

Acesso na Estratégia Saúde da Família: a realidade do Bairro Mauazinho, Manaus/AM

Access in the Strategy Health of the Family: the reality of the Quarter Mauazinho, Manaus/AM

Maria Rute de Souza Luna¹, Simone Eneida Baçal de Oliveira²

Resumo

O presente trabalho buscou analisar o acesso às ações da Estratégia Saúde da Família (ESF), sob a perspectiva dos usuários, no bairro do Mauazinho, em Manaus / AM, e assim, evidenciar como estão sendo realizadas essas ações no processo de operacionalização dessa política, além de identificar fatores relacionados ao acesso nos serviços da Estratégia Saúde da Família. Esta pesquisa foi realizada no período de 2010 a 2011. Trata-se de um estudo de caso com abordagem qualitativa, a partir de entrevistas semiestruturadas, análise documental e de um diário de campo, no qual se registrou informações adicionais ao processo de coleta. Os dados coletados foram categorizados e interpretados com base na técnica de análise de conteúdo. A análise da categoria acesso indicou o grau de facilidade ou dificuldade das famílias aos serviços de saúde referentes à estrutura física e recursos humanos, outras características como geográfica, financeira, organizacionais e informativas foram apresentadas também como relevantes ao acesso dos usuários nos serviços de

saúde. Por meio dos depoimentos das famílias constatou-se que são oferecidas precárias condições de serviços de saúde não atendendo às necessidades da população, tampouco desenvolvendo confiança e satisfação das famílias com os serviços oferecidos. A mudança de paradigma, como é proposta pela Estratégia Saúde da Família, ainda não aconteceu, pois permanece a centralidade nas ações clínicas, apesar da mudança de nomenclatura de programa para estratégia. Sendo assim, foi demonstrado um distanciamento entre o discurso e a prática. Dessa forma, a Estratégia Saúde da Família representa mudança ao acesso nos serviços de saúde da população pesquisada, contudo, encontra-se com dificuldades para a sua garantia, indicando desigualdades na universalização das ações, o que impossibilita sua construção de direito de cidadania.

Palavras-Chave: Saúde da Família. Acesso aos Serviços de Saúde. Família.

Abstract

This work has focused on access to the actions of the Family Health Strategy (FHS), from the perspective of users in the neighborhood of Mauazinho in Manaus/

¹ Cientista Social. Mestre em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia.

² Cientista Social. Doutora em Serviço Social. Professora Adjunta da Universidade Federal do Amazonas – UFAM.

Amazonas and so, to show how the actions are being undertaken in the process of operationalization of this policy. In addition to identify factors related to access services in the Family Health Strategy. This research was conducted in the period 2010 to 2011. This is a case study with qualitative approach, from semi-structured interviews and participant observation, direct, it is also built a diary, in which the registered information gathering process. The collected data were categorized and interpreted based on the technique of content analysis. The analysis of access category indicated the degree of ease or difficulty of families to health services, concerning the physical structure and human resources. Others characteristics such as geographic, financial, organizational and informative were also presented as relevant to users' access to health services. Through the testimony of families found that are offered precarious health services are not meeting the needs of the population, either by developing confidence and satisfaction to the families with the services offered. The paradigm shift, as proposed by the Family Health Strategy, has not happened yet, it remains central to the clinical actions, despite the change in nomenclature of program strategy. Thus, we demonstrated a gap between discourse and practice. Thus, the Family Health Strategy represents changes in access to health services research population. However, there difficulties in its assurance, indicating inequalities in the universalization of the shares.

Keywords: Family Health. Services Accessibility Health. Family.

Introdução

A família é considerada um ponto fundamental na formulação e aplicabilidade

das políticas sociais. Na organização da atenção primária, a família tomou lugar de destaque, e, segundo o Ministério da Saúde (MS), a centralidade da atenção básica no Brasil está na família, entendida e percebida a partir de seu ambiente físico e social, desenvolvendo uma atenção para além das práticas curativas.

A saúde da família no cenário brasileiro foi resultado de experiências bem sucedidas desde 1987 no Ceará, anteriores ao Programa Saúde da Família (PSF) em níveis estaduais e regionais que inspiraram sua realização, no qual se destaca o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS)¹.

Resultado de um intercâmbio técnico-científico entre profissionais de saúde brasileiros e cubanos, na cidade de Niterói em 1991, o Programa Saúde da Família, surgiu quando a cidade vivenciava epidemias de dengue e meningite. Esse programa teve grande influência dos pressupostos elaborados pelo Ministério da Saúde de Cuba. A reforma na saúde desde sua constituição teve como objetivos, aumentar a acessibilidade no sistema de saúde, incrementar as ações de prevenção e promoção da saúde para a população^{1,2}.

Nesse contexto se expande o Programa Agente Comunitário de Saúde em alguns municípios, na lógica da atenção primária, centralizada não em ações hospitalocêntricas, mas em reorientações nas dimensões da comunidade e da família. A inovação do programa ocorreu pelo fato dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) serem escolhidos entre os moradores de sua própria comunidade.

As experiências acumuladas pelos profissionais envolvidos na saúde da família

e, descontentes com o modelo tradicional de assistência, foram fundamentais para a busca de novas formas de atuação sobre um novo modelo para pensar e fazer políticas públicas de saúde. Nessa conjuntura foi oficializado e publicado em 1994, o PSF constituindo um importante instrumento para que o Estado desenvolvesse estratégias de políticas voltadas à atenção básica para a população, visando melhorar a qualidade de vida.

Esse programa foi criado para substituir as unidades básicas tradicionais, que visavam à assistência curativa. Com a finalidade de promover saúde e prevenir doenças, o PSF inclui a família em sua atuação direta, à luz das ações da promoção de saúde. O interesse da implantação do PSF, e sua expansão que priorize a saúde como direito individual e coletivo se tornaram elementos cruciais e permanentes para a consolidação do Sistema Único de Saúde³.

O Programa Saúde da Família foi destinado inicialmente para comunidades de baixa renda, no entanto, se consolidou como uma estratégia de organização da atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS), e foi legalizado pela Portaria Ministerial nº 648, de 28 de março de 2006, que considera a transformação do Programa Saúde da Família (PSF) em Estratégia Saúde da Família (ESF), para todo o território brasileiro⁴. Nesse sentido, um sistema de saúde que adota a universalidade e a integralidade como princípio não deve interpretar a atenção primária como programa, com isso, estaria negando seus próprios princípios, pela institucionalização de um tratamento discriminatório aos excluídos^{4,5,6,7,9}.

A Estratégia Saúde da Família visa, sobretudo, mudar o paradigma

de atenção básica no Brasil, até então voltada ao atendimento hospitalocêntrico, com inovações nas práticas de atenção integral à saúde. A centralidade dessa política está na busca da promoção à saúde, com mudanças nos hábitos e padrões de vida, mediante a educação, a prevenção e a cura das doenças, partindo do indivíduo até alcançar todos os membros da família⁵.

Diante da mudança e da reorganização da atenção básica de saúde, e sendo o Brasil um país com tantas diversidades regionais e locais, ainda não foi possível alcançar um modelo social, ético e equânime norteado pela inclusão social, pois existem muitas lacunas quanto à universalização do acesso, principalmente nas comunidades mais longínquas.

Procurando atender estas e outras demandas, o Ministério da Saúde legítima em 21 de outubro de 2011, a Portaria 2.488, onde estabelece importantes alterações para a reorganização da atenção básica como os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) que visa auxiliar no desenvolvimento da ESF, envolvendo profissionais que não fazem prioritariamente parte da ESF, além de estabelecer mudanças que criam condições para a universalização do acesso aos serviços de saúde, como as Equipes de Saúde da Família Ribeirinha, o Programa Saúde na Escola, as Unidades Básicas de Saúde Fluviais, dentre outros⁶.

O Programa Saúde da Família no Brasil surge em resposta à crise estrutural no setor político de saúde, como a fragilidade dos resultados das políticas públicas de saúde, o que gerou um vácuo entre os direitos sociais constitucionais garantidos e a efetiva capacidade de oferta dos serviços públicos do setor.

Este estudo teve como objetivo analisar o acesso às ações da Estratégia Saúde da Família (ESF), sob a perspectiva dos usuários, no bairro do Mauzinho em Manaus/Amazonas e, assim, evidenciar como estão sendo realizadas as ações no processo de operacionalização dessa política, além de identificar fatores relacionados ao acesso nos serviços da Estratégia Saúde da Família.

A Saúde da Família no Contexto Amazonense

Diante de tantas experiências encontram-se dificuldades para a implementação da ESF em seus vários contextos, pois as diversas realidades e particularidades, valores e fenômenos sociais, regionais e locais, devem ser levados em consideração, ou se tornam empecilhos para o desenvolvimento efetivo dessa política.

O Programa Saúde da Família teve como antecedente no Estado do Amazonas, o Programa Agente Comunitário de Saúde. Em agosto de 1991, ocorreu sua implantação, que visava ações de atenção primária, direcionadas para áreas onde havia população sob o risco de doenças infectocontagiosas, como diarreia e desnutrição, que contava com a presença de visitantes domiciliares em áreas adstritas dos usuários¹⁰.

Devido ao surto de cólera, em 1991, no estado do Amazonas foram implantadas 340 equipes de agentes comunitários de saúde, treinados para atuar nos municípios mais atingidos pela epidemia. Com os avanços da cólera no médio Rio Solimões, em setembro do mesmo ano, mais de 536 agentes comunitários de saúde iniciaram suas atividades nos municípios e, posteriormente, mais de

1500 ACS foram contratados e receberam treinamentos para atuar nos municípios do baixo rio Amazonas e do rio Amazonas. Assim, 30 municípios amazonenses foram contemplados com as propostas¹¹.

O processo de expansão ocorreu gradativamente e, em 1995, o PACS sofreu intervenção pelo Ministério da Saúde, sendo reiniciado apenas em 1998, com a habilitação de mais 25 municípios na Gestão Plena da Atenção Básica, conforme a NOB/96. O Amazonas foi destaque como o único Estado a utilizar os dados informatizados no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Em 1999, o Programa Saúde da Família foi implantado no Estado com 38 equipes, divididas em 16 municípios¹².

A implantação do PSF no Amazonas ocorreu de forma lenta, sendo privilegiados apenas alguns municípios, a maioria de grande porte, ficando os outros à “mercê” da gestão municipal para atender as exigências de implantação. Entretanto, pode-se dizer que problemas de cunho regional, como população dispersa nas diversas comunidades ribeirinhas e o seu difícil acesso, ocorrem devido a especificidade regional, onde os caminhos percorridos são os rios, determinantes na implantação do programa local.

Seguindo as recomendações do Ministério da Saúde e da Superintendência do Estado da Saúde (SUSAM), o Programa Saúde da Família e o Programa Agente Comunitário de Saúde se tornam prioridades de implantação nos municípios, e com isso, se reinicia uma fase de expansão em todo o Estado.

Em 2002, 62 municípios haviam implantado o PACS, com um total de 5.039 agentes comunitários de saúde e 44

municípios contavam com equipes do PSF, perfazendo um total de 283 equipes de saúde da família no estado do Amazonas¹², perfazendo uma cobertura de mais de 60% nos municípios amazonenses.

Diante desse cenário, além das especificidades geográficas no Amazonas que dificultam o acesso dos usuários aos serviços de saúde, destaca-se também a falta de profissionais médicos e enfermeiros (uma das exigências para a implantação das equipes saúde da família) no interior do Estado, problema que se agrava nos municípios mais longínquos da capital.

A Saúde da Família em Manaus

As diversas realidades, disparidades e especificidades regionais relacionadas às experiências da Estratégia Saúde da Família têm demonstrado diferentes formas de implantação e operacionalização em seus diversos contextos.

Na capital amazonense a implantação do Programa Saúde da Família ocorreu através de sua legalização no Conselho Municipal de Saúde, perante a Resolução nº 016/98, de 04 de maio de 1998. Mas, apesar da aprovação no referido ano, o programa ficou apenas na legislação, e não foi implantado de fato na realidade dos usuários da saúde manauara. Contudo, segundo dados do Relatório do Programa Saúde da Família da Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA) de 2002, o município continuou recebendo os recursos do Ministério da Saúde¹³.

As autoridades, em Manaus, demonstravam resistência à implantação desse novo modelo de assistência à saúde. Associado a essa problemática encontravam-se, também, problemas relacionados à infraestrutura.

O Programa Saúde da Família de Manaus, em 1999, baseou-se no modelo do programa de Cuba e recebeu o apoio técnico de profissionais de Niterói. Contudo, inicialmente foi denominado Programa Médico da Família, pois o profissional enfermeiro não fazia parte da composição da equipe, ou seja, se limitava a um médico, dois auxiliares de enfermagem e sete agentes comunitários de saúde.

Em maio de 2000, segundo dados da Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA), 2002, com a Lei Municipal nº 531 o programa foi reconhecido como Programa Médico da Família, através da Portaria Ministerial MS/GM nº 484 de 06 de abril de 2001. Manaus, a partir de então, foi contemplada a receber incentivos financeiros, porque o Programa Médico da Família foi aceito como projeto similar ao Programa Saúde da Família. No entanto, o Programa Médico da Família, para receber suportes financeiros, teve que cumprir com a exigência de contratar enfermeiros para compor as equipes de saúde da família¹³.

O Ministério da Saúde preconiza uma equipe de saúde da família interdisciplinar, sendo que na sua composição deve incluir médico generalista, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde, dentre outros profissionais.

A Secretaria Municipal de Saúde de Manaus tentou responder às exigências da política nacional, mas encontrou resistência devido aos problemas políticos locais, e teve dificuldade de realizar a contratação de profissionais para compor as equipes. Sendo assim, os problemas fundamentais da saúde pública em Manaus foram a escassez de recursos e a resistência por parte das autoridades técnicas da SEMSA em relação ao desenvolvimento do Sistema

Único de Saúde, onde o maior exemplo é o Programa Saúde da Família, pois não levam em consideração os objetivos recomendados pelo Ministério da Saúde¹⁴.

Documentos da Secretaria Municipal de Saúde como Relatórios do PSF, 2002 e o Relatório Anual, 2000 apontam que, desde sua implantação em 1999 até 2001, a secretaria municipal não recebeu nenhum recurso financeiro federal, por não cumprir as exigências ministeriais de implantação do programa. Isso impactou nas ações da atenção básica, reproduzindo o modelo de assistência tradicional centralizado na figura do médico.

Com a implantação do programa, foi contemplada a região leste da cidade, os bairros São José dos Campos, Buritizal, Nova Floresta e Mauzinho na localidade do Parque do Mauá. A seleção destes espaços urbanos ocorreu por representarem áreas de inexistência e/ou dificuldade de acesso a bens e serviços essenciais, inclusive de saúde. E ainda por serem consideradas áreas de risco ambiental ou expansão urbana, e por possuírem populações em condições socioeconômicas desfavoráveis.

O Relatório Anual da Prefeitura de Manaus de 2000 aponta que essas áreas foram as que mais cresceram nos últimos anos e correspondem a 60% da população da capital amazonense. A ausência de infraestrutura urbana, como falta de água encanada, luz elétrica, dentre outros problemas indispensáveis à permanência humana, fizeram com que fossem consideradas áreas vulneráveis e de risco¹⁵.

O PSF tem recebido inúmeras críticas ao ser direcionado prioritariamente para populações desassistidas, aos quais se

argumentam que seria um sistema de saúde pobre para os pobres. Uma forma reducionista de ver um programa que foi instituído como estratégia para reorganizar a atenção básica. Porém, o PSF tem desenvolvido alguns avanços no que diz respeito ao acesso relacionado aos serviços de saúde para uma população que convive constantemente com a ausência do Estado e de suas intervenções através de políticas públicas¹⁶. Entretanto, este avanço não está de acordo com a saúde como um direito de todos e não é capaz de promover efetivamente a inclusão e a participação social.

O Programa Médico da Família foi expandindo e se organizando por agrupamento zonal: zona leste, zona norte, zona oeste e centro-oeste, zona sul e centro-sul, com uma meta inicial de implantação de 100 unidades de saúde da família e com 120 equipes para atuar nas zonas leste, norte e oeste da cidade.

As ações objetivas do Programa Saúde da Família na cidade de Manaus, segundo o Plano de Ação 2002, constituem-se de, dentre outras ações: prestar assistência às necessidades de saúde da população adscrita; priorizar a família como espaço social e de atuação no atendimento; humanizar as ações de saúde com vínculos de profissionais e a população; desenvolver parcerias através de ações intersetoriais; incentivar a comunidade para o desenvolvimento de cidadania; intercâmbio entre os profissionais das equipes de saúde da família com os profissionais das unidades básicas de saúde; incentivar a participação da comunidade no processo de discussão, preparação e implantação das “casas de saúde”; possibilitar mecanismo para o adequado funcionamento do programa¹³.

O modelo de atenção à saúde de Manaus pressupõe um direcionamento sanitário e preventivo como prática social, levando mudanças na organização do sistema municipal de saúde. Caso contrário, a ESF se resumiria apenas em um programa focalizado para população carente intensificando ainda mais as desigualdades existentes.

Atualmente a capital amazonense tem uma população de 1.738.641 habitantes podendo ter 4.359 agentes comunitários de saúde implantados, porém, há 3.500 credenciados pelo Ministério da Saúde, (não há produção por falta de estrutura). Há 1.206 equipes implantadas que têm recebido recursos do Ministério da Saúde. A proporção de cobertura é de 693.450, sendo o teto para a Estratégia de Saúde da Família de 724 equipes para serem implantadas. Credenciadas pelo Ministério da Saúde existem 200 equipes, e implantadas são apenas 155 trabalhando nos bairros. A proporção de cobertura é de 30% a 76%. Quanto à Estratégia de Saúde Bucal Modalidade I, há 55 equipes credenciadas pelo Ministério da Saúde, porém implantadas tem-se 51 equipes. Na Modalidade II, nenhuma está credenciada pelo Ministério da Saúde, perfazendo assim, uma cobertura muito baixa de apenas 33, 31%¹⁷.

Diante dos dados do Departamento de Atenção Básica (DAB), relativos ao ano de 2011 acima apresentados, a baixa cobertura da ESF em Manaus aponta para a restrição de acesso da população à saúde. Nesse contexto, percebe-se que as dificuldades encontradas são mais acentuadas nos grandes centros urbanos, pois são encontrados grandes índices de exclusão do acesso aos serviços de saúde. As unidades de saúde da família de Manaus, construídas para serem as portas

de entrada ao Sistema Único de Saúde, foram simplificadas e denominadas de “casinhas”, não oferecendo credibilidade e conforto para seus usuários.

Pode-se dizer que este seria um dos motivos pelo qual as estatísticas nacionais apontam a capital amazonense com baixa proporção de procura às equipes de saúde da família. O que predomina em Manaus é a procura de serviços nas unidades básicas de saúde tradicional, assim como nos serviços de urgência em hospitais, que corresponde a um percentual de 22% da procura pelos serviços de saúde, destacando-se também, a procura dos serviços privados que corresponde de 5% a 12% na capital amazonense³.

As Unidades de Saúde da Família (USF), construídas de forma paralela e não integradas às Unidades Básicas de Saúde (UBS), demonstram a permanência de duplicidade nas ações dos serviços de saúde em Manaus, uma disputa de poder entre Estado e Município que interfere diretamente no acesso dos usuários ao sistema de saúde local.

Metodologia

A presente pesquisa faz parte da dissertação de mestrado que analisa a operacionalização da Estratégia Saúde da Família no bairro Mauzinho em Manaus-AM, realizada no período de 2009 a 2011, por meio de revisão bibliográfica, pesquisa documental e pesquisa de campo. Para a coleta de dados utilizou-se a entrevista semiestruturada. Construiu-se também um diário de campo, no qual foram registradas informações adicionais ao processo de coleta.

Os informantes da pesquisa são os próprios usuários dos serviços de saúde,

para assim, entender sua realidade social, expectativas e percepções, sobre o acesso à Estratégia Saúde da Família.

Para a identificação das famílias, utilizaram-se registros realizados pela Estratégia Saúde da Família, como o prontuário do paciente, e informações verbais concedidas pelos profissionais da Estratégia Saúde da Família. Após esse critério utilizado, identificaram-se as famílias a serem entrevistadas, através do número de famílias existentes por microrregião, em função do número de ACS. Há um agente comunitário de saúde para cada microárea, ou seja, nesta pesquisa existem 12 microáreas, onde foi selecionada uma família por área de abrangência, perfazendo um total de 12 entrevistas programadas.

Considerou-se como critério para a inclusão dos sujeitos da pesquisa: moradores da área de abrangência desde a sua implantação do Programa Saúde da Família que ocorreu no ano 1999, até o momento da realização da pesquisa em 2010, e que utilizam os serviços da Estratégia Saúde da Família, sendo o morador mais antigo, adulto e de faixa etária diferenciada, por entender que estes usuários têm melhores condições de analisar os serviços oferecidos. Como critérios de exclusão, foram todos aqueles que não se encaixam nos critérios de inclusão acima apresentados.

Tratando-se de uma pesquisa qualitativa, não nos preocupou a quantidade, e sim a representatividade, bem como a disponibilidade dos membros das famílias em seu domicílio onde as entrevistas foram realizadas. Dessa forma, a validade da amostra na pesquisa qualitativa corresponde àquelas capazes de responder as questões abordadas, ou seja, sendo suficiente o

número de entrevistas quando abordadas as reiteraões, e o esgotamento das categorias nas falas dos sujeitos⁷.

Após a seleção das famílias participantes da pesquisa, os agentes comunitários de saúde foram “a ponte” que levaria às famílias, sendo solicitados que estes informassem o endereço correspondente a cada família selecionada em sua respectiva microárea. Os dados da pesquisa de campo foram coletados no período de dezembro de 2010 a janeiro de 2011.

De posse do conjunto do material da pesquisa empírica, adotou-se como técnica a análise de conteúdo, para entender os significados explícitos ou implícitos das falas dos usuários. Assim, realizou-se a transcrição das entrevistas e leituras repetidas do material empírico, procurando ordená-lo e agrupá-lo em conteúdos semelhantes de forma a atender os objetivos de acordo com as categorias⁸.

Sendo assim, aplicaram-se os dados na pré-análise, de forma a classificar os resultados em estruturas de relevância e harmonizando temas relacionados ao acesso para ordená-los nos conteúdos. Os resultados obtidos foram submetidos à interpretação, para evidenciar as informações obtidas. Dessa forma, realizaram-se as interpretações acerca das dimensões teóricas originárias da exploração dos dados coletados e a harmonização do material empírico, ultrapassando a descrição dos dados, e com isso, estabelecendo relações que possibilitaram novas explicações e interpretações acerca da realidade pesquisada.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Amazonas CEP/ UFAM com a Resolução nº 0430.0.0.115.000 – 10.

Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e foi garantido o sigilo das informações.

Resultados e Discussão

O Acesso na Saúde da Família no Bairro do Mauazinho

O bairro Mauazinho é um dos pioneiros quanto à implantação do Programa Saúde da Família na cidade de Manaus, em março de 1999. Sendo um dos bairros pioneiros, ainda é o único do Distrito Leste com apenas uma Unidade de Saúde da Família. A área de cobertura inclui todo o Parque Mauá e parte do Mauazinho II e estas áreas apresentam várias disparidades sociais, econômicas e culturais, exigindo uma abordagem abrangente e ao mesmo tempo diferenciada e particularizada, o que se torna impossível com apenas uma equipe, restringindo, o acesso destas famílias aos serviços de saúde, onde a universalização desses se traduz em um sistema segmentado e desarticulado.

Ao refletir sobre o acesso aos serviços de saúde buscamos em Travassos e Martins¹⁹ sua análise, onde destacam que diferentes autores utilizam o termo acesso e acessibilidade para identificar o grau de facilidade com que as pessoas adquirem os serviços de saúde. O enfoque varia entre autores, no entanto, o acesso se centraliza nos usuários, na oferta dos serviços ou em ambos. Quanto à acessibilidade ressalta-se um conceito que contemple a equidade e não somente a disposição de recursos que facilitam ou limitam sua utilização pelos usuários respondendo sua necessidade de saúde¹⁹.

Sendo assim, o acesso aos serviços de saúde deve ser expresso na

acessibilidade, como qualidade do serviço e da oferta visando aumentar a capacidade da população, de acordo com suas necessidades.

Os fatores determinantes nos serviços de saúde estão relacionados à necessidade de saúde, aos usuários, aos prestadores de serviços, à organização e à política, sendo estes fatores estreitamente relacionados às características dos usuários e dos sistemas de saúde, decorrentes de outros fatores. A articulação ou não desses fatores caracteriza a possibilidade do acesso dos usuários nos serviços de saúde. Esses serviços devem ser organizados de acordo com as necessidades dos usuários, e levando em consideração sua característica cultural, econômica, política e social¹⁹.

Travassos e Castro²⁰ trazem à luz que o termo acesso indica *o grau de facilidade ou dificuldade com que as pessoas obtêm cuidados de saúde*. Esses autores argumentam que, além da estrutura física e dos recursos humanos há outras características como geográfica, financeira, organizacionais, informativas, dentre outras que são relevantes ao acesso dos usuários nos serviços de saúde²⁰.

Alguns aspectos negativos relacionados ao acesso dos serviços e ações da Estratégia Saúde da Família foram destacados pelos usuários, dentre os quais a infraestrutura da unidade de saúde da família que aparece com frequência nas entrevistas como motivo de descontentamento tais como: o espaço pequeno, a falta de água, a ausência de ar condicionado e demais problemas apontados como deficiência que deveriam ser superadas:

(...) Que tenha mais espaço, ali é pequeno demais, antes não tinha nem

o ar condicionado, era quente, quente lá dentro, nem água para beber tem. (...) (usuária C.C.S.).

As Unidades de Saúde da Família foram construídas com o objetivo de aumentar o acesso da população aos serviços de saúde. Em Manaus, as USF foram construídas como “minipostos” de saúde e com coordenação própria. Ou seja, as Casas de Saúde (...) foram pensadas como ponto de encontro da equipe e não como local de atendimento, para priorizar a realização de atividades na comunidade³.

A realidade das famílias do Mauzinho demonstra que o “miniposto” se torna a única opção de acesso aos serviços de saúde da população local, com ações direcionadas para a prevenção.

Ainda nesta perspectiva, são apontadas as barreiras de acesso, ou seja, os fatores que foram identificados pelas famílias. Dentre estas as mais relevantes nos serviços de saúde são a estrutura física e os recursos humanos, que devem estar em boas condições de serem utilizadas. Porém, esses recursos não são suficientes para garantir o acesso dos usuários aos serviços de saúde, há outras características que também são apresentadas por Travassos e Castro como importantes ao acesso dos usuários²⁰, e foram identificadas nas falas dos sujeitos deste estudo, como: barreiras financeiras, barreiras geográficas e barreiras de informação.

Barreiras financeiras: Para os autores acima mencionados as barreiras financeiras aumentam ainda mais as desigualdades de acesso aos serviços de saúde, e se intensificam para os mais pobres, que tem dificuldades para pagar,

e/ou dificuldade de locomoção para outros centros de saúde²⁰.

(...) e que a gente possa fazer o tratamento aqui (na USF) pra gente não sair para outro lugar, às vezes a gente não tem dinheiro nem pra comer. (usuária R.L.V.).

Cabe ressaltar que os fatores financeiros são determinantes no acesso do usuário para outros níveis de atenção, e nessa pesquisa eles aparecem como determinantes negativos, criando foco de exclusão aos serviços de saúde.

Barreiras geográficas: estas atribuem o espaço geográfico como obstáculo para os usuários aos serviços de saúde. Representam uma significativa barreira ao acesso²⁰.

(...)Que venha na minha casa para verificar a pressão, é muito ruim subir a ladeira(...) (usuária A.B.S.).

A localização geográfica é um fator que interfere diretamente na acessibilidade dos usuários. O grau de acesso aos serviços de saúde depende da distância que se percorre para obtê-los, pois a existência dos serviços de saúde não garante a acessibilidade. Condicionantes como a distância e seus custos também merecem atenção²¹.

Outro aspecto relevante é em relação aos portadores de deficiência física, que merecem uma estrutura física acessível. Estudo realizado por Pagliuca²² aponta que a ocorrência de barreiras físicas interfere na acessibilidade dos serviços de saúde para esta demanda, deixando-a muitas das vezes sem atendimento.

Dessa forma a localização geográfica é um condicionante para uma melhor

adequação à cobertura e à qualidade da assistência, e influencia diretamente na melhoria dos indicadores locais de saúde.

Barreiras de informação: a divulgação de informações dos sistemas e serviços de saúde é considerada como um dos aspectos de grande importância ao acesso, pois a informação causa impacto no modo das famílias perceberem a saúde, assim como, no acesso aos seus serviços²⁰.

(...) Que eles façam o serviço deles, visitar mais a gente, e trazer informações para gente, nos manter informados. Dizer olha tão planejando isso, vamos fazer aquilo e passarem pra gente (...). (usuária S.B.)

A informação tem fundamental importância na construção de um modelo de saúde equânime, sendo esta entre usuário e profissionais, além de informações sobre o modelo de assistência a serem compartilhadas com a comunidade nas áreas adstrita da Estratégia Saúde da Família.

A equidade na atenção da saúde depende diretamente dos fatores geográficos, financeiros e de informação. Percebe-se nessas falas que, em determinada realidade de operacionalização da ESF, são direcionadas às barreiras que impedem o acesso das famílias na utilização dos serviços de saúde. Ou seja, há um paradoxo entre a oferta, a necessidade e a utilização de serviços de saúde. Outro aspecto que merece destaque é que as famílias não são orientadas quanto ao objetivo da ESF, a prevenção, a promoção e a assistência, voltada para a atenção básica. É preciso conhecer e identificar os fatores que impossibilitam a aplicação das políticas de saúde nos contextos específicos.

Nessa perspectiva acontecem as barreiras nas ações de saúde por estigma das diferenças, pois a incorporação como parte da tecnologia do cuidado na saúde de determinados grupos, particularizando-os com as “portas de entrada específicas”, resulta em maior equidade no acesso²³.

Assim, à medida que se foi conhecendo a operacionalização da Estratégia Saúde da Família no Bairro do Mauzinho, evidenciou-se nos relatos das famílias a insatisfação quanto à organização dos serviços da Unidade Saúde da Família¹⁸.

Denominadas como “barreiras organizacionais” estas expressam as características de organização dos serviços, bem como a qualidade dos recursos humanos, que podem facilitar ou diminuir o acesso na utilização dos serviços de saúde²⁰.

No caso particular deste estudo foram identificados aspectos como: demora no atendimento, quantidade de fichas, funcionamento de apenas um horário para consultas, cronograma de consultas, número restrito de profissionais.

(...) Seria muito bom se o atendimento fosse constante a semana toda, porque se é para ir a um hospital desse aí, o pessoal faria todo o atendimento aqui, porque nem todo mundo que mora aqui na comunidade tem condições de sair (...). (usuário P.A.L.)

(...) E sempre deve ter atendimento, porque a gente não adoce quando eles querem (...) porque a doença não diz quando vai aparecer (...). (usuária D.R.C.)

(...) Que a médica viesse mais vezes, de manhã e a tarde, ficaria melhor para

nós e folgaria mais os hospitais(...)
(usuária M. O. P. S.).

*(...), mais melhora no atendimento,
ter mais fichas, mais médico, mais
dentista, mais visitas dos agentes(...)*
(usuária C.S.V.).

Através dos depoimentos das famílias da ESF, percebeu-se que a assistência está desarticulada da acessibilidade, pois oferece precárias condições dos serviços de saúde e estes não estão adequados às necessidades da população adscrita, e não desenvolve confiança e satisfação do usuário com os serviços oferecidos.

Foi constatado que as consultas só são realizadas pela manhã. O horário da tarde é reservado para entrega de medicamentos, aplicação de injetáveis e marcação de consultas ou exames. Neste horário fica uma técnica de enfermagem e um agente comunitário de saúde na USF. Os curativos e as inalações são realizados pela manhã e à tarde. Para este tipo de atendimento os usuários não necessitam de fichas. O planejamento familiar é realizado nas quartas-feiras às 14 horas. O acompanhamento do programa bolsa família é realizado pela manhã e à tarde. (Dados obtidos a partir de observação participante direta realizada no cronograma da Unidade Saúde da Família nº 18).

Pesquisa realizada por Schimit²⁴ sobre o acolhimento e o vínculo no Programa Saúde da Família traz à luz que ainda persiste a exclusão no atendimento, onde a prioridade é de quem chegar primeiro, a demanda é maior que a quantidade de senhas distribuídas para consultas médicas, ocasionando com isso disputa entre os usuários. A autora ressalta também que além dos usuários, os profissionais se sentem insatisfeitos;

aqueles por não terem suas necessidades atendidas e estes por não se sentirem agentes desse processo²⁴.

Diante desses fatos percebe-se o descumprimento em relação à legislação da Estratégia Saúde da Família, que menciona ser o atendimento da Equipe Saúde da Família de quarenta horas semanais para todos os seus integrantes⁵. O que não acontece aqui, pois o funcionamento para o atendimento é apenas de um horário, ocasionando restrição no acesso aos serviços de saúde e uma organização dos serviços que não atende de forma satisfatória às famílias, pois reproduz a desigualdade social e o não cumprimento da universalização do acesso.

Quando perguntados se os medicamentos oferecidos pela USF atendem as necessidades dos usuários, foi apontado que, *sempre tem quando as famílias procuram*, portanto, houve desacordo, embora sendo a minoria. Foram apontados também aspectos positivos, como entrega de medicamentos dos programas.

(...) Algumas vezes tem, mas não temos dinheiro para comprar remédio quando falta, e isso existe para nos ajudar e porque falta?
(...) (usuária A.G.S.).

(...) Minha filha tá grávida e ela recebe o medicamento quando vai fazer o pré-natal (...) (usuária Z.S.S.).

Analisando as falas das famílias, observou-se que a cultura do “ganhar remédios” ainda perdura fortemente como forma de ajuda, uma dádiva, com resolutividade para os problemas de saúde da população estudada.

Considerações Finais

A partir das falas das famílias percebe-se que ainda não ocorreram mudanças significativas quanto ao acesso na realidade das famílias usuárias da USF. A mudança de paradigma, como é proposta pela Estratégia Saúde da Família, apesar da mudança de nomenclaturas, não aconteceu e ainda permanece a centralidade nas ações clínicas. Foi demonstrado um distanciamento entre o discurso e a prática. Dessa forma, a Estratégia Saúde da Família representa mudanças ao acesso nos serviços de saúde da população pesquisada. Contudo, encontra-se com dificuldades para a sua garantia, indicando desigualdades na universalização das ações.

A avaliação dos serviços de saúde, segundo a perspectiva dos usuários, ainda é pouco realizada. Entretanto, percebe-se que os estudos de avaliação são de grande relevância para o processo decisório e melhor adequação dos serviços de saúde. Dessa forma, a importância desta pesquisa é para além do âmbito acadêmico, levando os resultados encontrados e as considerações realizadas até as Secretarias de Saúde Municipal e Estadual, objetivando auxiliar no cotidiano da gestão dos serviços de saúde, visando o aperfeiçoamento e a qualidade da assistência nas políticas de saúde local.

Referências

1. Ravo MIS. A saúde no Brasil: reforma sanitária e ofensiva neoliberal. São Paulo; 2007. (Universidade e Sociedade, 22).
2. Silva AC. Saúde da família, saúde da criança: a resposta de Sobral. São Paulo: Hucitec; 2008.
3. Escorel S, Giovanella L, Mendonça MH, Magalhães R, Senna, MCM. Saúde da família: avaliação da implementação em dez centros urbanos. 2. ed. Brasília, DF; 2005.
4. Mendes EV. Uma agenda para a saúde. São Paulo: Hucitec; 1996.
5. Ministério da Saúde (BR). Política nacional de atenção básica. Portaria n. 648, de 28 de março de 2006. Instituiu as diretrizes e normas para organização da atenção básica para o programa saúde da família e o programa agente comunitário de saúde. Brasília, DF; 2006.
6. Ministério da Saúde (BR). Política nacional de atenção básica. Portaria n. 2.488, de 21 de Outubro de 2011. Aprova a política nacional de atenção básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, DF; 2011.
7. Bossi ML, Afonso, K. C. Cidadania, participação popular e saúde: com a palavra os usuários da rede pública de serviços. Cad Saúde Pública 1998; 14(2):355-365.
8. Minayo MCS. O Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11. ed. São Paulo: Hucitec; 2008.
9. Mendes EV. Uma agenda para a Saúde. 2. ed. São Paulo: Hucitec; 1999.
10. Amazonas. Superintendência do Estado de Saúde. Implantação do programa saúde da família. Manaus; 2007.
11. Amazonas. Superintendência do Estado de Saúde. Curso introdutório em saúde da família, 2007-2008. Manaus; 2007.
12. Amazonas. Superintendência do Estado da Saúde. Implantação do programa saúde da família; 2002.
13. Manaus. Secretaria Municipal de Saúde. Relatório do programa saúde da família. Manaus; 2002.
14. Galvão DM. A História da medicina em Manaus. Manaus: EDUA; 2003.
15. Manaus. Secretaria Municipal de Saúde. Relatório anual. Manaus; 2000.
16. Araújo MFS. O Programa Saúde da Família (PSF), sob a ótica dos usuários nas comunidades Santa Clara e Alto do Céu em

- São João Pessoa–PB. Revista Eletrônica de Ciências Sociais 2005; 9:1-15. Disponível em: <http://www.cchla.ufpb.br /caos>. Acesso em: 4 jun. 2011.
17. Ministério da Saúde (BR). Departamento de atenção básica. Teto, credenciamento e implantação das estratégias de agentes, saúde da família e saúde bucal. Brasília, DF; 2011. Disponível em: <http://www.dab.saude.gov.br>. Acesso em: 10 ago. 2011.
18. Souza MF, et al. Gestão da atenção básica: redefinindo contexto e possibilidades. Divulg Saúde Debate 2000;(21):7-14.
19. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. Cad Saúde Pública 2004; Supl 2; 20:190-198. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em: 30 nov. 2012.
20. Travassos C, Castro MSM. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato IV, Carvalho AI, Noronha JC. Políticas e sistemas de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p.215-243.
21. Unglert CVS. O Enfoque da acessibilidade no planejamento da localização e dimensão de serviços de saúde. Rev Saúde Pública 1990; 24(6):445-452.
22. Pagliuca LMF. Aragão AEA, Almeida PC. Acessibilidade e deficiência física: identificação de barreiras arquitetônicas em áreas internas de hospitais de Sobral, Ceará. Rev Esc Enferm USP 2007; 41(4):581-588.
23. Carneiro Júnior, N. et al. Organização de práticas de saúde equânimes em atenção primária em região metropolitana no contexto dos processos de inclusão e exclusão social. Saúde e Sociedade 2006;15(3):30-39.
24. Schimith MD, Lima MADS. Acolhimento e vínculo em uma equipe do programa saúde da família. Cad Saúde Pública 2004; 20(6):1487-1494. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em: 2 dez. 2012.

Fonte financiadora:

Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES

Endereço para correspondência:

Maria Rute de Souza Luna
Rua: João Alfredo, n. 379
Condomínio São Salvador Bl. C2 Ap. 502
São Geraldo – CEP: 69.048-270
Manaus – Amazonas
E-mail: rute.luna@hotmail.com
Simone Eneida Baçal de Oliveira
E-mail: simonebacal@ufam.edu.br