
DEMANDAS COTIDIANAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: O OLHAR DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE E USUÁRIOS

Tatiana Vasques Camelo dos Santos¹, Cláudia Maria de Mattos Penna²

¹ Doutoranda do Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Minas Gerais, Brasil. E-mail: tativas@globocom

² Doutora em Filosofia da Enfermagem. Professora Associado de Enfermagem da UFMG. Minas Gerais, Brasil. E-mail: cmpenna@enf.ufmg.br

RESUMO: Estudo de caso qualitativo fundamentado na Sociologia Compreensiva do Cotidiano, com objetivo de descrever as situações diárias que demandam a utilização dos serviços de saúde a partir das perspectivas de usuários e profissionais de saúde. Foram entrevistados 15 profissionais e 17 usuários de três unidades de Equipe Saúde da Família de um município do Estado de Minas Gerais, a partir de um roteiro de perguntas abertas. Os dados foram submetidos à análise de conteúdo. Constatou-se que as demandas resultam da conjugação de fatores sociais, individuais e culturais prevalentes na população. Os atendimentos ocorrem a partir da demanda espontânea dos usuários e, para os profissionais, o interesse que se apresenta é por consulta, geralmente médica, com encaminhamento para especialistas e distribuição gratuita de medicamentos. Esses achados apontam que o cuidado em saúde precisa transcender o corpo biológico e compreender outras dimensões que compõem o cotidiano dos usuários em busca da resolutividade.

DESCRIPTORIOS: Acesso aos serviços de saúde. Necessidades e demanda de serviços de saúde. Atenção primária à saúde.

DAILY DEMANDS IN PRIMARY CARE: THE VIEW OF HEALTH PROFESSIONALS AND USERS

ABSTRACT: In this qualitative case study based on the Comprehensive Sociology of Everyday Life, the aim was to describe the daily situations that require the use of health services from the perspectives of health care professionals and users. We interviewed 15 professionals and 17 users at three Family Health Team units in a city in the State of Minas Gerais State, using a script with open questions. The data were subject to content analysis. It was shown that the demands result from a combination of the population's social, individual and cultural factors. Care is delivered based on the users' spontaneous and, for the professionals, usually, the users are interested in a consultation, generally medical, including referral to specialists and free distribution of medicines. These findings indicate that health care needs to transcend the biological body and understand other dimensions that comprise the users' daily lives in search of problem solving.

DESCRIPTORS: Health services accessibility. Health services needs and demand. Primary health care.

LAS DEMANDAS DIARIAS DE ATENCIÓN PRIMARIA EN LA SALUD: LA MIRADA DE PROFESIONALES Y USUARIOS

RESUMEN: Este es un caso de estudio cualitativo basado en la Sociología Compreensiva de la vida cotidiana cuyo objetivo fue describir las situaciones cotidianas que requieren el uso de los servicios de salud desde la perspectiva de los usuarios y los profesionales de la salud. Se entrevistó a 15 profesionales y 17 usuarios de las tres unidades del Equipo de Salud de la Familia en un municipio del Estado de Minas Gerais a partir de un guión de preguntas abiertas. Los datos fueron sometidos a análisis de contenido. Se encontró que las demandas resultan de la combinación de factores sociales, individuales y culturales prevalentes en la población. Las sesiones tienen lugar a partir de la demanda espontánea de los usuarios y para los profesionales, el interés que se presenta es una consulta, por lo general médica, con la derivación a los especialistas y la distribución gratuita de medicamentos. Estos resultados indican que el cuidado de la salud debe ir más allá del cuerpo biológico y comprender otras dimensiones que conforman la vida cotidiana de los usuarios en la búsqueda de la solución de problemas.

DESCRIPTORIOS: Accesibilidad a los servicios de salud. Necessidades y demandas de servicios de salud. Atención primaria de salud..

INTRODUÇÃO

A proposição de um Sistema de Saúde Único (SUS), organizado em cada nível de governo, com garantia de acesso universal e igualitário, impôs uma nova lógica organizacional de reestruturação do sistema de atenção. A primeira delas que se pode destacar é a transferência aos municípios da responsabilidade da oferta de serviços básicos de saúde, de forma planejada e organizada com vistas a uma melhor assistência à população adscrita. A reestruturação da oferta perpassa pela atenção primária, configurada pela Estratégia de Saúde da Família (ESF), sendo ela considerada como a porta de entrada para o sistema.

A ESF deve articular-se, conforme a necessidade apresentada pelo usuário, aos demais níveis de atenção à saúde e sua gênese está assentada no processo de mudança do paradigma orientado pelo modelo biomédico de atenção à saúde, transferindo o foco das atenções para a família e comunidade. Nela o processo de trabalho centrado no interesse do usuário é o fator norteador das práticas assistenciais. A partir disto, torna-se clara a importância de um cuidado que transcenda o biológico e compreenda outras dimensões das pessoas e, para tanto, faz-se essencial conhecer a historicidade de cada família,¹ de forma a desvendar as subjetividades e singularidades dos sujeitos envolvidos neste cuidado.

Porém, alguns estudos evidenciaram que, apesar do discurso de mudança de atenção em saúde em municípios distintos com a implantação da ESF, um efetivo trabalho em equipe que reconhece a integralidade no atendimento das necessidades da população, as desigualdades do processo saúde e doença, ainda não foram superadas. Parece que as propostas de uma rede de atenção à saúde hierarquizada e complementar, entre o público e privado; o atendimento a uma demanda organizada, sem negligenciar necessidades individuais, prestado por uma equipe interdisciplinar, centrado na clientela, com a coparticipação desta na busca de soluções para os problemas coletivos; a inclusão e o acesso à atenção as práticas de integralidade não têm sido desenvolvidas de forma satisfatória no setor saúde.²⁻³

Sabe-se que o cotidiano dos serviços de saúde é permeado pelas relações sociais que os diversos atores mantêm entre si, o que pode determinar perspectivas distintas entre usuários e profissionais da saúde em relação ao que é necessidade em saúde e doença. As duas dimensões têm uma realidade independente de suas definições biomédicas e são

objetos de representações e práticas diversas que variam segundo as sociedades e as culturas de cada comunidade ou família. Ressalta-se que a realidade biológica da doença, tal como identificada pelo profissional de saúde, não corresponde, muitas vezes, à realidade de quem sofre da doença. A partir desta afirmativa considera-se que a procura por serviços está pautada na representação que cada indivíduo faz de sua doença, ou de seus sintomas, pois essa vivência é individual, sempre permeada por questões sócio-culturais e familiares.⁴

Parece impossível realizar um cálculo preciso para se mensurar a demanda por serviços de saúde ou mesmo definir as reais necessidades de saúde de uma população. Para isto, é necessário desenvolver estudos sobre as demandas solicitadas aos serviços de saúde no sentido de revelar as subjetividades requeridas nos momentos de busca pelo atendimento. Entende-se que esta compreensão possa elucidar os mecanismos de acesso ou não da população usuária, aos serviços públicos de saúde, como também, o tipo de atendimento e tratamento dispensados à mesma, contribuindo para reflexões sobre o cotidiano dos serviços e a forma como estes se organizam para atender os princípios que estabelecem o sistema de saúde vigente.⁵

Assim, o presente estudo é um recorte de uma pesquisa sobre acesso e resolutividade em saúde e tem por objetivo descrever as situações cotidianas que demandem a utilização dos serviços de saúde, a partir das perspectivas de usuários e profissionais de saúde.

METODOLOGIA

Estudo de caso qualitativo, de caráter descritivo, fundamentado na Sociologia Compreensiva do Cotidiano.⁶ Realizado em três unidades de ESF, no município de Manhuaçu-MG. Para seleção das unidades, optou-se buscar aquelas com maior número de famílias cadastradas e que, no momento da coleta de dados, apresentassem equipes completas, compreendidas como: médico, enfermeiro, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde. No intuito de apreender realidades culturais e socioeconômicas variadas optou-se coletar os dados em uma unidade de ESF rural, uma urbana e uma mista que atendessem os critérios ora estabelecidos.

Foram sujeitos deste estudo três enfermeiros, três médicos, três auxiliares de enfermagem e seis Agentes Comunitários de Saúde (ACSs), dois de cada unidade, em um total de 15 trabalhadores de saúde, compondo assim a representatividade dos

profissionais da equipe mínima das unidades de ESF. Para a composição dos usuários, a abordagem aos sujeitos ocorreu de forma equitativa entre as unidades de saúde, até que fosse observada a reincidência e complementaridade das informações, ou seja, a ocorrência da saturação dos dados,⁷ totalizando 17 sujeitos, todos maiores de 18 anos.

Os dados foram coletados por meio de entrevistas, a partir de um roteiro semiestruturado distinto para cada grupo de sujeitos da pesquisa, que foram gravadas em áudio e transcritas na íntegra para posterior análise. As entrevistas ocorreram nos meses de novembro e dezembro de 2010 e foram realizadas na própria unidade, mediante agendamento prévio, à exceção de dois usuários da zona rural entrevistados em sua residência, no momento em que foram realizadas as visitas domiciliares nas quais a pesquisadora acompanhava, como observadora, por opção dos respondentes no momento do convite. Realizaram-se, também, observações nas salas de espera e interior das unidades, registradas em diário de campo, do qual consta a descrição de eventos, pessoas envolvidas, diálogos, comportamentos não verbais, gestos, bem como as impressões do pesquisador sobre os dados observados.

Após as transcrições, os dados foram submetidos à análise de conteúdo,⁸ através de leituras sistematizadas, interpretação para a constituição das categorias e discutidos com a literatura.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais, sob n. 0501.0.203.000-09. De acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, os dados foram coletados após autorização formal do gestor municipal de saúde, e todos os sujeitos foram convidados a participar e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O anonimato dos informantes foi garantido, sendo os mesmos identificados a partir das siglas: Enf (enfermeiro), Méd (médicos), AE (auxiliares de enfermagem), U (usuários) e ACS (Agente Comunitário de Saúde), seguido de código numérico de acordo com a sequência das entrevistas.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

A busca por atendimento a partir de demandas individuais: visão dos profissionais e usuários

Pode-se notar, a partir da análise dos dados, que boa parte dos atendimentos em saúde no município ocorre a partir da demanda espontânea

dos usuários: [...] *consulta...procuram mesmo pela consulta! Tudo que você imaginar (ACS14); [...] medicamento, de ter muita receita mesmo [...] o que mais enche a unidade mesmo é consulta, que querem muita e questão de pegar medicação (AE11);* essa constatação dos profissionais é corroborada pelo usuário: [...] *eu venho aqui de vez em quando buscar remédio, consultar [...] (U10).* Assim, o interesse que se apresenta é por consulta, geralmente médica, com encaminhamento para especialistas e distribuição gratuita de medicamentos, o que reafirma de certa maneira o modelo médico-centrado voltado para a doença.

Evidencia-se que as demandas aos serviços de saúde compreendem a tradução das necessidades individuais sentidas e interferem na forma que utilizam os serviços de saúde, apesar da incorporação de outras ações nas unidades. O atendimento que se busca ainda é para encontrar respostas ao adoecimento, assegurado pela confiança depositada na realização de exames ou de uma consulta com profissionais de outras especialidades.

Tal constatação é corroborada em outro estudo que confirma a visão biomédica de alguns usuários em relação às ações desenvolvidas nas unidades de saúde, que mostra uma tendência ao consumo da consulta médica para a resolução das demandas, pois "o mercado impõe o consumo de tecnologias e subtrai da compreensão do usuário a noção do que traduz uma necessidade necessária e uma necessidade de mercado. Além disso, determina essa situação, no campo da saúde, a hegemonia do modelo tecnoassistencial biologicista (onde a organização do trabalho consiste basicamente no consumo de tecnologias duras) e sua influência sobre a população durante séculos, resultando em uma percepção e compreensão de que o consumo de tecnologias (exames, procedimentos e tratamentos sofisticados) significa acesso à saúde".^{9:104}

Desta forma, observa-se que alguns usuários exigem intervenções terapêuticas, medicamentosas e de diagnóstico, de média complexidade, com atendimento de especialistas, além do que a atenção primária oferece: [...] *às vezes já chegam pedindo, olha eu quero ir no médico de cabeça, no médico de olho, eles já chegam pedindo [...] ou eu quero um exame completo...um ultrassom, um raio X, uma endoscopia (Med7). eles vêm buscar dentista, é vacina, é exame de rotina, é tudo, tudo eles vêm procurar, na verdade eu acho assim, que eles vêm procurar coisas que eu nem sei se é aqui, porque postinho assim, é atenção primária. Eles pedem muita coisa de especialista, eles sentem muita falta (ACS12).*

Entretanto, é necessário ressaltar que alguns programas desenvolvidos pela atenção primária, mas voltados para o controle de doenças como hipertensão e diabetes, ou mesmo os de caráter preventivo, como a vacinação, são difundidos e aceitos pela comunidade. Como consultas e distribuição de medicamentos fazem parte do protocolo de atendimento, os usuários relacionam a utilização dos serviços de saúde com a oferta das ações desenvolvidas nestes programas: *é por conta de pressão alta, eu sou diabética, colesterol alto, tenho triglicéride alto [...] (U8); eu tenho problema de pressão alta [...] eu tomo remédio pra depressão, e é só uma vez ou outra alguma coisa que a gente passa mal, aí a gente vem. (U11); só quando to bem doente mesmo...é mais pra consulta, mas minha família não, meu pai e minha mãe são hipertensos e eles vão, porque o postinho fornece o remédio (U17).*

Desta forma, infere-se que as Unidades de Saúde da Família, caracterizadas como a porta de entrada aos serviços de saúde e responsáveis pela operacionalização dos preceitos da atenção primária, geralmente, atendem às demandas individuais e atêm-se a condutas, muitas vezes, que priorizam o atendimento de doenças. Deve-se atentar que Atenção Primária caracteriza-se por “um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações”.^{10:10}

Entretanto, a atenção que se busca é ainda médico – centrada, o que favorece a valorização e solicitação do encaminhamento a especialistas. Tem-se a impressão de que os usuários ainda não se encontram sensibilizados aos princípios doutrinários da atenção primária e tendem a não buscar os demais atendimentos ofertados pelas unidades de ESF e demonstram a necessidade da intervenção voltada para a doença e para isso querem um profissional especialista ou a realização de um exame.

Ressalta que “o imperativo tecnológico do século XX tem sido responsável por uma tendência à especialização e à inferioridade do generalista”.^{11:32} Assim, torna-se óbvio o desafio dos profissionais para a criação de vínculo com os usuários de forma a atender as múltiplas queixas apresentadas, nem sempre apenas biológicas, o que requer uma

atenção, às vezes, aquém daquela que a equipe sente-se capaz de oferecer, na intenção de uma melhoria da qualidade de vida das pessoas, o que causa certo descompasso entre as necessidades e demandas dos usuários aos serviços de atenção primária e a percepção que os profissionais julgam que eles necessitem.

Para os respondentes, os usuários demandam atendimento de forma equivocada, geralmente influenciada pela cultura local: *porque na verdade, às vezes, os pacientes que vem até a unidade, eles num tem exatamente uma doença, mas eu acho que é o meio cultural deles (Enf9); era pra atender aqueles casos que realmente são necessários serem atendidos, mas, infelizmente, essa baixa cultura da população, que qualquer coisa tem que procurar o médico [...] as pessoas confundem muito isso ao invés de procurar um médico ao necessário, procuram a toa, porque tem o serviço, é de graça, acha que o médico esta ali, ganha muito bem, e que a obrigação dele é atender, deu um espirro corre pro posto, num pode esperar pra ver se esse espirro vai evoluir, então é culturalmente... então a gente tem um volume muito grande de atendimento... eu faço uma média de 30 atendimentos dia de consulta médica [...] se você olhar cinco pessoas que realmente buscam o posto precisavam ser atendidos, talvez uns outros cinco que você poderia atender com certa tranquilidade, é uma coisa que poderia esperar, mas poderia ser feito ali...o restante não! O grande restante poderia esperar [...] (Med10).*

Reafirma-se que a atenção médico – centrada é voltada para a doença tanto na visão dos profissionais como na dos usuários. Porém, se de um lado o que se busca no atendimento cotidiano é uma prática normativa em saúde por parte dos profissionais, de outro, o ritmo próprio da vida das pessoas não pode ser normatizada. Buscar atenção em saúde é obter respostas às necessidades afetadas, para as quais não se conhece resolução imediata e, assim, um simples espirro pode não ser tão simples para o usuário. Para tanto, exige-se uma intervenção diferenciada, que se distancia da prática clínica cartesiana pautada na solicitação de exames diagnósticos e ressalta-se a importância do conhecimento de fatores extrínsecos, considerando os determinantes de saúde e doença, que favorecem o aparecimento dos sinais físicos inicialmente apresentados pelos usuários.¹¹

A experiência da doença é moldada culturalmente, o que determina a maneira como ela é percebida e os caminhos percorridos para superá-la. Sabe-se que o meio social influencia diretamente a forma do sentir-se doente, seja pelos modismos recorrentes e frequentes nas mídias televisivas tão

amplamente enraizadas na cultura brasileira, seja pela relação de status advindo de um determinado diagnóstico.

Para os profissionais, a falta de esclarecimento nas questões relacionadas à higiene contribui para o aparecimento de verminoses e dificuldade, também, o uso dos medicamentos prescritos, que influencia no controle e cura de determinadas doenças: *o problema de porqueira mesmo, de pessoas que você explica e a pessoa não entende, continua com gato, cachorro, porco dentro de casa, então assim, a gente tem esse problema aqui entendeu? Tem uns dois ou três aqui que é até difícil controlar a pressão, que tem que ir morar com a filha senão não vai tomar remédio direito* (Med11).

Questiona-se, entretanto, de que forma essas informações chegam até os usuários? É fato que o trabalho cotidiano em saúde depende de mudanças de comportamento por parte da população por meio de práticas educativas. Como nem sempre essas mudanças acontecem, reafirma-se o discurso de “culpabilização da vítima”, reduzindo o problema para o comportamento individual do sujeito, sem estabelecer relações com os fatores e condições externas aos sujeitos, mas que por sua vez são determinantes das condições de cada um. “Pois as discussões sobre a doença ao se ampliarem coloca em evidência a constante necessidade de saneamento básico, com abastecimento de água, medidas que já se comprovaram mais do que eficientes contra a contaminação ou suas recidivas”^{12:85}

Entretanto, há um reconhecimento de que a atenção buscada pelos usuários vai além das demandas expressas, aquelas não verbalizadas, consideradas mais subjetivas, relacionadas às questões sociais, que vão além da medicalização: *hipertensão e diabetes, cefaléia e febre em criança, mas boa parte é questão afetiva mesmo. Você vê que a pessoa que ta querendo remédio, ela não está querendo remédio, ela está querendo atenção, principalmente o idoso, entendeu?* (Med11); *olha para falar a verdade é muita carência aqui, por mais que a gente tenha a questão da febre, uma tosse, ou uma dor de cabeça, a maioria das consultas hoje em dia o que a gente observa é uma questão social, é a pessoa que não tem o que comer em casa, e vem, às vezes, desabafar, é a pessoa que não tem o que dar pros filhos, que quer as vezes uma medicação pra deixar os filhos dormindo pra não sair pra roubar, então assim, as demandas dos pacientes é carência mesmo* (Enf12).

Diante da realidade apresentada, faz-se necessário refletir sobre esse sofrimento difuso, que apresenta uma variedade de sintomas acrescida de falta de perspectiva de vida, que faz o usuário buscar atenção junto ao serviço, onde espera encontrar res-

postas para sua condição de vida.¹³ Para atendê-lo, é necessário que o cuidado descentralize a doença para que o sujeito seja o centro da atenção. “Cuidar dos sujeitos é ajudá-los a aliviar o sofrimento e dar-lhes o apoio necessário para superar as dificuldades e enfrentar os impasses do cotidiano”^{13:251}

Esses impasses cotidianos apresentam-se traduzidos em dores e depressão listadas com certa frequência nas falas dos usuários, que acometem principalmente idosos e mulheres. Se abordadas de forma reducionista, exigirão intervenção medicamentosa, consulta com especialistas e realização de exames: *a gente vê que o problema é mais social, famílias desestruturadas, brigas em casa [...] quando vem procurar... tô com dor nas costas, aí você vai ver que aquela dor nas costas na verdade já brigou em casa, não tá bem com o marido, não tá bem com os filhos, mora com o sogro, mora com a sogra* (Med10); *as que consultam muito, sempre têm algum distúrbio, ansiosa, deprimida, nem sempre problema mesmo, doença mesmo física, mais é problema de depressão mesmo, ansiedade* (ACS13); *bem hoje mesmo, tem uma senhora aqui... o prontuário dela está enorme... ela tá aqui dia a dia... cada vez é um problema que ela tem. Hoje ela tá porque o filho juntou com uma mulher que ela não tava muito interessada que tem uma filha que é deficiente, morando na casa dela, e tal... Ela vem conta isso tudo, a gente ouve e...aí começa, dor aqui, dor ali, sabe?* (Med7).

Evidencia-se que no cotidiano das unidades de ESF, os profissionais deparam-se com manifestações de doenças influenciadas pelo contexto sócio-familiar. Eles parecem sensibilizados sobre as situações que contribuem para o aparecimento destes sintomas, apontados como males causados por desequilíbrios sociais como a falta de trabalho, lazer, solidão. Porém, apesar de percebê-las, parece que não possuem dispositivos tecnológicos para saná-las, até porque exigirão atividades em conjunto com outros setores da sociedade. *A gente esbarra muito é no problema social, problema de desnutrição, de saneamento básico, água não ser tratada, o problema de natalidade excessiva numa determinada família* (Med11).

Enquanto porta de entrada do setor saúde público, as UBS tornaram-se espaços onde a população busca respostas a quaisquer necessidades afetadas. Aliado a estes problemas de ordem social, observa-se que a maioria dos usuários, considerados “SUS dependentes” possuem baixa escolaridade e atuam de forma autônoma, como lavradores ou em serviços domésticos. A renda familiar da maioria dos entrevistados não ultrapassa dois salários mínimos e as famílias são compostas

por no mínimo três pessoas dependentes desta renda, além de se vincularem às unidades de ESF para recebimento da Bolsa Família, que faz parte da renda de muitos entrevistados.

A (des)continuidade da assistência frente às demandas por outros setores

Nesta ordem, as necessidades ora apresentadas não perpassam diretamente pela capacidade dos serviços e profissionais de saúde, exigindo ações conjuntas para resolução. Cabem nesses casos, intervenções intersetoriais e a inserção dos indivíduos em projetos sociais, de trabalho e lazer, bem como a sua participação ativa como co-responsável nestas ações. Os profissionais precisam entender a influência que o meio sócio-cultural exerce sobre o processo de sentir-se saudável e adoecer, bem como da importância que as outras instâncias públicas, como educação, trabalho e lazer, possuem para colaborar com a resolução dos problemas que se apresentam.¹⁴

Entretanto, os discursos mostram usuários que utilizam os serviços do SUS com demandas específicas, ou seja, sem uma participação efetiva de acordo com a necessidade de cada um: *quando não tenho dinheiro pra pagar consulta, e as vezes tem o exame, aí o jeito é procurar o SUS (U5); porque uma consulta quando a gente pode a gente paga particular, quando eu não posso eu procuro o SUS (U6); eu compro os mais caro na farmácia porque aqui num tem, agora os que dão aqui eu prefiro apanhar do que comprar. Eu só venho aqui quando preciso do remédio (U12).*

Uma das usuárias utiliza o serviço por ser portadora de tuberculose e por indicação da médica que diagnosticou a doença: *eu fui primeiro em Belo Horizonte, a médica de lá que descobriu [diagnóstico de tuberculose]. Aí ela falou que eu tinha que seguir ele pelo posto, aí ela me pediu pra passar no Posto já de uma vez (U2).*

Fundamentado no princípio de universalidade, o serviço de saúde garante o acesso a todos, independente se o usuário possui ou não plano privado de saúde. O SUS absorve usuários de todas as camadas sociais, consolidando-se como espaço equânime de atendimento às necessidades de saúde da população, reafirmando os princípios democráticos que o instituíram.

A relação entre a Equipe de Saúde da Família e a população adscrita deve estar fundamentada na construção de vínculo. Entretanto, esse é um modelo que convive com uma prática ainda fragmentada, centrada em produção de atos e intervenções de

natureza médico-curativa, predominando a desarticulação e as inúmeras queixas dos usuários.¹⁵

O que se questiona, porém, é como se constrói o vínculo entre serviço – população, profissional – usuário frente ao atendimento pontual e específico. Entende-se vínculo como a relação de confiança estabelecida entre população e serviço, de forma contínua e de longa duração, o que possibilita a construção de práticas longitudinais e integradas. Essa confiança entre usuário – profissional – equipe de saúde possibilita a construção de responsabilização e autonomia da pessoa frente à sua condição de vida.¹⁶

Tais situações mostram ainda um sistema fragmentado, além de reforçar as desigualdades no uso de serviços de saúde. “Isto é, na atitude de procurá-los, obter acesso e se beneficiar com o atendimento recebido, refletem as desigualdades individuais no risco de adoecer e morrer, assim como as diferenças no comportamento do indivíduo perante a doença, além das características da oferta de serviços que cada sociedade disponibiliza para seus membros”.^{17:134}

Evidencia-se, portanto, que há ações em saúde como tratamento de tuberculose, hanseníase, ou vacinação que são amplamente utilizadas pela população de forma geral. Entretanto, o uso pontual do serviço reflete diretamente na relação Estado/saúde, levando a certa “desresponsabilização” do Estado para com a saúde, ao mesmo tempo em que se cristaliza a mentalidade privada no setor.¹⁸

Tal constatação é confirmada quando se depara com o discurso a seguir: *meu pai perdeu uma vista, era catarata, ele tava ruim de uma vista, vivia caindo, se machucando e aguardando a cirurgia pelo SUS, a gente indo atrás e nada... até teve um dia que ele teve que se virar e pagar particular pra poder fazer a cirurgia dele senão ele tava cego até hoje. Isso aconteceu, e demorou mais de dois anos, ele tava cego de uma vista e da outra tava toda embaçada (U16).*

Atitude corroborada e justificada pelo profissional de saúde: *eu faço a troca do exame, porque o SUS não tem a especialidade, como a gente não tem, e a gente quer que a pessoa fique bem atendida, a gente troca o exame, excepcionalmente a gente faz... você pede um RX essas coisas, faz uma troca, um ultrassom de articulação, a gente faz o pedido de exame, o paciente traz o pedido de exame, aí você transfere os dados para um pedido do SUS (Med10).*

Esses relatos apresentam que o acesso à atenção secundária e a intercomunicação entre os níveis são entrecruzados por percalços que interferem na linha do cuidado na rede de atenção.¹⁵

Observa-se que diante da demora ou ausência de resposta às necessidades afetadas, justifica-se a busca pelos serviços privados e conveniados, o que acaba por reafirmar a “desresponsabilização” do Estado frente às demandas de saúde. Estas atitudes reforçam a exclusão social ao acesso dos serviços de saúde daqueles que não possuem tais “facilidades”. Assim, a demora na marcação de consultas e realização de exames desacredita a capacidade resolutiva do atendimento universal e equânime do serviço público, além de estimular alguns a busca pelo setor privado.

Como a demanda por especialidades é freqüente, a situação torna-se mais agravante, quando os próprios profissionais passam a sugerir aos usuários a procura por atendimento nos serviços privados conveniados: *tem casos que assim é preciso um atendimento de um especialista, o doutor encaminha ao particular, normalmente quando a pessoa já tem plano, a enfermeira já procura pedir uma ajuda, um desconto, pelo Sus ou até mesmo por um conhecido, pra tá ajudando essa pessoa, pra ir mais rápido... se a pessoa num tem plano nenhum, não tem assim, possibilidade financeira pra tá pagando, a pessoa não vai mesmo! Então a gente procura avaliar esses casos e procurar saber se a pessoa conseguiu ir... tem muitos médicos que aceitam com o encaminhamento do médico, vai no TFD quando a pessoa tem uma certa urgência no exame, porque lá tem um fila de espera, então eles dão um desconto pra pessoa, pagando bem mais barato e faz o exame, uma forma de agilizar porque pra ir pra lá vai ter que aguardar mesmo a fila de espera (ACS14).*

Ressalta-se que a conduta de alguns profissionais em referenciar os usuários ao serviço privado conveniado, com pagamento mesmo que módico, além de até mesmo conseguirem descontos nos consultórios particulares de colegas, apesar de ser uma atitude bem intencionada com vistas à resolutividade para alguns usuários, tais atitudes configuram-se em verdadeiro *apartheid* social na saúde.¹⁸

Constata-se, portanto, “na situação de manutenção ou mesmo de aprofundamento da exclusão social, tem-se a persistência do atual sistema de saúde segmentado, seletivo no acesso aos serviços segundo padrões de mercado, seguindo-se no SUS a universalização da assistência básica com o Piso da Assistência Básica (PAB). Esse piso serve de mecanismo de controle de gastos e racionalização do setor, resultando em baixa eficácia social”.^{18:46} Fatos como esses colaboram para a permanência da antiga ciranda das relações público-privado, na qual para o último não há interesse que se estabeleçam progressos ainda mais significativos do setor público.

Para a superação desse cenário, impõe-se um novo referencial, assentado no compromisso ético com a vida, com a promoção e a recuperação da saúde, visando a garantia do acesso aos cuidados necessários, o vínculo, a co-responsabilização para com o usuário, a integralidade da assistência e o monitoramento contínuo dos resultados alcançados.¹⁵ Evidencia-se, assim, que ações intersetoriais, bem como as de promoção, prevenção, cura e reabilitação devam estimular a priorização de ações que respondam ao direito social instituído e que deve ser garantido pelo Estado, conforme o princípio da universalidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dados permitem refletir sobre as dinâmicas subjetivas presentes nas situações que demandam a utilização dos serviços de saúde. Percebe-se que o fato de sentir-se mal, apresentar alguma dor, dá ao usuário a chave para falar de seus problemas e ser ouvido. É como um apelo emocional sinalizado pelo corpo e por vezes validado por um profissional, o que permite a ele a reserva de um espaço no mundo e a certeza de estar vivo neste mundo-território que o cerca. Permitiram, ainda, conferir que as demandas por serviços de saúde resultam da conjugação de fatores sociais, individuais e culturais prevalentes na população e, por isso, vem exigir dos profissionais um olhar que transcenda o biológico, compreendendo que as demandas, inicialmente apresentadas como tal, são na verdade um pedido de socorro para outras dimensões, psicológicas e sociais da família.

Neste sentido, faz-se necessário superar a prática tradicional, centrada na exclusividade da dimensão biológica, de modo a ampliar a escuta e reconsiderar a perspectiva humana na interação entre profissionais de saúde e usuários. Constata-se a permanência de antigas práticas que fragilizam os princípios do SUS, principalmente a universalidade do acesso e longitudinalidade da assistência, quando ainda depara-se com encaminhamentos ou mesmo a busca dos usuários pelo setor privado, por falta do oferecimento de serviços necessários pelo município.

Trata-se, portanto, do reconhecimento de que a realidade simbólica permite ao usuário atribuir significados a partir de sua experiência individual e segundo as normas sociais e culturais do seu grupo. Em contrapartida, nota-se que será preciso que os profissionais de saúde modifiquem certas práticas para conseguirem lidar com tais situações que, ainda, causam estranhamento, pois

estão além das questões biológicas. Reitera-se que é de fundamental importância o reconhecimento de que fatores culturais desempenham um papel crítico na prática de saúde em todos os âmbitos, inclusive no sistema formal de prestação de serviços de saúde. Caberá repensar as práticas de saúde atualmente realizadas nos espaços de encontro e discutir as tecnologias disponíveis para amenizá-las, visto que nem todas as necessidades se convertem em demandas, mas todas as demandas se referem a algum tipo de necessidade que requer intervenção.

Reitera-se o limite dessa pesquisa pela abordagem de estudo de caso que, muitas vezes, não permite generalização dos resultados encontrados, por focar uma realidade específica. Entretanto, ressalta-se que, uma das autoras desse artigo vem desenvolvendo pesquisas sobre o mesmo objeto em municípios distintos do Estado de Minas Gerais, com resultados que apresentam-se similares. Constata-se, portanto, que tais estudos possam fornecer subsídios para que as gestões locais possam buscar estratégias que resultem na melhoria de acesso à população assistida e, além disso, que as respostas sejam resolutivas com ações efetivas para a qualidade de vida das pessoas.

REFERÊNCIAS

1. Costa EMA, Carbone M H. Saúde da família - uma abordagem interdisciplinar. Rio de Janeiro (RJ): Rubio; 2004.
2. Penna CMM, Brito MJM, Porto FR. Equity and resolution: of theory to construction in daily of health professionals. OBJN [online]. 2007 [acesso 2009 Out 10]; 6: Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/1091>
3. Penna CMM, Hemmi APA. Representações sociais de usuários sobre o atendimento em uma unidade de saúde da família. Cad Saúde Coletiva. 2009; 17(4):1075-91.
4. Giglio-Jacquemot A. Urgências e emergências em saúde: perspectivas de profissionais e usuários. Rio de Janeiro (RJ): Fiocruz; 2005.
5. Pinheiro R. Modelos ideais x práticas eficazes: um desencontro entre gestores e clientela nos serviços de saúde. Rio de Janeiro (RJ): IMS/UERJ; 1999.
6. Maffesoli M. O conhecimento comum: introdução à sociologia compreensiva. Porto Alegre (RS): Sulina; 2007.
7. Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. Cad Saúde Pública. 2008 Jan; 24(1):17-27.
8. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa (PT): Edições 70 LTDA; 2010.
9. Oliveira AMG, Siqueira, MEP, Altéa, PM, Saito, RXS. Avaliação em saúde para organização do trabalho na perspectiva do sujeito. In: Saito RXS, organizadora. Integralidade da atenção: organização do trabalho no programa saúde da família na perspectiva sujeito-sujeito. São Paulo (SP): Martinari; 2008. p.83-116.
10. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da família no Brasil: uma análise de indicadores selecionados: 1998-2004. Brasília (DF): MS; 2006.
11. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília (DF): UNESCO, MS; 2002.
12. Penna CMM. Realidade e imaginário no processo de viver de moradores de um distrito brasileiro. Texto Contexto Enferm. 2007 Jan-Mar; 16(1):80-8.
13. Lacerda A, Guimarães MB, Lima CM, Valla VV. Cuidado integral e emoções: bens simbólicos que circulam nas redes de apoio social. In: Pinheiro R, Mattos RA. Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor. Rio de Janeiro (RJ): IMS/UERJ, CEPESC, ABRASCO; 2007.
14. Kreutz I, Gaiva MAM, Azevedo RCS. Determinantes sócio-culturais e históricos das práticas populares de prevenção e cura de doenças de um grupo cultural. Texto Contexto Enferm. 2006 Jan-Mar ; 15(1):89-97.
15. Viegas SMF, Penna CMM. O Sus é universal mas vivemos de cotas. Rev Ciênc Saúde Coletiva [online]; 2011 [acesso 2012 Jul 10]:. Disponível em: http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/artigo_int.php?id_artigo=10220
16. Queiróz ES, Penna CMM. Conceitos e práticas de integralidade no município de Catas Altas-MG. Rev Min Enferm. 2011 Jan-Mar; 15(1):62-9.
17. Travassos C, Viacava F, Fernandes C, Almeida CM. Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. Ciênc Saúde Coletiva. 2000 Jan; 5(1):133-49.
18. Elias PE. Estado e saúde: os desafios do Brasil contemporâneo. São Paulo Perspec. 2004 Jul-Set; 18(3):41-6.

Correspondência: Cláudia Maria de Mattos Penna
Escola de Enfermagem - UFMG
Av. Professor Alfredo Balena, 190, sala 404
30130-100 - Santa Efigênia, Belo Horizonte, MG, Brasil
E-mail: cmpenna@enf.ufmg.br

Recebido: 20 de Outubro de 2011
Aprovação: 05 de Julho de 2012