar uma consulta. Paguei a consulta e fiquei internada lá ...” (G.1.2-7)

“[...] Porque eles criam ... hoje a tecnologia avançou, a ciência aumentou, se descobre tanto tipo, tanto método de detectar a doença em uma pessoa, mas quando se anuncia na televisão, não é pra pobre, é pra rico. Descobrem algo tão bom que pode beneficiar a todos! Mas só pra alguns. Então é o que acontece no caso se você quer fazer um “check up” ...” (G.6.2-15)

Ao identificarmos o tema acesso através das narrativas nos encontros com os sujeitos, as questões que dizem respeito ao acesso aos serviços de saúde, seja na USF ou unidades de referência, o tema se constrói em suas interfaces com a acessibilidade (geográfica, cultural, organizacional e econômica), sistema de referência e contra-referência (dificuldades e facilidades quanto à: USF, UR, CERAJE e odontologia) e busca de outras alternativas assistenciais.

3.2.1 O acesso e a acessibilidade

O primeiro contato do usuário ao serviço de saúde é conhecido como porta de entrada e deve ser de fácil acesso e próprio da organização dos serviços de saúde em qualquer nível de atenção, seja ele, primário, secundário ou terciário. (STARFIELD, 2002)

Para essa mesma autora,

A atenção ao primeiro contato envolve a prestação de serviços que sejam acessíveis (uma característica estrutural ou de capacidade da atenção) e a utilização destes serviços quando surge uma necessidade de atenção (uma característica do processo ou desempenho da atenção). (2002, p.241)

Os sujeitos referem que têm acesso à USF como o primeiro contato ao serviço de saúde, porém, outros relatam que há a dificuldade no atendimento na USF pela grande demanda que chega para a equipe de Saúde da Família.

“[...] depois que veio o posto aqui para o loteamento pra gente ficou mais fácil, quer dizer de início ainda foi bem melhor, agora a demanda é muito paciente, às vezes tem muita dificuldade assim né? Tem uns 3 meses que minha filha tem exame de tireóide para fazer, e não conseguiu vaga, nem dão. As vezes assim a enfermeira, o médico, os funcionários não tem culpa, né?, mas ...” (G.2.1-4)

“[...] falta condição do próprio sistema ... o próprio programa PSF, hoje não suporta, por exemplo, olha só! ... hoje são 1.204 famílias inscritas no programa. Então cresceu, a demanda cresceu. Hoje, nós já olhamos aqui 70% ou mais do que isso [...]” (G.4.2-16)

“[...] porque ta crescendo, né? Uma unidade pro Mutirão, Amaralina e São Judas é muita gente pra uma unidade só, mas mesmo [...]” (G.5.1-10)

“Pode parecer que é má vontade dos funcionários, mas não é, é a carga ... é o volume de pessoas que tem ali na frente com vários exames, então leva tempo ...” (G.6.2-15)

Há, de certa forma, uma crítica implícita em relação à insuficiência dos serviços para se garantir a saúde como um direito constitucional, onde o acesso universal estaria garantido. Parece não haver acesso universal para todos os usuários do SUS, e embora não esteja explicitamente expressa a idéia do direito à saúde, ao ser colocado pelos sujeitos da pesquisa que há uma grande demanda para a USF, estes reafirmam a Saúde da Família como estratégia

focalizadora, não sendo possível estar presente enquanto porta de entrada, em sua característica estrutural como afirmado anteriormente por Starfield (2002).

Para Starfield (2002, p.225),

A 'acessibilidade' possibilita que as pessoas cheguem aos serviços [...] este é um aspecto da estrutura de um sistema ou unidade de saúde e este aspecto é necessário para se atingir a atenção ao primeiro contato. Acesso é a forma como a pessoa experimenta esta característica de seu serviço de saúde.

A acessibilidade não é algo específico da atenção primária, mas deve ser considerada para qualquer que seja o nível dos serviços de saúde disponíveis à população. A mesma autora refere que "os requisitos específicos para a acessibilidade diferem na atenção primária porque este é o ponto de entrada no sistema de serviços de saúde" (STARFIELD, 2002, p.225), ou seja, para a primeira atenção ao sujeito, o elemento essencial é a acessibilidade.

A acessibilidade "[...] resulta de uma combinação de fatores de distintas dimensões, que podem ser classificadas como de ordem geográfica, organizacional, sócio-cultural (sic) e econômica". (FEKETE, 1997, p.117)

Quanto à *acessibilidade geográfica*, devemos considerar o tempo que o sujeito consome para obter assistência à saúde, através da utilização de meios habituais de transporte. Além disto, esta dimensão comporta não somente a distância entre a população e os recursos mas também as características físicas dos espaços de vida em que as pessoas circulam e que dificultam ou impedem seu acesso aos serviços de saúde. (FEKETE, 1997)

No que diz respeito à *acessibilidade organizacional*, os obstáculos enfrentados pelos sujeitos estão relacionados à entrada na unidade de saúde, como por exemplo, a demora para conseguir uma consulta, o tipo de marcação de horário, os turnos de funcionamento; e no interior da unidade, aqueles referentes ao tempo de espera para ser atendido e fazer exames, bem como as dificuldades na continuidade da assistência. (FEKETE, 1997)

"[...] eu entendo que o posto vai bem ... precisa melhorar ... No caso aí é o atendimento, aquela coisa, como eu falei anteriormente aqui. Essa fila que eu acho que não há necessidade, entendeu? Não há

necessidade de você morar aqui e ter que sair, acordar às 5 hora correndo pra 6 hora tá no posto.” (G6.2 - 15)

“Eu não gosto da demora muito, é muita demora na chegada dos resultados ... Qualquer tipo de resultado ... Eu mesmo tenho um preventivo lá que já tem ó! [...] Quando a gente vai pegar o resultado pra entregar ao médico, já tem que fazer outro porque aqueles dali não vem mais. Demora mais de 3 mês. Muito mais”. (G5.2 - 7)

“[...] tem que ter vaga. E tem aquela cota durante o mês pra Unidade. Então ... que nem outro dia mesmo teve uma reunião aqui, e foi discutido aqui que não podia passar da cota, então se atingiu a cota, vai aguardar o próximo mês [...]”. (G2.2 - 4)

Embora o sujeito consiga adentrar à unidade de Saúde da Família, nem sempre ele tem acesso aos outros níveis de atenção à saúde, como para a realização de exames de apoio diagnóstico, a atenção oferecida por especialistas, os resultados dos exames com maior agilidade, ou seja, a acessibilidade do ponto de vista da dimensão organizacional constitui-se em um dado momento em entrave, no espaço interno do serviço de saúde.

Os sujeitos se queixam da dificuldade em ter acesso aos exames e consultas realizados fora da USF, principalmente com os especialistas, em função do número limitado de cotas destinadas a cada unidade de saúde; o que não satisfaz a demanda que chega à unidade.

“Porque às vezes não tem vaga, um dia mesmo que eu marquei ... marcou pra quantidade de exames aí não teve, a cota pra marcar pra marcar o dia hoje, tal dia, você volta tal dia pra marcar o exame, ah, a culpa é dos funcionários, né? (G2.1 - 4)

“[...] e a demora que teve ... por causa de quê?, é muita gente também, quando você vai marcar o exame às vezes demora um pouco né?, mas isso acho, é motivo de que tem muita gente pra ser atendida né? [...]” (G2.2 - 3)

A narrativas reafirmam a dificuldade dos sujeitos quanto à acessibilidade do ponto de vista organizacional, trazendo semelhança com o que diz Fekete (1997, p.120)

No que se refere ao estudo da acessibilidade em seu sentido mais restrito, visando determinar o grau de ajuste entre as características de uma determinada população e uma determinada Unidade de Saúde, observa-se que o principal entrave à sua análise, encontra-se na forma de organização dos serviços de saúde.

Tal situação também é identificada por Pinheiro (2003), em sua pesquisa sobre o acesso à assistência fisioterapêutica no SUS no município de Jequié-BA, apontando também

os obstáculos que os sujeitos enfrentam no acesso a esta assistência, em função de que o número de cotas para os procedimentos é insuficiente para atender à demanda, levando o usuário a ter dificuldade na marcação/autorização das consultas e na acessibilidade aos procedimentos. Ainda, segundo esse autor, “de acordo com a coordenação da Central de Regulação da Assistência de Jequié – CERAJE, existe um limite de cotas mensal para os procedimentos fisioterapêuticos, o qual é subdividido para liberação diária”. (PINHEIRO, 2003, p. 57)

Esta questão, ligada à discussão da acessibilidade, nos remete a refletir que na busca da integralidade da atenção à saúde, há que se pensar no sistema de referência e contra-referência¹⁸ que leve em consideração para o seu funcionamento,

[..] muito mais que o estabelecimento de um fluxo e contrafluxo de pacientes e de informações gerenciais e tecnocientíficas, mas sobretudo reconhecer que nesse sistema deverão ser difundidos conhecimentos necessários para a melhoria da qualidade do atendimento realizado pelo sistema de saúde local no qual está situado. (PINHEIRO, 2001, p.74)

Para explorar esta afirmativa, devemos pensar que, ao buscarmos a integralidade da atenção à saúde, é necessário disponibilizar a todos os usuários o acesso às diversas tecnologias de saúde, e nesse contexto nos reportamos à taxonomia de Matsumoto (1999), onde a autora apresenta a *necessidade de garantia de acesso a todas as tecnologias que melhorem e prolonguem a vida*, sendo que sempre que for necessário o usuário poderá e deverá consumir serviços de saúde (saberes, equipamentos e práticas) que possam impactar e qualificar seu “modo de andar a vida.” Segundo Matsumoto (1999), a melhoria e o prolongamento da vida podem ser trabalhados através de uma abordagem individual ou coletiva. Uma ação individual deve estar articulada às ações coletivas, buscando compreender que uma necessidade ou demanda expressa por um indivíduo, durante sua procura ao serviço de saúde, pode ser a expressão das aspirações ou desejos de uma dada sociedade.

¹⁸ Este aspecto será abordado mais adiante.

Como neste trabalho, os sujeitos também expressam, através de seus depoimentos, a necessidade de ter acesso a todas as tecnologias de saúde, e que isto é um direito garantido através do SUS.

“[...] a tecnologia avançou, a ciência aumentou, se descobre tanto tipo, tanto método de detectar a doença em uma pessoa, mas quando se anuncia na televisão, não é pra pobre, é pra rico. Descobrem algo tão bom que pode beneficiar a todos, mas só pra alguns. Então, é o que acontece no caso se você quer fazer um check-up [...]” (G6.2-15)

“Eu mesmo tem 5 meses que eu não tenho remédio do posto. Tomo agora na farmácia pra pressão. Eu tomo de 250 e só tem de 500 miligramas. De 500 miligramas eu tomava, ficava passando mal ... aí eu passei e falei com o médico mas só que no posto não tem, o de 250. Então tem 5 meses que não tem o remédio, quer dizer que o meu imposto, o imposto que eu pago ...” (G.4.1-6)

Fekete (1997) aponta ainda os aspectos da acessibilidade quanto às características *sociocultural e econômica*.

Em relação à acessibilidade sociocultural, devemos considerar uma das suas características mais importantes que é a relação estabelecida entre a equipe de saúde e a população, levando em consideração tanto o primeiro contato com os serviços de saúde, quanto nos subseqüentes, considerando assim a longitudinalidade e a continuidade da atenção. Além disso, é preciso chamar a atenção para a existência dos obstáculos à acessibilidade sociocultural na perspectiva tanto da população como dos serviços e do sistema de saúde.

A acessibilidade quanto à característica *econômica* deve primar pelo cumprimento do princípio constitucional que garante o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, portanto não deveriam existir barreiras de natureza econômica na utilização desses serviços. Entretanto, as unidades de saúde, ao limitarem o acesso às ações e serviços, levam as famílias brasileiras a terem um gasto elevado com a sua saúde.

Fekete (1997, p.119) afirma que este gasto diz respeito ao “consumo de tempo, energia e recursos financeiros para busca e obtenção da assistência à saúde, os prejuízos por perda de dias de trabalho, as possíveis perdas”.

“Eu também fui três vezes, paguei a consulta e fiquei internada”.
(G1.2-1)

“[...] Ainda graças a Deus, porque a hora que o menino ta doente, que a gente não tem o dinheiro, que arruma o dinheiro, vai e arranca. E quando não tem, fica tomando esses remédios ... pra melhorar ... porque não acha um dentista ... tem um dentista aí pra outro lado”.
(G5.1-14)

Assim, ao considerarmos os aspectos que envolvem tanto o acesso como a acessibilidade dos sujeitos aos serviços de saúde, e em específico aos serviços de Saúde da Família, é importante buscar uma aproximação em relação a aspectos como a integralidade da atenção à saúde.

3.2.2 A construção da integralidade – a longitudinalidade e o sistema de referência e contra-referência

Um aspecto a ser considerado, ao buscarmos a construção da integralidade da atenção à saúde, é a questão da longitudinalidade e da continuidade na atenção à saúde, embora em determinados momentos o termo longitudinalidade seja usado como se fosse continuidade; portanto é necessário defini-los.

A longitudinalidade é a relação do “paciente”¹⁹, ao longo do tempo, com o profissional de saúde (aqui incluímos uma equipe de saúde) ou uma unidade de saúde, já a continuidade é o quanto um paciente procura o mesmo profissional ou a mesma unidade de saúde em um determinado período de tempo (STARFIELD, 2002). Assim, esta autora, ainda, refere que,

a longitudinalidade e a continuidade diferem porque na primeira a sucessão de eventos está relacionada ao tempo e ocorre no espectro completo de problemas ou motivos em potencial para consultas. Para a continuidade, a questão importante é a sucessão de eventos entre consultas sem importar onde ocorreram e por quais motivos. (STARFIELD, 2002, p.390)

A longitudinalidade permite uma relação mais próxima do usuário aos serviços de saúde/profissional de saúde/equipe de saúde e implica em certa medida não só em seu acesso aos recursos disponíveis face ao problema apresentado, mas oportuniza a construção

¹⁹ Aqui mantivemos o termo paciente como utilizado por Bárbara Starfield (2002), ao discutir a longitudinalidade.

da integralidade da atenção, não só nos aspectos individuais mas da articulação dos recursos disponíveis no sistema de saúde²⁰.

A longitudinalidade parece não estar incorporada como um atributo presente na prática dos serviços de saúde e da Saúde da Família, uma vez que os sujeitos da pesquisa se ressentem e expressam sua insatisfação e indignação em relação ao atendimento quando são encaminhados para outros serviços. Apontam uma dificuldade em relação à Central de Regulação da Assistência a Saúde de Jequié –CERAJE, principal estratégia de acesso aos serviços de média e alta complexidade.

A CERAJE é o local em que os usuários em geral e os sujeitos desta pesquisa, inclusive, se dirigem para a busca de autorização para o acesso aos serviços de média e alta complexidade, que não são oferecidos na unidade de Saúde Família, incluindo também as consultas para os especialistas, pois para cada USF existe uma cota mensal que muitas vezes é insuficiente para atender à própria demanda da unidade.

“[...] muitas pessoas têm que ficar na fila da CERAJE, que é outro campo de concentração, porque a pessoa não adoce tanto pela própria doença, mas pelo estresse, vai sendo morta psicologicamente, infelizmente no Brasil é assim”. (G6.2 - 15)

“[...] porque quando chegava lá na CERAJE, onde marcava. Quando chegava lá ele disse que já tinha dado a ficha, esse povo brigando, uma pessoa só vendia não sei quantas fichas, tomava o espaço dos outros que ia cedo, dormia lá e saía vendendo! ... vendia ficha lá e ainda brigava, tinha gente que ia até em casa ... na CERAJE lá, tinha gente que ia pegar até faca pra matar os outros lá na Praça da Bandeira”. (G5.2 - 15)

Pensar na construção da integralidade da atenção à saúde, portanto, implica em considerar um aspecto relevante que é o sistema de referência e contra-referência que deve garantir o acesso do sujeito a todos os níveis de atenção, de acordo a sua necessidade de atenção à saúde, e que possibilite a efetivação da longitudinalidade.

²⁰ “A integralidade refere-se tanto ao homem quanto ao sistema de saúde, reconhecendo-se que cada qual se constitui numa totalidade. Assim, cada pessoa constitui um todo indivisível e membro de uma comunidade; as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, da mesma forma se constituem em um todo, não; podendo ser compartimentalizadas; as unidades constitutivas do sistema configuram também um todo indivisível, capaz de prestar assistência integral.” (IBAM/UNICEF, 1992, p. 13)

Pinheiro (2003), em seu estudo sobre o acesso à assistência fisioterapêutica no SUS no município de Jequié-BA, afirma que,

[...] o sistema vivido pelos usuários está aquém do que é preconizado pelas bases jurídico-legais, constituída pela Lei Orgânica da Saúde (8.080/90), as quais garantem que as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada assegurando ao usuário um atendimento integral através de um sistema de referência e contra-referência. (PINHEIRO, 2003 p. 51)

Segundo Cecílio (2001, p.115-116),

[...] a integralidade deve ser fruto do esforço e confluência dos vários saberes de uma equipe multiprofissional, no espaço concreto e singular dos serviços de saúde, sejam eles um centro de saúde, uma equipe de Programa de Saúde da Família (PSF) ou um hospital.

Pensar a integralidade neste sentido implica em se colocar em pauta a questão dos trabalhadores que respondam a esta empreitada, com a capacidade de dispor de um conjunto de ferramentas tecnológicas (tecnologias duras, leve-duras e leves) cujo compromisso é “produzir o ‘cuidado em saúde’, visando impactar “necessidades” que os indivíduos/família/grupos sociais “portam” e expressam como “necessidades de saúde”. (FRANCHESCHINI, 2005, p.14)

Nesta direção, quando tomamos a premissa de que o trabalho em saúde se viabiliza através de atos do conjunto dos trabalhadores que, ao colocarem em ação determinados saberes/fazer, colocam também em ação diversos projetos. Na Saúde da Família, enquanto estratégia política para reorganização do sistema de saúde, embora pesem dificuldades e limitações que podem fazer dela uma proposta limitante para os intentos a ela colocados, os ruídos/barulhos/estranhamentos que ocorrem no dia-a-dia são freqüentes, contudo as possibilidades que se colocam para recriar as práticas são infindáveis, podendo permitir a construção da integralidade, não só enquanto conceito, mas enquanto prática real nos serviços de saúde. (MISHIMA et al., 2004)

Cecílio (2001) ainda traz a idéia de que a integralidade da atenção deva ser trabalhada em várias dimensões para proporcionar o seu alcance de uma forma mais completa possível e

apresenta três dimensões da integralidade: integralidade focalizada, integralidade pensada em rede, integralidade ampliada.

A dimensão da *integralidade focalizada* considera que o serviço de saúde tem um espaço delimitado e singular, onde o resultado dessa deve ser o esforço que cada trabalhador de saúde e a equipe, através do seu compromisso, tenham a integralidade possível.

“Todos nós sabemos que aí a Unidade não é uma coisa assim, no caso não é pra uma coisa urgente, né?, Se você tá com um problema mais grave, você tem que procurar o Pronto-Socorro que aqui não vai resolver né? Aí a gente vai lá, não vai no Posto de Saúde aí não, vai no Pronto-Socorro, muitas pessoas não gostam de ir, querem ser atendidas”. (G4.2-14)

Entretanto, é importante considerar que outros níveis do sistema de saúde são fundamentais para a produção de cuidados, e neste sentido a articulação entre os níveis de atenção é imprescindível para a construção da integralidade.

Neste sentido, Cecílio (2001) aponta a dimensão da *integralidade pensada em rede*, ou seja, não se dá em um único lugar, porque as tecnologias em saúde para a melhoria e prolongamento da vida e a melhoria das condições de vida é algo que requer um esforço em nível intersetorial, de forma a se provocarem novas reflexões e novas práticas da equipe de saúde e de sua gerência.

Além disso, “é necessário pensar o ‘sistema de saúde’ menos como ‘pirâmide’ de serviços racionalmente organizados de forma hierarquizada e mais como uma rede com múltiplas entradas, múltiplos fluxos, para cuja construção as representações e necessidades individuais são importantes”. (CECÍLIO, 2001, p.118)

“É, às vezes a gente precisa fazer um exame tem que marcar numa semana pra ser atendida na outra. Quer dizer, no caso de urgência, ainda tem que esperar ou ir no Pronto-Socorro, né?”. (G5.2-4)

Enquanto os serviços de saúde, nos seus diversos níveis de atenção, não garantirem a articulação entre si, e os profissionais não estabelecerem uma relação mais próxima e efetiva com os usuários, se tornará difícil a construção da integralidade da atenção. Portanto, não

basta simplesmente a efetivação de um sistema de registro formal para a referência e contra-referência, mas sim é necessário se fazer cumprir o que está previsto nos princípios do SUS, que é adoção de ações integradas entre os serviços de saúde e outros órgãos, através de uma articulação, além da responsabilização, tanto dos serviços como da comunidade, pela humanização no atendimento, bem como pela formação de um vínculo entre equipe de saúde e população.

“[...] falando dali eu posso falar porque a gente chega lá vê tanta coisa ... a gente faz aquela fichinha ali, aí adeus, minha filha ... e o tempo passa ... vários outros eu tenho levado lá, eu nunca achei que foi bem atendido não, porque ali é dose [...] Então continuando com o hospital ... meu filho foi acidentado de moto, ele caiu da moto, chegou quase morto no hospital, né? É teve fratura na cabeça, né? Afetou o crânio. O que aconteceu? O menino chegou lá, quando ele vê muito sangue, aí pegou o menino, enrolou tudo na cabeça dele, fez o que teve que fazer ou não fez nada também, sei lá, só sei que de manhã, nós chega lá, tava acordado foi de manhã ... aí o médico deu alta, viemos trazer o moleque pra casa. O moleque todo enfaixado, a cabeça enrolada ... aí cheguei lá, ele começa a passar mal. Ele não podia mandar o menino pra casa daquele jeito, mas aí o menino começou a se entortar, deu convulsão, aí o que aconteceu? Peguei ele depressa, levei no médico na Perpétuo Socorro, foi pago, mas também foi rápido [...]. Tiraram o moleque tava com problema no cérebro, tinha uma pequena mancha de sangue, mas graças a Deus, o médico, apesar de que foi pago, mas ficou internado, assim ... 5 dias né? Voltou pra casa ... aí graças a Deus que o moleque hoje, tá curado [...] Mas são coisas daquele hospital, dos médicos dali [...]”(G2.2-3)

O fragmento acima indica, em sua negatividade, a dimensão da *integralidade ampliada*, que seria a articulação em rede de forma institucional, intencional, processual, a partir das necessidades das pessoas, sendo complementar e dialética, em relação à “[...] máxima integralidade no cuidado de cada profissional, de cada equipe e da rede de serviços de saúde e outros [...]”. (CECÍLIO, 2001, p.120)

Há, sem dúvida, um reconhecimento através da Constituição Brasileira de que os usuários têm o direito ao acesso a todas as tecnologias de saúde que melhorem e prolonguem a vida, e este favorecerá a construção da integralidade que não consiste somente na existência de um sistema de referência e contra-referência, mas sim na criação de vínculo que deva ser

estabelecido entre profissionais e/ou equipe de saúde com os usuários dos serviços de saúde. Este vínculo precisa ser criado a partir da longitudinalidade, com o uso de tecnologias leves, ou seja, tecnologias de relação, que implicam em uma interação e troca, sempre única entre o trabalhador de saúde e o usuário (MERHY, 1997), onde, na produção do cuidado em saúde, seja possível uma relação de aproximação e não distanciamento entre os usuários (sujeitos, recebedores do cuidado) e os serviços e profissionais de saúde (produtores do cuidado), contrapondo-se ao que o sujeito da pesquisa refere em sua narrativa, onde considera umas das unidades de referência como um “campo de concentração”.

3.2.3 Busca de outras alternativas assistenciais – o enfrentamento dos problemas

Os sujeitos relatam que buscam outras alternativas para resolver seus problemas de saúde, uma vez que os serviços de saúde não conseguem resolvê-los, quer pela grande demanda que cabe à USF, como pela dificuldade na articulação desta com os diferentes níveis de atenção, ou mesmo pela dimensão do problema, uma vez que sua resolução foge ao âmbito de ação do setor saúde. Muitas são as saídas na atenção à saúde informal: a crença em Deus, a utilização de remédios e xaropes caseiros, chás, simpatias, a farmácia, o uso da automedicação. Ainda, quem dispõe de plano de saúde privado lança mão deste para sanar suas dores.

“No caso do estômago mesmo, eu uso bastante remédio caseiro”.
(G1.2 – 10)

“É, tem que voltar e tomar uma folhinha de qualquer coisa. Faz um chá. Um chá também tomado com fé também, né?”.(G1.2 - 8)

“Eu saía daqui 4 hora pra conseguir um exame pra cirurgia, e desisti, fiz a campanha ... Deus curou meu filho”. (G5.2 - 15)

“Eu não tenho criança pequena ... tenho um filho de 18 e outro de 14, vou na farmácia ... vou na farmácia ...”. (G5.2 - 7)

“Às vezes, eles procuram o médico, né? E às vezes não. Quem tem plano de saúde resolve mais fácil [...]”. (G2.1 - 8)

Acreditamos que, a partir do entendimento ou da concepção dos sujeitos a respeito do que seja saúde-doença, ao não serem satisfeitas suas necessidades de saúde nos serviços de saúde, sob responsabilidade do Estado, os mesmos buscam diferentes alternativas assistenciais como resposta; a exemplo do que vimos nas falas anteriores, através da fé, a farmácia, o remédio caseiro e a rede privada. Segundo Minayo (1988), a religião encontra-se presente, ao buscarmos explicações sobre saúde-doença, e isso faz parte da cultura popular. Ainda a autora, refere que

[...] o conhecimento humano é finito, historicamente limitado e contextualizado. Da mesma forma que a visão de saúde-doença da população se apóia nas suas condições reais de existência, também a ideologia que embasa a prática médica se produz dentro dos limites do processo social [...]. (MINAYO, 1988, p.379)

Entretanto, estas alternativas não são comuns a todas as famílias das distintas microáreas, uma vez que estas se distinguem em relação aos recursos de que dispõem, à compreensão do que é saúde e doença, às crenças que professam, etc., ou seja, os moradores inserem-se diferentemente na produção de bens e serviços, o que determina formas diferenciadas de acesso a bens e serviços e na forma como produzem sua vida.

É interessante, assim, assinalar que o acesso ao serviço de saúde da rede privada só não é evidenciado nas microáreas 4 e 6. Existem alguns sujeitos que, ao não serem atendidos na rede pública de saúde do município, lançam mão do serviço privado, mas é a última alternativa do sujeito, porque a maioria não dispõe de recursos financeiros para pagar um plano privado e só tem acesso aos serviços de saúde através do SUS.

Ainda, para os problemas mais estruturais, entendem que existem alternativas a exemplo da distribuição de cesta básica para aqueles que não possuem emprego, até o momento em que consigam ser empregados e a criação de uma horta comunitária para enfrentar o problema da fome. Além da busca da união entre eles, para que haja o fortalecimento para resolução dos problemas.

Identificamos que as primeiras alternativas apresentam-se como ações focalizadoras e assistenciais e também notamos que essas alternativas estão fora do alcance desses usuários.

“Eu acho que a cesta básica é importante pras famílias aí que não tem né? Desempregado que não tem condições, mas um emprego, você, o dinheiro paga o sustento né?, porque quando vem a cesta básica, você vai se adaptar, nem sempre vai continuar. O emprego é muito importante [...]”. (G.4.1-7)

“[...] porque uma horta ia-se plantar muita coisa, então ia ajudar as pessoas carentes ... então como a equipe pode ajudar a resolver os problemas, o problema da fome seria esse né?, ajudar as pessoas a vender, até mesmo ter seu próprio alimento ... aqueles que estão necessitando, né?”. (G.4.1-21)

Os depoimentos dos sujeitos da pesquisa ainda revelam que estes acreditam que a equipe de Saúde da Família pode ajudar a enfrentar/resolver os problemas de saúde do bairro, porém colocam que é necessário um trabalho conjunto (equipe de Saúde da Família e usuários).

“Essa equipe fez feira de saúde, fez levantamento, mapeou todo o bairro ... todos os problemas. Ela fez o levantamento do que falta, a carência aqui do bairro, essa equipe trabalha nota 10”. (G.4.1-18)

“Como você falou a respeito da fome né?, então é uma situação difícil, seria uma maneira assim, se a equipe trabalhasse junto com a comunidade, porque a gente sozinho, ninguém faz nada né?, tem que ter apoio da comunidade. Então eu acho assim, que seria uma maneira de ajudar a combater a fome [...]”. (G.4.1-21)

Os sujeitos da pesquisa ainda apontam, como um exemplo concreto dessa ajuda, a organização e realização de uma Mostra de Saúde da Família no bairro. Neste evento a equipe realizou um levantamento a partir da opinião dos usuários, sobre os problemas de saúde do bairro, e esse foi encaminhado à Secretaria Municipal de Saúde para conhecimento e providências.

Outras saídas para o enfrentamento dos problemas não estão relacionadas à equipe de Saúde da Família e se voltam para a crença de que Deus primeiramente vai resolver os problemas de saúde e depois o prefeito; o governo mandando dinheiro para administrar. Parece haver uma forte conotação de que não se vêem enquanto sujeitos de um processo político de luta pela garantia de seus direitos enquanto cidadãos.

Em outros momentos, entretanto, evidenciamos uma contradição, principalmente quando os sujeitos da pesquisa apontam que é preciso formar um grupo com a equipe de Saúde da Família e os moradores para reivindicar junto ao prefeito as melhorias e ajudar a enfrentar os problemas, e ainda que o povo tem que cobrar mais dos vereadores e da Câmara Municipal. As famílias também referem que a comunidade não deve esperar pelos órgãos públicos e sim juntos se mobilizarem, assinalando sua crença de que a união dos moradores é importante para a mobilização.

Estas questões parecem mostrar uma preocupação dos sujeitos da pesquisa na direção da participação, contudo, esta se apresenta ainda incipiente, mobilizada por questões mais imediatas, ainda sem a perspectiva de sua ação como um sujeito político.

3.3 A interação na construção do vínculo

Mendes (1999) afirma que o trabalho em saúde é marcado por imprevisibilidades que se fazem presentes, pela não-definição de quando um agravo irá se fazer presente, assim como dos resultados obtidos pela ação em saúde. Dessa forma, podemos dizer que este trabalho não se dá de forma linear, numa relação direta de causa e efeito, uma vez que, ao se lidar com imprevisibilidades, com incertezas, com o produto final que pode ser bem diferente do programado inicialmente, torna o processo de cuidado e de aprendizagem permanente para o cuidado bastante complexo e difícil.

Outra característica importante e fundamental a ser considerada no trabalho em saúde é que este se dá no encontro de e entre pessoas em constante interação. Tomando este aspecto, Merhy (1997) apresenta o conceito de espaço intercessor como o espaço de encontro e de intervenção entre usuário e trabalhador de saúde; espaço em que se opera a produção de ações de saúde nesta relação trabalhador/usuário.

Refere-se ao espaço comum que se produz nessa relação, a interseção partilhada, que passa a existir para ambos em ato, mas que não seria possível sem este momento da relação em processo. Isso significa dizer que no encontro trabalhador/usuário, na

relação produção/consumo, há um processo intercessor, um movimento de criação de intervenções para os problemas de saúde (de indivíduos e/ou de coletivos), a partir da interseção de cada um como instituinte do processo de trabalho em ato, com distintos interesses, desejos e formas de satisfazê-los. (MATUMOTO, 1998, p.35-36)

Ainda segundo Matumoto (1998, p.88), na produção do espaço intercessor, “o resultado das relações é muito maior que a soma dos produtos de cada uma das partes envolvidas, ou seja, no momento de executar uma ação de saúde é que se abrem as janelas de possibilidades de respostas às demandas dos usuários”.

Na perspectiva colocada, as relações entre usuários e trabalhadores podem estabelecer distintas e inúmeras possibilidades de se produzir cuidado em saúde, a partir das demandas dos usuários. Contudo, Franceschini (2005), discutindo ferramentas para a operacionalização da integralidade, afirma que

quando os pacientes-usuários procuram os serviços de saúde, eles não têm claro que suas queixas sejam sinônimos de doenças, pelo contrário, muitos procuram na esperança de serem cuidados, tranquilizados de que não correm risco de vida, que não há gravidade no seu mal estar. No entanto, no cotidiano das instituições de saúde, esta visão fica obstaculizada pela perspectiva da doutrina médica que, por sua vez, permeia o universo simbólico, não só das pessoas que individualmente procuram a consulta médica, mas de toda uma coletividade. Talvez a oportunidade de vivenciar de forma comprometida e prolongadamente a situação da não resolução das queixas, porque não podem ser apreendidas na sua complexidade, possa ser uma forma de ressignificar as reclamações e críticas ao trabalho dos serviços de saúde. (FRANCESCHINI, 2005, p. 145)

Starfield (2002), quando discute a interação profissional-paciente²¹ enquanto um dos princípios da APS, afirma que estas contribuem para que haja relações de longa duração e reconhece que existem quatro tipos de interação, dependendo do grau de controle do profissional sobre a interação *versus* o do paciente: a de mutualidade, a consumista, a paternalista e a interação falha.

A *interação como mutualidade* é quando existe um alto controle tanto do paciente como do profissional. No que diz respeito à *interação consumista*, o paciente tem alto controle, porém o do médico é baixo. Já a *interação paternalista*, é quando ocorre um baixo controle

²¹ Aqui usamos o termo paciente como utilizado por Bárbara Starfield (2002), ao discutir interação entre profissional e paciente.

por parte do paciente e um alto controle do médico. E finalmente, quando há um baixo controle de ambos, ocorre a produção de uma interação falha.

A mesma autora, ainda, nos chama a atenção para a importância do teor verbal da interação, e coloca que este sozinho não garante a relação profissional-paciente, onde “tanto profissionais quanto pacientes respondem ao contexto da interação, como cada um se sente em relação ao outro e como estes sentimentos são transmitidos”. (STARFIELD, 2002, p.297)

Estas questões são importantes de serem abordadas, pois indicam construções diferenciadas das relações entre usuários e trabalhadores de saúde para a produção de cuidados e a satisfação ou não das demandas e necessidades dos usuários, quando buscam os serviços de saúde, e em especial a Saúde da Família.

Podemos observar, através dos depoimentos dos sujeitos da pesquisa, que estes expressam uma visão positiva em relação a sua interação com os profissionais que lhes prestam cuidados, considerando que a relação que estabelecem é construída de ambos os lados, a partir de um comportamento cordial.

“Não, que ele é muito educado, aquele médico pra mim é muito educado. Que depende também do médico, qualquer pessoa, a enfermeira, alguma pessoa que tá trabalhando numa unidade igual daquela lá, depende de muita gente também, e se chega lá com grossura no serviço, é duro pra gente agüentar uma pessoa grossa né? Então se a gente chega também educado, né?, que não custa nada chegar no médico lá, segurar na mão dele e falar um bom dia, boa tarde e depois quando sair agradecer. Eu chego lá, me sinto à vontade ... se eu vou falar com um médico, uma médica, eu sempre chego desse jeito que você tá vendo aqui ... Agora se você chega no médico numa unidade daquela com uma grossura danada né? Aí, tenha paciência, né? Ninguém agüenta mesmo!” (G2.2-3)

No processo de trabalho em saúde, dentre as tecnologias utilizadas, segundo Merhy (1997), as tecnologias leves são aquelas consideradas como as das relações, operando num certo modo de agir para produzir bens e produtos, *os bens da relação* (MATUMOTO, 1998). Em seu estudo sobre acolhimento, Matumoto (1998) destaca que para que o acolhimento ocorra é importante o *preparo para a relação*, incluindo o *cuidado com o primeiro contato*, a

concentração, a observação de modo geral e a escuta, bem como, a responsabilização e o espaço-tempo disponibilizado para esta. “A preparação para o encontro entre trabalhador e usuário acontece desde a concepção de sua finalidade, estruturada pelo modelo assistencial, e pelas relações que vão sendo construídas na produção de cuidado e de formas de gestão.” (FRANCESCHINI, 2005). Estas são as questões que se expressam no depoimento anterior e nos que se seguem.

“Ele atende muito bem. Na realidade, ele sempre me atendeu, eu, minha filha, tudo. Ele atende direitinho mesmo. Ele examina, se é necessário passa remédio, pega na farmácia. Quando não tem a gente compra fora. Ele atende direitinho” (G1.2-2)

“Aconselha, é, tanto aconselha como conversa com a gente. Eu já tive essa oportunidade de conversar com Enfermeira e com Médico também, porque tem problema que tem, às vezes você tem um problema que tá ali atingindo que você tem que falar também, que através disso aí que ele vai descobrir o que a pessoa tem. A gente tem oportunidade de falar”. (G1.2-10)

É importante explicitarmos neste momento o que estamos chamando de vínculo, uma vez que trouxemos alguns aspectos a serem considerados ao falarmos de interação.

A idéia de vínculo entre o médico e/ou outros profissionais de saúde, as pessoas, a família e a comunidade surgiram desde a Antigüidade, e foi se fortalecendo nos séculos XIX e XX, através do desenvolvimento da clínica. (FRANCO; MERHY, 2003)

Hoje, em vários países, “o vínculo é uma diretriz dos modelos de assistência, usado como ferramenta na consolidação de referências nos profissionais e sua responsabilização para uma determinada parcela da população usuária de seus serviços de saúde”. (FRANCO; MERHY, 2003, p.102)

Nesta direção, apontamos que o PSF adota a diretriz de vínculo, mas Franco e Merhy (2003) dizem que enquanto o modelo de atenção não for “usuário-centrado”, apenas a modificação na estrutura não irá garantir que

a relação dos profissionais com os usuários seja também realizada sobre novos parâmetros de trabalho no território das tecnologias de saúde, e de civilidade,

acolhimento e construção de processos mais compromissados com os usuários, seus cuidados e curas. (FRANCO; MERHY, 2003, p.103)

Podemos constatar isto, quando os sujeitos da pesquisa referem que há um descaso do serviço de referência com o seu problema de saúde, assim como um descrédito dele para com a melhoria desse serviço de saúde, mas também ocorre em relação à USF.

“Tem gente que morre a mingua ali no hospital” (G2.2-1)

“Agora como se dá jeito, eu não sei! Ali? O que? Ah, eu não sei, minha senhora! Pelo amor de Deus. Aí tem que chamar o Papa!” (G2.2-3)

Segundo Boff (2000), existe um descuido e um descaso com a coisa pública, e que com os avanços tecnológicos ocorridos nas últimas décadas, houve um aumento significativo na produção dos serviços de saúde e bens materiais, porém desumanamente distribuídos, levando dois terços da humanidade a viver em grande pobreza. O autor ainda refere que

há os que têm cuidado em demasia [...] há os que têm cuidado de menos [...] Refletíamos que o cuidado surge quando se encontra a justa medida. Este é o caminho do meio entre o modo-de-ser do trabalho como exploração e o modo-de-ser do cuidado como plasmação. Por isso o cuidado não convive nem com o excesso nem com a carência. Ele é o ponto ideal de equilíbrio entre um e o outro. (BOFF, 2000, p.161-162)

Além, do descaso e descrédito tanto nos profissionais como nos serviços, é relatado pelos sujeitos da pesquisa que a falta de confiança, no atendimento dado pelo profissional da USF, os leva a procurar outro serviço; porém os usuários referem que têm confiança no ACS.

“Tem família ... na família têm pessoas doentes que nem acredita no posto, o médico vem até na casa fazer visita assim sabe, fazer visita e essas pessoas ainda ... deixa também e bota a culpa no médico, na enfermeira, no auxiliar de enfermagem, no posto: ah, eu vou fazer isso, eu vou denunciar, vou pra ir eu vou fazer acontecer, mas ...” (G2.1-4)

“Eu converso quando ela vai lá em casa, assim ver se tem algum problema, às vezes tem algum amigo meu que tá passando por algum problema, né? Ela fala: ah! Dona ..., manda ele lá. Faz a ficha né? Isso que eu faço.[...] consegue”. (G2.2-11)

Teixeira, Mishima e Pereira (2000), em seu estudo sobre o trabalho de enfermagem em atenção primária à saúde, referem que os trabalhadores apontam que para que haja o estabelecimento de relações de vínculo, é importante a *confiança necessária*, e que esta ocorre

muitas vezes depois do “reconhecimento do profissional como sendo aquele indivíduo responsável pelo seu tratamento, passando a tê-lo como uma referência. É aquele que vai cuidar da saúde, que se preocupa e se responsabiliza pela atenção do outro”. (TEIXEIRA; MISHIMA; PEREIRA, 2000, p.202)

Em muitos casos, este reconhecimento se personifica na figura do ACS, que é o trabalhador que faz a ponte entre a família/usuário e a USF; e o trabalhador que de certa forma mais se aproxima do modo de viver e de agir das famílias sob sua responsabilidade.

Quanto ao atendimento, os sujeitos referem sua satisfação, ao expressarem que são bem atendidos na USF, que gostam de ir lá e fazem comparação com outra USF que, segundo eles, não atende bem os usuários.

“No meu caso eu nunca cheguei prá né, prá reclamar, que no meu caso assim se for atendido por elas, se for o médico, mesmo se for o rapaz que trabalha lá, o moço da recepção, uma pessoa educada, né?, quer dizer a gente não tem o que reclamar, sempre tem, a gente vê coisinhas lá também é gente que sai nervosa é gente que ... agora porque talvez por causa da doença mesmo, a pessoa já vai com aquela coisa, ... então por qualquer motivo ali às vezes vai achar ruim com uma pessoa dali, mas talvez por causa da doença, já vai meio irritado ali e reclama, mas não vejo coisa que desabone não!” (G2.2-3)

“Daquela unidade ali, gosto demais assim, o pessoal atende a gente que a gente acaba saindo até que talvez nem precise. Eu não sei, né, se tem algo, eu não sei, mas eu mesma sou bem tratada. E é isso que faz, acho, que o bom profissional porque a gente já chega ali doente, né? Precisando de consulta, precisando de um remédio, aí vem o carinho em primeiro lugar, a atenção, né, em ouvir e aí você acaba às vezes até tendo uma doença, sabe? Psicológica! Às vezes acaba soltando e acaba até saindo de lá até bem melhor, no caso da simpatia da moça que marca exames, né? É uma atendente assim, sensacional! Não é? Aquele charme da Enfermeira! Meu Deus!” (G5.2-2)

Em relação ao atendimento nas unidades de referência, os sujeitos da pesquisa referem que alguns médicos são estúpidos, arrogantes e tratam mal os pacientes.

“Não é qualquer um, né? Tem médico que dá pra você perguntar. Por exemplo, teve um programa do Médico X, né? tá até voltando ao ar, “O médico seu amigo”, não é isso? Aí eu tava pensando outro dia: - oh, que bom seria, se os médicos fossem amigos mesmo dos pacientes! Acho que não estaríamos com tantas doenças e as pessoas cada dia mais, né? Porque quantas vezes, quantos pacientes entram em

consultórios por aí, com doenças que às vezes nem são tão graves e saem mesmo perplexos com a estupidez de tantos médicos! Eu mesma até já vi, pessoas saindo até chorando do consultório médico por arrogância, né? Diz que aqui no Centro de Saúde mesmo, foi ninguém me contou, quer dizer foi dona ... que me contou né?, que presenciou que foi maltratada no Posto de Saúde pelo doutor Y, de coração, né?” (G5.2-2)

Os sujeitos da pesquisa têm dificuldade de conversar com o profissional que os atendem na USF sobre assuntos que não estejam ligados ao motivo que os levaram à unidade, a exemplo das questões familiares, do seu dia-a-dia.

“Eu não tenho outros problemas da gente chegar lá pra conversar com ele. Eu não tenho intimidade com ele ainda de chegar lá e, ficar conversando ... muitas vezes quando a gente tem mais intimidade assim a gente chega e toca no assunto mas eu não tenho tanta intimidade com ele”. (G1.2-7)

“É, eu queria falar. Quando eu vou lá também, eu só falo só o essencial mesmo assim, da minha diabete, também às vezes eu levo resultado, aí ele fala, a senhora vai precisar fazer caminhada para controlar sua diabetes ... agora eu também não falo de outros problemas assim, de casa, da família”. (G1-2-8)

Entretanto, contrapondo as falas anteriores, os sujeitos revelam que se sentiriam à vontade para conversar com os profissionais que atendem na USF sobre coisas da sua vida pessoal.

“Ah! Eu soltaria tudo! Falar da minha vida, meu casamento, meu emprego”. (G5.2-2)

“Se tiver problema, a gente fala. Se tiver problema na família, a gente fala”. (G6.2-4)

“Facilidade de conversar assim, eu converso é com ACS que é agente de saúde da área de saúde, a gente fala das coisas do dia-a-dia, que às vezes nem tem a ver com a saúde, né? E a gente conversa, já hoje eu falo assim que eu tenho uma intimidade, que aí ela conta dela e eu conto também e aí vai. Já ele, assim eu não tenho liberdade de chegar lá, eu não sei se eu começar o assunto, ele, eu acho que ele responde né? Mas eu nunca entrei no assunto com ele”.(G1.2-7)

Uma das falas expressa que a família se sente mais à vontade para conversar com o ACS, o que nos leva a acreditar que existe uma identificação com este, porque ele convive na mesma comunidade, portanto isto pode ser facilitador para o estabelecimento do vínculo entre usuário e trabalhador de saúde.

Cecílio (2001, p.115) aponta vínculo “enquanto referência e relação de confiança, algo como o rosto do “sistema” de saúde para o usuário”. O autor reconhece ainda que “o vínculo, mais do que a simples adscrição a um serviço ou a inscrição formal a um programa, significa o estabelecimento de uma relação contínua no tempo, pessoal e intransferível, calorosa: “encontro de subjetividades”.

Os sujeitos da pesquisa revelam a importância de serem bem atendidos nas unidades de saúde, serem atendidos com atenção e gentileza, que possam ser escutados, mas ao mesmo tempo apresentam dificuldade em conversar com o profissional que os atende, de se expressar mais livremente. A expressão “*se os médicos fossem amigos mesmo dos pacientes*” poderia ser traduzida na expectativa de que tivessem proximidade para expressar seus receios, medos, desejos.

Starfield (2002) traz um fragmento da fala de um paciente²², para ilustrar a importância da comunicação, da atenção à amplitude e profundidade do contexto nas interações entre usuários e trabalhadores de saúde, e que se encaminha na direção apontada acima.

Geralmente as pessoas têm medo de contar as coisas aos médicos. Eles podem ficar bravos, ou dizer que você está imaginando coisas, ou pensar que é comum. Muitas pessoas têm medo de médicos. Talvez o médico as classifique como “pacientes com distúrbios mentais”. Como elas têm medo, aprendem a esconder coisas dos médicos, presumindo que de qualquer forma eles descobrirão porque são treinados para isso. Acho que os médicos deveriam agir como seres humanos, não como médicos. Médicos deveriam saber que cada paciente é uma pessoa viva, com sentimentos. Mesmo se o médico já tiver tratado do mesmo problema várias vezes, cada paciente é diferente. Sr.M., empregado de 50 anos (STARFIELD, 2002, p. 292)

Este fragmento trazido por Starfield (2002) retrata de certo modo um conjunto de necessidades, da mesma forma que o identificado nos depoimentos acima dos sujeitos da pesquisa: *a necessidade de ser acolhido e ter vínculo com um profissional ou equipe*. (MATSUMOTO, 1999; CECÍLIO, 2000)

Fazer a leitura do que os usuários trazem para o interior dos serviços de saúde muitas vezes não é tarefa simples, uma vez que

²² A utilização do termo paciente, como já mencionado acima segue a forma como a autora faz referência ao usuário, cabendo ainda ressaltar que embora o fragmento refira-se ao médico, a situação poderia referir-se a qualquer outro membro da equipe de saúde.

os elementos que compõem as necessidades de saúde podem ser, ainda, muito sutis, eles não aparecem de pronto explicitados. É preciso confiança, um vínculo qualificado pelo afeto, pela responsabilização. Muitas destas demandas insinuadas ficam, assim, sem a valorização necessária pois não são vistas como informações do que pode compor a compreensão mais ampla sobre o processo saúde-doença. (FRANCESCHINI, 2005, p.146)

Segundo os sujeitos da pesquisa, escutar o que eles têm para dizer durante o atendimento é de suma importância, porém apontam que tanto o médico como a enfermeira da USF não têm o tempo necessário por conta do grande número de pessoas para atender, exceto nas reuniões de hipertensos.

“A não ser assim, nas reuniões que nós temos toda ... você tem tempo pra falar tudo o que você ...”.(G5.2-10)

“Ah! Nas reuniões é diferente! [...] Mas lá dentro não”. (G5.2-17)

“Tem tanta gente lá fora, se a gente for bater papo ...”. (G5.2-2)

Por outro lado, os usuários revelam que o médico e a enfermeira, embora não tenham tempo, escutam o que eles falam, conversam, aconselham e orientam como, por exemplo: tomar os remédios, os cuidados gerais de higiene. Aquilo que deveria compor a clínica para a produção de cuidados, com o oferecimento de tecnologias e saberes necessários à qualificação da saúde e da vida das pessoas, aparece como uma benesse dos profissionais.

“Eu pergunto, ele ensina e eu entendo e vou embora. Agora ele não pode também fazer o que não pode, né? Porque pouca gente, prá um bando, quer dizer que o meu atendimento lá, é atendimento ótimo porque eu chego, eu sou atendida, ou 10 horas ou 11, ou 4 ou 5, mais eu sou atendida. Ele não diz assim; vai embora prá mode vir amanhã, não. Nunca diz”. (G5.2-14)

“Tira a pressão. Não tem tempo prá gente contar prá ela assim, porque é tanta gente que ela atende [...] me disse, ela explicou, disse que o comprimido da pressão fazia eu fazer xixi toda hora e o remédio era prá baixar a pressão que a minha é alta, né?” (G5.2-17)

“Antes deles começarem o atendimento, a enfermeira mesmo sempre fala prá as mães, orientar, dar banho, trocar a roupa das crianças, escovar os dentes; ela já cita assim mesmo falando bem claro, mesmo que não tenha creme dental, escova os dentes da criança, dar banho, trocar a roupa, cortar, manter a unha sempre curta que evita principalmente o caroço, os carocinhos. Aí vem conscientizando as pessoas pra ver se ...”(G5.1-18)

Leitão (1995) afirma que, para se escutar, é preciso antes estar atento para tomar conhecimento de quem se escuta, ou seja, quem está falando, como e sobre o quê; e isto nos leva a refletir acerca dos sujeitos para os quais os serviços de saúde são oferecidos. Refere ainda, que “pensar sobre o usuário, leva-nos concomitantemente a questionar os nossos serviços, práticas e instrumentos terapêuticos”. (LEITÃO, 1995, p.47)

Nesta direção, Franceschini (2005, p.148) afirma que

Necessidades de saúde são necessidades individuais e humanas e, também, as não reconhecidas, distorcidas e ocultas. Quando, porém, o conceito de necessidade de saúde é incorporado, aparecem outras possibilidades de escuta. Nesta perspectiva, se conseguíssemos escutar, entender e atender de maneira mais completa possível as necessidades das pessoas, o tema da integralidade subsumiria o da equidade, revelando diferentes necessidades de vínculo para diversas pessoas em determinados momentos, as várias necessidades de consumo de algumas tecnologias, relacionadas às condições de vida e muitas possibilidades de construir a autonomia no modo de andar a vida.

Nas narrativas acima, aquilo que os trabalhadores falam se apresenta entendido como uma “certa verdade”, a orientação assume o caráter de uma atividade de emissão de informações, mais que troca.

[...] o poder da fala se revela em outra dimensão; o seu poder está contido em si própria, isto é, no que ela diz nas suas entrelinhas [...] para acolher essa fala no seu *poder mais próprio* e interpretar o seu significado, é necessário deixar-se afetar e atravessar por ela. É preciso que a fala transforme o outro que está escutando não no sentido de convertê-lo, mas no intuito de transfigurá-lo para uma instância onde a expressão da dor possa ser apreendida. (LEITÃO, 1995, p.48)

Muitas vezes nos serviços de saúde, esta fala se espalha e tenta a busca, por parte dos trabalhadores de saúde, de uma escuta que seja acolhedora. O trabalhador que presta o atendimento, porém, na maioria das vezes acha-se despreparado e insatisfeito com o seu trabalho, e isto poderá gerar relações tênues e conflitantes entre os trabalhadores e os usuários. (LEITÃO, 1995)

Os sujeitos da pesquisa relatam que entendem o que o médico diz e que têm oportunidade de perguntar quando há dúvida. Há por parte dos usuários o esforço de entender ou cobrar que a linguagem utilizada pelo profissional de saúde seja adequada, para que possa se fazer compreensível a hermética linguagem que utilizamos na saúde. Aparece aqui o “*poder da fala*” para que “*a dor possa ser apreendida*”.

“Exatamente! Explica direto, ela explica, as pessoas que não ouvem as explicações, porque chega num ambiente desse em vez de procurar as dúvidas, tirar as dúvidas, não! Vai conversar, vai bater papo, vai falar que ela tem que vender isso, isso que não presta, então as coisas boas que a gente tem que ouvir tudo e reter o que é boa, né? E às vezes não pára pra analisar, né? Porque, eu, por exemplo, se eu vou no médico e ele falar ..., eu digo, doutor fala outra vez que eu não estou entendendo! Eu pergunto, eu gosto muito de, se o médico passar um remédio pra mim, eu vou na bula ler, os efeitos colaterais, tudo isso a gente tem que fazer, né? Então têm pessoas que não param pra passar e às vezes ... ah, por que aquele atende mal lá?! A gente sabe que em lugar nenhum o atendimento é 10, né? Mas também não é zero. Agora, depende de você, do seu interesse, né? Por que eu pergunto, meu esposo mesmo teve um problema lá outro dia, aí o médico começou a falar com a doutora por código, fui lá no carro, voltei e falei: doutora, eu quero que a senhora explique no meu português, porque eu não entendi o seu. Ela falou: como assim? Eu falei, eu quero que a senhora me diga se a senhora tá achando que a gente tá com CA, porque na família dele já teve, ela sentou, - eu vou lhe explicar tudo direitinho! Então eu saí de lá com minha cabeça aliviada do que ela tinha me explicado”.(G5.2-10)

Podemos refletir, a partir do conjunto das questões trazidas, que a construção do vínculo a partir da interação entre usuários e trabalhadores ainda é um desafio tanto para o reconhecimento como para o atendimento às necessidades de saúde dos usuários, uma vez que a estruturação dos serviços de APS, em particular a Saúde da Família, ainda tem por referência o modelo biologicista, priorizando o corpo biológico, sendo que

esse referencial limitante impede apreender o indivíduo, a comunidade e suas práticas sociais de forma mais abrangente. Dessa forma a presença dos usuários fica para os trabalhadores como vozes ou silêncios sem diferenciações entre si, que passam pelos Serviços no decorrer dos dias de trabalho. (LEITÃO, 1995, p.48-49)

As falas dos usuários perpassam a todo momento a *necessidade de ser acolhido e ter vínculo com um profissional ou equipe (sujeitos em relação)* (MATSUMOTO, 1999), podendo ter acesso e ser recebido, bem acolhido em qualquer serviço de saúde que necessitar, tendo sempre uma referência assistencial (um trabalhador, uma equipe, um serviço) de responsabilização pelo seu atendimento dentro do sistema.

3.4 A participação construída *versus* a concedida

Os sujeitos da pesquisa, através de suas narrativas, ao falarem sobre a participação junto à equipe de Saúde da Família, referem que ela ocorre de forma “concedida”, e apontam que as atividades são programadas pela equipe e as famílias são convidadas a participarem.

“[...] nós tivemos a formação de um grupo, grupo que caminhava, né? Fazia toda sexta-feira uma caminhada com o pessoal ... às 5 horas da tarde, dava uma voltinha até lá embaixo e isso foi bom...” (G4.2-16)

“[...] no ano passado tivemos uma feira de saúde no bairro que foi assim excelente, porque como se diz, foi uma mostra de saúde. E nessa mostra foi citado vários problemas, com adolescente, aí já tem reuniões pros adolescentes evitar é assim, prevenção”. (G5.1-10)

“Foi muito bom, porque divulgou muita coisa, falou sobre vários temas, sobre AIDS, sobre a importância da vacinação, várias coisas muito importantes”. (G5.1-18)

Existem, entretanto, entre esses sujeitos, aqueles que expressam que não participam de nenhuma atividade com a equipe de Saúde da Família.

“Não faço nada”. (G6.2-15)

“Ah! Eu Fico mais em casa, mas já tô começando a sair ...” (G1.2-9)

Ainda, revelam a importância da participação através das atividades religiosas.

“Na igreja a gente vai.” (G2.2-3)

“É que nem ela falou, né? A gente participa, agora a gente tá fazendo, participando da novena, né? Então nessa participação da novena que a gente tá, porque tem muitas crianças carentes, né, crianças pobres que não têm mesmo como comprar um brinquedo, uma roupa, enfim aí eles tão até pedindo assim sabe, quem tiver brinquedos até usados mesmo, porque tem muitos brinquedos, né, pra a gente sair dando no Natal, agora no Natal”. (G1.2-3)

Participação concedida? É possível falar desta maneira? Na fala expressa pelos usuários, a participação se restringe ao ato de participar, de poder estar presente ou não.

Embora Bordenave (1992, p.29) discuta a possibilidade da participação ser concedida, o autor se refere àquela que “viria a ser a parte de poder ou de influência exercida pelos subordinados e considerada como legítima por eles mesmos e seus superiores”, contudo,

parece não ser nem nesta direção o que se coloca na fala dos sujeitos da pesquisa, pois em alguns momentos a participação a que se referem se reveste de uma questão assistencialista.

Para este autor, quando ocorre a participação concedida, esta mesmo sendo concedida, apresenta “um potencial de crescimento da consciência crítica, da capacidade de tomar decisões e de adquirir poder” (BORDENAVE, 1992, p.30). Neste sentido, o estabelecimento de espaços coletivos, espaços de convivência entre os usuários nos serviços de saúde, pode se constituir em uma brecha para a construção da participação em outra direção daquela presente nos fragmentos acima.

Ainda, há que se considerar que por outro lado, os sujeitos da pesquisa também revelam a importância da participação da e na comunidade.

“Eu acho importante e olha só! Porque nós não temos aquela participação comunitária, a gente se sentir bem em participar e dar uma parcela de contribuição, entendeu? Eu, quando eu vejo uma pessoa tendo uma precisão de uma orientação, de encaminhamento, eu me sinto bem quando eu participo da ação comunitária, é uma coisa que nasce com a gente, por mais que você não queira participar ... dá um jeitinho né, uma coisa que nasce com a gente ...”. (G4.2-16)

“Aí, eu tenho, não faço muito trabalho, mas trabalho, eu participo. Se eu pudesse participar mais, melhor seria. É tudo, sei lá, é pra saúde, é pra seu ânimo no dia-a-dia, é no seu viver em casa com os filho, tudo é bom...” (G1.2-10)

Contudo, contrapondo-se a estas falas, os sujeitos apontam que não participam das atividades na comunidade porque se sentem desestimulados, e outros porque não se interessam pelas reuniões do bairro.

“Veja só, um lado, o problema é que os próprios moradores da comunidade desestimulam, desistem. Porque não participam. entendeu? Não participam, não dá força pelo menos com presença, entendeu? Isso se a pessoa também um dia tem que promover alguma coisa pra ajudar as pessoas, mas a própria comunidade não aparece e quando aparece é só pra criticar. E o pior de tudo que a gente tá falando aqui sobre o Posto, do andamento do Posto, o funcionamento tudo isso, mas o maior culpado de tudo isso somos nós mesmos. Que não funcione, tá entendendo? Isso eu coloco até eu mesmo, eu me coloco também que fui muito ausente aqui. Então, tem que ir mais, tem que estar junto, tá entendendo? Pra buscar a solução e melhorar não só o bairro mas também o estilo de vida de cada um”. (G6.2-15)

“Mas a maioria do povo aqui também não interessa, não, sabe porque te digo? Porque aqui é assim, a senhora não fez essa reunião aqui, hoje, não avisou todo mundo, não avisou? Conta de dedo que tá aqui, a maioria fica fazendo pouco caso lá fora, a mesma coisa era quando tinha aqui a reunião pra eleição, pra essas coisas, pra todo o bairro, quase não vinha quase ninguém, ficava fazendo ainda pouco ...” (G6.1-6)

Bordenave (1992, p. 22) afirma que participação vem da palavra parte “[...] é fazer parte, tomar parte ou ter parte. Mas é tudo a mesma coisa ou há diferença no significado destas expressões?” O autor refere ainda que existe diferença entre a *participação passiva* e a *participação ativa*, e a distância entre um cidadão que é inerte e um outro engajado. Na participação ativa, as pessoas “tomam parte”, se “sentem parte” ou consideram como “tendo parte”. Para Bordenave (1992, p.23), “a prova de fogo da participação não é o quanto se toma parte, mas como se toma parte”.

A participação ocorre na família, comunidade, no trabalho e nos foros internacionais onde os países tomam decisões que afetam os destinos do mundo (BORDENAVE, 1992). Esta “não é somente um instrumento para a solução de problemas, mas, sobretudo, uma *necessidade fundamental do ser humano*, como são a comida, o sono e a saúde” (BORDENAVE, 1992, p.16), e que pode fazer do sujeito o construtor de sua própria história e do contexto social em que está inserido.

Este mesmo autor afirma que a participação possui duas bases complementares, que são: “uma *base afetiva* - participamos porque sentimos prazer em fazer coisas com outros – e uma *base instrumental* - participamos porque fazer coisas com outros é mais eficaz e eficiente que fazê-las sozinhos.” (BORDENAVE, 1992, p.16)

“Porque nós temos aquela participação comunitária, a gente se sentir bem em participar e dar uma parcela de contribuição, entendeu? Eu, quando eu vejo uma pessoa tendo uma precisão de uma orientação, de encaminhamento, eu me sinto bem quando eu participo da ação comunitária, é uma coisa que nasce com a gente, por mais que você não queira participar ... uma coisa que nasce com a gente”. (G4.2-16)

Ainda, afirma que a participação é algo que se aprende e aperfeiçoa, não se nasce sabendo e que podemos gradativamente ir adquirindo habilidades e compreensão da extensão deste processo. “A participação é um processo de desenvolvimento da consciência crítica e de aquisição de poder” (BORDENAVE, 1992, p. 77), onde se faz presente a possibilidade de transformação das pessoas em cidadãos que podem escolher e definir seus caminhos na vida em sociedade.

Nesta direção, algumas narrativas dos sujeitos da pesquisa expressam a importância da participação em atividades na comunidade e em especial da associação do bairro e Conselho Local de Saúde, entretanto também apontam que atualmente a associação tem se mostrado um tanto inoperante, no que diz respeito à realização de atividades e à aproximação com os moradores. Portanto, os sujeitos da pesquisa vão apontando que, embora com dificuldades, viveram e vivem a possibilidade do exercício político da participação.

“Houve um tempo que a Associação era ativa mesmo aqui ...”. (G1.2-10)

“Nós tivemos uma época muito boa, de boa atividade. Está faltando isso, se a Associação não faz então eu aponto as outras entidades, ou seja, as igrejas que podem muito bem fazer isso”. (G1.2-4)

“... ele precisa expor essa parte da associação, do associado pode ser eleito presidente, uma assembléia, sempre tem que ter assembléia pra discutir as questões do bairro, né? Pra que haja assembléia pra tá discutindo né? Pra liberar alguma solução, alguma solução pra que seja concretizado. E nessa última participação nossa ali, nós conseguimos através da reivindicação, a construção do Posto. Da sede do Posto. Porque era alugada né? Aí nós tivemos algumas reunião lá com a médica. Primeiro vou lá para anotar a participação da associação. Porque a obrigação da associação é ir lá cobrar junto ao executivo, cobrar e reivindicar e tem que ter muita perseverança porque existe muita coisa, sabe? Muita coisa. É o aspecto político quanto da comunidade, o presidente crescer junto ao poder executivo ...”. (G4.2-16)

“Tem que participar das reuniões pra saber, ta por dentro do que tá ocorrendo”. (G4.2-1)

“Mas o pior é que não tem, não existe [...] Tem que se reunir pra reivindicar junto, né?”. (G4.2-7)

A sociedade brasileira tem, como marco em sua história, o autoritarismo e a exclusão; e ainda é marcada pelas relações sociais no país entre “cidadãos” e “não cidadãos” (BARROS,

1994). Portanto, torna-se difícil a tarefa do exercício da cidadania, embora a participação dos cidadãos seja algo garantido através da Constituição de 1988. (BRASIL, 1988)

Além disso, segundo Nery et al. (2003, p.1),

A participação popular é um princípio constitucional do Sistema Único de Saúde-SUS. A institucionalização pode permitir ao cidadão intervir nos processos dinâmicos, nas lutas sociais, econômicas e políticas, que constituem ou modificam a sociedade, uma vez que sua ação processual deixa em aberto inúmeras possibilidades. O SUS tem como fundamento a existência do controle social a partir de novas leituras do papel do Estado através do reconhecimento da necessidade de reformulação de suas práticas.

Vale ressaltar que, no âmbito das políticas de saúde, as idéias de participação vêm se apresentando de várias formas, a depender do contexto histórico, político, econômico, social e cultural presente no momento. Assim, nos reportamos que uma das formas de participação do cidadão, “é através de representação dos diversos segmentos da sociedade nos conselhos de educação, saúde, entre outros”. (NERY et al., 2003, p.2)

Neste contexto, é importante salientar que foi no início dos anos 70 que surgiram idéias e propostas sobre os conselhos de saúde; e na década de 80, a VIII Conferência Nacional de Saúde-CNS, segundo Carvalho (1995, p.51), “esse evento marca o início do exercício, na arena estatal e em larga escala, da participação institucional de representações da sociedade civil no processo de concertação de interesses e pactação de políticas de saúde”.

O relatório final da VIII CNS traz como proposta um novo Conselho Nacional de Saúde, e a formação de Conselhos de Saúde a nível local, municipal, regional e estadual, com representantes eleitos pela comunidade, ou seja, usuários e prestadores de serviços. (CARVALHO, 1995)

Além dos conselhos nacionais, estaduais, e municipais, existem nos municípios os conselhos ou comissões locais de saúde que são formadas por membros das unidades de saúde e comunidade local, porém deve-se levar em consideração a paridade, conforme definido na Resolução nº 333 de 04/11/2003 do Conselho Nacional de Saúde (50% de entidades de

usuários, 25% de entidades dos trabalhadores de saúde e 25% de representação de governo, de prestadores de serviços privados conveniados, ou sem fins lucrativos). (BRASIL, 2003, p.5)

A comissão local de saúde

é um espaço de exercício da participação popular em saúde, **ESSENCIAL** para melhorar a assistência à saúde e, portanto, contribuir para mudanças positivas na qualidade de vida da população [...] está vinculada às **UNIDADES de SAÚDE** e destina-se a **possibilitar** a participação e colaboração da comunidade no acompanhamento, fiscalização e controle social das ações e serviços de saúde nas áreas de abrangência destas Unidades de Saúde. (FREDERICO; ALBARRACÍN, 2001, p.5)

Nesta direção, os sujeitos da pesquisa expressam a importância da participação nas atividades do Conselho Local de Saúde, enquanto um espaço para se exercer o controle social.

“O Conselho Local, ele, a função dele é participar junto ao Posto de Saúde, é reivindicar, ouvir o morador, e falar em nome do morador que não participa do Conselho Local de Saúde. É fiscalizar como tá sendo feito o trabalho pro Ministério de Saúde. E a obrigação de acompanhar as atividades do Posto de Saúde, o atendimento e ouvir também alguma sugestão de morador da comunidade. Essa é a função do Conselho Local de Saúde. É ouvir também, sugerir. Passar pro Ministério da Saúde alguma deficiência que houver ou sugerir alguma coisa, alguma participação de melhoria, é isso aí. Essa é a função do Conselho ...”. (G4.2-16)

A participação é algo fundamental para a construção e o exercício da cidadania, para a busca e exercício pleno dos direitos. Entretanto, a construção da cidadania é uma tarefa coletiva, onde sujeitos coletivos, através de organizações, se aglutinam a partir de interesses e objetivos comuns e se articulam, tornando-se atores respeitados na cena política. (BARROS, 1994)

Este conjunto de questões nos aproxima de Matsumoto (1999) que em sua taxonomia de necessidades de saúde traz a *necessidade de autonomia e autocuidado, na escolha do “modo de andar a vida”, na construção do sujeito*, sendo participação uma ferramenta capaz de gerar a possibilidade de no trabalho em saúde ser proporcionado ao usuário um aumento de sua autonomia, levando-o a se perceber enquanto um indivíduo, capaz de formular suas escolhas no seu “modo de andar a vida”, instituindo modos que melhorem sua capacidade de adaptação e sobrevivência no mundo. Esta necessidade se

apresentou na fala dos sujeitos da pesquisa ao expressarem suas formas de entendimento e de exercício de participação nos distintos espaços da vida social.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A humanidade vive perto de todos nós e, como o coração, prefere o lado esquerdo. Devemos encontrá-la, temos de nos encontrar. Não é preciso conquistar o mundo. Basta fazê-lo de novo. Nós. Hoje.

*(SUBCOMANDANTE MARCOS, 1999,
APUD BICHUETTI, 2004A)*

Esta investigação teve como pressuposto que as equipes de Saúde da Família ainda não dispõem de ferramentas cotidianas para a leitura de necessidades de saúde expressas pelas famílias e usuários, atendidos nas unidades prestadoras de assistência à saúde segundo a lógica da Saúde da Família, e a taxonomia de necessidades proposta por Matsumoto (1999) pode se constituir em potente ferramenta para esta leitura, o que foi possível ser evidenciado através da apreensão do material empírico.

Pela apreensão do material empírico, conseguimos responder aos objetivos propostos nesta investigação.

Quanto ao primeiro objetivo que foi identificar e analisar as necessidades de saúde expressas pelas famílias acompanhadas por uma unidade de Saúde da Família segundo a taxonomia de necessidades de saúde de Matsumoto (1999), os usuários, membros das famílias, expressam pela sua concepção de saúde-doença a *necessidade de boas condições de vida* através do acesso à educação, ao emprego, ao lazer, a ruas asfaltadas, à rede de esgoto, dentre outros aspectos. Trazem, ainda, a *necessidade da garantia de acesso a todas as tecnologias*, pois os usuários apontam dificuldades no acesso a todos os níveis de atenção à saúde, principalmente no que diz respeito às especialidades e à urgência e emergência, fazendo com que estes procurem outras alternativas assistenciais, a exemplo da utilização de remédios caseiros, a farmácia, dentre outras. Os usuários ainda relatam que reconhecem seu direito constitucional, viabilizado pelo SUS, de ter acesso a todos os níveis de atenção.

Apontam a *necessidade de ter vínculo com o profissional ou a equipe de saúde* ao assinalarem que os trabalhadores da equipe não têm tempo de escutá-los em função da grande demanda e que eles gostariam de uma comunicação mais “próxima” com os trabalhadores que os atendem. Ressaltam que se sentem mais à vontade e têm mais intimidade com os ACSs do que com os outros trabalhadores, porque estes são pessoas mais próximas deles no seu dia-a-dia e em seus lares.

Para enfrentar os problemas, os usuários lançam mão de alternativas que estão focalizadas em ações assistenciais, a exemplo da sugestão do oferecimento de cesta básica até que os moradores consigam emprego. Assinalam ainda a busca de união entre eles para seu fortalecimento na resolução dos problemas.

Essas formas de enfrentamento dos problemas podem apontar a maneira pela qual os usuários escolhem o seu “modo de andar a vida”, em busca de sua autonomia e do autocuidado, expressando um conjunto de aspectos relativos à *necessidade de autonomia e autocuidado na escolha do “modo de andar a vida”*.

Matsumoto (1999) refere que um trabalho terapêutico deve possibilitar o aumento da autonomia dos usuários, de maneira a permitir que se perceba o indivíduo enquanto sujeito, com condições de fazer a sua escolha no seu “modo de andar a vida”. A autora ainda aponta que este trabalho deve facilitar a compreensão deste em relação ao seu organismo, sua doença (ou sofrimento) e suas relações com o meio social, de forma que este “tenha maior disponibilidade de escolher entre vários modos de andar a vida, e de aumentar suas condições de instituir normas que ampliem e melhorem sua capacidade de sobrevivência”. (MATSUMOTO, 1999, p.109)

Os usuários assinalam como ocorre a participação deles na comunidade, uma participação que é concedida através das atividades desenvolvidas pela equipe de Saúde da Família e uma construída que é pela atuação destes nas associações de moradores e no Conselho Local de Saúde. Esta é certamente uma contradição vivida pelos usuários, uma vez que, de certa forma, negam o papel político do processo de participação e sua atuação como sujeitos construtores do processo.

Em relação ao segundo objetivo que é analisar a taxonomia como ferramenta para a leitura das necessidades de saúde na Saúde da Família, esta investigação aponta que esta tem

potência de ser aplicada em serviços de saúde da atenção básica que apresentem semelhanças com a estratégia de Saúde da Família.

Esta taxonomia é aplicável, uma vez que possibilita a leitura das necessidades de saúde, considerando-se a inserção e o contexto das condições de vida dos sujeitos no nível local.

Contudo, percebemos que os trabalhadores de saúde no cotidiano dos serviços, e em especial nesta investigação, os da equipe de Saúde da Família, ainda não possuem ferramentas para lidar com as demandas que chegam à unidade de Saúde da Família. Estas demandas ainda são traduzidas a partir dos problemas de saúde (agravos ou riscos), dentro de uma visão meramente biologicista, ainda não conseguindo captar para além destes problemas e fazer a leitura de necessidades.

Através do material empírico, apreendemos que embora os usuários, membros das famílias acompanhadas, reconheçam a importância da participação destes em atividades na comunidade, e em especial nos espaços das associações de moradores e Conselho Local de Saúde como um espaço de construção, esta participação encontra-se “adormecida”. Porém identificamos que, após os primeiros encontros com os sujeitos da pesquisa para a coleta do material empírico, estes parecem ter refletido sobre seus problemas e tiveram de certa forma reacessas a vontade e a determinação da participação, na busca do enfrentamento dos seus problemas e os da sua localidade.

Isto vem ocorrendo, a exemplo da reativação do Conselho Local de Saúde, bem como a reestruturação das associações de moradores. Este fato nos leva a pensar que o pleno exercício da participação dos sujeitos pode proporcionar uma maior autonomia para suas escolhas e definir seu “modo de andar a vida”.

O exercício da pesquisa, articulado ao mundo do trabalho, às dores e ao sofrimentos dos usuários e da equipe, permitiu um repensar em como esta investigação pode contribuir com a organização do trabalho no nível local e com a mudança do modelo de assistência.

As transformações do processo de trabalho em saúde só se efetivarão num movimento de articulação entre a produção do cuidado em saúde, a participação social e a gestão de serviços na direção de uma lógica da integralidade da assistência. Neste sentido, oferecer ferramentas para o trabalho, e neste caso a taxonomia de necessidades proposta por Matsumoto (1999) pode levar os gestores e a equipe a refletirem sobre uma outra lógica para o trabalho em saúde que os aproxime dos usuários, favorecendo os processos de participação social, possibilitando uma escuta que passe a ser qualificada pela compreensão de necessidades de saúde e com a premissa da integralidade da assistência à saúde.

5 REFERÊNCIAS²³

*Você só chega à transformação quando
experiencia o que aprendeu.*

Maria Salette e Wilma Ruggeri

²³ Padronizadas de acordo com ABNT NBR 6023/2002 – **Informação e documentação. Referências :** elaboração.

ALEIXO, José Lucas Magalhães. A atenção primária à saúde e o Programa de Saúde da Família: perspectivas de desenvolvimento no início do terceiro milênio. **Revista Mineira de Saúde Pública**, Belo Horizonte, ano 1, n. 01, p. 1-16, jan./jun. 2002.

BAHIA. Secretaria Municipal de Saúde de Jequié, 2002. **Plano municipal de saúde-2000/2005**: Jequié. Jequié: Secretaria Municipal de Saúde, 2002.

BAHIA. Departamento de Planejamento e Acompanhamento da Gestão Descentralizada. Secretaria Municipal de Saúde de Jequié. **Relatório anual da Secretaria Municipal de Saúde-2002**: Jequié. Jequié: Secretaria Municipal de Saúde, 2003.

BARROS, Elizabeth. **O controle social e o processo de descentralização dos serviços de saúde**. In: Incentivo à participação popular e o controle social no SUS: textos técnicos para conselheiros de saúde. NESP/UnB. 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1994.

BERNARDES, Elexandra Helena. **Princípios do sistema único de saúde**: concepção dos enfermeiros da estratégia de saúde da família, de uma cidade do Estado de Minas Gerais. 2005. 191 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

BOFF, Leonardo. **Saber cuidar**: ética do humano - compaixão pela terra. Petrópolis: Vozes, 2000. Capítulo 10, p. 161-162.

BORDENAVE, Juan E. Díaz. **O que é participação**. 7.ed. São Paulo: Editora Brasiliense, 1992.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. **O exercício da Enfermagem nas Instituições de Saúde do Brasil**: 1982/1983. Rio de Janeiro: COFEn/ABEn, 1985. 2v.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Leis, decretos. Lei n.8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da Saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF., 1990a.

BRASIL. Leis, decretos. Lei n.8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde- SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF., 1990b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família**: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde, 1998a. 36 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **SIAB**: manual do sistema de informação de atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde, 1998b. p. 6.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Manual para a organização da atenção básica à saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1999. 40 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de agentes comunitários de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Projeto Promoção da Saúde. Declaração de Alma-Ata. In: _____. **Promoção da saúde**: Declaração de Alma Ata, Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sudsvall, Declaração de Santafé de Bogotá, Declaração de Jacarta, Rede de Megapaíses e Declaração do México. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. p. 15-18.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Avaliação da implementação do Programa Saúde da Família em dez grandes centros urbanos**: síntese dos principais resultados. In: ESCOREL, Sara (Coord.). Brasília: Ministério da Saúde, 2002. p. 13-20.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Aprova as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. Resolução n.333, 4 de novembro de 2003a. **Diário Oficial da União**, Brasília, n. 236, seção 1, p. 57, dez. 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção básica e a saúde da família**. Números. 2003b. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php>. Acesso em: 07 de abril de 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **DATASUS**. Informações de saúde. Demográficas e socioeconômicas. População residente. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/poptBA.def>. Acesso em: 12 de abril de 2005a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde**: unidade de aprendizagem: trabalho e relações na produção do cuidado em saúde. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde/FIOCRUZ, 2005b. Texto 2, p. 75-76.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In: CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira (Org.). **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994. Capítulo 1, p. 29-87.

CAMPOS, Célia Maria Sivalli. **Necessidades de saúde pela voz da sociedade civil (os moradores) e do Estado (os trabalhadores de saúde)**. 2004. 189 f. Tese (Doutorado)-Escolas de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto-São Paulo, 2004.

CAMPOS, Célia Maria Sivalli; MISHIMA, Silvana Martins. Necessidades de saúde pela voz da sociedade civil e do Estado. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1260-1268, jul./ago. 2005.

CAPRA, Fritjof. **O ponto de mutação**: a ciência, a sociedade e a cultura emergente. Tradução Álvaro Cabral. São Paulo: Cultrix, 1982. 448 p.

CARVALHO, Antônio Ivo. Conselhos de Saúde no Brasil: marcos políticos e jurídicos. In: CARVALHO, Antônio Ivo. **Conselhos de saúde no Brasil: participação cidadã e controle social**. Rio de Janeiro: IBAM, 1995. Capítulo 2, p. 30-62.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de (Orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/Abrasco, 2001. p. 113-126.

CHIRELLI, Mara Quaglio; MISHIMA, Silvana Martins. A formação do enfermeiro crítico-reflexivo no curso de enfermagem da Faculdade de Medicina de Marília - FAMEMA. **Revista Latino-americana Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 5, p. 574-584, set./out. 2003

DI VILLAROSA, Francesco Notarbartolo. A estimativa rápida e a divisão do território no distrito sanitário. In: BRASIL. **Manual de instruções**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, Cooperação Italiana em Saúde, 1993. p. 28. Série desenvolvimento de serviços de saúde n. 11.

FEIX, Ricardo. **Atenção primária à saúde: conceituação e evolução histórica**. Uberlândia: Universidade Federal de Uberlândia/Centro de Ciências Biomédicas, s.d. 21 p. (mimeografado)

FEKETE, Maria Christina. Estudo da acessibilidade na avaliação dos serviços de saúde. In: Santana, José Paranguá de (Org.). **Desenvolvimento gerencial de unidades básicas do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 1997. Unidade 3, Texto de apoio da unidade 1, p.114-120.

FRANCESCHINI, Trude Ribeiro da Costa. **Observação da relação mãe-bebê-família como uma ferramenta para o aprendizado da integralidade**. 2005. 241 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

FRANCO, Túlio Batista; MERHY, Emerson Elias. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, Emerson Elias et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2003. Capítulo 3, p. 55-124.

FREDERICO, Priscila; ALBARRACÍN, Daniel Eslava. **Cartilha educativa**. Ribeirão Preto: Comissão Local de Saúde Vila Tibério, 2001. 19 p.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 17 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.184 p.

GOMES, A. C. C. N.; TORRES, G. V. Opinião das famílias atendidas pelo PSF em uma unidade de saúde da família do distrito oeste de Natal. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 12, n. 4, p. 495-503, out/dez. 2003.

GRANDA, Edmundo; BREILH, Jaime. Saúde na sociedade. In: BREILH, Jaime. **Investigação da saúde na sociedade: guia pedagógico sobre um novo enfoque do método epidemiológico**. Tradução José da Rocha Carneiro et al. 2.ed. São Paulo: Cortez: Instituto de Saúde; Rio de Janeiro: Abrasco, 1989. Capítulo 2, p. 35-52. (Coleção pensamento social e saúde; 4).

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico**, 2000. Rio de Janeiro: IBGE, 2000.

INSTITUTO BRASILEIRO DE ADMINISTRAÇÃO MUNICIPAL. UNICEF. Escola Nacional de Serviços Urbanos. Núcleo de Saúde. **A saúde no município**: organização e gestão. Rio de Janeiro: IBAM/UNICEF, 1992. 144 p.

LEITÃO, Luzeni Regina Gomes. Não basta apenas ouvir, é preciso escutar. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, n. 47, p. 46-49, jun. 1995.

MATSUMOTO, Norma Fumie. **A operacionalização do PAS de uma unidade básica de saúde do município de São Paulo, analisada sob o ponto de vista das necessidades de saúde**. 1999. 201 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.

MATUMOTO, Sílvia. **O acolhimento**: um estudo sobre seus componentes e sua produção em unidade da rede básica de serviços de saúde. 1998. 219 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1998.

MENDES, Eugênio V. **Uma agenda para a saúde**. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 1999a. Capítulo 1, p.15-55

MENDES, Eugênio Vilaça. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In: _____. **Distrito Sanitário**: o processo social de mudança das práticas sanitárias no Sistema Único de Saúde. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1999b. Capítulo 1, p. 19-91.

MERHY, Emerson Elias. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde). In: CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira (Org.). **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994. p. 120.

MERHY, Emerson Elias et al. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY, Emerson Elias; ONOCKO, Rosana (Org.). **Agir em saúde**: um desafio para o público. 2.ed. São Paulo, Buenos Aires: Hucitec/Lugar Editorial, 1997. Parte 2, p.113-167.

MERHY, Emerson Elias. Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção. In: MERHY, Emerson Elias et al. **O trabalho em saúde**: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec, 2003. Capítulo 1, p. 15-35.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Saúde-doença: uma concepção popular da Etiologia. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 4, p. 356-362, out./dez. 1988 .

MINAYO, Maria Cecília de Souza; D'ELIA, João Carlos; SVITONE, Ennio. **Programa agentes de saúde do Ceará**. Fortaleza: Fundo das Nações Unidas para Infância – UNICEF, 1990.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 7 ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 2000. 269 p.

MISHIMA, Silvana Martins. **A gerência de serviços de atenção primária à saúde como instrumento para a reorganização da assistência à saúde** – o caso do Programa de Saúde da Família. Ribeirão Preto, 2003. 153 f. Tese (livre docência) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2003.

MISHIMA, Silvana Martins et al. Saúde da família, mudança na formação e atenção integral à saúde – possibilidades de se resignificar o trabalho em equipe. In: II MOSTRA NACIONAL DE PRODUÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA, 2, Brasília. **Mesa-redonda: Saúde da Família, mudança na formação e atenção integral à saúde**, junho. 2004. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

MOREIRA, Maria Isabel Gondim Borges. **Diagnóstico em saúde como instrumento do Programa de Saúde da Família**: possibilidade de construção de espaços coletivos para a constituição de sujeitos? Ribeirão Preto, 2001. 203 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2001.

MORGAN, David L. **Focus groups as qualitative research**. 2nd ed. Thousand Oaks: London, New Delhi: Sage Publications, 1997. p. 80.

NERY, Ivone Gonçalves; NERY, Adriana Alves; SANTOS, Maristella Menezes. (Coord.). **Estratégia de saúde da família**: desafios para a mudança das práticas de saúde no município de Jequié. Jequié: UESB/DS, 2000. 32 p.

NERY, Adriana Alves et al. Participação na comissão local de saúde: visão de usuários do Distrito Sumarezinho em Ribeirão Preto. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA, 7, 2003, Brasília, DF. **Livro de resumos II**. Brasília: Abrasco, 2003. p. 1-5.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD/ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Renovación de la atención primaria de salud en las Américas**. Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. Borrador para discusión, 12 jul. 2005.

PEREIRA, Maria José. **O trabalho da enfermeira no serviço de assistência domiciliar**: potência para (re) construção da prática de saúde e de enfermagem. 2001. 256 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2001.

PEREIRA, Maria José Bistafa et al. Colectando datos em grupo-el grupo focal. **Revista Panamericana de Enfermería**, Brasília, v. 2, n. 1, p. 27-34, ene/jun. 2004.

PINHEIRO, Roseni. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: PINHEIRO, Roseni.; MATTOS, Ruben Araújo de (Orgs). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/Abrasco, 2001. p. 65-112.

PINHEIRO, Maurício Tavares. **O acesso à assistência fisioterapêutica no Sistema Único de Saúde**: uma reflexão acerca do princípio da universalidade. 2003. 80 f. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso) - Departamento de Saúde, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequié-Bahia, 2003.

SENNA, Mônica de Castro Maia. Equidade e política de saúde: algumas reflexões sobre o Programa de Saúde da Família. **Cadernos Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, (suplemento), p. 203-211, 2002.

SILVA JUNIOR, Aluísio Gomes da. **Modelos tecnoassistenciais em saúde**: o debate no campo da saúde coletiva. São Paulo: Hucitec, 1998. 143 p.

SILVA JUNIOR, Aluísio Gomes da et al. A educação permanente como estratégia de gestão de coletivos. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde: unidade de aprendizagem**: análise do contexto da gestão e das práticas de saúde. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde/FIOCRUZ, 2005. Texto 7, p. 133.

SOUSA, Heloíza Machado de. O futuro tecido no presente. **Revista Brasileira de Saúde da Família**, Brasília, n. 1, p. 7, nov. 1999.

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

STOTZ, Eduardo Navarro. **Necessidades de saúde**: mediações de um conceito. 1991. 514 f. Tese (Doutorado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Osvaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1991.

TEIXEIRA, Rafaela Azenha. **O trabalho da enfermeira na Saúde da Família**: potência de (Re) construção do modelo assistencial e (Re) criação do trabalho da enfermagem? 2002. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2002.

TEIXEIRA, Rafaela Azenha; MISHIMA, Silvana Martins; PEREIRA, Maria José Bistafa. O trabalho de enfermagem em atenção primária à saúde-a assistência à saúde da família. **Revista Brasileira Enfermagem**, Brasília, v. 53, n. 2, p. 193-206, abr./jun. 2000.

TRIVIÑOS, Augusto N. S. **Introdução à pesquisa em Ciências Sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1994. 175 p.

VASCONCELLOS, Maria da Penha Costa. Reflexões sobre a saúde da família. In: MENDES, Eugênio Vilaça (Org.). **A organização da saúde no nível local**. São Paulo: Hucitec, 1998. Capítulo 6, p.155-172.

VASCONCELOS, Eymard Mourão. A priorização da família nas políticas de saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 53, p. 6-19, set./dez. 1999.

WESTPHAL, Márcia Faria; BÓGUS, Claudia Maria; FARIA, Mara de Mello. Grupos focais: experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil. **Boletim Oficina Sanitária Panamericana**, v. 120, n. 6, p. 472-482, 1996.

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMADO PARA O GRUPO FOCAL

Prezado(a)

Sr(a): _____

Endereço: _____

Estamos desenvolvendo a pesquisa “*As necessidades e expectativas das famílias em relação às práticas desenvolvidas pela equipe de saúde da família no município de Jequié-BA*”. Este projeto tem como temática as necessidades das famílias acompanhadas pela estratégia de Saúde da Família, tendo como objetivo geral identificar e analisar o significado que as famílias atribuem às práticas desenvolvidas pela equipe de Saúde da Família e as expectativas que expressam em relação a estas práticas.

Assim, gostaríamos de contar com a sua participação nos grupos focais que serão realizados com as famílias acompanhadas pelo PSF. Os grupos serão gravados em fitas eletromagnéticas e, posteriormente, transcritas.

Sua colaboração será muito importante para a realização da pesquisa. As informações e opiniões emitidas por você não lhe causarão nenhum dano, risco ou ônus a sua pessoa e será assegurados o sigilo e anonimato. Ainda, a qualquer momento da realização da pesquisa, caso não seja de seu interesse a continuidade na participação, poderá retirar este consentimento.

Agradecemos a sua colaboração e nos colocamos à disposição para qualquer esclarecimento. Atenciosamente.

Dr^a Silvana Martins Mishima
Prof^a Dr^a do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP

Orientadora

Telefone para contato: (16)602-3951
smshima@eerp.usp.br

Adriana Alves Nery
Doutoranda junto ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP

Pesquisadora

Telefone para contato: (73)525-7998.
adnery@uesb.br

Eu, _____, aceito participar do grupo focal da pesquisa “*As necessidades e expectativas das famílias em relação às práticas desenvolvidas pela equipe de saúde da família no município de Jequié-BA*” em data e local a serem definidos antecipadamente. Estou ciente de que o grupo será gravado, seus resultados tratados com sigilo e, caso não queira mais participar da investigação, tenho liberdade de retirar este consentimento.

Jequié, _____ de _____ de 2004.

Assinatura

APÊNDICE B

ROTEIRO PARA AS SESSÕES DO GRUPO FOCAL

1- Problemas /Necessidades de Saúde das Famílias

- Para você o que é ter saúde / E o que é estar doente?
- O que leva uma pessoa a ficar doente?
- O que é preciso para se ter saúde?
- Quais são os problemas/necessidades de saúde aqui da comunidade?
- E quais são os seus/de sua família problemas/necessidades de saúde?
- Você sabe por que eles existem?
- O que contribui para que eles existam?
- O que pode ser feito para evitá-los ou enfrentá-los?
- Você acha que a equipe de saúde pode ajudar a enfrentar esses problemas? De que maneira?

Importa saber:

- Conceito de saúde e doença
- Definição de problemas/necessidades de saúde
- Intervenção individual x coletiva
- Intersetorialidade

2- Acesso aos serviços de saúde

- O que leva você a procurar a unidade de Saúde da Família? Por quê?
 - Quando você procura a unidade de saúde, consegue ser atendido? Por quê? Como?
 - Quando você precisa de um serviço que na unidade de Saúde da Família não tem, o que acontece?
 - Quando você é encaminhado para outro serviço pela unidade de Saúde da Família, você retorna a unidade depois deste atendimento com o que foi feito em relação ao seu problema/necessidade?
 - Você procura algum outro serviço ou alternativa para resolver seus problemas/necessidades de saúde? Por quê?
-

- Você acha que a equipe de Saúde da Família desta unidade consegue resolver ou atender os seus problemas/necessidades de saúde? Por quê?

Importa Saber:

- Acesso das famílias ao atendimento na unidade de saúde da família
- Tipos de demanda que chega à unidade de Saúde da Família
- Sistema de referência e contra-referência
- Relação da equipe com outros serviços
- Integralidade da assistência (atenção)
- Variedade de serviços
- Extensão de serviços

3 – Relação entre as famílias e a equipe de Saúde da Família

- Como a equipe lhe recebe na unidade? Você sabe o nome dos profissionais que lhe atendem da unidade de Saúde da Família?
- O que você gosta no atendimento deles? Por quê? Você poderia dar exemplos?
- O que você não gosta no atendimento deles? Por quê? Você poderia dar exemplos?
- Como você acha que as famílias devem ser atendidas pela equipe e o que você espera da equipe de Saúde da Família?
- Você indicaria o serviço de saúde para alguém? Por quê?

Importa Saber:

- Confiança junto à equipe
- Expectativas em relação à equipe de Saúde da Família
- Estabelecimento de vínculo
- Tipo de vínculo
- Facilidades e dificuldades na relação família e equipe
- Integralidade da atenção

4- Participação das famílias no cuidado com sua saúde

- Você tira dúvidas sobre a sua saúde e de sua família e fala das suas preocupações do dia-a-dia com os profissionais da unidade de Saúde da Família? E o que eles dizem ou fazem?
- Você entende o que os profissionais falam durante o atendimento, as reuniões ou na visita domiciliar? Dê um exemplo de como isto acontece.
- Você participa de algum tipo de atividade com a equipe de Saúde da Família? Qual (is)? Como?
- Quando sua família tem problemas de saúde quem cuida? O que faz? Conta com a ajuda da equipe de Saúde da Família? Como?
- Você participa de alguma atividade na comunidade? Qual (is)? E você acha importante? Por quê?
- Você tem sugestões de como a equipe de Saúde da Família pode ajudar você e sua família a cuidar de seus problemas de saúde?

Importa Saber:

- Autonomia das famílias
 - Autocuidado
 - Passividade x cooperação mútua
 - Tipo de comunicação
-

APÊNDICE C

Tabela 1 – Identificação dos sujeitos componentes dos grupos focais, por microárea em relação à idade, sexo e ocupação. Jequié-BA., 2005

Microárea	Sujeitos componentes dos grupos	Idade	Sexo	Ocupação
1	Ent.1-M1	57	F	Doméstica
	Ent.2-M1	67	F	Aposentada
	Ent.3-M1	39	F	Doméstica
	Ent.4-M1	66	M	Comerciante
	Ent.5-M1	42	F	Doméstica
	Ent.6-M1	65	F	Doméstica
	Ent.7-M1	44	F	Do Lar
	Ent.8-M1	50	F	Doméstica
	Ent.9-M1	33	F	Doméstica
	Ent.10-M1	43	F	Doméstica
TOTAL		10		
2	Ent.1-M2	74	F	Aposentada
	Ent.2-M2	69	F	Aposentada
	Ent.3-M2	60	M	Aposentado
	Ent.4-M2	42	F	Doméstica
	Ent.5-M2	79	F	Doméstica
	Ent.6-M2	56	F	Do Lar
	Ent.7-M2	84	M	Aposentado
	Ent.8-M2	64	F	Aposentada
	Ent.9-M2	31	F	Doméstica
	Ent.10-M2	48	F	Doméstica
	Ent.11-M2	49	F	Do Lar
	Ent.12-M2	27	F	Desempregada
TOTAL		12		
4	Ent.1-M4	73	F	Professora
	Ent.2-M4	78	M	Lavrador
	Ent.3-M4	47	F	Doméstica
	Ent.4-M4	39	F	Doméstica
	Ent.5-M4	49	M	Representante
	Ent.6-M4	52	F	Doméstica
	Ent.7-M4	43	F	Doméstica
	Ent.8-M4	50	F	Doméstica
	Ent.9-M4	60	F	Doméstica
	Ent.10-M4	51	F	Doméstica
	Ent.11-M4	20	F	Do Lar
	Ent.12-M4	38	F	Doméstica
	Ent.13-M4	53	F	Doméstica
	Ent.14-M4	35	F	Doméstica
	Ent.15-M4	29	F	Do Lar
	Ent.16-M4	47	M	Aposentado
	Ent.17-M4	28	F	Doméstica
	Ent.18-M4	55	M	Aposentado
	Ent.19-M4	43	F	Secretária
	Ent.20-M4	58	F	Doméstica
	Ent.21-M4	36	F	Doméstica
	Ent.22-M4	83	M	Aposentado
TOTAL		22		
5	Ent.1-M5	55	F	Do Lar
	Ent.2-M5	36	F	Professora
	Ent.3-M5	51	F	Doméstica
	Ent.4-M5	40	F	Do Lar
	Ent.5-M5	59	F	Do Lar
	Ent.6-M5	37	F	Do Lar
	Ent.7-M5	38	F	Do Lar
	Ent.8-M5	43	F	Do Lar
	Ent.9-M5	41	M	Lavrador
	Ent.10-M5	46	F	Do Lar
	Ent.11-M5	26	F	Doméstica
	Ent.12-M5	38	F	Manicure
	Ent.13-M5	64	F	Do Lar
	Ent.14-M5	61	F	Do Lar
	Ent.15-M5	34	F	Do Lar
	Ent.16-M5	40	F	Do Lar
	Ent.17-M5	69	F	Doméstica
	Ent.18-M5	33	F	Do Lar

TOTAL		18		
6	Ent.1-M6	41	F	Doméstica
	Ent.2-M6	52	F	Doméstica
	Ent.3-M6	61	M	Lavrador
	Ent.4-M6	69	F	Aposentada
	Ent.5-M6	59	F	Do Lar
	Ent.6-M6	31	F	Doméstica
	Ent.7-M6	81	F	Aposentada
	Ent.8-M6	46	F	Costureira
	Ent.9-M6	58	F	Do Lar
	Ent.10-M6	40	F	Do Lar
	Ent.11-M6	38	F	Professora
	Ent.12-M6	66	F	Aposentada
	Ent.13-M6	47	F	Do Lar
	Ent.14-M6	37	F	Do Lar
	Ent.15-M6	51	M	Vigia
	Ent.16-M6	27	F	Do Lar
	Ent.17-M6	79	F	Aposentada
TOTAL		17		

Fonte: Os dados acima foram obtidos através da Ficha A dos prontuários familiares da USF Antônio Carlos Martins. Outubro de 2004

ANEXO A

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
CENTRO COLABORADOR DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE PARA
O DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA EM ENFERMAGEM

Avenida Bandeirantes, 3900 - Campus Universitário - Ribeirão Preto - CEP 14040-902 - São Paulo - Brasil
FAX: 55 - 16 - 633-3271 / 55 - 16 - 630-2561 - TELEFONES: 55 - 16 - 633-0379 / 602-3382

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of. CEP-EERP/USP – 042/2004

Ribeirão Preto, 21 de maio de 2004

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em sua 63ª Reunião Ordinária, realizada em 20 de maio de 2004.

Protocolo: nº 0447/2003

Projeto: AS NECESSIDADES E EXPECTATIVAS DAS FAMÍLIAS EM RELAÇÃO
ÀS PRÁTICAS DESENVOLVIDAS PELA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA
NO MUNICÍPIO DE JEQUIÊ - BA

Pesquisadoras: SILVANA MARTINS MISHIMA (Orientadora)
ADRIANA ALVES NERY (Doutoranda)

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Profª Drª Claudina Benedita dos Santos
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.

Profª. Drª. Silvana Martins Mishima (Orientadora)
Deptº de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

ANEXO B

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
CENTRO COLABORADOR DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE PARA
O DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA EM ENFERMAGEM

Avenida Bandeirantes, 3900 - Campus Universitário - Ribeirão Preto - CEP 14040-902 - São Paulo - Brasil
FAX: 55 - 16 - 633-3271 / 55 - 16 - 630-2561 - TELEFONES: 55 - 16 - 633-0379 / 602-3382

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 162/2005

Ribeirão Preto, 16 de dezembro de 2005

Prezada Senhora,

Comunicamos que as alterações propostas ao projeto de pesquisa, abaixo especificado, foram **APROVADAS** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em 15 de dezembro de 2005.

Protocolo nº 0447//2004

Projeto: **As Necessidades e Expectativas das Famílias em Relação às Práticas Desenvolvidas pela Equipe de Saúde da Família no Município de Jequié – BA.**

Pesquisadores: **Adriana Alves Nery**
Silvana Martins Mishima

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Prof.ª Dr.ª Cláudia Benedita dos Santos
Coordenadora do CEP- EERP/USP

Ilm.ª. Sr.ª.

Prof.ª. Dr.ª. Silvana Martins Mishima
Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP

ANEXO C

FICHA A		SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE				UF
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA						
ENDEREÇO		NUMERO	BAIRRO		CEP	
MUNICÍPIO	SEGMENTO	ÁREA	MICROÁREA	FAMÍLIA	DATA	

CADASTRO DA FAMÍLIA

PESSOAS COM 15 ANOS E MAIS	NOME	DATA NASC.	IDADE	SEXO	ALFABETIZADO		OCUPAÇÃO	DOENÇA OU CONDIÇÃO REFERIDA (sigla)
					sim	não		

PESSOAS DE 0 A 14 ANOS	NOME	DATA NASC.	IDADE	SEXO	FREQUÊNTA A ESCOLA		OCUPAÇÃO	DOENÇA OU CONDIÇÃO REFERIDA (sigla)
					sim	não		

Siglas para a indicação das doenças e/ou condições referidas

ALC - Alcoolismo
CHA - Chagas
DEF - Deficiência
DIA - Diabetes

DME - Distúrbio Menstrual
EPI - Epilepsia
GES - Gestação
HA - Hipertensão Arterial

Han - Hanseníase
MAL - Malária
TB - Tuberculose

SITUAÇÃO DA MORADIA E SANEAMENTO

TIPO DE CASA		TRATAMENTO DA ÁGUA NO DOMICÍLIO	
Tijolo/Adobe		Filtração	
Taipa revestida		Fervura	
Taipa não revestida		Cloração	
Madeira		Sem tratamento	
Material aproveitado		ABASTECIMENTO DE ÁGUA	
Outros - Especificar:		Rede Pública	
		Poço ou nascente	
		Outros	
Número de cômodos / peças		DESTINO DE FEZES OU URINA	
Engenharia elétrica		Sistema de esgoto (rede geral)	
DESTINO DO LIXO		Fossa	
Coletado		Céu aberto	
Queimado enterrado			
Céu aberto			

OUTRAS INFORMAÇÕES

Alguém da família possui Plano de Saúde?	Número de pessoas cobertas por Plano de Saúde
Nome do Plano de Saúde	

EM CASO DE DOENÇA PROCURA	PARTICIPA DE GRUPOS COMUNITÁRIOS
Hospital	Cooperativa
Unidade de Saúde	Grupo religioso
Benedicção	Associações
Farmácia	Outros - Especificar:
Outros - Especificar	
MEIOS DE COMUNICAÇÃO QUE MAIS UTILIZA	
Rádio	MEIOS DE TRANSPORTE QUE MAIS UTILIZA
Televisão	Ônibus
Outros - Especificar:	Caminhão
	Carro
	Carroça
	Outros - Especificar:

OBSERVAÇÕES

OBSERVAÇÕES	