



**UNIVERSIDADE CATÓLICA DO SALVADOR
SUPERINTENDÊNCIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA EM FAMÍLIA NA SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA
CURSO DE MESTRADO**

GISLEIDE LIMA SILVA

**A UNIVERSALIDADE DO ACESSO VIVENCIADO POR
IDOSOS NAS UNIDADES SAÚDE DA FAMÍLIA**

**SALVADOR
2014**

GISLEIDE LIMA SILVA

**A UNIVERSALIDADE DO ACESSO VIVENCIADO POR
IDOSOS NAS UNIDADES SAÚDE DA FAMÍLIA**

Dissertação de Mestrado apresentada à Superintendência de Pesquisa e Pós-Graduação, Universidade Católica do Salvador, área de concentração em **Família na Sociedade Contemporânea**, para apreciação e julgamento da Banca Examinadora, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Família na Sociedade Contemporânea.

Linha de pesquisa: Contextos Familiares e Subjetividade

Orientadora: Prof^a Dr^a Elaine Pedreira Rabinovich

**SALVADOR
2014**

UCSAL. Sistema de Bibliotecas

S586 *Silva, Gisleide Lima.*

A universalidade do acesso vivenciado por idosos nas unidades
saúde da família/ Gisleide Lima Silva . – Salvador, 2014.
128 f.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Católica do Salvador.
Superintendência de Pesquisa e Pós-Graduação. Mestrado em
Família na Sociedade Contemporânea.
Orientação: Profa. Dra. Elaine Pedreira Rabinovich.

1. Acesso aos serviços de saúde 2. Atenção básica 3. Família
4. Idoso I. Título.

CDU 364.444-053.9

TERMO DE APROVAÇÃO

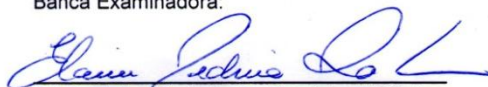
Gisleide Lima e Silva

“A Universalidade do Acesso Vivenciado por Idosos nos Serviços Público de Saúde”

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Família na Sociedade Contemporânea da Universidade Católica do Salvador.

Salvador, 24 de novembro de 2011.

Banca Examinadora:



Dr(a). Elaine Pedreira Rabinovich - UCSal
Orientador (a)



Dr(a) Anamélia Lins e Silva Franco - UFBA



Dr(a). Ana Luiza Queiroz Vilasbôas - UFBA

***Aos usuários do SUS para os quais o
direito à saúde ainda está por se
materializar. E aos milhares de
profissionais de saúde, que lutam para a
efetivação dos princípios do SUS:
Universalidade, Equidade e Integralidade.***

AGRADECIMENTOS

Tocando em Frente

Composição: Almir Sater e Renato Teixeira

Ando devagar porque já tive pressa E levo esse sorriso porque já chorei demais Hoje me sinto mais forte, mais feliz quem sabe. Só levo a certeza de que muito pouco eu sei Ou nada sei [...]

Ao **Senhor Deus**, fonte de todo amor e misericórdia, não há palavras para expor a gratidão que há em meu coração por tantas graças alcançadas, tanto cuidado e tantas vitórias, por continuar guiando os meus passos e protegendo a minha família durante as minhas ausências.

Agradecer a todos que ajudaram direta ou indiretamente a construir esta dissertação não foi tarefa fácil. Tão difícil quanto selecionar a quem agradecer, pois o maior perigo não é decidir quem incluir, mas quem não mencionar. Então agradeço aos meus colegas e amigos (as) que, de uma forma ou de outra, contribuíram com sua amizade, com seus conhecimentos e sugestões tão efetivas para a riqueza e a realização deste trabalho, gostaria de expressar a minha eterna gratidão.

Não posso deixar de registrar alguns agradecimentos seletivos, diante de situações acadêmicas, profissionais e afetivas vivenciadas ao longo da minha vida profissional, e destes dois anos do **Curso de Mestrado em Família na Sociedade Contemporânea da UCSAL**.

A minha família consanguínea: Dhayana, Marcel e Thiago (**filhos**), Wellington (**esposo**), Aurelina (**mãe**), **irmãs, irmãos e sobrinhos**, por terem sido o contínuo apoio em todos estes anos, ensinando-me, principalmente, a importância da construção e coerência de meus próprios valores. Agradeço carinhosamente, por tudo isto.

A minha querida orientadora a Prof^a Dr^a **Elaine Pedreira Rabinovich**, pela consideração de ter aceitado o desafio da orientação de minha dissertação. Por ter me ensinado a arte de pensar e construir o trabalho acadêmico com rigor e

disciplina, propiciando-me a fundamentação básica da pesquisa científica, sem a qual este trabalho não teria sido escrito. Suas sugestões levaram a sucessivas revisões do texto, e sua crítica constante e incisiva contribuiu para a redução de eventuais falhas.

As Professoras, **Ana Luiza Queiroz Vilasbôas e Anamélia Lins e Silva Franco**, por terem aceitado compor a banca e pelas contribuições sugeridas na qualificação.

Aos **idosos e seus familiares**, que aceitaram participar da pesquisa, pela acolhida durante a visita domiciliar, preocupados com as condições precárias da moradia em que uma pesquisadora era recebida. Levo comigo a eterna gratidão por ter tido a oportunidade de compartilhar, mesmo que por tão pouco tempo, momentos insubstituíveis das suas histórias de vida.

Não podendo esquecer, aos **Professores e Funcionários** da Superintendência de Pesquisa e Pós-Graduação da **UCSAL**, em especial ao secretário do curso, o senhor **Geraldo Barreto**, por sua paciência e simpatia.

Aos **colegas de turma**, pela oportunidade de fazer parte desta grande **Família Afetiva da UCSAL**, especialmente a Carmedite, dotada de grande carisma e sempre alto astral, Susana, Isabela, Roselí, Nilzete, Ester, Ana Cristina, Cintia, entre outros, pelo prazer do convívio, troca de experiências, idéias, utopias e pelas horas de descontração durante os almoços das quintas-feiras.

Finalizando, agradeço a todos do **Departamento de Saúde da UESB**, Campus Jequié, por me acolherem no seio desta grande família acadêmica.

MENSAGEM DE UM IDOSO

Se meu andar é hesitante e minhas mãos trêmulas, ampare-me...

Se minha audição não é boa e tenho de me esforçar para ouvir o que você está dizendo, procure entender-me...

Se minha visão é imperfeita e o meu entendimento é escasso, ajude-me com paciência...

Se minhas mãos tremem e derrubam comida na mesa ou no chão, por favor, não se irrite, tentei fazer o melhor que pude...

Se você me encontrar na rua, não faça de conta que não me viu, pare para conversar comigo, sinto-me tão só...

Se você na sua sensibilidade me vê triste e só, simplesmente partilhe um sorriso e seja solidário...

Se lhe contei pela terceira vez a mesma "história" num só dia, não me repreenda, simplesmente ouça-me...

Se me comporto como criança, cerque-me de carinho...

Se estou com medo da morte e tento negá-la, ajude-me na preparação para o adeus...

Se estou doente e sou um peso em sua vida, não me abandone, um dia você terá a minha idade...

A única coisa que desejo neste meu final da jornada, é um pouco de respeito e de amor...

Um pouco...

Do muito que te dei um dia!!!

(Desconheço o Autor)

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- ACS** - Agente Comunitário de Saúde
- APS** - Atenção Primária de Saúde
- CEO** - Centro de Especialidades Odontológicas
- CNS** - Conferência Nacional de Saúde
- CMS** - Conselho Municipal de Saúde
- ESB** - Equipe de Saúde Bucal
- ESF** - Equipe de Saúde da Família
- ESF** - Estratégia de Saúde da Família
- HIPERDIA** - Hipertensão e Diabetes
- IBGE** - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- IDH** - Índice de Desenvolvimento Humano
- MAC** - Média e Alta Complexidade
- MS** - Ministério da Saúde
- NASF** - Núcleos de Apoio à Saúde da Família
- NOB** - Normas Operacionais Básicas
- NOAS** - Norma Operacional de Assistência à Saúde
- OMS** - Organização Mundial de Saúde
- ONU** - Organização das Nações Unidas
- OPAS** - Organização Pan-Americana de Saúde
- PACS** - Programa de Agentes Comunitários de Saúde
- PSF** - Programa Saúde da Família
- SIAB** - Sistema de Informação da Atenção Básica
- SINPAS** - Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social
- SNS** - Sistema Nacional de Saúde
- SUS** - Sistema Único de Saúde
- UBS** - Unidade Básica de Saúde
- USF** - Unidade Saúde da Família
- UCSAL** - Universidade Católica de Salvador
- UESB** - Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
- VD** - Visita Domiciliar

SILVA, G.L. **Universalidade do Acesso Vivenciado por Idosos nas Unidades Saúde da Família**, 2011. 128f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Católica do Salvador, Salvador, 2011.

RESUMO

Esta pesquisa consiste num estudo de caso múltiplo de cunho qualitativo, que buscou averiguar a universalidade do acesso aos serviços público de saúde vivenciado pelos idoso-familiares na Unidade Saúde da Família. Para tanto optou-se, como instrumentos de coleta de dados, a entrevista aberta, observação direta, análise documental, visitas domiciliares e o itinerário terapêutico e como método de análise dos dados a análise de conteúdo proposta por Bardin (2004, p. 179). A técnica desenvolvida na análise de conteúdo utilizada foi a análise temática visando descobrir os núcleos de sentido (MINAYO, 2000, p. 303-304), observando que um método complementa o outro visando a conclusão do objetivo da pesquisa. Embora a saúde da família e a de seus membros sejam diferentes, estão interligadas. A situação do estado de saúde/doença de um dos membros afeta a saúde da família. O Programa de Saúde da Família (PSF) constitui, para o usuário, a principal porta de entrada para a atenção à saúde, que deve ser acessível e resolutiva no seu nível de complexidade. Uma das principais características da qualidade dos serviços de saúde, portanto, é a sua acessibilidade. Neste sentido, foi escolhido o termo acesso baseando-se nos conceitos propostos por vários autores que optam para tal termo, centrando-o na entrada inicial dos serviços de saúde. Os resultados indicam os aspectos relacionados à dimensão organizacional mostrando os determinantes na universalidade do acesso, uma vez que elementos como o deficiente sistema de referência e contrarreferência, o modo de agendamento das consultas e exames de média e alta complexidade, o suprimento irregular de medicamentos na unidade acarretaram despesas para os usuários. Facilidades foram observadas no que concerne ao vínculo, à relação profissional-usuário e, sobretudo, à proximidade geográfica da unidade.

Palavras chave: Acesso aos Serviços de Saúde, Atenção Básica, Família, Idoso.

SILVA. G. L. Universality of access experienced by Elderly in the Family Health Units. 2011. 128f. Dissertation (Masters) - Catholic University of Salvador, Salvador, 2011.

ABSTRACT

This research consists of a multiple case study of qualitative character who sought to ascertain the universality of access to public-health experienced by elderly relatives in the Family Health Unit. To this end, we chose as instruments of data collection structured interviews, direct observation, document analysis, home visits and therapeutic measures and as a method of data analysis content analysis proposed by Bardin (2004, p. 179). The technique developed in the content analysis was used thematic analysis aimed at discovering the core meaning (MINAYO, 2000, p. 303-304), noting that one complements the other method aimed at completing the research objective. Although the health of the family and its members are different, are intertwined. The status of health / illness of one member affects the health of the family. The Family Health Program (PSF) to the user is the main gateway to health care, which should be accessible and resolute in its level of complexity. One of the main features of the quality of health services, so it is accessible to them. In this sense, the term access chosen based on the concepts proposed by various authors who opt for such term, focusing on the initial entry of health services. The results indicate the organizational aspects related to the size determinants are shown in the universality of access, since elements like poor referral system and cross-reference, so the scheduling of appointments and tests of medium and high complexity, the irregular supply drugs resulted in the unit costs for users. Facilities were observed with respect to the bond, the professional-user relationship, and especially the proximity of the unit.

Keywords: Access to Health Services, Primary Care, Family, Elderly.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Vista panorâmica do município de Itabuna-Bahia.	57
Figura 2: Rede de cuidado do município.	59
Figura 3: Divisão territorial em módulos assistenciais. Itabuna-BA, 1997.	60
Figura 5: Fluxograma descritor das USF nºs 17 e 18. Itabuna-BA.	69

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Distribuição por gênero, USF 17 e 18, Itabuna, Bahia, 2010.	64
Gráfico 2: Doenças Referida, USF 17 e 18, Itabuna, Bahia, 2010.	64
Gráfico 3: Gestantes, USF 17 e 18, Itabuna, Bahia, 2010.	65
Gráfico 4: Cobertura com planos de saúde, USF 17 e 18, Itabuna, Bahia, 2010.	65
Gráfico 5: Abastecimento de água, USF 17 e 18, Itabuna, Bahia, 2010.	66
Gráfico 6: Destino do lixo, USF 17 e 18, Itabuna, Bahia, 2010.	66
Gráfico 7: Tratamento de água no domicílio, USF 17 e 18, Itabuna, Bahia, 2010.	67
Gráfico 8: Tipo de casa, USF 17 e 18, Itabuna, Bahia, 2010.	67
Gráfico 9: Destino de fezes /urina, USF 17 e 18, Itabuna, Bahia, 2010.	68
Gráfico 10: Energia elétrica, USF 17 e 18, Itabuna, Bahia, 2010.	68

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	14
CAPITULO I	
1 CONSIDERAÇÕES SOBRE O TEMA FAMÍLIA	19
1.1 DEFINIÇÕES DO TEMA FAMÍLIA	20
1.2 FAMÍLIA COMO UNIDADE DO CUIDADO	23
CAPITULO II	
2. POLITICA PÚBLICA DE SAÚDE COM ÊNFASE NA FAMÍLIA	27
2.1 APS – ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE COM ÊNFASE NA FAMÍLIA	29
2.2 PSF – PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA	33
CAPITULO III	
3 ACESSO E ACESSIBILIDADE AOS SERVIÇOS PÚBLICO DE SAÚDE	42
3.1 BREVE HISTÓRICO DO ACESSO E ACESSIBILIDADE AOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE	43
3.2 CONCEITUANDO O ACESSO E ACESSIBILIDADE AOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE	51
CAPITULO IV	
4 OBJETIVOS	54
4.1 OBJETIVO GERAL	54
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	54
CAPITULO V	
5 ASPECTOS METODOLOGICOS	55
5.1 CARACTERÍSTICAS DO ESTUDO	55
5.2 CAMPO E CENÁRIO DA PESQUISA	56
5.2.1 Situação de saúde do município	57
5.2.2 Rede de cuidado do município	59
5.2.3 Unidade de saúde pesquisada	61
5.2.4 Organização e funcionamento dos serviços	61
5.3 POPULAÇÃO DE ESTUDO	70
5.4 ASPECTOS ÉTICOS	74
5.5 INSTRUMENTOS E TÉCNICAS PARA COLETA DE DADOS	75
5.5.1 Observação não participante sistemática	76
5.5.2 Entrevista não estruturada, aberta ou não diretiva	76
5.5.3 Visita domiciliar	77
5.6 ANÁLISES DE DADOS	81

CAPITULO VI	85
6 RESULTADO E DISCUSSÕES	
6.1 ESTUDOS DE CASO	85
6.2 ACESSIBILIDADE ORGANIZACIONAL	91
6.3 NECESSIDADE DO ACESSO	99
6.4 PRODUÇÃO DE VÍNCULO USUÁRIO COM A EQUIPE	102
6.4.1 Relação do usuário com a equipe	103
6.4.2 Criação de laços de compromissos da equipe com os usuários	104
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	106
REFERÊNCIAS	111
APENDICES	119
APENDICES A: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido I	122
APENDICE B: Compromisso do pesquisador	123
APENDICE C: Termo de Consentimento Livre Esclarecido II	125
APENDICE D: Consentimento para participação	126
APENDICE E: compromisso dos pesquisadores	127
APENDICE F: Roteiro da entrevista	128
APENDICE G: Roteiro para observação sistemática	

INTRODUÇÃO

Para a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), potencializar os esforços dirigidos à melhoria do acesso, à resolução das demandas em saúde, ao estímulo à participação social e à contribuição para a redução das desigualdades coincide, plenamente, com as políticas e esforços internacionais que buscam melhor qualidade de vida para a população (FERNANDES; SECLÉN-PALACIN, 2004, p.15-29).

A OPAS considera, ainda, a equidade em saúde um princípio básico para o desenvolvimento humano e para a justiça social, sendo que diminuir as desigualdades, diante da impossibilidade de eliminá-las, deve ser o objetivo central de toda política pública (VIANNA et al., 2001).

A garantia da atenção à saúde, assim como o direito de todos, somente é conquistada se a população tiver condições de acesso aos serviços. Para Gerhardt (2006, p. 2449-2463), embora pareça ter havido uma melhora do acesso aos serviços básicos, questões importantes, como a assistência adequada no Brasil, não parecem ser extensivas a toda a população. De acordo com O'Donnell (2007, p. 2820-2834), milhões de pessoas sofrem e morrem em todo o mundo por condições para as quais já existem intervenções efetivas.

Mas, embora o acesso aos serviços de saúde seja reconhecido internacionalmente como um direito fundamental do cidadão conforme a Declaração de Alma-ata (1978) e Constituição Brasileira (BRASIL, 1988, p. 81), ainda existem barreiras que comprometem o acesso da população aos cuidados de saúde mais básicos e o hiato entre os que recebem e os que não recebem esses cuidados ampliou nos últimos anos em alguns serviços básicos.

A melhoria das condições de acesso aos serviços deve ser permeada pelo aumento do coeficiente de vínculo entre o profissional e a comunidade assistida, coeficiente este que se eleva à medida que ambos passam a conviver, cotidianamente, na unidade de saúde e no território abrangido (TRAVASSOS; CASTRO, 2008, p. 215-241).

No entanto, ao contrário do estabelecido pela OMS na Declaração de Alma Ata (1978), grande parte dos recursos para a saúde continua sendo absorvida pelos grandes hospitais, sendo fortalecido o modelo hospitalocêntrico (O'DONNELL, 2007, p. 2820-2834).

Entretanto, segundo Oliveira et al. (2004, p. 386-402), é indiscutível o avanço do setor Saúde no Brasil, no que se refere à ampliação da cobertura e dos níveis de atendimento ainda que, ao longo dos anos, a efetiva implantação da universalização do acesso aos serviços de saúde tenha sido prejudicada pelas condições políticas e econômicas.

Visando garantir a efetivação do SUS e o acesso de todos os cidadãos brasileiros a ações de saúde resolutivas e de boa qualidade, um conjunto de programas, ações regulatórias e novas modalidades de alocação de recursos foram implementados ainda na década de 1990 (TRAVASSOS; CASTRO, 2008, p. 215-241).

O modo de pensar o acesso aos serviços de saúde vem sofrendo mudanças. A atenção básica deveria ser a “**porta de entrada**” e garantia do acesso a todas as possibilidades de assistência para o cidadão, incluindo o encaminhamento para unidades de referência quando já esgotados as possibilidades de assistência na unidade de saúde.

Contudo, na prática não existe, de fato, uma porta de entrada (atenção básica), e assim, a população adentra o sistema onde lhe é possível o atendimento de que necessita.

Cecílio (1997, p. 469-78) cita que:

As pessoas acessam o sistema de saúde por onde é mais fácil ou possível. Dessa forma a população dependente do atendimento busca a assistência por múltiplas entradas, tentando garantir alguma integralidade de atendimento por conta própria, na medida em que o sistema de saúde não se organiza. A rede básica de serviços de saúde não tem conseguido se tornar a "porta de entrada" mais importante para o sistema de saúde. A "**porta de entrada**" principal continua sendo os hospitais, públicos ou privados, através dos seus serviços de urgência/emergência e dos seus ambulatórios. (grifos nossos).

Entre as estratégias para organizar a **porta de entrada** do sistema destacam-se a criação do **Programa Saúde da Família** (PSF) e a descentralização dos serviços para garantir o acesso em todos os níveis de atenção, conforme: NOB/93, NOB/96 e a NOAS 01/2002 (BRASIL, 2002). Apesar de ter se iniciado como um

programa, o PSF encontra-se hoje na condição de estratégia prioritária para a organização da atenção básica (BRASIL, 2006b). (grifos nossos).

Dentre as diversas estratégias que foram e continuam sendo utilizadas com a intenção de melhorar o acesso aos serviços de saúde, a maioria é de programas que buscam a provisão de serviços de cuidados primários, uma vez que estes têm sido considerados a porta de entrada aos sistemas de saúde. Além disso, os serviços de cuidados primários à saúde têm se mostrado efetivos em reduzir as injustiças no acesso aos cuidados de saúde, em diversas populações (STARFIELD, 2002, p. 207-45).

A atenção básica como porta de entrada ao sistema de saúde encontra referência também na Carta dos Direitos dos Usuários do SUS (BRASIL, 2006a) que assegura a todos os cidadãos o acesso aos sistemas de saúde, de forma ordenada e organizada, ocorrendo prioritariamente por meio dos Serviços de Saúde da Atenção Primária próximos ao local de moradia dos usuários.

No Brasil, durante muito tempo, a história das políticas públicas de saúde teve como foco o atendimento à saúde centrado no indivíduo dissociado do seu universo familiar.

De acordo com Nogueira (2002, p. 343), permitiu igualmente identificar a racionalidade que presidiu o padrão adotado nas políticas nacionais de saúde, particularizando um modelo de atenção básica, cuja centralidade absoluta repousa na família.

Com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1991, começou a se focar a família como unidade de ação programática de saúde e não mais e tão somente o indivíduo.

Em 1994, foi publicado que a implantação do Programa Saúde da Família (PSF) tem como objetivo geral melhorar o estado de saúde da população, por meio de promoção, proteção, diagnóstico precoce, tratamento e recuperação da saúde dos indivíduos, da família e da comunidade, em conformidade com os princípios e diretrizes do SUS (BRASIL, 1994).

Este novo modelo de reorganização da atenção básica descreve a família como sujeita de ação da saúde, formando alianças de corresponsabilidade do cuidado promovido pela equipe multiprofissional, assim como pela própria família (FRANCO; PANIZZI, 2004, p. 79 -110).

Com a responsabilidade que a equipe passa a assumir pela família, Oliveira e Colvero (2001, p. 198-201), pontuam que, para dar conta desse objeto de atenção, cabe à equipe de saúde perceber a multi causalidade dos agravos à saúde, sejam eles de ordem física, mental ou social, tanto individual como coletivamente, tendo sempre em vista os indivíduos como cidadãos em seu meio ambiente e em seu contexto sócio-familiar.

Além disto, reconhecem que o usuário tem uma história de vida que traz sua cultura, suas relações sociais e o ambiente de sua origem que contribui para a formação de sua subjetividade (FRANCO; PANIZZI, 2004, p.79-110). E, assim, o usuário comparece a esse encontro com demandas mais ou menos explícitas e com sua singular subjetividade.

Compreender o porquê da família ser colocada, atualmente, como unidade privilegiada nas reformas das políticas de saúde do Brasil e em outros países com padrões sócio-culturais semelhantes favorece ao entendimento do sujeito em estudo.

Percebe-se que, mesmo em uma unidade de saúde da família cujas características inerentes ao trabalho atende uma população de um território adstrito, existe uma dificuldade de contemplar os diferentes problemas específicos e as diferenças nos modos de viver e adoecer e de acessar os serviços de saúde (FRANCO; PANIZZI, 2004, p.79 -110).

Entretanto, mesmo com esse avanço no setor saúde do Brasil, os indicadores sociais demonstram que milhões de pessoas não têm acesso aos serviços de saúde e morrem por motivos que poderiam ser evitados (VIEIRA, 2010, p. 149–56).

A abordagem desta temática se deve inicialmente a algumas inquietações surgidas enquanto conselheira municipal de saúde, enfermeira sanitária e docente do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB; durante o meu exercício profissional, tenho a oportunidade de presenciar os usuários em busca da Universalidade do Acesso aos Serviços de Saúde, quando as famílias usuárias procuram os serviços de saúde, no momento em que um de seus membros, em especial o idoso (sujeito desta pesquisa), é acometido por uma doença, encontram a inacessibilidade ao serviço de saúde, colaborando para as altas taxas de internamento e morbi mortalidade hospitalar, devido à morosidade e falta de resolutividade na prevenção, promoção da saúde pelas USF,

descumprimento aos princípios do SUS, as normas do Programa de Hipertensão e Diabetes - HIPERDIA e o estatuto do idoso.

Além disso, a escolha do tema aqui apresentado relaciona-se à possibilidade deste estudo fornecer elementos norteadores e relevância científica no sentido de estudar famílias usuárias que vivem experiências positivas no cuidado de seus entes queridos, pessoas que conseguiram ser beneficiadas, com a reorganização da atenção básica, bem como aquelas que vivenciam o não cumprimento dos princípios do SUS. Deste modo, pretende reelaborar conceitos, refletindo melhor essa complexa dimensão do princípio da universalidade do acesso aos serviços de saúde, tão amplamente discutido em Conferências de Saúde.

Poderá vir, também, nortear ações de saúde pública voltadas para o universo da família, uma vez que estes aspectos requerem estudos, buscando preencher lacunas que ainda permeiam na reestruturação das Políticas Saúde da Família, visando o fortalecimento e a eficiência operacional dos serviços de APS, e a consolidação das diretrizes de universalização, equidade e integralidade propostas pelo SUS.

O objetivo geral da pesquisa teve como proposta averiguar **se Universalidade do Acesso às Unidades Saúde da Família** está assegurado aos os idosos cadastrados no Programa Hipertensão e Diabetes (HIPERDIA) nas duas Unidades Saúde da Família pesquisadas.

CAPITULO I

1 CONSIDERAÇÕES SOBRE O TEMA FAMÍLIA

O tema *família* esteve fora do foco acadêmico-científico durante muitos anos, no nosso país, em uma espécie de eco ao discurso que difunde as mudanças pelas quais passa essa unidade societária. Nos últimos vinte anos, no cenário internacional, surgiram inúmeros centros de estudos da família, e estudiosos das mais diversas áreas verificam que tal instituição, mesmo afetada por mudanças socioculturais, éticas e religiosas, reage aos condicionamentos externos e, ao mesmo tempo, adapta-se a eles, encontrando novas formas de organização que, de algum modo, a reconstituem (DONATI, 2008, p. 139).

A esfera pública, desde os anos 1950, era dominada por uma mentalidade que enxergava somente os indivíduos: o trabalhador e o idoso, como se eles existissem fora de uma concreta rede de relações familiares. As relações familiares eram consideradas irrelevantes aos fins da organização social e à defesa dos direitos da cidadania (DONATI, 2008, p. 15).

Ainda de acordo com Donati (2008, p. 139), a partir de 1980, inicialmente na Europa, nos Estados Unidos e, em seguida, em todo o mundo, começaram a se multiplicar estudos sobre a família. Muitos estudos estavam centrados na análise das funções da família, reconhecida como relevante para o desenvolvimento das pessoas nas diversas etapas e circunstâncias de suas experiências. Mas, quase sempre, eles perderam de vista aspectos significativos da realidade familiar pela falta de instrumentos de análise adequados para preencher o que estivesse fora dos esquemas. Com efeito, a família tem um caráter supra funcional.

Também no Brasil, nos últimos anos, aumentou o número de pesquisadores e de grupos de pesquisa que investigam a família. Desses estudos, emerge a complexidade do tema, devido à pluralidade de aspectos que nele convergem. As diversas disciplinas, da maneira como se constituíram na tradição acadêmica partilhada pela comunidade científica, apresentaram limites e não se conseguiu dar conta da totalidade dos fatores que entram em jogo, tendo-se como consequência uma leitura redutiva da família (DONATI, 2006, p. 129).

Nesse horizonte, o pesquisador acaba por não mais encontrar o seu objeto de estudo, a família, que vai se dissolvendo diante dos seus olhos. “No entanto, essa instituição existe e emerge, sempre mais, como a realidade fundamental para delimitação da identidade humana e social; Donati (2006, p. 33), afirma que “o símbolo da família é dos mais fortes, estáveis e relevantes no tempo da vida social, desde o início da história humana até hoje”.

1.1 DEFINIÇÃO DO TEMA FAMÍLIA

"Família" é uma palavra que está muito além de singelos laços de sangue.

(EMERSON NUNES, 2001)

O termo **“família”** é derivado do latim **“famulus”**, que significa “escravo doméstico”. Este termo foi criado na Roma Antiga para designar um novo grupo social que surgiu entre as tribos latinas, ao serem introduzidas na agricultura e também para a escravidão legalizada. Se, nesta época, predominava uma estrutura familiar patriarcal em que um vasto leque de pessoas se encontrava sob a autoridade do mesmo chefe, nos tempos medievais (Idade Média), as pessoas começaram se ligar por vínculos matrimoniais, formando novas famílias (MIRANDA, 2001, p. 57-58). (grifos nossos).

De acordo com o dicionário Aurélio, **família** significa “[...] o pai, a mãe e os filhos; pessoas unidas por laços de parentesco, pelo sangue ou por alianças; [...] comunidade formada por um homem e uma mulher, unidos por laço matrimonial, e pelos filhos nascidos dessa união”. (grifos nossos)

Mas a noção contemporânea torna o significado de família bem mais amplo, portanto, de acordo com o mesmo dicionário: “Grupo formado por indivíduos que são ou se consideram consangüíneos uns dos outros, ou por um de descendente de um tronco ancestral comum e estranho admitido por adoção”.

Ao ser abordado, o conceito de família evoca, obrigatoriamente, os conceitos de papéis e funções, como se pode verificar. Em todas as famílias, independentemente da sociedade, cada membro ocupa determinada posição ou tem determinado estatuto, como por exemplo, marido, mulher, filho ou irmão, sendo orientados por papéis (WRIGHT; LEAHEY, 2002, p. 148-54).

Até o advento da Constituição Federal de 1988, o conceito jurídico de família era extremamente limitado e taxativo, pois o Código Civil de 1916 somente conferia o *status familiae* àqueles agrupamentos originados do instituto do matrimônio (ALVES, 2005. p. 39-52).

Além disso, o modelo único de família era caracterizado como um ente fechado, voltado para si mesmo, onde a felicidade pessoal dos seus integrantes, na maioria das vezes, era preterida pela manutenção do vínculo familiar a qualquer custo.

Entretanto, os princípios preconizados na Carta Magna provocaram uma profunda alteração do conceito de família até então predominante na legislação civil. Inicialmente, há de se mencionar que o princípio do reconhecimento da união estável (art. 226, parágrafo 3º) e da família monoparental (art. 226, parágrafo 4º) foi responsável pela quebra do monopólio do casamento como único meio legitimador da formação da família.

Destarte, sem dúvida alguma, é o princípio da dignidade da pessoa humana (art. 1º, III) o principal marco de mudança do paradigma da família. A partir dele, tal ente passa a ser considerado um meio de promoção pessoal dos seus componentes. Por isso, o único requisito para a sua constituição não é mais jurídico e sim fático: **o afeto** (ENGELS, 2000, p. 125).

Segundo Donati (2008, p. 50):

Definir sua especificidade (como distinção entre família e não-família) significa produzir uma observação interpretativa de como uma sociedade (uma cultura ou subcultura) demarca os limites socialmente vinculantes (ou legítimos ou admitidos) ou não, no que se refere, de modo específico, às relações íntimas entre os sexos e aquelas entre pais e filhos, em suas recíprocas determinações (portanto: de procriação e inculturação das novas gerações).

Sarti (2005, p.21), fala da dificuldade em definir família.

A autora refere principalmente no estudo com famílias pobres, a configuração de rede e a família como ordem moral; ou seja, não se restringe ao pertencimento genealógico e se dá de forma mais extensa, [...]. "São da família aqueles com quem se pode contar, aqueles em quem pode confiar".

Para Donati (2008, p. 55):

As dificuldades de definição da família devem-se em grande medida ao seu caráter supra funcional, isto é, ao fato de que ela não existe para satisfazer uma ou algumas funções sociais, mas constitui um leque potencialmente indefinido, visto ser uma relação social plena, ou seja, um “fenômeno social total” que – direta ou indiretamente, explícita ou implicitamente – implica todas as dimensões da existência humana, desde as biológicas, as psicológicas, econômicas, sociais jurídicas e religiosas. [...]. Por causa dessa sua característica (de supra funcionalidade), o símbolo da família é um dos mais fortes, estáveis e relevantes ao longo da vida social, desde o início da história humana até hoje.

A família pode ser fonte de coisas extremamente prazerosas, como carinho, acolhimento e amor como pode ser fonte de desprazer, solidão e desigualdade (GIDDENS, 2004, p. 233-248).

Mais recente e também mais ampla, a definição de Lévi-Strauss (1979, p. 95 apud TRAD, 2010, p. 31) diz que a família repousa sobre a união, mais ou menos durável e socialmente aprovada, de um homem e uma mulher e seus filhos.

Giddens (2004, p. 196), aponta nos seus estudos sociológicos a grande diversidade de famílias e de agregados familiares na época atual. Ele traz para o conceito de família noções de relação, intimidade e compromisso, não abordados anteriormente, visto que a visão era fundamentalmente naturalista.

Família, embora não sendo um conceito unívoco, remete à ideia de um grupo de parentes corresidentes, ou seja, um grupo doméstico, cujo parentesco pode advir de consangüinidade, aliança ou adoção. Para esse grupo, a finalidade precípua de sua existência é a manutenção econômica, a identificação individual e coletiva e a criação dos filhos. Os grupos de descendência e residência, formados pelo parentesco, mantêm uma solidariedade multifuncional, determinando casamentos, regulação dos conflitos, herança, cultos, valores [...] (TOLRA; WARNIER, 1993, p. 133-189).

A família nasce para dar continuidade e estabilidade a relações de pertença, inicialmente entre um homem e uma mulher, estendendo-se a eventuais filhos e incorporando outras relações do parentesco mais amplo.

Os vínculos assim constituídos realizam o *proprium* da família. Mas, essa mesma família, que se forma para dar mais espaço a vínculos experimentados como positivos, cultiva o ideal da autonomia e, em alguns momentos, considera os vínculos como opressivos e mortificantes, cada um procurando reconquistar a liberdade um dia vinculada a outra pessoa (PETRINI; CAVALCANTI, 2005, p. 33-34).

1.2 A FAMÍLIA COMO UNIDADE DO CUIDADO

Na década de noventa, enfatiza-se o tema família no setor de saúde, que passa a receber, por parte dos profissionais, um olhar mais atento aos processos saúde-doença construído em seu bojo.

Elsen (1994, p. 61-77), pesquisadora na área da família, refere que o cuidado familiar é definido a partir do mundo de significados de cada família e desenvolvido ao longo do seu processo de viver, o que lhe dá um caráter de especificidade.

Para ela, o cuidado familiar se dá ao longo do processo de viver da família, nas diferentes etapas da vida de cada ser humano, com suas especificidades e as decorrentes do ambiente sociocultural e das características individuais de cada membro e de cada família (ELSEN, 2002. p. 11-24)

Diante da ausência de políticas de proteção social à população pauperizada em consequência do retraimento do Estado, a família é chamada a responder por esta deficiência sem condições para tanto. O Estado reduz suas intervenções na área social e deposita na família uma sobrecarga que ela não consegue suportar, tendo em vista sua situação de vulnerabilidade socioeconômica.

A situação de vulnerabilidade social da família pobre se encontra diretamente ligada à miséria estrutural, agravada pela crise econômica que lança o homem ou a mulher ao desemprego ou subemprego.

O fato é que, com a diminuição dos recursos do Estado, a não garantia empregatícia e o enfraquecimento dos sistemas de proteção, a família tornou-se a instituição responsável e fundamental no cumprimento de proteção social de seus membros e, para tanto, passa a ser foco e destinatária das políticas sociais.

Na década de 1980, a família é redescoberta como elemento imprescindível para a compreensão do processo saúde-doença, valorizando-se o papel familiar na conservação da saúde doméstica e na cura dos doentes (NOGUEIRA, 2002. p. 343).

Alguns autores enfatizam a importância da atuação família durante todo o percurso terapêutico da doença e na fase de reabilitação do doente (ELSEN; PATRICIO, 1986; ZANETTI, 2006).

O novo modelo da atenção básica descreve a família como sujeita de ação da saúde, formando alianças de corresponsabilidade. O Programa de Saúde da Família destaca a valorização da família como sujeito no espaço de cuidado promovido pela equipe multiprofissional, assim como pela própria família.

O resgate da família às práticas de saúde nasce da busca da identidade da unidade de atenção que, por muito tempo, girou em torno do indivíduo. A partir dos anos setenta é que os principais sistemas de saúde passaram a ser questionados no que diz respeito à sua centralização no modelo individual, à ênfase na dimensão curativa da doença, aos elevados custos e à baixa efetividade. Surgem, então, discussões sobre o papel do estilo de vida e das condições ambientais no processo saúde-doença (MENDES, 1996, p. 148).

Sendo assim, atualmente, é quase inevitável se observar a emergência da temática “família” no debate político-social, seja qual for o campo científico ou de atuação política, demonstrando, assim, a necessidade de enfocá-la conjuntamente com suas relações e vivências como lugar de destaque na agenda social (PETRINI; CAVALCANTI, 2005, p. 33-34).

Como destacado por Bastos, Alcântara e Ferreira Santos (2002, p. 99-135), a função da família é compartilhada pelo Estado, no que diz respeito ao cuidado à saúde. Estes autores acrescentam que, com relação a direitos básicos como saúde e diante de políticas públicas omissas ou não igualitárias, é na família que a maior parte dos problemas de saúde é “resolvida”. Ressaltam que, apenas quando os recursos mostram-se ineficientes, recorre-se ao sistema oficial de saúde.

A família passou a se constituir como objeto de investigação, ao mesmo tempo em que passou a ser delimitada como objeto de trabalho e, portanto, como objeto de atenção da saúde. Ou seja, passou a existir a convicção de que é praticamente impossível assistir o indivíduo (doente ou sadio) de forma completa quando não se considera pelo menos o seu contexto mais próximo, que é a família à qual ele pertence (ELSEN; PATRICIO, 1986, p.169-179).

Assim, embora a saúde da família e a de seus membros sejam diferentes, estão interligadas. A situação de saúde/doença de um dos membros afeta a saúde da família.

Em sua tese de doutorado, em que estudou concepções de saúde e doença de famílias moradoras de uma vila brasileira, Elsen (1984, p. 301) enfatiza quanto uma hospitalização ou uma doença grave pode alterar a dinâmica familiar, já que os papéis precisam ser redimensionados e o estresse permeia as relações interpessoais, gerando inclusive uma situação de crise na unidade familiar.

A autora acrescenta que:

A família já não pode ser vista apenas como aquela que deve cumprir as determinações dos profissionais de saúde. Ao se reconhecer que ela assume a responsabilidade pela saúde de seus membros, cumpre que se reconheça a necessidade de ouvi-la em suas dúvidas, levar em conta sua opinião, e, mais que tudo, incentivar sua participação. (ELSEN, 1984, p. 301)

Sendo assim, a família torna-se uma aliada na construção da saúde de seus membros e de sua comunidade. Nesta ótica, Bastos, Velame, Franco e Teixeira (2006, p. 01-15) defendem que a família constitui um sujeito capaz de propor estratégias do ponto de vista da saúde pública. Diante disso, propõem que a família seja considerada corresponsável pela saúde de seus membros e que participe ativamente do processo de prevenir e de cuidar.

Hoje, a família é vista como protagonista da atenção à saúde, concretizada pela criação em 1993, do Programa de Saúde da Família (PSF), pelo Ministério da Saúde. Esta inclusão da família como sujeito de atenção no PSF merece considerações, estudos e reavaliações acerca das políticas de saúde da abordagem familiar como corresponsável pela sua saúde e de seus membros.

1994, definido pela Organização das Nações Unidas (ONU) como o ano internacional da família constitui, também, o marco inicial brasileiro de oficialização da família como foco de cuidado profissional de saúde em atenção básica. Aqui no Brasil, a partir desse ano, o Programa de Saúde da Família (PSF) coloca a família na agenda das políticas sociais brasileiras, refletindo tanto interesses do modelo neoliberal como de forças sociais solidárias.

Diante do exposto acima, com relação à família, era requerida, por parte dos governos, entre outros, a elaboração de políticas e leis de apoio à família, dando contribuição à estabilidade, que levassem em conta a pluralidade, promovendo a minimização das desigualdades de oportunidades para os membros da família, em especial as mulheres, idosos e crianças.

Nas práticas atuais, é possível se notar um movimento, embora tímido, sobre a temática da família na perspectiva do cuidado. Este olhar é complexo devido à diversidade cultural, econômica e social de nosso país; entretanto, com o emergir de estratégias como o Programa Saúde da Família, é necessário o rompimento com os paradigmas que nos afastam das experiências familiares.

Neste sentido, os estudos desenvolvidos por pesquisadores reportam-se à importância da família no processo de cuidado e educação de seus membros

considerando-a, muitas vezes, como unidade de saúde de seus integrantes que deve ser respeitada e entendida em toda a sua pluralidade.

Em decorrência disso, as ações em saúde precisam ser pensadas com base na família, no intuito de se conhecer o que ela sabe e pratica em relação ao cuidado de seus membros. Este exercício de ir e vir na família, considerando-a como sujeito de seu cuidado, é um desafio para os profissionais, uma vez que esta abordagem contextualizada do cuidado exige uma formação profissional pautada neste paradigma (ELSEN; PATRICIO, 1986, p.169-179).

Para a enfermagem, a família como foco de atenção ganha um maior destaque no cenário brasileiro. Porém, as ações dispensadas à mesma parecem, ainda, ser integrantes de uma prática pautada no modelo biomédico, que não consegue olhar para a família e para a comunidade em todas as suas dimensões.

O estudo sobre famílias tem se constituído em um vasto campo de pesquisa em diferentes áreas do conhecimento, por se tratar do centro de viver das pessoas e de suas decisões sobre as mais diferentes situações.

Na área da saúde, esta concepção assume um papel fundamental, pois para trabalhar com as pessoas de uma forma mais integrada, tentando melhorar sua situação no processo de viver, é preciso conhecer seu modo de vida e, com isso, compreendê-la em sua complexidade e diversidade.

Diante de tais considerações, a família não pode ser vista apenas como aquela que deve cumprir as ações focalizando na doença, buscando contextualizar a saúde, produzida num espaço físico, social, resgatando suas múltiplas dimensões.

CAPÍTULO II

2 POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE COM ÊNFASE NA FAMÍLIA

A história do sistema de saúde no Brasil foi marcada por diversos avanços, a começar pelo SUS, que tem a finalidade de alterar a situação de desigualdade na assistência à saúde da população, mas que ainda se encontra em processo de construção.

Barros (1995), citado por Miotto (2010, p. 43-59), ao abordar as dificuldades de elaborar e executar políticas direcionadas às famílias, questiona até onde a política é capaz de abarcar a diversidade de formas familiares existentes, ou até que ponto ela privilegia um tipo de família determinado, deixando outros à margem. Indaga ainda sobre as possibilidades de previsão sobre os efeitos esperados dessas políticas, a curto e a longo prazo, considerando que são muitas as variáveis existentes. Para a autora, as políticas incidem em um espaço altamente complexo, o campo das relações familiares.

Contraditoriamente, apesar de todas as questões colocadas, a família não pode ser desconsiderada quando se trata de políticas públicas, especialmente porque trabalho e famílias continuam sendo “os eixos organizadores da vida de homens e mulheres de todas as idades, raças e nacionalidades” (GOLDANI, 2002, p. 29-48).

A complexidade em torno da questão da família como referência das políticas públicas indica também que, ao tratá-la, está colocando em movimento diferentes concepções sobre a família e suas relações com outras esferas da sociedade, tais como estado, mercado e trabalho. Destas diferentes concepções, nascem diferentes formas de formular e executar as políticas públicas. Ter a família como referência não significa atender aos princípios de cidadania conforme a Constituição de 1988 (MIOTTO, 2010, p. 55).

A família é um lugar privilegiado de promoção da saúde e, como afirmam Bastos e Trad (1998, p.110), desempenha papel fundamental no processo de “constituição, desenvolvimento, crise e resolução dos problemas de saúde individuais e coletivos”.

Nessa perspectiva, ao se considerar a saúde como um bem especial, parte constituinte direta do bem-estar de cada pessoa e, ao reconhecer o protagonista dos determinantes sociais nas condições de saúde da população, torna-se impensável descartar a família como referência importante das políticas públicas.

O tema família vem sendo discutido durante décadas no setor saúde. No contexto mundial, essa discussão surgiu na década de 1960 e, no Brasil, no início de 1990, junto às discussões das políticas públicas, à reforma do Sistema Único de Saúde (SUS) e à divulgação do sucesso do modelo de saúde cubano, que é alicerçado no modelo de atenção primária à saúde com ênfase no médico da família (BRASIL, 2006).

Em termos práticos, essas discussões deram impulso à implementação, inicialmente do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e, posteriormente, do Programa de Saúde da Família (PSF) (VASCONCELOS, 1999, p. 6-19).

Hoje, a família é vista como protagonista da atenção à saúde, concretizada pela criação em 1993, do Programa de Saúde da Família (PSF), pelo Ministério da Saúde. Esta inclusão da família como sujeito de atenção no PSF merece reflexões, estudos e reavaliações acerca das políticas de saúde da abordagem familiar como corresponsável pela sua saúde e de seus membros.

A família é, muitas vezes, escolhida como parceira da administração pública para enfrentar, em caráter preventivo, problemas relativos à saúde, à educação, à segurança, entre outros, especialmente junto à população de baixa renda.

Durante um longo tempo, desde a Segunda Guerra Mundial, até o final dos anos 80, a família ficou fora de foco, prevalecendo a idéia de que ela constituía mais um problema na organização da sociedade moderna do que uma força positiva com a qual contar para alcançar as metas de progresso ou de desenvolvimento almejadas pelos diversos governos que se sucederam no período (PETRINI, 2003, p. 57-59).

O que se observa, no entanto, é que:

mais que políticas familiares explícitas, existem intervenções dispersas e não coordenadas mediante programas e projetos em matéria de saúde, educação, combate contra a pobreza e erradicação da violência” (ARRIAGADA, 2001, p. 6).

Deste modo, a família não é suficientemente compreendida e, mesmo nos casos em que é pensada como parceira para a implementação desses programas, não é considerada na trama de relações que a constituem para identificar, nessas relações, dificuldades e problemas, e para oferecer soluções e respostas (VASCONCELOS, 1999, p. 6-19).

Nas últimas duas décadas, o enfoque do tema família vem sendo adotado como eixo norteador de políticas e programas de saúde coletiva, principalmente na atenção primária. Constata-se a ausência ou a imprecisão de um marco conceitual sobre família nesta política e nas ações que a integram (TRAD, 2010, p. 28).

O critério da delimitação das políticas familiares depende do modo segundo o qual diferente tema da vida social é considerado, em função da família, das relações que seus membros vivem. É a orientação da ação que define uma política social como familiar (DONATI, 2006, p. 18-19).

Uma política é familiar se a decisão política que ela implica é tomada em função da família e não de outros objetivos, mesmo nobres e socialmente úteis.

A política familiar reconhece a subjetividade social da família e a considera como titular de direitos e de deveres, enquanto família. Também, políticas familiares não cuidam apenas da família “em crise”, mas estendem um olhar amplo às relações familiares e às redes que elas constituem para responder às suas necessidades, para fortalecer sua capacidade de ação positiva.

2.1 APS - ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE COM ÊNFASE NA FAMÍLIA

“O melhor Sistema de Saúde... É que faz com que toda a família brasileira, esteja onde estiver, seja bem **CUIDADA**, nos seus momentos mais importantes: o **NASCER**, o **VIVER** e o **MORRER**, todos com muita dignidade.” (CONASS/2009).

No Brasil, a atenção primária foi traduzida com o objetivo institucional de ampliação da cobertura de assistência médica pública para a população mais carente e excluída dos serviços de saúde, numa perspectiva de reduzir a incorporação tecnológica de equipamentos neste nível de atenção, ou seja, pressupunha a implementação de uma atenção simplificada e supostamente mais barata (SCHRAIBER; MENDES-GONÇALVES, 1996, p. 29-47). No Brasil, algumas

experiências de APS foram instituídas de forma incipiente desde o início do século XX, como os centros de saúde em 1924 que, apesar de manterem a divisão entre ações curativas e preventivas, organizavam-se a partir de uma base populacional e trabalhavam com **educação** sanitária.

Em 1978, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) realizaram a I Conferência Internacional sobre **Cuidados Primários de Saúde** em Alma-Ata, no Cazaquistão, antiga União Soviética, e propuseram um acordo e uma meta entre seus países membros para atingir o maior nível de saúde possível até o ano 2000, através da APS. Essa política internacional ficou conhecida como “Saúde para Todos no Ano 2000”, devendo-se constituir a base dos sistemas nacionais de saúde, por ser a melhor estratégia para produzir melhorias sustentáveis e maior equidade no estado de saúde da população.

Começaria em 1979 pelo “Programa de Médico Geral/Familiar”. Concomitantemente, Paim (1973), afirma que ocorreu uma primeira tentativa de introdução deste movimento no Brasil, através da Organização Mundial de Saúde e da Associação Brasileira de Escolas Médicas (ABEM), que patrocinaram em maio daquele ano, juntamente com a Faculdade de Medicina de Petrópolis, o seminário intitulado “A Formação do Médico de Família”. A nosso ver, a Medicina de Família não se configura exatamente como uma “novidade” enquanto estratégia de operacionalização da Atenção Primária, quando comparada a propostas semelhantes como, por exemplo, a da Medicina Comunitária.

Entre 1986 e 1992, sob os auspícios da OMS, foram realizadas quatro importantes conferências internacionais em diferentes continentes que procuraram ressaltar a importância e a necessidade de uma reorientação das práticas e serviços de saúde, com base no enfoque da promoção da saúde e das chamadas “políticas públicas saudáveis”, renovando os princípios de Alma-Ata (OMS, 1986, 1988, 1991, 1992).

Há uma frequente discussão acerca da terminologia ideal para designar o primeiro nível de atenção à saúde. No Brasil, esta discussão ganha contornos especiais. Em contraste com a tendência internacional do uso de “Atenção Primária” (AP), a expressão “Atenção Básica” (AB) foi oficializada pelo governo brasileiro, que passou a assim denominar suas secretarias e documentos oficiais (BRASIL, 2006a).

Entretanto, ao mesmo tempo em que uns entendem “básica” como base, fundamental, e não básico, simples; outros interpretam “primário” como primeiro,

principal, e não como elementar ou rudimentar. Esta questão instiga discussões em diferentes meios acadêmicos e profissionais (BRASIL, 2006b).

Na literatura, podem ser encontradas muitas definições para APS, entretanto, a mais evocada é a apresentada pela Organização Mundial de Saúde, 1978:

A atenção essencial à saúde, baseada em métodos práticos, cientificamente evidentes e socialmente aceitos e em tecnologias tornadas acessíveis a indivíduos e famílias que as comunidades e os países possam suportar, independentemente de seu estágio de desenvolvimento, num espírito de autoconfiança e autodeterminação. Ela é parte integral do sistema de serviços de saúde do qual representa sua função central e o principal foco de desenvolvimento econômico e social da comunidade. Constitui-se no primeiro contato dos indivíduos, famílias e comunidades com o sistema de saúde, trazendo os serviços de saúde o mais próximo possível aos lugares de vida e trabalho das pessoas e constitui o primeiro elemento de um processo contínuo de atenção.

Para Bárbara Starfield,

A atenção primária é uma abordagem que forma a base e determina o trabalho de todos os outros níveis do sistema de saúde. É a atenção que organiza e racionaliza o uso de todos os recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhora da saúde (STARFIELD, 2002, p. 546).

Na contextualização do Ministério da Saúde,

A atenção primária é denominada de atenção básica que é a formulação do SUS para designar o primeiro nível de atenção à saúde, sustentada no princípio da integralidade, compreendida como a articulação de ações de promoção da saúde e prevenção, tratamento e reabilitação de doenças e agravos (BRASIL, 2003).

Mendes (2002, p. 12-17) e Takeda (2004, p. 76-87) referem que a APS destaca-se por ser: (grifos nossos)

- **Seletiva** - Refere-se a uma atenção primitiva à saúde, simplificada, de baixo custo, com utilização de tecnologias pouco sofisticadas, sendo voltada para atender populações de baixa renda.
- **Nível primário** - “porta de entrada” do sistema onde a maioria dos problemas de saúde são passíveis de serem resolvidos no âmbito da unidade básica de saúde (UBS).
- **Estratégia de organização** - APS como uma forma de reorganizar e reordenar todos os recursos do sistema, articulando com os demais níveis de atenção à saúde

Esta noção de APS, enquanto estratégia de organização do sistema de serviços de saúde, tem como referência a idéia de que tais sistemas podem ser

fragmentados ou integrados. Os primeiros são organizados por níveis hierárquicos segundo a complexidade crescente, numa forma piramidal.

A APS, neste modelo, ocupa o primeiro nível de complexidade. O modo de organizar os serviços de saúde dentro destes sistemas está voltado para o atendimento a condições agudas (duração da condição limitada, manifestação abrupta, causas simples, diagnósticos precisos) (MENDES, 2002, p. 12-17).

Mendes esclarece seu ponto de vista da seguinte forma:

No Brasil, inventou-se algo sem similar na literatura internacional: a atenção primária se denomina aqui de atenção básica, o que, para mim, reforça essa concepção de algo simples que pode ser banalizado. Em função dessa visão ideológica da atenção primária à saúde, interpreta-se primário como primitivo; ao contrário, o significante primário quer referir-se ao 'complexíssimo' princípio da APS, o do primeiro contacto (MENDES, 2005, p. 2).

A implementação do Programa de Saúde da Família (PSF) se deu em 1994 pelo Governo Federal como política de atenção primária no Brasil. A partir de 1996, o Ministério da Saúde começou a romper com o conceito de programa reforçando a idéia de estratégia de saúde da família por reconhecê-la na reorientação da APS no Brasil (CORBO; MOROSINI, 2005, p. 157-181).

No papel de centro de comunicação da rede horizontal, a APS deve cumprir três funções essenciais: o papel **resolutivo** (resolver a maioria dos problemas da população); o papel **organizador** de fluxos e contra-fluxos das pessoas pelos diversos pontos da atenção à saúde e o de **responsabilização**, isto é, corresponsabilizar pela saúde dos cidadãos em todos os pontos de atenção à saúde (MENDES, 2002, p. 92, grifos nossos).

De acordo com o Ministério da Saúde,

a atenção primária considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável (BRASIL, 2006).

A APS foi considerada como parte integrante de um sistema nacional de saúde completa e em coordenação com outros setores, constituindo-se na função central e principal meio para prestação de assistência sanitária, além de parte integrante do desenvolvimento social e econômico global da comunidade.

Em síntese, o enfoque da Atenção Primária implicava, por um lado, na prioridade à atenção básica, de modo a evitar os problemas de saúde e agravamento das doenças e, por outro, num conjunto de ações e serviços que se estendiam para além do campo estrito da assistência médica, abrangendo as condições de vida das populações e incorporando a perspectiva da intersectorialidade (BRASIL, 2006b).

Entretanto, o que muda na formulação atual é a eleição da “Saúde da Família” como principal programa alavancador de uma específica forma de reordenação dos sistemas de serviços de saúde.

2.2 PSF - PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Para efetivar esse papel da Atenção Básica, o Ministério da Saúde, em meados da década de 1990, elege o Programa Saúde da Família (PSF) como a estratégia para a organização desse nível de atenção. Assim, a Saúde da Família torna-se também o orientador de um novo modelo de Atenção Integral.

Para o Ministério da Saúde:

A saúde da Família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção à saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade. A responsabilidade pelo acompanhamento das famílias coloca para as equipes a necessidade de ultrapassar os limites classicamente definidos para a atenção básica no Brasil, especialmente no contexto do SUS (BRASIL, 1997, p.17).

A formulação do Programa de Saúde da Família ocorreu no governo Itamar Franco, quando assume o Ministério da Saúde o Dr. Henrique Santillo. Havia, naquele momento, uma grande discussão em torno do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), formulado pelo Ministério em 1991, da experiência do Ceará, que teve grande repercussão na época, com efetivo impacto na diminuição da mortalidade infantil no Estado (em torno de 30%) (MENDES, 1996, p.128).

Com o Programa de Agentes Comunitários da Saúde (PACS) em 1991, começou a se focar a família como unidade de ação programática de saúde e não mais (e tão somente) o indivíduo. Porém, esta mudança alterou significativamente a demanda por serviços de saúde em relação à oferta, e exigiu – e exige – a adoção de novos tipos de ações, equipamentos e intervenções.

O primeiro passo relevante nesse processo foi a realização de uma reunião no Ministério da Saúde, onde estiveram presentes o então Secretário de Saúde de Quixadá (CE), Dr. Luiz Odorico, um consultor da OPS, Eugênio Vilaça Mendes e dois membros da UNICEF, Halim Girade e Oscar Castillo (representante oficial), a fim de discutir uma proposta nacional para a Atenção Básica (BRASIL, 2006b).

Há quem afirme, como Viana e Dal Poz (1998, p.11-48.), que o PACS é um antecessor do PSF, sobretudo quando se considera que a formulação desse último foi impulsionada pela experiência acumulada com os agentes comunitários no Ceará, o que levou à avaliação de um certo esgotamento do “modelo” e da necessidade de uma proposta que ampliasse a capacidade resolutiva dos agentes comunitários de saúde.

Segundo o Ministério da Saúde, o objetivo do PSF é:

a reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientado para a cura de doenças e o hospital. A atenção está centrada na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, o que vem possibilitando às equipes da família uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e da necessidade de intervenções que vão além das práticas curativas (BRASIL, 1997, p.1).

Em 1994 é publicado pelo Ministério da saúde que a implantação do PSF tem como objetivo geral melhorar o estado de saúde da população, por meio da promoção, proteção, diagnóstico precoce, tratamento e recuperação da saúde dos indivíduos, da família e da comunidade, em conformidade com os princípios e diretrizes do SUS (BRASIL, 1994).

Pode-se dizer que o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e suas experiências exitosas, sobretudo no Estado do Ceará, constituíram as plataformas para implantação do PSF no país. Assim, em 1994, mas com expressão nacional somente em 1995, surge o PSF enquanto instrumento de reorganização do SUS, sendo definida sua implantação em áreas de risco, de acordo com o *Mapa da Fome* (VIANA; DAL POZ, 1998, p.11-48).

Em termos de sua institucionalização, o Programa de Saúde da Família ficou inicialmente sob responsabilidade da Fundação Nacional de Saúde, sendo criada, dentro do Departamento de Operações, a Coordenação de Saúde da Comunidade - COSAC, que agregou também a gerência do Programa de Agentes Comunitários e o de Interiorização do SUS.

Neste período, a adesão dos municípios ao Programa ocorreu através da modalidade de convênio, com transferência de recursos vinculada a exigências tais como existência de Conselhos e Fundos Municipais de Saúde.

Ocorre, então, a partir de meados dos anos 90, uma acelerada difusão e adesão progressiva ao PSF por parte dos municípios, como resposta a mecanismos indutores explicitamente formulados na legislação vigente, ainda que se possa questionar o seu impacto sobre o processo de implementação do SUS.

Formulado, então, pelo Ministério da Saúde em 1993, o PSF faz parte, segundo a concepção oficial, de uma estratégia desenvolvida para promover mudanças no atual modelo de assistência à saúde do país, que dá mais atenção à cura do que à prevenção de doenças [...], esperando contribuir para organização do Sistema Local de Saúde (SILOS), com base nos princípios do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 1993, p. 05).

O Programa tem como objetivo geral melhorar o estado de saúde da população através de um modelo de assistência voltado à família e à comunidade, que inclua desde a proteção e a promoção da saúde até a identificação precoce e o tratamento das doenças (BRASIL, 1993, p. 08).

Nessa perspectiva, o PSF surgiu, não para resolver todos os problemas, mas com o intuito de tratar com desigualdade os desiguais, ou seja, dar mais atenção a quem precisa. Tem por objetivo geral melhorar o estado de saúde da população, mediante a construção de uma modelo assistencial de atenção baseado na promoção, proteção, diagnóstico precoce, tratamento e recuperação da saúde em conformidade com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde - SUS e dirigido aos indivíduos, a família e a comunidade.

Além de contribuir para o redirecionamento do modelo assistencial a partir da atenção básica, tendo com objetivos específicos (BRASIL, 1997, p. 10, grifos nossos)

- a) Divulgar o conceito de saúde como qualidade de vida e direito do cidadão;

- b)** Promover a família como o núcleo básico da abordagem no atendimento à saúde da população, num enfoque comunitário;
- c)** Prestar atendimento básico de saúde, de forma integral, oportuna e contínua à população, no domicílio, em ambulatorios e hospitais;
- d)** Agendar o atendimento à população com base nas normas dos programas de saúde existentes, sem descartar a possibilidade de atendimentos eventuais e domiciliares. (MS, 1993, p. 08);
- e)** Intervir sobre os fatores de risco aos quais a população está exposta;
- f)** Eleger a **família** e o seu espaço social como núcleo básico de abordagem no atendimento à saúde;
- g)** Humanizar as práticas de saúde através do estabelecimento de um vínculo entre os profissionais de saúde e a população;
- h)** Proporcionar o estabelecimento de parcerias através do desenvolvimento de ações intersetoriais;
- i)** Contribuir para a democratização do conhecimento do processo saúde-doença, da organização dos serviços e da produção social da saúde;
- j)** Fazer com que a saúde seja reconhecida como um direito de cidadania e, portanto, expressão da qualidade de vida;
- k)** Estimular a organização da comunidade para o efetivo exercício do controle social.

As diretrizes operacionais a serem seguidas para implementação da “Saúde da Família” requerem um espaço físico correspondente, preferencialmente, aos estabelecimentos classificados, segundo o Ministério, como Centros de Saúde.

Estes se caracterizariam como porta de entrada do sistema local de saúde para realizar atenção contínua nas especialidades básicas, através de uma equipe multiprofissional apta a desenvolver atividades de promoção, proteção e recuperação, características do nível primário de atenção, além da referência e contrarreferência para os níveis de maior complexidade do sistema (BRASIL, 2006b).

A Unidade de Saúde da Família deve trabalhar com adscrição de clientela, definição de um território de abrangência, atuando com uma ou mais equipes de acordo com o número de famílias a ela vinculadas. O Ministério recomenda que cada equipe seja responsável por 600 a 1.000 famílias, com limite máximo de 4.500 habitantes. As equipes de saúde deverão cadastrar as famílias através de visitas domiciliares, iniciando o vínculo da unidade/equipe com a comunidade e identificando a situação de saúde local.

A composição mínima de cada equipe deve ser de um médico de família ou generalista, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e 5 a 6 agentes comunitários de saúde, devendo estes, residir no município onde atuam, trabalhando em regime de dedicação integral. Sua atuação inclui as atividades de visita domiciliar, internação domiciliar e participação em grupos comunitários (BRASIL, 1997, p. 10).

O PSF nasce “com o propósito de superação de um modelo de assistência à saúde, responsável pela ineficiência do setor, insatisfação da população, desqualificação profissional, iniquidades”. Portanto, é a principal resposta que tem sido oferecida, no âmbito da assistência, pelos órgãos governamentais, à crise do modelo assistencial (BRASIL, 2001).

Trata-se de reorganizar a prática da atenção à saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional, levando a saúde para mais perto da família e, com isso, melhorar a qualidade de vida dos brasileiros.

Esta visão permite às equipes de saúde da família uma compreensão global da relação de causa e consequência e os determinantes sociais da situação de saúde da população e, conseqüentemente, proporem ações intersetoriais de promoção à saúde (BRASIL, 1997, p. 10).

Existiam até ano de 2009, 36.929 equipes do PSF cadastradas, atuando em cerca de 5.220 mil cidades brasileiras, com uma proporção de cobertura populacional estimada 49,03%, havendo elevação de 40.009 equipes cadastradas em 2011 para 52,35% da população estimada do país, em 5.289 municípios brasileiros.

Para o Programa de Saúde da Família foram definidos os seguintes atributos propostos por Starfield (1998, p. 732-742):

Atenção ao primeiro contato (acessibilidade e uso do serviço a cada novo problema ou novo episódio de um problema pelo qual as pessoas buscam atenção à saúde);

Longitudinalidade (parceria sustentada na qual o paciente é tratado como uma pessoa completa, cujos valores e preferências são levados em consideração);

Integralidade (as unidades de atenção primária devam fazer arranjos para que o paciente receba todos os tipos de serviços de atenção à saúde, mesmo que alguns possam não ser oferecidos eficientemente dentro delas);

Coordenação (forma de continuidade, seja por parte dos profissionais, seja por meio de prontuários médicos, ou ambos, além do reconhecimento de problemas).

Esta autora inclui, ainda, a **focalização na família** e a **orientação comunitária** como fatores importantes do contexto sócio econômico cultural e que devem ser considerados como parte dos atributos da Atenção Primária.

No Brasil, há que se destacar que no PSF, uma de suas metas, ao reorganizar a atenção básica de saúde, é desenvolver a autonomia das famílias na busca de melhoria de suas condições de vida. Desta forma, evidencia a família como objeto de atenção dos profissionais de saúde na área da saúde coletiva mas,

também, traz à tona, discussões sobre as diversas concepções de família e o cuidado não só da enfermagem, mas de toda a equipe deste grupo (BRASIL, 2001).

Ao analisar os manuais de atenção à saúde, destinados à aplicação desta estratégia, pode-se observar que os mesmos abordam a saúde da criança, do adulto, da mulher e do idoso individualmente, inclusive destinando prontuários individuais dentro de uma pasta da família sem, no entanto, abordar a unidade familiar e a interação entre seus membros. Desta forma, traduzem a compreensão dos profissionais acerca do que é cuidar da família, fugindo do pressuposto do programa, com isto, fragmentando a família.

Sendo assim, para Oliveira e Colvero (2001, p. 198-201), considera-se que é a assistência ao indivíduo que tem familiares que está acontecendo, e não a assistência à família, enquanto unidade. E, no entanto, existem diferenças entre cuidar de um indivíduo que pertence a uma família e cuidar da família propriamente dita, quando a assistência tem características próprias e é desenvolvida a partir do universo das relações familiares.

O PSF surgiu com o objetivo de melhorar a qualidade de vida das populações, através de uma maior proximidade com as famílias. Rege-se pela intervenção multidisciplinar, com uma equipe por área geográfica, constituída no mínimo por um médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde. A família constitui-se como cliente dos cuidados, em que ao enfermeiro, integrado na equipe, cabe avaliar as suas necessidades e, com cada uma trabalhar, no sentido da resolução dos mesmos (ÂNGELO; WERNET, 2003, p.19-25).

A prática deste programa caracteriza-se pela interação contínua estabelecida nos domicílios das famílias, cimentada no desenvolvimento de parcerias com a comunidade. Porém, apesar de todas as vantagens inerentes ao desenvolvimento deste programa, Silva e Figueiredo, (2006, p. 22-32). enfatizam que **“o PSF atende os indivíduos enquanto sujeitos de forma individual” não sendo direcionado para a unicidade da família** (grifos nossos).

Com a família sob a responsabilidade da equipe, Oliveira e Colvero (2001, p. 198-201) pontuam que, para dar conta desse objeto de atenção, cabe à equipe de saúde perceber a multi causalidade dos agravos à saúde, sejam eles de ordem física, mental ou social, tanto individual como coletivamente, tendo sempre em vista

os indivíduos como cidadãos em seu meio ambiente e em seu contexto sócio-familiar.

Assim, as equipes devem estar preparadas para conhecer a realidade das famílias pelas quais é responsável, através do cadastramento destas e do diagnóstico de suas características sociais, demográficas e epidemiológicas; identificar os problemas de saúde prevalentes e situações de risco aos quais a população está exposta; elaborar, com a participação da comunidade, um plano local para o enfrentamento dos determinantes de processo saúde-doença; prestar assistência integral, respondendo de forma contínua e racionalizada à demanda organizada ou espontânea, na Unidade de Saúde da Família (USF), na comunidade, no domicílio e no acompanhamento ao atendimento nos serviços de referência ambulatorial ou hospitalar, desenvolver ações educativas e intersetoriais para o enfrentamento dos problemas de saúde identificados (BRASIL, 2000).

A operacionalização do PSF deve ser adequada às diferentes realidades locais, desde que mantidos os seus princípios fundamentais. Para tanto, o impacto favorável nas condições de saúde da população adstrita deve ser a preocupação básica dessa estratégia (BRASIL, 1997). É dessa forma que o PSF constitui-se em uma estratégia que prioriza ações de saúde do recém nascido ao idoso, sadios ou doentes, de forma integral e contínua (BRASIL, 2000).

Em termos oficiais, pode-se perceber que é somente no ano de 2000, que o Ministério da Saúde apresenta uma idéia mais clara de como o PSF irá se tornar o propulsor capaz de alterar o funcionamento da atenção básica: ele já não atenderia somente os excluídos pela fome e miséria, mas a todos, (BRASIL, 2000).

Em cerca de seis anos, o Ministério da Saúde passou a avaliar melhor o Programa Saúde da Família, considerando-o como a Estratégia da Saúde da Família (ainda que a sigla PSF permaneça) e a se preocupar com indicadores de saúde e a qualidade de vida da população atendida (BRASIL, 2006a).

Por outro lado, Fracoli e Bertolozzi (BRASIL, 2001b) ressaltam que a vantagem do PSF é ir além dos muros da unidade de saúde, porque é a forma de mapear os recursos que podem ser utilizados pela população, em termos de equipamentos de educação em saúde, lazer, trabalho, cultura, saneamento básico, dentre outros.

O PSF incorpora e reafirma os princípios básicos do SUS, universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade e se alicerça sobre

três grandes pilares: a família, o território e a responsabilização, além de ser respaldado pelo trabalho em equipe.

Apesar de autores como Franco e Merhy (2000), Vasconcellos (1999) e o próprio Ministério da Saúde (BRASIL, 1997) defenderem positivamente a escolha da família como espaço estratégico de atuação, outros autores, como Salum (2000), Hareven (1986), Saraceno (1990), Monteiro (1991), citados por Trad e Bastos (1998, p. 429-435), questionam a possibilidade de uma visão excludente implícita numa definição restrita e universal de família, que repercute no plano das políticas públicas, uma vez que excluem ou incluem pessoas, num contexto onde se privilegiam alguns enquanto outros são abandonados.

A preocupação do MS com esses aspectos é pertinente, pois uma das questões relacionadas ao PSF, que vem sendo discutida no meio acadêmico, é se o trabalho desenvolvido nesse programa tem, de fato, direcionado as suas ações para a família. Pelo menos entre os enfermeiros, a preocupação em incluir a família sob o aspecto de objeto da assistência surgiu muito antes do propósito do PSF (BRASIL, 2001). Assim, para o MS, o programa pressupõe muito mais uma inversão do modelo de atenção à saúde do que uma simples mudança, configurando uma importante inovação programática (BRASIL, 2006b).

Viana e Dal Poz (1998, p.11-48), ao analisar o impacto do PSF na perspectiva da diminuição de internação hospitalar, apontam que se, por um lado, tal fato vem ocorrendo, por outro, é também de se esperar que a maior resolutividade da atenção básica resulte num aumento dos níveis de cobertura do sistema (incluindo a demanda reprimida), com conseqüente aumento da necessidade de procedimentos mais complexos, inclusive internações e, portanto, do custo da assistência.

Reforçando, ainda, o papel da Atenção Básica na organização do sistema, Mendes (1996) diz que só se consegue equidade, eficácia e eficiência em um sistema de saúde com Atenção Básica forte e bem organizada.

Desta forma, a estratégia de Saúde da Família herda a responsabilidade de fazer com que, efetivamente, o Sistema Único de Saúde se torne uma realidade em seus eixos transversais de universalidade, integralidade e equidade.

Ela adquire, também, juntamente com essa responsabilidade, os desafios que o SUS enfrenta: promover a articulação entre os níveis assistenciais; priorizar a promoção à saúde e a prevenção de doenças; promover as reformas em saúde, paralelamente às outras reformas do país (FERREIRA, 2002, p. 08).

Para o PSF, a família deve ser entendida de forma integral e em seu espaço social, ou seja, a pessoa deve ser abordada em seu contexto socioeconômico e cultural, e reconhecida como sujeito social portadora de autonomia, reconhecendo que é na família que ocorrem interações e conflitos que influenciam diretamente na saúde das pessoas.

Em suma, o programa prevê que o profissional tenha compreensão de aspectos relacionados à dinâmica familiar, seu funcionamento, suas funções, desenvolvimento e características sociais, culturais, demográficas e epidemiológicas. Isso requer dos profissionais uma atitude diferenciada, pautada no respeito, na ética e no compromisso com as famílias pelas quais são responsáveis, mediante a criação de vínculo de confiança e de afeto, atuando de forma participativa na construção de ambientes mais saudáveis no espaço familiar (BRASIL, 2001).

CAPITULO III

3. ACESSO E ACESSIBILIDADE AOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE

O acesso à Saúde engloba inúmeros fatores e pode ser analisado sob abordagens diversas.

O sistema institucional de saúde, na prática diária, apresenta dificuldades que impedem a satisfação das necessidades de assistência à saúde da totalidade da população. Um dos fatores que contribuem para essa situação é a inacessibilidade de numerosos grupos da população aos serviços de saúde.

A acessibilidade aos serviços de saúde representa um importante componente de um sistema de saúde, no momento em que se efetiva o processo de busca e obtenção do cuidado. Para Donabedian (1972, p. 50), citado por Cunha e Vieira (2010, p. 725-737), trata-se daquelas características dos serviços que permitem uma maior facilidade de utilização pelos usuários.

É considerada como uma característica adicional à mera presença ou disponibilidade de um serviço, em um lugar e em um determinado momento.

A articulação entre as dimensões da acessibilidade, tanto em relação à organização dos serviços quanto aos aspectos geográficos, mediada pelos recursos de poder dos usuários, não tem sido enfatizada, assim como a análise das razões pelas quais esses problemas persistem, visando contribuir para o esclarecimento acerca de quais componentes da acessibilidade têm dificultado a utilização dos serviços por parte dos usuários (STARFIELD, 2004, p. 724-734).

Do ponto de vista funcional, Adami (1993, p. 82-86) salienta aspectos levantados pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) quanto à necessidade dos serviços serem oportunos, contínuos, atenderem à demanda real e serem capazes de assegurar o acesso a outros níveis hierárquicos do sistema.

Diversos fatores são considerados obstáculos à utilização dos serviços, tais como: custo, localização, forma de organização, demora para obtenção do atendimento (FRENK, 1985 apud ADAMI, 1993, p. 82-86).

O objetivo da intervenção seria o controle do sofrimento ou a produção de saúde (MERHY, 1997).

Matumoto (1998, p.17) apresenta o acesso aos serviços como “uma primeira etapa a ser vencida pelo usuário quando parte em busca da satisfação de uma necessidade de saúde”.

A garantia da atenção à saúde assim como o direito de toda a saúde somente é conquistada se a população tiver condições de acesso e acessibilidade aos Serviços de Saúde.

A melhoria das condições de acesso aos serviços deve ser permeada pelo aumento do coeficiente de vínculo entre os profissionais e a comunidade assistida. Coeficiente, este, que se eleva à medida que ambos passam a conviver cotidianamente na unidade de saúde e no território abrangido.

A utilização dos serviços de saúde representa o centro do funcionamento dos sistemas de saúde, resultante da interação do comportamento do indivíduo que procura cuidados e do profissional que o conduz dentro do sistema de saúde.

3.1 BREVE HISTÓRICO DO ACESSO E ACESSIBILIDADE AOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE

Apenas com o início do capitalismo, o Estado passa a intervir na saúde, o que ocorre na Europa, com a Revolução Industrial, quando grandes massas de trabalhadores e suas famílias migraram para os centros urbanos à procura de trabalho.

A história do acesso aos serviços de saúde é a história das políticas públicas de saúde. Estas, por sua vez, refletem o momento histórico a que estão vinculadas, sendo determinantes para este reflexo: as condições econômicas, os avanços, o conhecimento científico e a capacidade das classes sociais se organizarem negociando com cada governo (TRAVASSOS; VIACAVA; PINHEIRO; BRITO, 2002, p. 365-373).

Dentro do tema acessibilidade são importantes alguns fatos que marcaram a saúde no Brasil durante o século XX. Na década de 20, a criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), organizadas pelas empresas, administradas com a participação dos trabalhadores e regulamentadas por lei, foi a primeira

participação do Estado brasileiro na assistência individual à saúde. Entretanto, a acessibilidade e o alcance social dessas CAPs eram limitados a algumas empresas ligadas ao comércio exportador, ferroviários, marítimos e bancários (CARPINTERO, 2000, p. 06).

No final do século XIX até meados da década de 60, o modelo econômico vigente no país era o agroexportador, fortalecido pela economia cafeeira que, através do processo de industrialização, se deslocou para os grandes centros urbanos exigindo que o sistema de saúde atuasse na massa trabalhadora para que a mesma continuasse produzindo (BRASIL, 1994, p. 473).

Por intermédio de um processo de concentração e substituição das CAPs, a partir do início dos anos 30, foram constituídos os institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) sendo, então, organizados por categorias profissionais e administrados pelo governo (BRASIL, 1994, p. 473).

Com o golpe militar de 1964, os institutos de previdência foram unificados no instituto Nacional de Previdência Social (INPS), sob controle estatal. A criação do Fundo de Assistência e Previdência do Trabalhador Rural (FUNRURAL) incluiu os trabalhadores rurais no sistema previdenciário. Posteriormente, mediante contribuições individuais, os benefícios foram estendidos aos empregados domésticos e trabalhadores autônomos.

Dessa forma, ampliou-se o acesso à assistência médica da população brasileira, porém apenas uma fração da sociedade tinha o direito ao acesso aos serviços: aqueles que contribuía previamente com a previdência.

A década de 1970, apogeu do regime ditatorial, foi marcada por mudanças, sobretudo no setor financeiro. No final dessa década, a crise econômica tornou-se insustentável, ao passo que os movimentos sociais, ganharam força. Diante desse quadro de adversidade econômica e social, foi promovida pela organização Mundial de Saúde (OMS) e, pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância e Juventude (UNICEF), em 1978, a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de saúde na cidade de Alma-Ata, capital do Kazaquistão (BRAGA; PAULA, 1981, p. 70).

Dessa Conferência, resultou a adoção da Declaração de Alma-Ata que reafirmou o significado da saúde como “estado de completo bem-estar físico mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade”.

Além disso, essa Declaração ratifica a saúde como um direito humano fundamental, bem como um dos mais importantes objetivos sociais do mundo, que requer não só o setor saúde, mas também a ação de muitos outros setores sociais e econômicos (PAIM, 1998, p. 473-87).

Ao final desse evento, os países, num total de cento e quarenta e quatro (144) participantes, comprometeram-se com a promoção da saúde envolvendo uma ampla mudança social, imprescindível ao desenvolvimento econômico e social dos países (GUEDES, 2000, p. 170).

No período entre 1968 e 1974, o Brasil viveu a fase do “milagre econômico”, em que, após o seu fim observou-se, de acordo com Oliveira e Souza (1998, p. 114-121.), que o “milagre” não proporcionara o bem estar social da população. Esta situação traduziu-se em uma série de medidas emergenciais no setor da saúde, as quais não correspondiam às mudanças estruturais. Portanto, a prestação assistencial à saúde pelo INPS, privilegiava um modelo privatista, baseado na medicina terapêutica voltado para doenças do indivíduo e para a média e alta complexidade hospitalar (PAIM, 1998, p. 473-87).

Estabelece-se então, o que Carvalho e Goulart (1998) chamam de “complexo previdenciário médico-industrial”, composto pelo sistema próprio e o conveniado. Foram feitos investimentos em grandes redes hospitalares, porém grandes segmentos populacionais ficaram desassistidos ou dispendo de serviços com pequeno ou nenhum poder de resolutividade dos seus problemas.

Buscando a resolução de tais problemáticas, o Estado brasileiro promoveu intervenções, como a Lei do Sistema Nacional de Saúde (SNS) de Nº 6.229/75, a qual representa a primeira tentativa de regulamentação das competências e atribuições dos diversos Ministérios.

Já a década de 1980, no Brasil, é caracterizada pelo início de seu processo de redemocratização, após os vinte anos de ditadura militar. É nesse contexto de reabertura política que se deu a (re)organização do sistema de saúde no país que culminou com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Nesse cenário, destacou-se o Movimento de Reforma Sanitária Brasileira, que inicialmente fora constituído por intelectuais, mas depois incorporara outros segmentos da sociedade como parlamentares, lideranças políticas, sindicais e populares. Esse movimento defendia, basicamente, a construção de uma nova política de saúde efetivamente democrática, considerando a descentralização, universalização e unificação essenciais para a reforma do setor saúde (TANCREDI; BARROS; FERREIRA, 1998, p.29)

A VIII Conferencia Nacional de Saúde (CNS), realizada em março de 1986, em Brasília, é considerada o grande marco histórico das conferências de saúde do Brasil, visto que foi a primeira vez que a população participou dos debates da conferência. Além disso, discutiu-se uma nova proposta de estrutura e política de saúde para o país, e consagraram-se os princípios preconizados pelos Movimentos da Reforma Sanitária. Suas propostas foram contempladas no texto da Constituição Federal de 1988 e nas leis orgânicas da saúde, Lei nº 8.080/90 e Lei nº 8.142/90 (BRASIL, 2000, p. 476).

No âmbito internacional, nesse mesmo ano, dado o aprofundamento do debate acerca da atenção básica, realizou-se a conferência de Ottawa, no Canadá, da qual resultou um dos mais importantes documentos de saúde pública moderna (a carta de Ottawa) assinado por 38 países, dentre eles o Brasil. Esse documento foi uma resposta à crescente necessidade por uma nova concepção de saúde pública no mundo, com o propósito de alcançar a meta “Saúde para todos no ano 2000”, proposta na Conferência de Alma-Ata, onde eram ressaltados os princípios e equidade e justiça social (GUEDES, 2001).

A partir do relatório final da VIII CNS, em 1987, é implementado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) – embrião do SUS- que adota como diretrizes a **universalidade e a equidade no acesso** aos serviços, a integralidade dos cuidados, a regionalização dos serviços de saúde, e implementação de distritos sanitários, a descentralização das ações de saúde, o desenvolvimento de uma política de recursos humanos (TANCREDI; BARROS; FERREIRA, 1998, p.29) grifos nossos.

Na área da saúde, inicia-se uma luta que foi chamada à época de “movimento sanitário” que, utilizando as informações destes estudos, começa a denunciar os efeitos do modelo econômico sobre a saúde da população e a ineficiência do sistema de saúde implantado naquele momento. Este movimento não se caracterizou apenas por denúncias e críticas, mas também por apresentar propostas construtivas e alternativas ao modelo vigente (RODRIGUEZ NETO, 2003. p.34-35).

Teixeira et al. (1998, p. 3), percebe a Reforma Sanitária como um processo de transformação da norma legal e do aparelho institucional que regulamenta e se responsabiliza pela proteção à saúde dos cidadãos, e corresponde a um efetivo deslocamento do poder político em direção às camadas populares, cuja expressão

material se concretiza na busca do direito universal à saúde e na criação de um Sistema Único de Saúde, sob a égide do Estado.

Para Paim (2002, p. 361-365.), a reforma Sanitária não pode ser entendida:

Simplemente como uma reforma setorial, no qual os diferentes grupos da sociedade se manifestam através do apoio, omissão ou rejeição, torna-se possível compreender seus avanços, estagnações ou retrocessos em conjunturas distintas. Cabe também examinar um conjunto de medidas que, mesmo não se constituindo em intervenções amplas e profundas, como as propostas pela reforma sanitária brasileira, poderiam reduzir a magnitude de certos problemas de saúde contribuir para a reorganização do sistema de saúde.

Em 1988, com a promulgação da Constituição Federal, foi concretizada a proposta da Reforma Sanitária cujo marco referencial foi a VII CNS; na Carta Magna foram estabelecidas as bases jurídicas do Sistema Único de Saúde – SUS, com o reconhecimento da saúde como “Direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas públicas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (art. 196) (BRASIL, 2010).

Conforme Guedes (2001), a Constituição Federal de 1988 montou o arcabouço jurídico-legal para a implantação do Sistema Único de Saúde com seus princípios doutrinários essenciais: **Universalidade, Equidade e Integralidade**. (grifos nossos).

Nessa Constituição, foi reservada à saúde uma seção do Capítulo da Seguridade Social, a qual estabelece em seu Art. 198:

[...] as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I – descentralização, com direção única em cada esfera do governo;
- II – **atendimento integral**, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; (grifos nossos)
- III – participação da comunidade. (BRASIL, 1988, p. 111).

Para Costa (2002, p. 49-71), a Carta de 1988 estabeleceu o novo modelo da política de saúde no Brasil pois, ao separar as áreas de saúde e de previdência, ela promoveu uma ruptura com o antigo modelo que atribuía ao Ministério da Saúde (MS) a responsabilidade pelo combate às epidemias e tornava a assistência médica uma atribuição das instituições previdenciárias, segmentadas por categorias profissionais.

O SUS, no entanto, só foi regulamentado ao final de 1990 pelas Leis Orgânicas de Saúde (LOS). A Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como o funcionamento dos serviços correspondentes.

O Art. 7 dessa Lei estabelece que:

As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde - SUS são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no Artigo 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda os seguintes princípios:

I – **universalidade de acesso** aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;

II – **integralidade da assistência**, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do Sistema [...] (BRASIL. Leis, decretos, 1990, p.4, grifos nossos).

Já a Lei nº. 8.142, de 28 de dezembro de 1990, trata da participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.

Ainda nesse contexto de regulamentação do SUS, foram criadas as Normas Operacionais Básicas (NOB 01/91, 01/93, 01/96) com o propósito de desenvolver as políticas de saúde.

Para isso, as NOBs traçam critérios e mecanismos para a descentralização do SUS no sentido de assegurar a autonomia para os municípios. O que, de certa forma, tornou-se um dos grandes desafios para o Ministério da Saúde, uma vez que, ao se pensar na organização de um sistema de saúde, deve-se levar em conta a heterogeneidade dos Municípios e Estados brasileiros.

Assim, o Estado adotou uma política de ampliação do acesso à atenção, promovendo um maior número de pessoas, um leque mais diversificado de ações e serviços de saúde. Esta universalidade de acesso à atenção vem sendo implementada ao longo das últimas décadas por uma série de mecanismos legais, institucionais e organizacionais, objetivando unificar e descentralizar a atenção à saúde (OIKAWA, 2001, p. 60-86).

Desta forma, nota-se que o Sistema de Saúde no Brasil começa a ser responsável pela complexa situação de saúde em que se encontrava a população brasileira, porém muitos destes problemas eram condicionados pela falta de organização de outros setores.

Posteriormente, as Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS, 2001 e 2002) ampliam as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica e definem o processo de regionalização da assistência; além disso, as NOAS criam mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procedem à atualização dos critérios de habilitação de Estados e municípios.

Estas conquistas legais representam a fase de implementação da Reforma Sanitária e do SUS, porém não evitam as dificuldades que advêm, pois segundo Paim (2001, p. 85-112), “muitas delas super dimensionadas pelo governo que, nesse primeiro momento, deixa o setor saúde à própria sorte e de forma explícita insiste em desestruturar o arcabouço Teórico – Constitucional – Legal do SUS”.

O SUS tinha como diretrizes o comando único em cada esfera de governo, descentralização, participação social e atendimento integral. Esta aprovação da Constituição criou uma grande expectativa de que, por si só, pudesse garantir a reforma necessária para a reestruturação do setor saúde no país. No entanto, esta apenas consolidou as conquistas adquiridas nos anos anteriores, onde foram amplamente discutidas as questões referentes à saúde da população (CAMPOS, 1997, p. 229-266).

Todavia, segundo esse mesmo autor, a natureza da complexidade e abrangência dessas mudanças e suas implicações, em termos de situações e interesses existentes associados ao momento político, processo eleitoral e eleição de um governo não comprometido com as teses centrais da Reforma Sanitária, dificultou a implementação dessa nova política de saúde.

Nota-se que a política de saúde praticada desde os anos 80 pouco fez para alterar o quadro sanitário vigente nas décadas anteriores. O setor “saúde pública brasileira” sofre, sobretudo, da ausência de planejamento e da descontinuidade dos programas. Tal situação permitiu a ineficiência dos serviços de atendimento às necessidades básicas da população (MENDES, 1996, p.128).

Dentro do universo das experiências que foram surgindo, seja local ou regional, a Saúde da Família distinguiu-se como uma estratégia de real implantação do Sistema Único de Saúde e de seus princípios doutrinários e organizacionais. Nesse contexto, a municipalização se insere dando competência aos Municípios a assumirem as gestões: Plena da Atenção Básica e/ou Plena do Sistema,

descentralizando as ações de saúde, permitindo o aperfeiçoamento dos serviços oferecidos à população.

A Portaria nº 399/GM de 22 de Fevereiro 2006, altera várias dimensões do funcionamento do SUS, através das novas Diretrizes Operacionais do **Pacto pela Saúde**, instituídas pela necessidade de normatizações específicas para sua regulamentação que foi complementado pela Portaria nº 699/GM de 30 de março de 2006. (grifos nossos).

Em síntese, o **Pacto pela Saúde** é um conjunto de reformas institucionais pactuado entre as três esferas de gestão (União, Estado e Municípios) do SUS, com o objetivo de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão. Sua implementação se dá por meio da adesão de municípios, estados e a União ao **Termo de Compromisso de Gestão** (TCG) que, renovado anualmente, substitui os anteriores processos de habilitação e **estabelece metas e compromissos** para cada ente da Federação (BRASIL, 2006b) (grifos nossos).

As transferências dos recursos também foram modificadas, passando a ser divididas em seis grandes blocos de financiamento (Atenção Básica, Média e Alta Complexidade da Assistência, Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica, Gestão do SUS e Investimentos em Saúde).

Bueno e Merhy (1997), embasados na **X Conferência Nacional de Saúde**, a qual teve como temática **“O SUS que deu certo”**, constataram que inúmeras experiências municipais demonstram que o SUS pode funcionar. Além disso, confirmam que o modelo tem tudo para dar certo, desde que se use criatividade e coragem política para que os alicerces originais do SUS sejam implantados. (grifos nossos).

Com base nesse processo, o país teve uma política de saúde claramente definida constitucionalmente no sentido de política pública, como política social, implicando, portanto em mudanças substantivas para a sua operacionalização nos campos político – jurídicos - institucional e tecno - operativo.

3.2 CONCEITUANDO O ACESSO E ACESSIBILIDADE AOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE

Acesso é um conceito complexo, muitas vezes empregado de forma imprecisa, e pouco claro na sua relação com o uso de serviços de saúde. É um conceito que varia entre autores e que muda ao longo de tempo e de acordo com o contexto. A terminologia empregada também é variável (TRAVASSOS; MARTINS, 2004, p. 190-198).

Compreende todo contato direto – consultas médicas, hospitalizações – ou indireto – realização de exames preventivos e diagnósticos – com os serviços de saúde.

Acesso significa ingresso ao sistema de atenção à saúde”. As características distintas do sistema e da população podem determinar a possibilidade de ingresso ao mesmo ou não, mas a prova do acesso em si não consiste na disponibilidade dos serviços ou recursos e sim no fato dos serviços serem utilizados por aqueles que necessitem (DONABEDIAN, 1972, p. 50 citado por GIOVANELLA; FLEURY, 1996, p. 177-98, grifos nossos).

Ainda, segundo o autor:

se considera **acessibilidade** como algo adicional à mera presença ou ‘disponibilidade’ de um recurso em um certo lugar e momento dado. Compreende as características do recurso que facilitam ou dificultam o uso por parte dos clientes potenciais (DONABEDIAN, 1972, citado por GIOVANELLA; FLEURY, 1996, p. 177-98, grifos nossos).

Autores também variam em relação ao enfoque do conceito: uns centram-no nas características dos indivíduos; outros o focam nas características da oferta; alguns em ambas as características ou na relação entre os indivíduos e os serviços (oferta).

Estas colocações levam a pensar nas diferenças existentes entre estes dois conceitos aqui tratados, acesso e acessibilidade.

Parece que a acessibilidade está contida no acesso. Já Frenk (1985, p. 438-53) afirma que “palavras como ‘disponibilidade’ e ‘acesso’ deveriam restringir-se a fenômenos que estão relacionados com a ‘acessibilidade’, porém não são iguais a ela”. Em contrapartida, define tais conceitos sem a alusão mais explícita ao assunto mais abstrato e fundamental:

se a acessibilidade tem relação com uma propriedade dos recursos de saúde, com uma característica da população, ou com algum tipo de relação entre a primeira e a segunda”. Desta forma, “dizer que algo é acessível é dizer que está fora do indivíduo, o qual tem que desejá-lo, buscá-lo e finalmente alcançá-lo.

Portanto, acessibilidade deve ter sentido quando relacionada a algo que está fora do indivíduo, que pertence a determinada pessoa ou organização.

Os termos acesso e acessibilidade são usados de forma intercalada e, geralmente, ambígua. Um conceito construído por Millman (1993 apud STARFIELD, 2002, p. 224-244) avançou o suficiente para definir acesso como:

“o uso oportuno de serviços pessoais de saúde para alcançar os melhores resultados possíveis em saúde”, implicando, assim, que o acesso não é importante na ausência da efetividade demonstrada dos serviços. Como a efetividade da maioria dos serviços de saúde é desconhecida, tal definição não tem utilidade.

Alguns autores, como Donabedian (1973, p. 58-77), empregam o substantivo acessibilidade - caráter ou qualidade do que é acessível, enquanto outros preferem o substantivo acesso - ato de ingressar, entrada ou ambos os termos para indicar o grau de facilidade com que as pessoas obtêm cuidados de saúde.

O conceito de acesso atrela-se profundamente ao princípio da integralidade com que Mattos (2001) e Cecílio (1997) trabalham no campo da saúde.

A acessibilidade possibilita que as pessoas cheguem aos serviços, não sendo uma característica apenas da atenção primária, uma vez que todos os níveis de atenção devem estar acessíveis. Entretanto, os requisitos específicos para a acessibilidade diferem na atenção primária porque esta é a porta de entrada do sistema de saúde (STARFIELD, 2002, p. 222-232).

Quanto à terminologia, a acessibilidade é preferida pelos autores que a descrevem como uma característica da oferta de serviços de saúde ou do ajuste entre a oferta e a população, seja esta uma característica geral ou restrita à acessibilidade geográfica. Já os autores que optam pelo termo acesso, em geral, centram-no na entrada inicial dos serviços de saúde (ANDERSEM, 1973; PINHEIRO; VIACAVA; TRAVASOS; BRITO; GENERO, 2002; DONABEDIAN, 1973; STARFIELD, 2002).

De qualquer forma, prevalece a idéia de que acesso é uma dimensão do desempenho dos sistemas de saúde que se associa à oferta. Quanto à abrangência

do conceito, observa-se uma tendência de ampliação do escopo, com deslocamento do seu eixo da entrada nos serviços para os resultados dos cuidados recebidos (TRAVASSOS; MARTINS, 2004, p. 190-198).

Diante da discussão acerca de acesso, é importante explicitar as diferenciações existentes entre os termos acesso e acessibilidade que são, em muitos casos, conforme (STARFIELD, 2002, p. 225):

“usados de forma intercalada e geralmente ambígua”. Para a autora, **acessibilidade** é relativo a aspectos da **oferta de serviços**, possibilitando que pessoas “chequem” aos serviços, enquanto que o **acesso** é o modo como os indivíduos **experimentam a acessibilidade**. (grifos nossos).

Neste estudo, serão discutidas tendências e formas de trabalhar os dois termos. Algumas vezes os conceitos se sobrepõem e outras vezes apresentam claras distinções, bem como os fatores primários que interferem direta e indiretamente no acesso aos serviços de saúde: **a acessibilidade organizacional**, o **acesso à longitudinalidade do cuidado**, o **acesso geográfico** e a busca por alternativas assistenciais (hospital público e particular) visando à garantia da universalidade do acesso.

CAPITULO IV

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Averiguar **se Universalidade do Acesso** está assegurado para os idosos cadastrados no Programa Hipertensão e Diabetes (HIPERDIA) em duas Unidades Saúde da Família de um município da região nordeste do Brasil em 2010.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Averiguar as formas de acesso dos idosos cadastrados às práticas de cuidado em saúdes individuais e coletivas, em diferentes níveis de complexidade, viabilizadas pela USF enquanto porta de entrada do SUS;
- Investigar a acessibilidade organizacional entre duas unidades básicas e as clínicas especializadas e hospitalares retratando possibilidades e limites de integração entre serviços e setores;
- Identificar o conhecimento dos usuários e seus familiares acerca do acesso e suas interfaces com a acessibilidade;
- Relatar a experiência vivenciada pelos idosos e seus familiares na busca do acesso à assistência a saúde nas duas USFs pesquisadas.
- Averiguar, no espaço da UBS e do território, a organização das práticas de acolhimento ao usuário e a suas necessidades de saúde;
- Contextualizar, nos relatos, o vínculo afetivo existente entre as famílias e os profissionais das unidades pesquisadas.
- Vivenciar o cotidiano dos idosos e familiares na busca da assistência à saúde.

CAPITULO V

5. ASPECTOS METODOLÓGICOS

5.1 CARACTERÍSTICAS DO ESTUDO

Na primeira etapa deste trabalho foi realizada uma pesquisa a partir de revisão bibliográfica, levantamento de informações e dados documentais através de prontuários, livros e artigos de revistas especializadas, dissertações, sites de internet, congressos e seminários, jornais, e entrevistas não estruturadas com os usuários, para uma familiarização com o tema em questão e a sua sistematização. Esta etapa justificou-se, uma vez que o objeto de pesquisa é relativamente um dos grandes problemas de Sistema Único de Saúde vivenciados pelas famílias em busca da Universalidade do Acesso aos Serviços de Saúde.

A partir dessa primeira etapa, a abordagem exploratória foi aprofundada para um estudo de multi casos sob uma abordagem qualitativa realizada em duas USF do município de Itabuna Bahia.

Yin (2005, p. 212) define estudo de caso como uma investigação empírica que aborda um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto de vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão tão claramente definidos. A investigação através do estudo de caso visa apreender uma situação técnica, baseando-se em várias fontes de evidências, com os dados convergindo num triângulo e beneficiando-se do desenvolvimento prévio de proposições teóricas que visam conduzir a coleta e análise dos dados.

O autor ressalta, ainda, a importância dos estudos de caso na pesquisa avaliativa evidenciando sua potencialidade em descrever o contexto real em que se dá a intervenção, sua capacidade em explorar situações específicas, o que não seria possível somente pela análise dos resultados, por identificar inter-relações entre pressupostos e práticas concretas de serviços e programas na realidade concreta estudada.

Ao começar a desenvolver uma pesquisa, vai-se reconhecendo a conveniência e a utilidade dos métodos disponíveis, conforme o tipo de informações necessárias para se cumprirem os objetivos do trabalho (MINAYO, 2000, p. 51-66).

Portanto, para elaboração desta pesquisa optou-se pela abordagem qualitativa, pois acreditou-se que esta contempla os objetivos traçados, considerando que este tipo de abordagem caracteriza-se pela facilidade de poder descrever a complexidade de uma determinada hipótese ou problema, bem como interpretar as particularidades dos comportamentos ou atitudes dos indivíduos (OLIVEIRA, 1997, p. 117)

A partir do exposto, salienta-se que esta pesquisa é do tipo descritiva, pois como afirma Oliveira (1997, p. 115) é o tipo de estudo mais adequado quando o pesquisador necessita obter melhor entendimento a respeito do comportamento de vários fatores e elementos que influem sobre determinados fenômenos.

Além disso, Teixeira (2000, p. 60) acrescenta que este estudo tem como característica básica o fato de a realidade ser vista como um todo e admite uma relação interativa entre o pesquisado e o pesquisador; ademais, busca descrever essa realidade tal como ela se mostra, podendo ser considerada uma instância singular ou um conjunto de significados culturais de um grupo específico.

5.2 CAMPO E CENÁRIO DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada no município de Itabuna-Bahia, situado na Macrorregião Sul, na Microrregião de Itabuna e integra os 21 municípios da 7ª Dires - Diretoria Regional de Saúde. Em relação ao Território de Identidade, compõe a Região do Litoral Sul. Apresenta uma extensão territorial de 584 km² e uma população total de 213.654 habitantes, (IBGE, 2010). Possuindo quarenta e quatro bairros, cinquenta e sete loteamentos e dois distritos, localizados na zona rural.



Figura 1: Vista panorâmica do município de Itabuna-Bahia.

Fonte: www.itabuna.ba.gov.br

Sua população está distribuída em sua maior parte na zona urbana, 191.184 dos habitantes (97,21%) e 5.491 (2,79%), na zona rural. Segundo o IBGE, há uma taxa de crescimento anual estimada entre 2006-2009 de 1,4%.

A população atual é essencialmente jovem. A faixa etária de 20 a 29 anos, corresponde a 19,76% da população geral, a de 30 a 39 anos, representa 15,09% e a de 10 a 19 anos, 19,65%. Existe uma predominância geral do sexo feminino (52,01%). As pessoas de 60 a 79 anos e de 80 anos ou mais, somam 22.109, representando 10,35% da população geral. Quanto à raça/cor, observa-se uma heterogeneidade, prevalecendo à cor parda com 61,77% dos registros (IBGE, 2010).

5.2.1 Situação de saúde do município

Quando analisados os indicadores de saúde, relativos à mortalidade proporcional observou-se um total de 1.391 registros de óbitos no ano de 2009, onde 335 (24,8%) são referentes às doenças do aparelho circulatório. As causas externas foram responsáveis por 263 óbitos (18,98%) e as neoplasias, por 159, o que

corresponde a 43% das mortes no município do referido ano. Quanto à taxa de mortalidade por causa, as mortes violentas despertaram atenção, apresentando uma taxa de 88,5/1000, as doenças cerebrovasculares com 55,2/1000, Infarto Agudo do Miocárdio, com 29,0% e Diabetes Mellitus com 24,3% (DATASUS, 2010).

No que se refere à Mortalidade Infantil, apesar do declínio nas taxas nos anos 2007 e 2008 a velocidade de queda está aquém do desejado, permanecendo índices muito elevados no período de 2009, apresentando 101 óbitos e um coeficiente de 6,7. Quando analisados os indicadores do SIS-PPI, 2010 observa-se que a mortalidade infantil neonatal apresenta taxa de 16,87, enquanto a pós-neonatal é de 5,01, mantendo os índices elevados.

De acordo o SIH-SUS, 2009, dentre os motivos de internações segundo CID-10, destacam-se as doenças da Gravidez, Parto e Puerpério na faixa etária de 10-30 anos (26,4%), as Doenças Infecciosas e Parasitárias em pessoas de 0-15 anos (15,4 %), Doenças do Aparelho Respiratório (11,7%), Doenças do Aparelho Digestivo (8,4%) e as Doenças do Aparelho Circulatório (7,2%).

No que diz respeito a morbidade, a dengue, ocupa lugar de destaque. O município tem tido sucessivas epidemias, com a circulação de vírus diferentes, o que tem complexificado o quadro clínico dos casos ao longo das sucessivas epidemias.

5.2.2 Rede de cuidado do Município

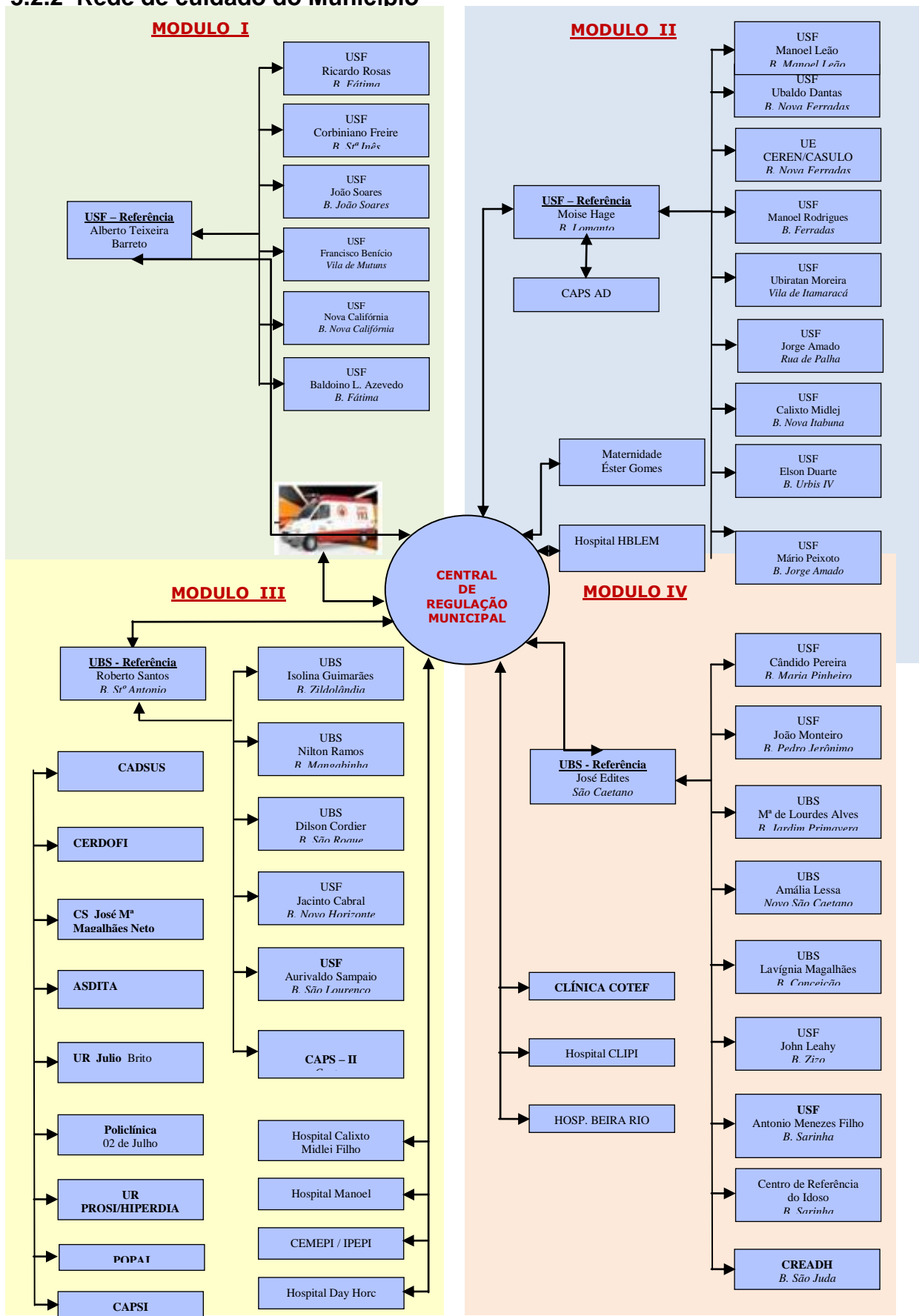


Figura 2: Rede de Cuidado do Município de Itabuna – Bahia. - Fonte: Plano Municipal de Saúde – 2010-2013.

A Secretaria Municipal de Saúde compõe-se de uma estrutura organizacional e administrativa modular do sistema de saúde, que foi instituído na Lei nº 1.179 de 28/08/1997, sendo composto por quatro módulos assistenciais, cada um deles possuindo de seis a nove Unidades de Saúde em sua área de abrangência. A rede básica é constituída por trinta e duas (32) unidades de saúde que se distribuem nos quatro Módulos, conforme divisão territorial abaixo:

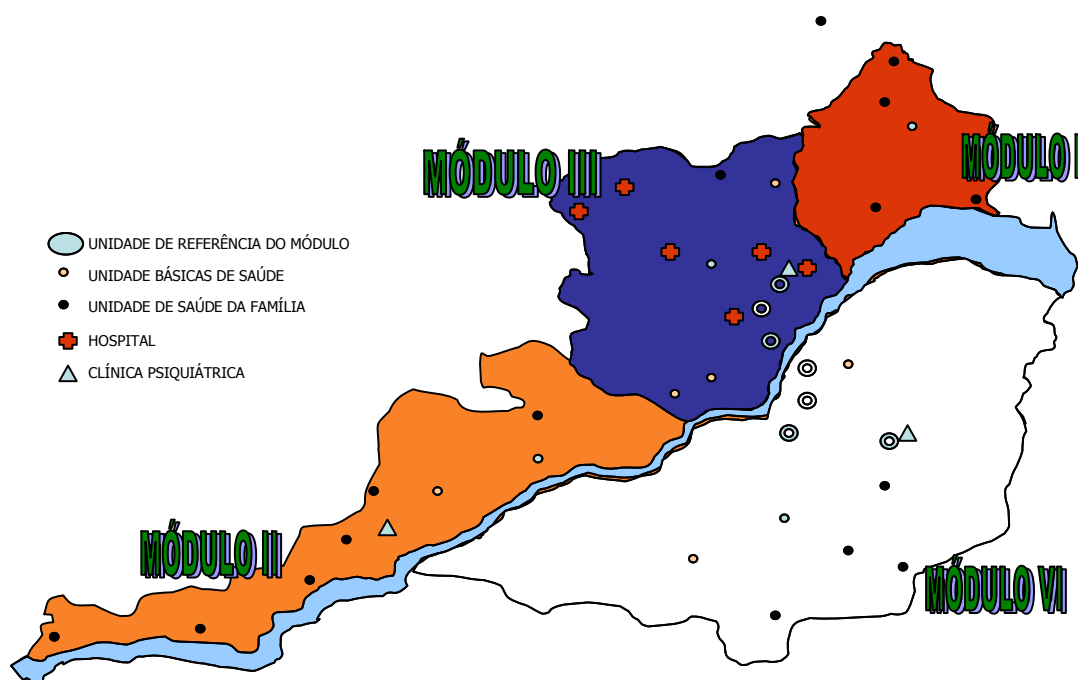


Figura 3: Divisão territorial em módulos assistenciais. Itabuna, 1997.
Fonte: SMS/ Dept. Atenção Básica, 2010

Através das unidades, são desenvolvidas as ações estratégicas conforme ciclos evolutivos: Saúde da Criança, Saúde do Adolescente, Saúde da Mulher, Saúde do Homem, Saúde do Idoso, Controle de Diabetes Mellitus e da Hipertensão Arterial, Controle de Tuberculose e Hanseníase, Saúde Bucal, Vigilância Alimentar e Nutricional, Vigilância à Saúde, Saúde Mental.

Atualmente, Itabuna dispõe de uma rede de serviços de média e alta complexidade, sendo prestadora de serviço sob a responsabilidade da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, que lhe garante o conceito de pólo regional na área hospitalar, fortalecendo assim o crescimento do sistema secundário e terciário na atenção à saúde.

Ainda estão disponíveis na rede local de saúde, o Centro de Atenção Psicossocial – CAPS II, CAPS AD, CAPS Infantil, Centro de Referência do Idoso (PROSI), de Hipertensão e Diabetes, DST/AIDS (Júlio Brito), de Portadores de Deficiência Física (CREAD), Centro Especializado em Odontologia (CEO) e Serviço de Atendimento de Médico de Urgência – SAMU e Centro de Referência Saúde do trabalhador (CEREST).

O setor saúde do município é considerado Pólo de Referência Macro e Microrregional da Assistência a Saúde Pública da Região Sul, sendo descredenciada da Gestão Plena pela Resolução da CIB 150/2008, de 03 de setembro de 2008 e pela Portaria MS nº 2.886, de 27 de novembro de 2008.

Após denúncia, pelo Conselho Municipal de Saúde, de desvio de recursos financeiros repassados do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde relativo à Média e Alta Complexidade (MAC), falta de pagamento aos prestadores de serviços de saúde ao SUS, foi passada a gestão da MAC para a Secretaria Estadual de Saúde da Bahia, com a responsabilidade da garantia e continuidade das ações e serviços de saúde referentes à média e alta complexidade, para a população do Município de Itabuna e os 122 Municípios Pactuados .

Apresentam-se, ainda, na rede de cuidado, estabelecimentos de saúde para assistência de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar, conforme demonstrativos a seguir:

Quanto a infraestrutura de saneamento básico, segundo IBGE/2010, 91,3 % dos domicílios têm abastecimento por rede geral; 2,5% por poço ou nascente (na propriedade) e 6,2% por outras formas. Em relação as instalações sanitárias, 73,9% possuem esgotamento por rede geral; 7,3% sem nenhum tipo de instalação e 3,8 revelam lançar os dejetos em rios ou lagos. Quanto ao destino do lixo, 86,4% é coletado pelo serviço público e o restante do percentual de lixo jogado a céu aberto.

5.2.3 Unidade de saúde pesquisada

Dentre as trinta e duas unidades de saúde do município, foram escolhidas as USF Nº 17 e 18, localizadas no bairro URBIS IV às margens da BR 415, por ser de fácil acesso geográfico, tendo em vista que o objeto de estudo é o acesso à assistência à saúde.

Antes de se iniciar a pesquisa com o sujeito, buscou conhecer um pouco da história do território a ser estudado, através dos moradores, funcionários e discentes do estágio curricular supervisionado em saúde coletiva dos cursos de enfermagem da UESC – Universidade Estadual de Santa Cruz da Bahia e FTC – Faculdade de Tecnologia e Ciências.

Achou-se importante ter conhecimento desse território para a caracterização da população e de seus problemas de saúde, bem como para a avaliação do impacto dos serviços sobre os níveis de saúde dessa população. Além disso, permite o desenvolvimento de um vínculo entre os serviços de saúde e a população.

Antes de ser um bairro, a URBIS IV era uma fazenda de cacau chamada de Fazenda Surubim. Em meados dos anos 80, o então Governador do Estado, João Durval comprou uma parte dessa fazenda por uma quantia considerada irrisória, naquela época, fundando assim o bairro URBIS IV, para construção do conjunto habitacional de casas populares.

A outra parte da fazenda foi comprada pelo Sr. Ubaldo Dantas, prefeito da cidade de Itabuna também nos anos 80, o qual deu origem ao bairro Sinval Palmeira, sendo construídas 84 casas para que pudessem ser doadas aos funcionários da prefeitura. O restante do terreno foi doado para as pessoas que residiam em outros bairros, como Nova Califórnia, Nova Ferradas e Bananeira, que se encontravam em situações de risco.

Ao perder a eleição para o candidato a prefeito Fernando Gomes, Ubaldo Dantas acabou tendo que passar a posse do restante das terras ao atual prefeito. Este doou uma parte à Caixa Econômica Federal, que construiu 200 casas para serem vendidas a pessoas com maior poder aquisitivo, já que eram casas bem estruturadas, com água encanada ou rede de esgoto.

Com a posse do outro prefeito - Senhor Geraldo Simões na gestão de 1993-1997, além da construção de novas moradias, ele também doou as escrituras àqueles que já possuíam suas casas e fundou o bairro Jorge Amado.

O bairro URBIS IV encontra-se, hoje, em sua grande maioria apresentando luz elétrica e água encanada. A rede de esgoto também está presente na maior parte das casas. Ainda existe a necessidade de pavimentação de algumas ruas, o que dificulta o deslocamento dos moradores em épocas de chuva.

O comércio desenvolvido é distribuído entre: farmácias, padarias, açougues, papelarias, mercados, bares, carpintarias, oficinas de automóveis, além de escolas públicas e particulares, igrejas e uma unidade de saúde.

A Unidade de Saúde da Família foi inaugurada em 18 de Julho de 2002, na 2ª gestão prefeito Geraldo Simões. Localiza-se na Rua A s/nº, bairro URBIS IV, possuindo duas equipes (17 e 18) de saúde da família, dentro da mesma unidade, com uma população adscrita de 4.637 habitantes. Essa adscrição da clientela da Unidade na Estratégia de Saúde da Família foi feita através da definição da área de abrangência da unidade e do cadastramento da população que reside nestas áreas (17 e 18).

A USF conta com atendimento médico, de enfermagem, odontológico e nutricional, além de realizar encaminhamentos para serviços de média e alta complexidade. A equipe 17 abrange os bairros URBIS IV e Brasil Novo. Esta área possui uma população adscrita de 2.209 pessoas, e 664 famílias cadastradas. A equipe 18 abrange os bairros Sinval Palmeira e Morumbi. Esta área possui uma população de 2.462 pessoas, com 710 famílias cadastradas.

As equipes 17 e 18 são compostas por 11 microáreas, sob responsabilidade de 11 agentes comunitários de saúde, onde cada um é responsável, em média, por 125 famílias. Através do registro dos agentes, é possível descobrir a condição de vida da comunidade e o quanto está suscetível a inúmeras doenças.

A análise situacional das USF Nº 17 e e Nº 18 foi realizada através de dados disponíveis no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Os dados apresentam-se direcionados para as duas equipes que atuam na unidade.

Abaixo, para melhor entendimento, os dados das equipes traduzidos em gráficos:

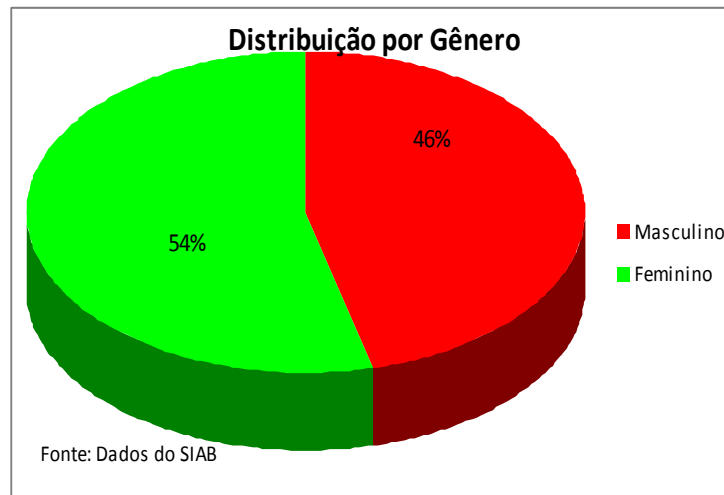


Gráfico 1: Distribuição por gênero, USF 17 e 18, Itabuna, Bahia, 2010.

A população apresenta percentual maior que 8 para o sexo feminino em relação ao sexo masculino.

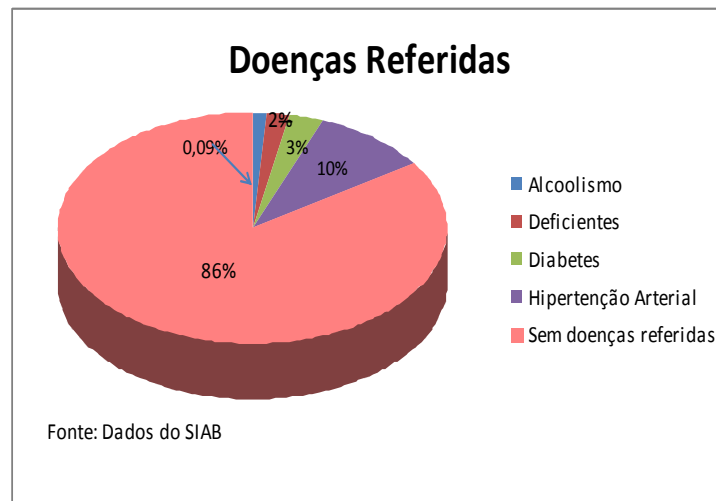


Gráfico 2: Doenças Referidas, USF 17 e 18, Itabuna, Bahia, 2010.

A USF apresenta percentual acima de 10 de hipertensos e 3 de diabéticos.

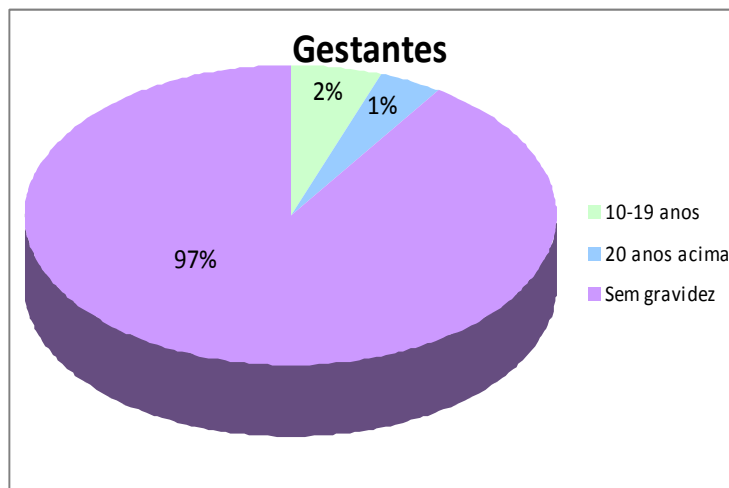


Gráfico 3: Gestantes, USF 17 e 18, Itabuna, Bahia, 2010.

Para gestantes com faixa etária de 10 a 19 anos e gravidez de alto risco, percentual maior que 2.

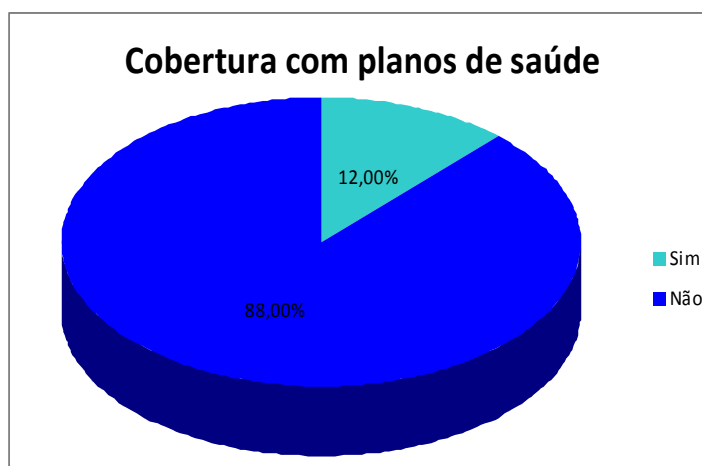


Gráfico 4: Cobertura de Planos de Saúde, USF 17 e 18, Itabuna, Bahia, 2010.

A população da área de abrangência com cobertura de planos de saúde é de 12% em relação aos que não o possuem.

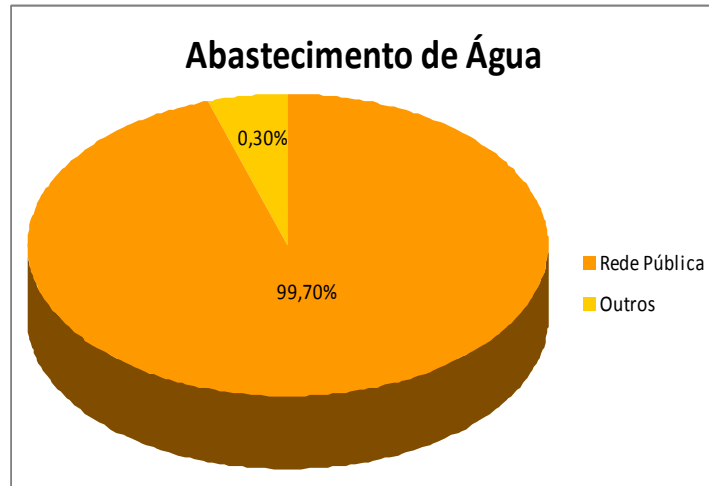


Gráfico 5: Abastecimento de água, USF 17 e 18, Itabuna, Bahia, 2010.

99,7% da população da USF é beneficiada com abastecimento de água potável.

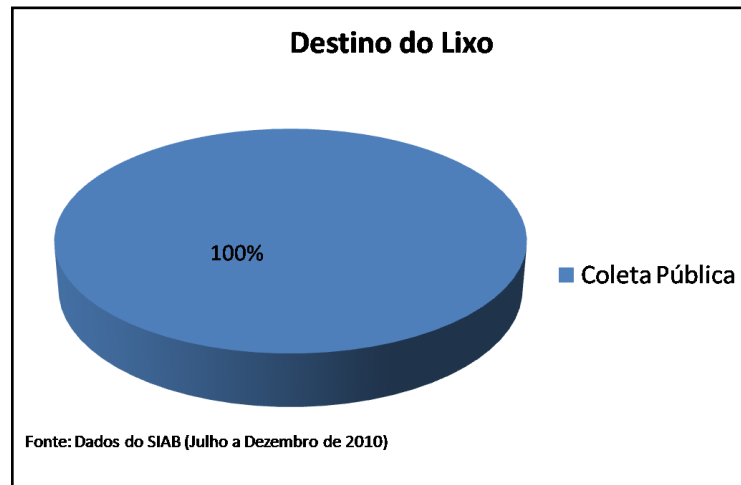


Gráfico 6: Destino do lixo, USF 17 e 18, Itabuna, Bahia, 2010.

O território da USF apresenta uma cobertura de 100% para coleta de lixo.

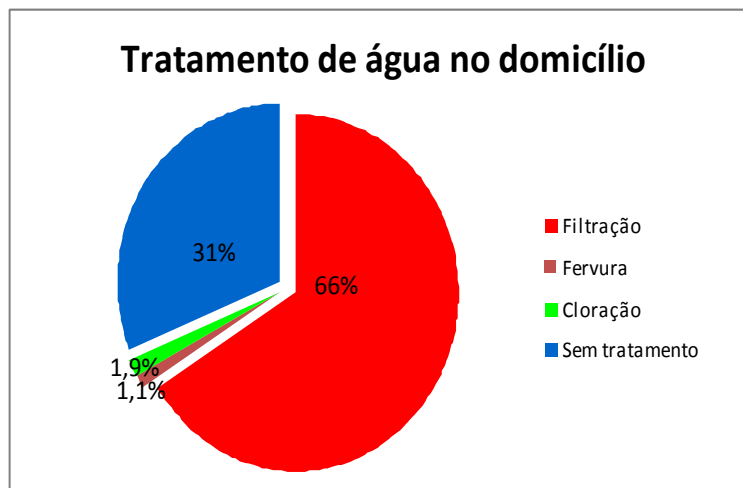


Gráfico 7: Tratamento de água no domicílio, USF 17 e 18, Itabuna, Bahia, 2010.

A população da USF apresenta 66% com consumo de água filtrada, porém apresenta 31% de consumo de água sem tratamento, como fator negativo para o processo saúde-doença.

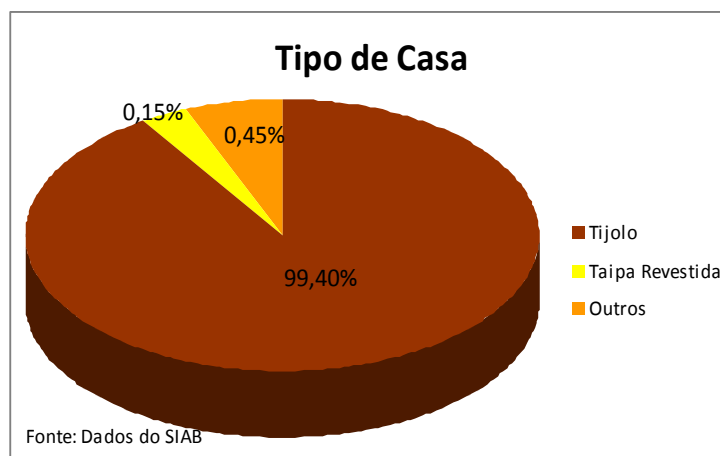


Gráfico 8: Tipo de Casa, USF 17 e 18, Itabuna, Bahia, 2010.

Das habitações da área de abrangência, 99,4% são construídas com material de alvenaria e tijolos, porém 0,15% das residências, com material tipo taipa revestida (barro batido), havendo uma discordância com as demais residências, haja vista que esta área é um conjunto habitacional planejado e construído pelo Governo Federal do Programa Habitar mais Brasil.



Gráfico 9: Destino das fezes/urina, USF 17 e 18, Itabuna, Bahia, 2010.
Fonte: Dados do SIAB – 2010.

A área de abrangência USF apresenta 94,4% de cobertura com saneamento básico, havendo 4% de cobertura da população com uso de fossa acrescentando, ainda, 2% do destino dos dejetos em céu aberto.

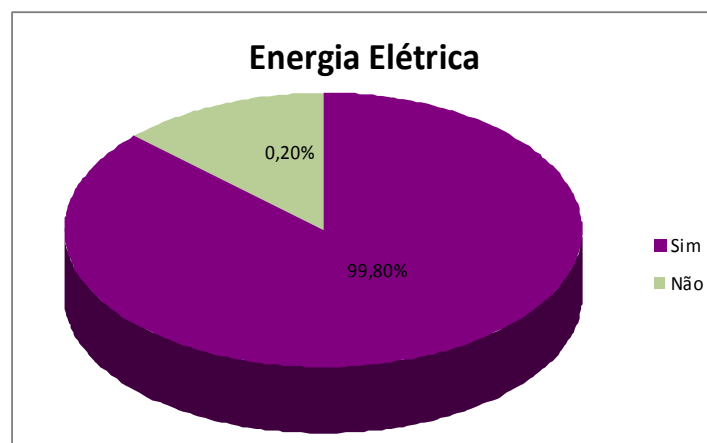


Gráfico 10 – Energia Elétrica, USF 17 e 18, Itabuna, Bahia, 2010.
Fonte: Dados do SIAB - 2010

A população da área de abrangência da USF com cobertura de energia elétrica em suas residências e iluminação pública é de 99,80%, havendo 0,2% das residências não beneficiadas com o mesmo serviço.

5.2.4 Organização e funcionamento dos serviços

O horário de funcionamento da Unidade de Saúde da Família nº 17 e 18 é de segunda a sexta-feira, no período matutino das 07:00 às 11:00 horas e vespertino

das 13:00 às 17:00 horas. A acessibilidade organizacional se dá conforme fluxograma.

Fluxograma descritor da Unidade Saúde da Família Nº 17 e 18

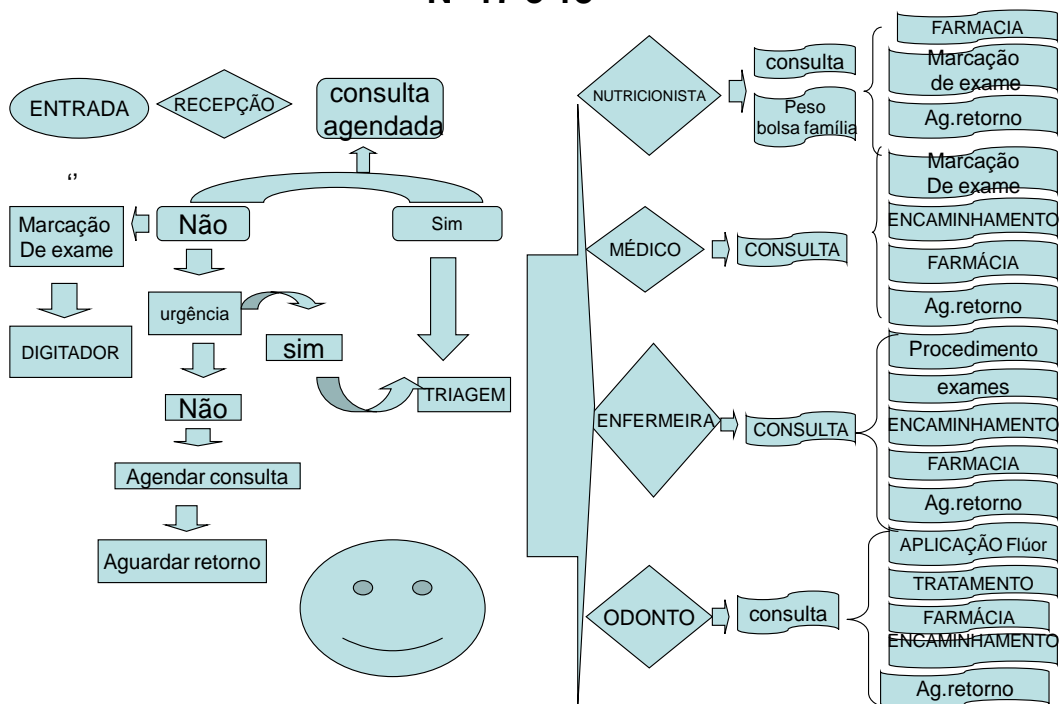


Figura 5: Fluxograma descritor das Unidades de Saúde da Família nº 17 e 18.
Fonte: USF - área 17 e 18, Itabuna, Bahia, 2010.

A dimensão da organização dos serviços foi caracterizada por aspectos relacionados à acessibilidade organizacional. Observam-se as características do atendimento que facilitam o contato dos usuários com os serviços disponíveis na unidade como:

- Consultas médicas;
- Consultas de enfermagem atendendo aos programas propostos pela Estratégia de Saúde da Família (HIPERDIA, Planejamento Familiar, Pré-Natal e Crescimento e Desenvolvimento da Criança);
- Assistência odontológica (suspensa, no momento, devido à licença maternidade da odontóloga);
- Assistência nutricional;
- Administração de imunobiológicos (vacinas) de acordo com a faixa etária;
- Administração de medicações injetáveis;
- Distribuição e orientações de medicações, conforme prescrição médica;

- Realização de curativos;
- Visita domiciliar aos acamados e impossibilitados de deslocamento à unidade.

Através do cartão da família é feito o agendamento, onde consta a data e o profissional que o atenderá. As marcações de consultas são feitas conforme o dia para os profissionais enfermeiros, de acordo os programas e a disponibilidade do médico que atualmente está atendendo as duas áreas por falta de médico na área 18. As consultas subsequentes são geralmente agendadas após o término da consulta.

5.3 POPULAÇÃO DE ESTUDO

Pode-se considerar, assim como Bodstein e col. (2004, p. 593-604), ser de fundamental importância compreender de que maneira a população identifica, elabora e verbaliza necessidades e demandas de saúde, assim como vislumbra soluções e encaminhamentos possíveis. Neste sentido define-se como sujeitos potenciais deste estudo, aqueles que podem proporcionar a aproximação ao objeto de estudo proposto, a partir de suas inserções diferenciadas.

A seleção dos sujeitos para participarem do presente estudo foi feita através do que se chama de “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 determinado área de abrangência local (profissionais de saúde, professores de escola, comerciantes e lojistas, donos de farmácia, religiosos etc.) (DI VILLAROSA, 1993, p. 28).

Para esta pesquisa os informantes-chave foram as equipe de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS) da Unidade de Saúde da Família selecionada.

Os sujeitos foram selecionados considerando que deveria ser um dos membros usuários idosos e/ou familiares, assistidos pelo programa HIPERDIA

(hipertensão e diabetes) das duas USF N^o 17 e 18 do Módulo IV, localizada no Bairro Urbis IV, na cidade de Itabuna-Ba.

Desta maneira, buscou-se, com o auxílio dos ACSs, representantes de 125 famílias, em média, e utilizaram-se os seguintes critérios de inclusão dos idosos/familiares na pesquisa:

- **Usuário** - Ser idoso(a) e cadastrado(a) no programa HIPERDIA, entre janeiro de 2009 e janeiro de 2010, com frequência regular nas consultas agendadas, viver ou ter contato regular com pelo menos um membro da família, consentir em participar do estudo (ou através do seu representante legal) e ter assinado o TCLE;
- **Familiares** - residir com ou ser cuidador do idoso, cadastrado no programa HIPERDIA, aceitar participar do estudo e ter assinado o TCLE;

Após serem selecionados através da análise dos prontuários e acompanhamento das consultas realizadas com as enfermeiras, foram convidados para participarem da pesquisa, contando também com o auxílio dos ACS, para a seleção dentro dos critérios de inclusão.

A princípio foram selecionados, em média, 15 (quinze) idosos e/ou familiares das duas áreas de cobertura da USF. Destes, posteriormente, após entrevista informal, foram selecionados de dois a quatro usuários idosos.

A Organização Mundial de Saúde – OMS definiu como idoso um limite de 65 anos ou mais de idade para os indivíduos de países desenvolvidos e 60 anos ou mais de idade para indivíduos de países subdesenvolvidos.

Vale ressaltar que, por sua vez, a Lei N.^o 8.842 – regulamentada pelo Decreto N.^o 1.948, de 03 de julho de 1996 –, “ao definir a atuação do Governo, indicando as ações específicas das áreas envolvidas, busca criar condições para que sejam promovidas a autonomia, a integração e a participação dos idosos na sociedade, assim consideradas as pessoas com 60 anos de idade ou mais”. Segundo essa mesma Lei, cabe ao setor saúde, em síntese, prover o acesso dos idosos aos serviços e às ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, mediante o estabelecimento de normas específicas para tal, [...] (inciso II do Art. 10).

Ao lado das determinações legais, deve-se considerar, por outro lado, que a população idosa brasileira tem se ampliado rapidamente. Em termos proporcionais, a faixa etária que mais cresce é a partir de 60 anos de idade.

No período compreendido entre 1950 e 2025, segundo as projeções estatísticas da Organização Mundial de Saúde – OMS –, o grupo de idosos no Brasil deverá ter aumentado em 15 vezes, enquanto a população total em cinco. O País ocupará, assim, o sexto lugar quanto ao contingente de idosos alcançando, em 2025, cerca de 32 milhões de pessoas com 60 anos ou mais de idade.

O processo de transição demográfica no Brasil caracteriza-se pela rapidez com que o aumento absoluto e relativo das populações adulta e idosa modificou a pirâmide populacional. Até os anos 60, todos os grupos etários registravam um crescimento quase igual; a partir daí, o grupo de idosos passou a liderar esse crescimento.

A persistir a tendência de o envelhecimento como fenômeno urbano, as projeções para o início do século XXI indicam que 82% dos idosos brasileiros estarão morando nas cidades. As regiões mais urbanizadas, como a Sudeste e o Sul, ainda oferecem melhores possibilidades de emprego, disponibilidade de serviços públicos e oportunidades de melhor alimentação, moradia e assistência médica e social.

No Brasil, em 1900, a expectativa de vida ao nascer era de 33,7 anos; nos anos 40, de 39 anos; em 50, aumentou para 43,2 anos e, em 60 era de 55,9 anos. De 1960 para 1980, essa expectativa ampliou-se para 63,4 anos, isto é, foram acrescidos vinte anos em três décadas, segundo revela o Anuário Estatístico do Brasil de 1982 (Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística/Fundação IBGE). De 1980 para 2000, o aumento deverá ser em torno de cinco anos, ocasião em que cada brasileiro, ao nascer, esperará viver 68 anos e meio. “As projeções para o período de 2000 a 2025 permitem supor que a expectativa média de vida do brasileiro estará próxima de 80 anos, para ambos os sexos” (KALACHE e col., 1987, p. 200-10).

A família, tradicionalmente considerada o mais efetivo sistema de apoio aos idosos, está passando por alterações decorrentes dessas mudanças conjunturais e culturais. Essas situações geram o que se convencionou chamar de intimidade à distância, em que diferentes gerações ou mesmo pessoas de uma mesma família ocupam residências separadas.

De outra parte, o apoio aos idosos, praticado no Brasil, ainda é bastante precário. Por se tratar de uma atividade predominantemente restrita ao âmbito

familiar, o cuidado ao idoso tem sido ocultado da opinião pública, carecendo de visibilidade maior.

O apoio informal e familiar constitui um dos aspectos fundamentais na atenção à saúde desse grupo populacional. Isso não significa, no entanto, que o Estado deixa de ter um papel preponderante na promoção, proteção e recuperação da saúde do idoso nos três níveis de gestão do SUS, capaz de otimizar o suporte familiar sem transferir para a família a responsabilidade em relação a este grupo populacional.

O idoso consome mais serviços de saúde, as internações hospitalares são mais frequentes e o tempo de ocupação do leito é maior do que o de outras faixas etárias.

Em geral, as doenças dos idosos são crônicas e múltiplas, perduram por vários anos e exigem acompanhamento médico e de equipes multidisciplinares permanentes e intervenções contínuas.

A família, como a comunidade, tem um lugar de destaque na criação de uma estrutura que estimula novos caminhos para o idoso, bem como proporciona efetivas opções àqueles que decidem ou são compelidos a deixar o serviço ativo.

Em todas as fases da vida, a família exerce uma importância fundamental no fortalecimento das relações embora, muitas vezes, o indivíduo idoso perde a posição de comando e decisão que estava acostumado a exercer e as relações entre pais e filhos modificam-se.

A diabetes e a hipertensão arterial são doenças altamente prevalentes em indivíduos idosos, tornando-se fatores determinantes na morbidade e mortalidade da população.

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é a mais freqüente das doenças cardiovasculares. É também o principal fator de risco para as complicações mais comuns como acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio, além da doença renal crônica terminal.

No Brasil, a hipertensão arterial e o diabetes são responsáveis, de longe, pela primeira causa de mortalidade e de hospitalizações, de amputações de membros inferiores e representa, ainda, 62,1% dos diagnósticos primários em pacientes com insuficiência renal crônica submetido à diálise (MS, 2010).

O Diabetes Mellitus se configura hoje como uma epidemia mundial, sendo um grande desafio para os sistemas de saúde de todo o mundo.

Diante desses dados, o Governo Federal viu a necessidade de criar um programa que, através de um sistema, pudesse cadastrar e acompanhar pessoas hipertensas e diabéticas. Sendo assim, criou em 04 de março de 2002, através da Portaria nº 371/GM, o programa **Hiperdia**.

O **Hiperdia** é um sistema informatizado que permite cadastrar e acompanhar os portadores de hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus, captados e vinculados às unidades de saúde ou equipes de Estratégia de Saúde da Família do Sistema Único de Saúde – SUS, gerando informações para profissionais e gestores das secretarias municipais, estaduais e ministério da saúde.

A expectativa da demanda por cuidado e o aumento da população idosa, da sobrevivência de portadores destas doenças, na busca da qualidade de vida, visando à identificação dos entraves da acessibilidade enfrentados por esta população e seus familiares em busca da assistência à saúde, foi também um dos critérios utilizados para a escolha do sujeito e da patologia acometida.

Ao avaliar os prontuários, visando selecionar os idosos e familiares da pesquisa, identificaram-se: Diabéticos - 08, Diabéticos e Hipertensão - 112, Hipertensos - 244, totalizando 364 pessoas cadastradas no HIPERDIA. Dentre esta população adscrita da cobertura da USF das áreas 17 e 18, apresentam 32% de idosos faltosos e que abandonaram o tratamento, sendo os diversos motivos predominantes justificados pela falta de médicos nas USFs e a resistência ao tratamento.

5.4 ASPECTOS ÉTICOS

Como toda pesquisa com seres humanos envolve um risco potencial, seja ele moral ou físico, torna-se fundamental a adoção de medidas que busquem resguardar os direitos e deveres, tanto dos sujeitos da pesquisa quanto dos pesquisadores, em situações que possam envolver eventuais conflitos éticos.

Desta forma, seguindo determinação do Comitê de Ética desta Instituição, foi utilizada neste estudo a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que instituiu diretrizes e normas regulamentando pesquisas envolvendo seres humanos.

Particularmente neste estudo, o aspecto ético mais relevante é aquele resultante da situação de entrevista, em que os participantes falam sobre aspectos

de sua vida, de sua família e de seu vínculo com a instituição prestadora de serviço, os quais podem expô-los a situações de vulnerabilidade.

Para protegê-los de tal situação, garantindo o anonimato dos entrevistados, foram adotadas as seguintes medidas:

- utilização de nomes fictícios para os participantes durante a transcrição das entrevistas;
- omitir o uso de qualquer nome de pessoa, lugar ou serviço que possa servir como referência para identificá-los;
- antes da transcrição, as fitas com as entrevistas foram mantidas fechadas, sob a responsabilidade do pesquisador e, após sua transcrição, elas foram apagadas;
- utilização de letras e números na identificação das falas dos participantes expostas neste trabalho.

Outro aspecto importante é o que diz respeito ao esclarecimento dos participantes sobre a afiliação do pesquisador, as finalidades da pesquisa, a metodologia utilizada, os usos de seus resultados bem como as formas de disseminação do conhecimento adquirido, os riscos a que estão se submetendo, seus direitos (liberdade para participar ou não, liberdade para se recusar a responder alguma questão específica, para sair a qualquer momento que o desejar).

Destaca-se entre as considerações contidas na Resolução 196/96, o consentimento livre e esclarecido que preconiza:

[...] a anuência do sujeito da pesquisa e/ou de seu representante legal, livre de vícios (simulação, fraude ou erro), dependência, subordinação ou intimidação, após explicação completa e pormenorizada sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa acarretar, formulada em um termo de consentimento, autorizando sua participação voluntária na pesquisa (BRASIL, 1996, p. 2).

5.5 INSTRUMENTOS E TÉCNICAS PARA COLETA DE DADOS

Em consonância com os objetivos propostos nesta pesquisa, utilizou-se como técnica de coleta de dados: informações da documentação analisada, observação não participante sistemática ou observação assistemática, entrevista aberta, visita domiciliar e o itinerário terapêutico.

5.5.1 Observação não participante sistemática

É aquela em que o pesquisador atua como espectador atento, porém não toma parte do objeto de estudo como se fosse membro do grupo observado (RICHARDSON, 1999, p. 80). Esse autor recomenda que, para fazer esse tipo de observação, sejam esclarecidos a situação de observador e os objetivos da pesquisa, a fim de evitar problemas futuros.

A observação também é considerada uma coleta de dados para conseguir informações sob determinados aspectos da realidade. Ela ajuda o pesquisador a “identificar e obter provas a respeito de objetivos sobre os quais os indivíduos não têm consciência, mas que orientam seu comportamento” (LAKATOS, 1996, p. 79). A observação também obriga o pesquisador a ter um contato mais direto com a realidade.

Esta técnica é denominada observação assistemática, onde o pesquisador procura recolher e registrar os fatos da realidade sem a utilização de meios técnicos especiais, ou seja, sem planejamento ou controle. Geralmente este tipo de observação é empregado em estudos exploratórios sobre o campo a ser pesquisado (COSTA, 1987, p.5-27). Isto é, o pesquisador apenas observa os fatos e o grupo como um mero espectador.

5.5.2 Entrevista não estruturada, aberta ou não diretiva

A entrevista não estruturada ou também chamada “aberta” pode ser definida como “conversa com finalidade”, em que um roteiro invisível serve de orientação e de baliza para o pesquisador e não da fala dos entrevistados (MINAYO, 2010, p. 264).

É o menos estruturado possível e só se distingue da simples conversa porque tem como objetivo a coleta de dados. O que se pretende neste caso é uma visão mais geral do problema investigado, bem como a identificação de alguns aspectos da personalidade do entrevistado.

A entrevista é definida por Haguette (1997, p.86) como um “processo de interação social entre duas pessoas na qual uma delas, o entrevistador, tem por objetivo a obtenção de informações por parte do outro, o entrevistado”. A entrevista como coleta de dados sobre um determinado tema científico é a técnica mais utilizada no processo de trabalho de campo. Através dela os pesquisadores buscam obter informações, ou seja, coletar dados objetivos e subjetivos.

Os dados objetivos podem ser obtidos também através de fontes secundárias tais como: censos, estatísticas, etc. Já os dados subjetivos só poderão ser obtidos através da entrevista, pois que, eles se relacionam com os valores, as atitudes e as opiniões dos sujeitos entrevistados (LAKATOS, 1996, p. 82).

Para esta pesquisa foi utilizada a técnica de **entrevista aberta** por que atende principalmente finalidades exploratórias, é bastante utilizada para o detalhamento de questões e formulação mais precisas dos conceitos relacionados. É uma forma de poder explorar mais amplamente uma questão. As perguntas são respondidas dentro de uma conversação informal.

A entrevista aberta é utilizada quando o pesquisador deseja obter o maior número possível de informações sobre determinado tema, segundo a visão do entrevistado, e também para obter um maior detalhamento do assunto em questão. Ela é utilizada geralmente na descrição de casos individuais, na compreensão de especificidades culturais para determinados grupos e para comparabilidade de diversos casos (MINAYO, 2010, p. 265).

5.5.3 Visita domiciliar

A visita domiciliar esteve presente no contexto histórico brasileiro, na década de 20, assumindo características diferentes, de acordo com os diferentes cenários sociais, políticos e ideológicos pelos quais perpassou sua incorporação aos serviços sanitários, voltada quase que exclusivamente para a eliminação das grandes epidemias de doenças infecto-contagiosas. Pode ser definida como "um conjunto de ações de saúde voltadas para o atendimento tanto educativo como assistencial" (MATTOS, 1995, p. 200).

A visita domiciliar merece reflexão, pois, ela é um dos instrumentos mais indicados para começar a trabalhar o indivíduo, a família e comunidade no processo

de prestação da assistência à saúde, dentro do seu contexto social, desde que seja realizada mediante processo racional e com objetivos definidos (MAZZA, 1994, p. 60).

A visita domiciliária (VD) constitui-se instrumento importante para prática de enfermagem na saúde coletiva, especialmente, na Estratégia Saúde da Família, que permite ao profissional da saúde interagir com o meio em que o indivíduo vive, observar e conhecer sua realidade.

Assim, Padilha, Carvalho, Silva e Pinto (1994, p. 83-90) afirmam que o principal objetivo da visita domiciliar é conhecer o indivíduo inserido em seu meio familiar, o que oportuniza um contato do profissional com os demais integrantes do núcleo familiar, permitindo que se observe o contexto familiar e a disponibilidade de recursos na comunidade.

Mattos (1995, p. 35) cita alguns benefícios da visita domiciliar, tais como o profissional levar o conhecimento para o meio familiar, tendo a possibilidade de fazer um melhor planejamento da ação a ser executada naquela família; proporcionar um melhor relacionamento da família com o profissional, pois é uma prática sigilosa e informal e possibilita uma maior liberdade para a exposição dos problemas dos indivíduos.

Diante disso, fica evidente a utilização da visita domiciliar enquanto estratégia adotada para desenvolver ações, que se faz eficaz e, não só na prestação de cuidados em nível curativo para modificar a realidade epidemiológica, mas também como um instrumento eficiente de coleta de dados e de vigilância em saúde, representando um meio de execução de técnicas ágeis e fidedignas de pesquisa, ainda pouco divulgado.

5.5.3.1 O Itinerário terapêutico

Para se compreender a saúde dos indivíduos e a forma como eles enfrentam a doença torna-se necessário analisar suas práticas (itinerários terapêuticos), a partir do contexto onde elas tomam forma, pois cada contexto possui especificidades e características próprias.

A compreensão sobre como as pessoas e os grupos sociais realizam escolhas e aderem ou não aos tratamentos, ou seja, como constroem seus itinerários terapêuticos, é fundamental para orientar as novas práticas em saúde. No

geral, as dimensões relativas aos contextos de vida dos usuários/famílias e suas histórias escapam aos serviços e aos profissionais de saúde, embora sejam elas que definem as possibilidades de oferta e acesso aos serviços de saúde.

Alves e Souza (1999, p. 125-38) desenvolveram uma importante revisão da literatura sócio-antropológica sobre o processo de escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde, enfocando as diferentes abordagens e interpretações e o próprio conceito de itinerário terapêutico. O termo itinerário terapêutico é aqui utilizado como sinônimo de busca de cuidados terapêuticos e procura descrever e analisar as práticas individuais e sócio-culturais de saúde em termos dos caminhos percorridos por indivíduos pertencentes a camadas de baixa renda, na tentativa de solucionarem seus problemas de saúde.

Daí a necessidade de reformular não só os próprios conceitos de itinerário terapêutico como propõem, mas também a forma de abordar o tema, atendendo ao desafio, tanto para a Antropologia como para a Saúde Coletiva, de conciliar o individual e o coletivo, o material e o imaterial.

A partir do surgimento de um ou mais sintomas físicos ou psíquicos e de seu reconhecimento como tal, o indivíduo se encontra frente a uma rede complexa de escolhas possíveis (RAYNAUT, 2002, p. 103-25).

Os processos de escolha, avaliação e aderência a determinadas formas de tratamento são complexos e difíceis de serem apreendidos se não for levado em conta o contexto dentro do qual o indivíduo está inserido, sobretudo frente à diversidade de possibilidades disponíveis (ou não) em termos de cuidados em saúde para as populações de baixa renda.

É necessário considerar os indivíduos como atores sociais, definidos ao mesmo tempo pelo espaço social no qual se inserem e pela consciência de agir sobre esse espaço (GERHARDT, 2000 citado por RAYNAUT, 2002, p. 103).

Assim,

é preciso hoje reconhecer que a natureza das formas de procura de cuidados é variada e complexa, que se diferencia de um indivíduo a outro, que pode variar em um mesmo indivíduo de um episódio de doença a outro e que a procura de cuidados está sujeita a questionamentos repetidos em cada uma das etapas do processo de manutenção da saúde. De fato, a natureza e a seqüência dos encaminhamentos na procura de cuidados são determinadas por uma série de variáveis situacionais, sociais, psicológicas, de escolhas, de condutas, de tratamentos adotados simultaneamente, ou em série, por um mesmo indivíduo, não pode ser apreendido por uma abordagem centrada no sujeito, estritamente individual, interacionista e que retém somente a estratégia de escolha a fim de chegar na sua lógica. Isso conduziria a uma interpretação cognitiva que negligencia a incorporação de

cuidados no social. Pois o pluralismo terapêutico é amplamente o resultado de relações sociais que transcendem as condutas individuais. Elas exercem pressão sobre as escolhas; elas orientam, favorecem ou penalizam as decisões (BENOIST; SOIGNER, 1996, p. 7, citado por ALVES; SOUZA, 1999, p. 125-38).

[...] os caminhos percorridos pelo doente à procura de diagnóstico e tratamento surge como resultado de múltiplas lógicas, de causas estruturais (sistemas de representações da doença, posição do indivíduo na sociedade) e de causas conjunturais (modificação da situação financeira, conselho de um vizinho) que torna em vão toda tentativa de estrita formalização. (...) Portanto, da necessidade de resituar a seqüência de eventos contextuais da procura de cuidados em relação à complexidade dos fatores sociais que ela implica (GERHARDT; NAZARENO, 2006, p. 2449-63).

Alves e Souza (1999, p. 125-38), baseando-se em Rabelo (1993, p. 316-25), propõem que não existe um padrão único e pré-definido no processo de busca terapêutica e que o itinerário é um processo complexo não podendo ser reduzido,

a generalidades que procedem pela descoberta de leis que ordenam o social. A recorrência simultânea a vários tratamentos e a existência de visões discordantes – e até mesmo contraditórias – sobre a questão terapêutica evidenciam que tanto a doença como a cura são experiências intersubjetivamente construídas, em que o paciente, sua família e aqueles que vivem próximos estão continuamente negociando significados (ALVES; SOUZA, 1999, p. 125-38).

Um indivíduo pode sentir-se mais doente, abandonar mais precocemente suas atividades cotidianas, ausentar-se do trabalho por mais tempo, se sentir mais incomodado que outro com os mesmos sintomas. Essa prática social alcança dimensões difíceis de estimar, mas pode revelar, além do aspecto cultural, a dificuldade de acesso ao parentesco geograficamente próximo, fornece às famílias um quadro econômico e social que lhes permite resistir, até um certo ponto, à precariedade material. Ele constitui o elemento mais estável da estrutura social (LEBRÃO, 1997 citado por ALVES; SOUZA, 1999, p. 125-38).

A valorização da família e do parentesco entre os mais desfavorecidos é o resultado da forma como eles vivem suas próprias condições de vida, seus projetos, e de como eles se posicionam frente às outras categorias sociais. Neste sentido, a vida familiar e comunitária não está isolada, ela insere-se na dinâmica econômica e social da sociedade como um todo e na capacidade individual de integrar-se a ela.

A população residente nas duas zonas estudadas revela diferentes escolhas em termos de recursos terapêuticos: profissionais de saúde da rede de Atenção Básica, dos hospitais, de farmácias, benzedeiros, curandeiros e automedicação

(medicamentos convencionais e utilização de ervas medicinal). Os indivíduos utilizam assim as diferentes opções existentes sucessivamente ou simultaneamente.

A saúde se insere nas estratégias individuais e familiares, ao mesmo tempo em que se apóia em diferentes tipos de recursos coletivos. Os itinerários observados ilustram a prática cotidiana de recursos frente à doença, onde diferentes estratégias incorporam diferentes escolhas e alternativas. Eles revelam um processo no qual se articula o individual e o coletivo nas estratégias de enfrentamento, colocadas em prática por indivíduos capazes de mobilizar recursos materiais e imateriais.

5.6 ANÁLISE DOS DADOS

Minayo (2010, p. 300-301) aponta que, para a realização das análises dos dados, vários caminhos são possíveis e, praticamente, todos eles dependem da corrente de pensamento a que o investigador se filia.

Partindo deste princípio e de que o contexto sociocultural existente no grupo pesquisado está presente em cada fala e atitude dos participantes, sua análise está baseada na apreensão de significados dos textos produzidos, fundamentados na Análise de Conteúdo.

Para Bardin (1979, p. 42), autora dessa modalidade, esta consiste na melhor forma de se compreender as comunicações do ser humano para além dos seus significados imediatos:

[...] um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos temáticos e objetivos por descrição de conteúdos das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (BARDIN, 1977, p. 42 apud MINAYO, 2010, p. 303).

De acordo com Minayo (2010, p. 303), a análise de conteúdo diz respeito à técnica de pesquisa que permite tornar replicáveis e válidas inferências sobre os dados de um determinado contexto, por meio de procedimentos especializados e científicos, se organiza mediante três fases: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados. Em comum, as definições ressaltam o processo de *inferência*.

O processo de explicitação, sistematização e expressão do conteúdo de mensagens, promovido pela análise de conteúdo, é organizado em três etapas, realizadas em conformidade com três pólos cronológicos diferentes. De acordo com Bardin (1979, p. 105 apud MINAYO, 2010, p. 316), essas etapas compreendem:

a) a **pré-análise**: fase de organização e sistematização das idéias, em que ocorre a escolha dos documentos a serem analisados, a retomada das hipóteses e dos objetivos iniciais da pesquisa em relação ao material coletado, e a elaboração de indicadores que orientarão a interpretação final. (grifos nossos).

A pré-análise pode ser decomposta em quatro etapas: **leitura flutuante**, na qual deve haver um contato exaustivo com o material de análise; **constituição do corpus**, que envolve a organização do material de forma a responder a critérios de exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência; **formulação de hipóteses e objetivos**, ou de pressupostos iniciais flexíveis que permitam a emergência de hipóteses a partir de procedimentos exploratórios; **referenciarão** dos índices e elaboração dos indicadores a serem adotados na análise, e preparação do material ou, se for o caso, edição. (grifos nossos).

b) a **exploração do material**: trata-se da fase em que os dados brutos do material são codificados para se alcançar o núcleo de compreensão do texto. A codificação envolve procedimentos de recorte, contagem, classificação, desconto ou enumeração em função de regras previamente formuladas. (grifos nossos).

c) **tratamento dos resultados** obtidos e interpretação: nessa fase, os dados brutos são submetidos a operações estatísticas, a fim de se tornarem significativos e válidos e de evidenciarem as informações obtidas.

De posse dessas informações, o investigador propõe suas inferências e realiza suas interpretações de acordo com o quadro teórico e os objetivos propostos, ou identifica novas dimensões teóricas sugeridas pela leitura do material. Os resultados obtidos, aliados ao confronto sistemático com o material e às inferências alcançadas, podem servir a outras análises baseadas em novas dimensões teóricas ou em técnicas diferentes.

Apesar de ser orientada nas três fases descritas anteriormente, a análise de conteúdo, propriamente dita, vai depender especificamente do tipo de investigação a ser realizada, do problema de pesquisa que ela envolve e do corpo teórico adotado pelo pesquisador, bem como do tipo de comunicações a ser analisado.

Existem várias técnicas desenvolvidas na análise de conteúdo que atuam no sentido de promover o alcance e a compreensão dos significados manifestos e latentes no material de comunicação, das quais será utilizada a **Análise temática** ou categorial: compreende o tipo de técnica mais utilizada pela análise de conteúdo, que consiste em operações de desmembramento do texto em unidades (categorias), seguindo reagrupamentos analógicos (MINAYO, 2000, p. 303-304, grifos nossos).

Essas operações visam descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, preocupando-se com a frequência desses núcleos, sob a forma de dados segmentáveis e comparáveis, e não com sua dinâmica e organização (BARDIN, 1979, p. 13-29).

Por esse motivo, (MINAYO, 2010, p. 316) acredita ser uma técnica com raízes positivistas com crença baseada na significação da regularidade. Contudo, a autora defende que já há algumas variantes que trabalham com significados em lugar de inferências estatísticas.

Ainda segundo Minayo (2010, p. 315) define a análise temática como uma técnica que “consiste em descobrir os núcleos de sentidos que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado”.

Partindo deste pressuposto, a análise foi iniciada após leituras repetitivas das transcrições integrais promovendo seleção de trechos das falas, estabelecendo categorias empíricas.

Para a construção das categorias, os dados foram organizados diante dos objetivos desta pesquisa e dos discursos dos idosos usuários. Assim, houve dois momentos de recorte para compor as categorias: no primeiro, foram selecionados trechos que continham informações relacionadas com o objetivo da pesquisa. No segundo, a partir dos trechos, foram identificados núcleos de sentido, relacionados com a proposta da pesquisa.

Em relação à construção das categorias, é importante destacar que ela pode se dar *a priori* – operação que pressupõe uma interação entre o quadro teórico do analista, os problemas da pesquisa e as hipóteses, capaz de construir um sistema de categorias cujo objetivo seja apenas detectá-las (refutando-as ou confirmando-as) –, *a posteriori* – quando as categorias emergem do material da pesquisa, dos dados – ou podemos ter uma construção de categorias por meio da combinação dos dois processos (BARDIN, 1979, p. 13-29).

Neste sentido, as observações não participativas, visitas domiciliares, o itinerário terapêutico e as entrevistas foram lidas, ouvidas e assistidas em vários momentos para que novos dados fossem identificados e que as categorias fossem determinadas definitivamente.

Na exploração do material, foi realizada uma leitura vertical de cada processo, e a leitura horizontal entre os processos e, por meio de uma leitura mais detalhada, identificaram-se, inicialmente, três núcleos de sentidos, a saber:

1. **Acessibilidade organizacional:** Fila de espera USF, problemas com o computador/internet, vagas insuficientes, grande demanda de usuário para exames aparelhos insuficientes/quebrados, dificuldade de marcação, triagem, não há prioridade de atendimento aos idosos, sistema de referência e contrarreferência (dificuldades/facilidades), busca por alternativas assistenciais (particular hospital);

2. **Necessidade de acesso:** busca USF e outras alternativas assistenciais: terapias alternativas (chás com ervas medicinais) e a urgência e emergência nos hospitais públicos e particulares.

3. **Relação do usuário com a equipe:** respeito, confiança, ética profissional; criação de laços de compromissos da equipe, com os usuários (responsabilização, resolubilidade dos problemas).

Antes de iniciarem os resultados e discussões dessas categorias, vale destacar que as falas dos usuários foram codificadas, de forma a manter o anonimato e sigilo. Para melhor entendimento, consideremos o exemplo: Caso 01, 02, 03 e 04, onde: Caso 01, Caso 02, Caso 03 e Caso 04 – estes números representam os usuários, escolhidos conforme a primeira fala que aparece no primeiro encontro. Para as observações codificamos em OBS1, para o primeiro dia de observação, OBS2, para o segundo, assim sucessivamente.

CAPITULO VI

6 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Apresentam-se, a seguir, os resultados da pesquisa de campo conforme os dados obtidos através das observações, entrevistas, itinerário terapêutico e visitas domiciliares por: **1.** Relato dos casos; **2.** Acessibilidade organizacional **3.** Necessidade de acesso **4.** A produção de vínculo do usuário com a equipe.

6.1 ESTUDOS DE CASOS

Inicia-se a apresentação dos resultados com a descrição dos estudos de casos.

CASO 01

A Sra. M.S.B. tem 66 anos, é casada, de cor parda, analfabeta, agnóstica, dona de casa, nascida em Euclides da Cunha - Bahia.

Reside com o marido (também idoso, com 72 anos), uma filha de 42 anos e dois netos, bairro Urbis IV, Itabuna–Bahia, casa própria com dois cômodos, constituída de bloco, com rede de abastecimento de água, energia elétrica, com saneamento básico, transporte coletivo, escolas, mercearias e a USF. Seus hábitos alimentares diários incluem verduras, frutas incluindo a banana, feijão, arroz, pão, cuscuz, carne no feijão e café.

A idosa relata que era fumante e deixou de fumar há, mais ou menos, três anos, devido à doença. Foi convencida pela equipe saúde da família. Quando jovem, ingeria bebida alcoólica, mas atualmente não bebe mais. Nas horas vagas, gosta de assistir televisão, costuma dormir e acordar cedo.

Nascida de parto normal, teve a menarca aos 13 anos, a primeira relação sexual aos 17 anos. Engravidou e pariu seis filhos, todos de parto normal. Nunca tomou remédio para evitar gravidez (por que não tinha dinheiro para comprar), usava método natural (chá, banhos e garrafada). Perdeu quatro filhos, uma menina de quatro anos teve vômitos e morreu a caminho do hospital em seus braços. Teve dois partos prematuros, um com oito meses de gestação devido a um susto e o outro não sabe informar; o último morreu com quatro meses de vida e ela também não sabe informar o motivo. Possui dois filhos vivos, um homem de 33 anos e uma “menina” de 37 anos que mora com ela.

Em relação aos antecedentes familiares, informa somente que seu irmão teve problemas devido ao alcoolismo, hipertensão, diabetes e cardiopatia e que seu pai foi submetido a duas cirurgias, uma de hérnia e outra de próstata.

Quanto aos antecedentes patológicos, relata que nunca foi submetida a nenhuma cirurgia e que sua saúde era “normal” até que foram descobertas essas doenças (hipertensão e diabetes) na USF pela enfermeira. Na sua infância, teve sarampo, varicela (catapora), parotidite (caxumba) e é alérgica a sabão de lavar roupa (amarelo).

No que diz respeito ao passado vacinal, refere apenas já ter tomado quatro vacinas sendo duas para tétano e duas ela não sabe para que foi. Não tem costume de ir ao odontólogo, mas escova os dentes todos os dias.

Os sinais e sintomas da doença atual surgiram há algum tempo, mas sempre achando que era alguma coisa que comeu e fez mal. Nesse momento, utilizava purgantes, chás de erva cidreira e capim santo. Não melhorando a agonia no peito, foi levada à USF pela filha. Como a pressão estava muito alta e não tinha médico lá, a enfermeira encaminhou para o Hospital de Base pelo SAMU, ficando lá internada por quase uma semana.

Relata que sente saudades do sal e açúcar das comidas e que, de vez em quando, come um pouquinho para não ficar com água na boca, que não consegue resistir. Não tem medo da sua doença, sua única preocupação é a sua família também adoecer, pois as condições (financeiras) não são boas, mal dá para comer. Informa que sabe um pouco a respeito de sua doença e que a equipe da USF lhe explicou, mas no Hospital de Base não foi explicado nada. Não possui nenhuma reclamação acerca da equipe da USF e fica feliz quando recebe visitas.

Ao realizar a observação e entrevista com a Sra. M.S.B., pode-se obter informações necessárias para a realização da pesquisa. No começo a usuária não foi muito receptiva às perguntas realizadas, talvez pelo pouco tempo de contato, mas depois colaborou de maneira satisfatória com a coleta de dados.

CASO 02

O J.S.S., sexo masculino, 77 anos, solteiro, não foi alfabetizado, religião católica. Quando possuía bom estado de saúde, exercia profissão de lavrador e serviços gerais. É natural da cidade de Ubaitaba-Bahia e atualmente reside no bairro Brasil novo em Itabuna-Bahia. Reside na companhia dos irmãos, cunhados e sobrinhos, totalizando 12 pessoas, em residência própria, construída de adobão (bloco de argila cru secado ao sol) e cimento. Possui banheiro fora da casa, saneamento básico inadequado e utiliza-se de água filtrada para consumo. Relata já ter tomado muito banho em rios. Era fumante, adorava passear, teve sua infância na fazenda e só buscou serviços de saúde depois da suspeita da primeira doença, a hanseníase, e depois apareceu a hipertensão.

Nascido de parto normal teve a primeira relação sexual aos 25 anos. Relata dormir pouco durante a noite, faz uso de fraldas descartáveis, apresenta funcionamento intestinal insatisfatório visto que o paciente relatou demorar até seis dias sem evacuar. Alimenta-se normalmente. Queixa-se de dores generalizadas principalmente na coluna.

A doença (hanseníase) deste usuário surgiu há oito anos, o primeiro sinal e sintoma apresentado foi uma forte dor na coluna, o que fez ele buscar um médico que solicitou a realização de exames de sangue e fezes, além de realizar o exame clínico, quando descobriu a mancha que era a doença. Buscando uma solução para o seu problema, esteve internado no hospital de base de Itabuna por apresentar pressão alta, mas “lá ninguém descobriu essa doença que me deixou na cama”.

Atualmente ele faz uso de medicação para tratar a hanseníase, pois sempre parava o tratamento; agora, morando na cidade e com os irmãos, pretende seguir toda orientação. A demora pelo tratamento justifica-se pela falta de conhecimento da gravidade das doenças e de não ter nenhum médico descoberto a tempo. Sempre procurou tratamento alternativo, tipo chás, banho com ervas e garrafadas e apresentava melhora do mal estar; quando não mais houve melhora resolveu vim para a cidade em busca de tratamento e ajuda familiar.

Também já foi acometido de Leishmaniose e doenças características da infância como: sarampo, catapora e caxumba. Informa que a sua irmã é portadora de doenças cardíacas, pressão alta, diabetes. Refere também ter se imunizado com vacinas contra gripe e tétano.

O usuário relata que o seu isolamento social decorrente da gravidade da doença o incomoda por que as pessoas têm medo de se aproximarem e preocupa-o também transmitir para seus familiares. Estes se preocupam em manter o seu bem-estar, pois estão orientados pela equipe da USF. Ele é informado e sabe sobre a gravidade desta doença (hanseníase e hipertensão), afirmando que é bem tratado pela equipe USF e que não pretende mais abandonar o tratamento.

Ao realizar uma observação e entrevista com o J.S.S, pôde-se obter as informações necessárias para a realização da coleta de dados, visto que este colaborou de maneira satisfatória, demonstrando simpatia e bom-humor, além de se mostrar agradecido pela atenção que lhe foi dada.

CASO 03

Sr. A.S.S, sexo masculino, 72 anos, casado, protestante, alfabetizado depois de adulto. É natural da cidade de Ibicaraí - Bahia, atualmente reside no bairro Sinval Palmeiras, com a esposa, dois filhos e cinco netos, totalizando nove pessoas. Residência própria, construída de adobão e cimento, possui banheiro fora da casa (tipo fossa), há saneamento básico adequado no bairro, porém ainda não foi ligado o esgoto para a sua casa. Utiliza-se de água filtrada para consumo.

Tem hábitos alimentares na medida do possível a base verduras, carnes, farinha e frutas. Refere já ter tomado muito banho em rios. Era fumante e bebia de vez em quando, foi criado em uma fazenda de cacau onde aprendeu a trabalhar com sua família, exercia profissão de lavrador em fazendas de cacau da região. Buscou tratamento de saúde quando os chás já não faziam mais efeito e parecia que ia morrer “uma agonia tampando a garganta”. Foi levado para o hospital de Ibicaraí - Bahia e lá o médico disse que ele tinha pressão alta e a diabetes tava muito alta. Foi aí que descobriu a doença, isso há quase 10 anos. Sempre que se sente mal procura tomar chás, quando não melhora, procura o hospital, não gosta muito de ir ao posto, lá é difícil ter médico, só vai lá quando falta remédio.

Sempre foi um homem saudável, comia de tudo e nunca se preocupou com doenças, não se lembra de já ter algum caso na família. Quanto às doenças características da infância, teve sarampo, catapora e caxumba. Informa, ainda, que a sua filha mais velha tem o mesmo problema (doença) dele. Tomou todas as vacinas, quando a equipe da USF veio a sua casa, pois devido à idade e a doença tem dificuldade para andar, sendo muito difícil ir à USF. Só sai de casa quando precisa fazer exame em alguma clínica, mas é muito difícil, já que nem sempre acha vaga ou cota e precisa fretar um carro. Preocupa-se com doença e em manter o seu bem-estar; não quer dar mais trabalho para a família. Afirma que é bem tratado na USF e que pretende continuar se tratando, até o dia que Deus mandar chamar.

Ao realizar uma observação e entrevista com o Sr. A.S.S, pôde-se obter as informações necessárias para a realização da pesquisa, visto que este colaborou de maneira satisfatória, demonstrando simpatia e bom-humor envolvendo toda a sua família no momento da visita domiciliar e entrevista realizada.

CASO 04

Sra. A.M.S. tem 76 anos, é casada, de cor parda, analfabeta, católica, dona de casa, nascida em Canavieiras - Bahia. Relata que quando morava em Canavieiras, tinha um rio próximo à sua casa, mas ela não tomava banho nele e sim com balde no quintal. Reside com o marido (também idoso, com 82 anos), uma filha de 35 anos e três netos, no loteamento (bairro) Morumbi, Itabuna – Bahia, em casa alugada com dois cômodos, construída com adobão, com rede de abastecimento de água, energia elétrica, saneamento básico precário.

As necessidades fisiológicas são feitas numa fossa construída no fundo da casa, com orientação do agente comunitário de saúde. É um sanitário improvisado cercado por madeira e coberto com telha de Eternit, após o uso a fossa é coberta por um pedaço de madeira, evitando que o odor exale e que a criança caia no buraco. Em seus hábitos alimentares, incluem-se verduras, banana da terra, batata doce e laranja, arroz, feijão, farinha e carne (quando tem).

Era fumante e deixou de fumar há mais ou menos uns seis meses. Quando era jovem, ingeria bebida alcoólica, mas atualmente não bebe mais. Nas horas vagas, gosta de assistir TV, costuma cochilar depois do almoço, dormir e acordar cedo.

Nascida de parto normal, teve a menarca aos 14 anos e a primeira relação sexual aos 22 anos. Casou-se aos 25 anos, engravidou e pariu seis filhos (quatro homens e duas mulheres), todos de parto normal. Os seus seis filhos casaram-se e lhe deram 09 netos.

Em relação aos antecedentes familiares, informa somente que seu irmão teve problema de pulmão e que seu pai tinha o mesmo problema dela (hipertensão e diabetes) e também problemas no coração.

Quanto aos antecedentes patológicos, relata que nunca tinha adoecido e descobriu seu problema por acaso: havia ido levar o neto ao posto para tomar vacina, quando pediu para medir a pressão; a enfermeira nem acreditou que tava tão alta que achou que o aparelho estivesse com defeito, encaminhando imediatamente ao médico. Então sua vida mudou muito, teve que tirar o sal da comida e, para completar, também o açúcar, para não morrer ou ficar torta. Ainda diz que o único prazer de pobre é comer, então nesta idade adocece e a vida fica sem graça igual à comida sem sal e açúcar. Teve as doenças da infância e toma as vacinas, sempre que o agente comunitário de saúde lembra.

Não costuma ir ao odontólogo, mas escova diariamente os poucos dentes que ainda tem. Informa que não tratou dos dentes porque sempre faltavam materiais no posto, como começaram a doer teve de extraí-los.

Informa que sabe um pouco a respeito de sua doença e que a equipe USF lhe explicou. Quando adoece procura outras formas de tratamento como chás, banhos com folhas, vai ao posto ver a pressão e, quando não há melhora nos finais de semana e feriados, procura o pronto socorro do Hospital de Base. Não possui nenhuma reclamação acerca da equipe de enfermagem e fica feliz quando recebe visitas para conversar.

Ao realizar a observação, entrevista e a visita domiciliar com a Sra. A.M.S, pode-se obter informações necessárias para realização da pesquisa. No começo a paciente não se encontrava na residência, então iniciamos a entrevista com os familiares que foram muito receptivos às perguntas realizadas. Com a chegada da Sra. A.M.S, esta também colaborou de maneira satisfatória com a coleta de dados e nos convidando para retornar.

6.2 ACESSIBILIDADE ORGANIZACIONAL

Conforme a Constituição Federal de 1988, o direito à saúde implica o reconhecimento de que todos os cidadãos, sem exceção, têm as garantias universais da saúde. Em seu Artigo 6, trata a saúde como direito social. Mais à frente na Seção II da Seguridade Social, Artigo 196 da Carta Magna está declarado que “**saúde é direito de todos e dever do Estado**” (BRASIL, 1998, p. 39, grifos nossos).

Esse direito foi consagrado na Lei Orgânica da saúde nº 8.080/90, art. 7, quando se definem os princípios do SUS, sendo um deles a **universalidade**, que garante o **acesso** aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência, bem como a igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie (BRASIL, 1990a, grifos nossos).

O primeiro contato do usuário ao serviço 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, p. 207-45).

É importante destacar que o modo de organização do sistema de saúde brasileiro estrutura-se numa rede assistencial hierarquizada que tem na atenção básica sua porta de entrada, a qual deve ter o acesso facilitado, sob pena de descumprimento de seus princípios fundamentais, como o da universalidade, da eqüidade e da integralidade (AZEVEDO, 2007, p. 94).

A acessibilidade organizacional envolve os modos de organização dos recursos de assistência à saúde. Esse modo de organização refere-se tanto aos obstáculos que podem surgir na entrada (demora em obter uma consulta, tipo de marcação de horário, turnos de funcionamento) ou no interior da unidade de saúde (tempo de espera para ser atendido, demora para exames laboratoriais) (FEKETE, 1996).

Nesse modo de olhar, pode-se entender que o acesso está dividido em dois pólos, de um lado a capacidade de produção de recursos (disponibilidade de recursos) e do outro, o consumo real do serviço (a utilização do serviço).

Assim, dentro do tema “**acesso**”, considerando as narrativas dos sujeitos nos encontros realizados, às questões que dizem respeito ao acesso aos serviços de saúde, este tema se constrói em suas interfaces com a acessibilidade organizacional, o sistema de referência e contrarreferência (unidade básica de referência, USF, central de regulação e odontologia) e a busca por alternativas assistenciais (hospital e particular).

Um aspecto desta problemática que apareceu nas entrevistas realizadas com os sujeitos, entre os motivos pelos quais alguns usuários relataram ter empecilhos para conseguir a utilização do serviço na unidade, foi a dificuldade para marcar as consultas, sendo que alguns citaram meses de espera sem conseguirem marcar, como se pode perceber nas narrativas abaixo.

[...] Eu já vim duas vezes pra marcar o exame pra tirar a ficha para médico. Eu chego aqui e não tem ficha já ta completa, pois só atende quinze fichas pela manhã e não vem todos os dias. Depois disse que era passar pela triagem eu chego aqui já esta tudo completo e até hoje eu não marquei a ficha. Eu queria passar pelo médico, pra ele passar ver se tô com algum problema, pois sinto uma agonia no peito, que não melhora com chá. **(Caso.2)**.

Agora só teve um exame de raio X que o médico aqui pediu, levei 7 meses pra marcar [...] mandou eu jogar fora não prestava mais. [...]. Toda as vezes que eu vinha marcar dizia que a máquina tava quebrada, pra passar no raio X, que tava quebrada. **(Caso. 3)**.

Um usuário conversando com o agente administrativo reclama que ficou a semana inteira “subindo e descendo” para marcar um exame e não conseguiu. **(OBS.1)**.

Uma usuária queria marcar um exame e o agente administrativo informa que só a partir do dia 25 julho e que esta teria que ir marcar em outro local por que a cota da unidade já terminou. **(OBS.2)**.

Assim, pode-se observar que, apesar da unidade de Saúde da Família estar inserida no primeiro nível de ações e serviços do sistema local de saúde, os sujeitos da pesquisa encontram dificuldade de acesso à rede básica, o que revela um certo desajuste entre as características dos recursos de saúde e as da população, pois embora exista o processo de busca, em contrapartida, não se verifica a obtenção de uma assistência capaz de satisfazer as necessidades de saúde, demandadas pela população.

Os grandes entraves que geram a dificuldade de marcação de exames, relatada pelos usuários, são a falta de cotas para exames e os problemas no computador e/ou rede de Internet, como ficaram evidenciados em várias falas.

Ela: poxa [...] eu não posso marcar agora porque a net ta fora do ar. **(Caso.2)**

E a coisa mais grave que tem aqui da USF – autorização de exames pra cá? Você sabe o que é? Os computadores daqui é fora do ar o tempo todo. O tempo todo já passou mais de 15 dias aqui fora do ar, dizem que é por que não pagou a internet. Como que autoriza? Diga aí, como que marca? **(Caso.3)**

As cotas terminam porque o sistema ta sempre fora do ar é tanto que ela é muito lenta, ela é lenta e aí tem vezes que fica mesmo. Aí se por acaso ficar 15 dias aí já perdeu bastante cota nesse período. **(Caso.4)**

Se naquela data ali o sistema não tiver no ar ela não tiver condição de marcar perde porque ela vai marcar pra que dia? Se o médico já atendeu dia 10 como é que ela vai marcar no dia 11? Não tem como marcar, pior é quando já acabou a cota do médico **(Caso.1)**

Para tentar resolver esse problema um usuário chega a sugerir que “[...] o que a gente tem de reivindicar pra aqui é um sinal melhor pra internet. É isso que tem que cobrar e aumentar as cotas de exames **(Caso.3)**

Ninguém, entende? Então automaticamente outra unidade vai usar a cota, por que quando a internet volta já não tem mais vaga na clinica ou laboratório **(Caso.2)**.

Outro fato importante, revelado pelos sujeitos nos encontros, quando se consegue a autorização, é a dificuldade para marcar (agendamento) exames: é longa a fila de espera; com isto vence a data da autorização e não pode ser renovada, como pode ser comprovado na fala a seguir.

Isso porque a fila de espera da vez que eu vim tinha bem uns 60 ou mais, então tinha que esperar atender aquele 60, aqueles todos que tava na minha frente serem atendidos, né? Quando chegou a minha vez a autorização já tinha vencido. Então eu acho um pouquinho assim... não sei... nem bem explicar...é... entendeu? Agente perde muito tempo, aí a doença piora (**Caso.1**)

Outrossim, merece destaque o número insuficiente de vagas para uma grande demanda, o que os autores consideram como o grave estrangulamento no acesso aos serviços especializados de atenção secundária no SUS, o que é expresso pelas seguintes falas dos usuários.

Franco e Magalhães Junior (2003) consideram que os gestores do SUS convivem com grande pressão de demanda, sobretudo, nos níveis de especialidades, apoio diagnóstico e terapêutico, média e alta complexidade, à qual não se consegue responder, o que culmina nas longas filas e espera para alguns procedimentos.

Cada unidade só tem direito a três por mês. Cada unidade de saúde só tem direito a três. Ai se você chegar dia 30 lá já foi 3 daqui ai você já não vai... vai esperar até o próximo mês. (**CASO.1**)

Cada unidade tem sua cota. Então o médico vai atendendo de acordo com a data passou daquela data ele atende se não marcou ele não atender mais (**CASO.2**)

Uma vez eu levei três meses para consegui eu vinha nas datas que ela falava mais ai falava ah alguém pegou porque só tinha uma às vezes só tinha duas. Eu achava que tinha que vim mais vagas para aqui. Às vezes é raios-X e outros que não dependo graças a Deus de outros exames, dependendo mais desse. (**CASO.3**)

Agora sobre a cota aqui o posto não tem nada a ver com isso aqui tudo é a Central de Regulação. O que eles determinam lá pra tal só vem aquilo (**CASO.4**)

Na Central de Regulação existe um número mensal de cotas para cada unidade de Saúde da Família do município. Esse número, pelas falas dos usuários, não é suficiente para atender a demanda da população, o que compromete a integralidade da assistência, que é entendida como “uma ação resultante da interação democrática entre atores no cotidiano de suas práticas na oferta do cuidado de saúde, nos diferentes níveis de atenção do sistema” (PINHEIRO, 2001. p.65-75).

Um usuário ainda relatou que a dificuldade em obter um atendimento é devido a aparelhos/materiais insuficientes para demanda e/ou quebrados, como se pode observar nas falas abaixo:

Só tinha um... aparelho de pressão [tensiômetro] pra cinco praticamente atendimentos: médico, enfermeiro e por ai vai... **(CASO.4)**.

As vezes falta remédio da pressão, aí agente tem que ir buscar na farmácia popular, quem tem passe livre vai, mas quando não pode ir ou não tem dinheiro para pagar a passagem do coletivo, agente fica sem remédio, tem que tomar chá. **(CASO.3)**.

O acesso à saúde está ligado às condições de vida, nutrição, habitação, poder aquisitivo e educação, englobando a acessibilidade aos serviços, que extrapola a dimensão geográfica, abrangendo também o aspecto econômico, relativo aos gastos diretos ou indiretos do usuário com o serviço, o aspecto cultural envolvendo normas e técnicas adequadas aos hábitos da população e o aspecto funcional pela oferta de serviços adequados às necessidades da população (UNGLERT, 1995, p. 221-235).

O dentista vem trabalhar mas não tem material pra tratar os dentes, as vezes só tem material para arrancar, agente acaba ficando banguela (desdentado) **(CASO.1)**.

Nessa perspectiva, o Ministério da Saúde considera que para garantir a resolutividade da Atenção Básica, é imprescindível a existência de equipamentos e materiais adequados ao elenco de ações propostas (BRASIL, 2006b).

Ainda nesse aspecto de escassez de materiais nota-se, nas observações, que faltavam alguns medicamentos na unidade, o que pode comprometer a qualidade da assistência e a continuidade das ações de saúde.

Assim, ao observar uma consulta de enfermagem do programa HIPERDIA, identificou-se que a enfermeira desenvolvera estratégia para que não faltasse o medicamento para os usuários, disponibilizando apenas dois terços do que o usuário iria precisar, para o período de trinta dias, na tentativa de assegurar que outros usuários pudessem receber também, até que chegue o restante de medicação do programa, porque a unidade dispunha de pequena quantidade de medicamento

A forma de marcação de consultas e exames, também foi mencionada pelos usuários como uma dificuldade de acesso. Neste sentido, muitos usuários questionaram o modo como a consulta é marcada, o que eles chamam de triagem, conforme se observa nos seguintes relatos.

E sobre também a triagem começa oito horas muitas vezes, doença não tem horário, então a pessoa ta doente o posto esta aberto eu vou lá. O que aconteceu uma vez meu pai tava cansando vim aqui e dizer ah não! Não posso atender não! O médico não está já atendeu as quinze fichas. **(CASO.2)**.

[...] aí eu chego e pergunto ainda tem vaga paro médico? Não, o dia de marcar ficha para o médico é terça-feira, só tem vaga se a enfermeira pedir e for grave. Ah, eu não vou esperar não, não to me agüentando em pé. [...] às vezes, é como diz, só tem dia tal, triagem tem que chegar oito ou duas horas da tarde, ta certo não tem mais triagem, ai a pessoa doente já volta pra casa... **(CASO.1)**.

Já estabelecemos que a autorização de exames, tem o seu dia certo de marcar apartir da oito horas e pode ta mil aguardando na fila ai que não atende fora do dia programado, porque o computador não marca, o funcionário sempre fala a mesma coisa. **(CASO.3)**.

Agente tem dia marcado para adoecer e tem que esperar o dia certo para se tratar, quem tem dinheiro vai na rua e paga, quem não tem ou piora e morre. **(CASO.4)**.

Porque se eu to com **pressão alta**, se eu to sentindo uma dor muito forte, se eu to com uma **diarréia**, se é um filho que ta com a febre alta, **passou mal agora**, é necessário ser atendido agora, eu não vou deixar se ta com um problema agora não vou deixar pra esperar terça, quinta-feira, ou pra início de mês, porque tem casos e tem casos, tem casos que pode esperar e **tem casos que não pode**, o médico tem dia que só atende de manhã, tem dia que é a tarde e tem dia que nem vem tá de folga. É nesse ponto que eu não vejo o que eles falam a triagem... **(CASO.2)**.

Frente a estas constatações, vê-se que a marcação da consulta e exames específicos para cada dia da semana, como estratégia gerencial/organizacional adotada pela secretaria municipal de saúde, talvez na tentativa de evitar as filas dentro da unidade e promover mais humanização ao atendimento, não é bem visto pela comunidade, pois como disse uma usuária:

“você tem que prever quando vai ficar doente oito horas e dia da semana, vou levar pra triagem. [...] doença não tem horário nem dia da semana, então a pessoa tá doente o posto tá aberto eu vou lá, mas não sou atendido, por que cheguei depois do horário da triagem ou não é dia da semana que autoriza o exame” (**CASO.4**)

Azevedo (2007, p. 111) traz que este problema “está diretamente relacionado à questão do atendimento à demanda espontânea (ou as chamadas intercorrências), que, por não ser valorizada no PSF, tampouco consegue fazer parte de seus processos cotidianos de trabalho”.

É neste sentido que Merhy e Franco (1996), ao fazerem uma crítica sobre o PSF, consideram que os usuários procuram o serviço de saúde em situação de sofrimento e angústia e, quando a unidade básica não responde de forma satisfatória às suas necessidades, para eles impreteríveis, desembocam nos serviços de Pronto Atendimento e ou Prontos-Socorros.

Nesse modo de olhar, Franco, Bueno e Merhy (2003, p. 125-34.) apontam que o acolhimento, enquanto uma nova diretriz para reorganização dos serviços de saúde, encontra alguns limites para sua consolidação, dentre eles, destaca o agendamento de consultas médicas pois, para esses autores, a diretriz do acolhimento pressupõe agenda aberta para os casos que necessitem.

Aliado a esses problemas, os usuários identificaram outro fator a se considerar como obstáculo no acesso à unidade que é o grande número de famílias cadastradas na USF, o que compromete a oferta de serviço e o atendimento como afirmam os sujeitos da pesquisa:

São mil famílias! Multiplicado por cinco pessoas da família são cinco mil pessoas! E lidar com isso aí (apontou para as crianças presentes na reunião) não é brincadeira não. Lidar com adulto ainda vai. Tem criança demais! (**Caso.1**).

O tratamento da pressão alta e diabete, não atende só mento os velhos, se a senhora olhar e perguntar pra eles também, tá aqui para serem atendido, não veio vigiar os velhos não. (**Caso. 4**).

Infelizmente, Magalhães Junior e Oliveira (2006, p. 55-64) apontam que a disponibilidade de recursos tecnológicos necessários à continuidade da assistência nos outros níveis se dá mediante a necessidade de apoio diagnóstico e terapêutico ágil e de boa qualidade para a atenção básica e a insuficiência de oferta a consultas e exames especializados, principalmente os de média complexidade.

Dessa maneira, os usuários reclamam que encontram dificuldade para conseguir atendimento fora da unidade de Saúde da Família, como se pode perceber na seguinte fala:

Tô com uma consulta pra fazer, para o médico da próstata, nem me lembro quando foi que o médico daqui, falou que tinha de fazer logo, pois na minha família já morreu alguns com câncer de próstata. **(Caso 03)**.

Quando agente chega no posto passando mal (mas não tá morrendo) e não tem médico, ai manda (encaminha), agente procurar o pronto socorro, quando chega lá já é de noite, fala que é pra gente procurar o posto, mas como se o posto só funciona até cinco da tarde. Agente volta pra casa esperando piorar para chamar o SAMU ou então logo cedo ir para o posto esperar o médico chegar **(Caso 01)**.

Eu tô com uma ordem que o dentista me deu para colocar a prótese dentária tem um ano fez em outubro... vai fazer dois anos agora. Vai no CEO que coloca, aquilo ali é céu? (risos) Eu vou sempre, toda vez que eu vou... vem tal mês, vem tal data. **(Caso 02)**.

Na observação da consulta odontológica, a unidade informou que quando é necessário um raio X ou outros procedimentos, encaminha o usuário para o CEO (Centro de Especialidade Odontológica) que oferece atendimento odontológico especializado para rede pública de saúde.

Assim, essas unidades dão continuidade ao trabalho dos profissionais do Programa Saúde Família (PSF), que encaminham os pacientes para realizarem procedimentos que não são oferecidos pelas USF. Mas, como se pode perceber na fala dos usuários não é tão fácil continuar o tratamento, devido à dificuldade de marcação da consulta e exames.

Azevedo (2007, p. 94.) considera que a organização normativa de um sistema de referência e contrarreferência deve ser estruturada de modo sistêmico e atrelado a políticas de integração regional, no intuito de estreitar a distância já conhecida (principalmente pelos usuários) entre a atenção realizada no PSF e aquela disponível nos serviços de maior complexidade assistencial.

Trata-se, portanto, de uma deficiência que compromete diretamente um dos itens considerados “necessários à implantação das Equipes de Saúde da Família”, definidos pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2006b, p. 24), “a garantia dos fluxos de referência e contra-referência aos serviços especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico, ambulatorial e hospitalar”.

Face ao que foi visto, Pinheiro (2001, p.65-112; 130), considera que o sistema de referência e contrarreferência precisa existir e funcionar adequadamente; para isso, é necessário muito mais que o estabelecimento de fluxo e contra fluxo de pacientes e de informações gerenciais e tecnocientíficas, a fim de que se respeite o princípio da integralidade, especificamente no que se refere ao acompanhamento e à longitudinalidade do cuidado. Deve-se reconhecer que nesse sistema deverão ser difundidos conhecimentos necessários à melhoria da qualidade dos atendimentos realizados no sistema de saúde local do qual faz parte.

Assim, para Magalhães Junior e Oliveira (2006, p. 51-64), a falência da proposta tradicional do processo referência e contra-referência consiste em uma das dificuldades enfrentadas na construção da atenção integral. Esses autores, então, sugerem a formulação de novas estratégias, as quais sejam capazes de possibilitar uma comunicação mais viva entre os profissionais da atenção básica e os especialistas.

6.3 NECESSIDADE DO ACESSO

Como se pode ver, os sujeitos da pesquisa relataram algumas dificuldades no acesso aos serviços no que concerne à atenção básica de saúde, quer pela grande demanda que cabe à USF, quer pela dificuldade na articulação desta com os diferentes níveis de atenção.

Assim, na busca de serem atendidos em suas necessidades, os usuários utilizam-se de alternativas para resolver seus problemas de saúde, a saber: hospital e atendimento particular.

Merhy e Franco (1996) lembram que, principalmente no PSF, a falta de serviço constitui um dos principais motivos de insatisfação dos usuários. Assim, quando a unidade básica não responde às suas necessidades, para eles inadiáveis, desembocam nos serviços de pronto atendimento e pronto-socorros, lotando-os com demandas consideradas “simples”, que poderiam ter sido resolvidas no nível da atenção básica, como se pode verificar nas seguintes narrativas:

Meu pai já veio aqui cansando e não atenderam porque o horário da triagem já passou. Tudo bem é o curativo. Mas eu falei que meu pai estava passando mal com falta de ar e falam que não vai dá pra atender não, o médico já tá com as fichas completas e o nebulizador tá com defeito. Diz que vai ligar pra SAMU e levo o meu pai para o hospital; chega no hospital os médico falam: esse senhor ta só gripado não tem posto no seu bairro, não? Aí eu digo assim: Tem, eu fui lá. **Eu vim aqui não fui atendida. Fui procurar em outro lugar... (Caso 02).**

Cecílio (1997) entende que a rede básica de serviços de saúde não tem conseguido tornar-se a **“porta de entrada”** mais importante para o sistema de saúde. Para o referido autor, a principal “porta de entrada” continua sendo os hospitais (públicos ou privados), por intermédio dos seus serviços de urgência/emergência e ambulatorios. Isso pode ser comprovado por meio da expressiva quantidade de atendimentos hospitalares, na maioria dos municípios nos quais exista a alternativa de acesso ao hospital. Além disso, os pronto-socorros estão sempre lotados ratificando, portanto, essa afirmação. (grifos nossos).

Desse modo, isso se configura em um erro estratégico na implantação do PSF, pois enfraquece consideravelmente sua proposição (reorientação do modelo assistencial), já que a população, para conseguir respostas às suas necessidades imediatas, acaba por forçar a organização de serviços com modelagens mais comprometidas com os projetos médico-hegemônico. (FRANCO; MERHY, 1996).

Nesse contexto, Pinheiro (2001) destaca que, em relação ao uso dos serviços, há uma preferência dos usuários pelo atendimento hospitalar, o que “faz parte da história passada e presente das políticas de saúde no país, que tem no itinerário da busca da população pela cura a representação de que o hospital é o lugar que reúne todas as possibilidades de solucionar seu problema de saúde” (PINHEIRO, 2001, p. 72).

Além disso, diante da dificuldade de se conseguir um atendimento na rede pública de saúde, muitos usuários referiram procurar resolução para seus problemas no atendimento privado, como pode observar:

No mês de dezembro mesmo eu fiz o exame de próstata, todo ano eu faço graças a Deus nunca deu nada. Todo ano eu faço [...] Então em dezembro mesmo eu fiz exame com ele, ele passou exame de fezes e de urina eu fiz tudo graças a Deus não deu nada. Eu paguei particular. Eu paguei R\$100,00 a ele e paguei R\$60,00 [laboratório de análise clínica], paguei particular, o dinheiro da pensão foi todo embora. **(Caso 01).**

Alves e Souza (1999, p.136), apontam que a análise dos itinerários terapêuticos não pode ser reduzida ao estudo sobre a disponibilidade de serviços e/ou ofertas de procedimentos de saúde. O indivíduo só é capaz de construir sua trajetória a partir de um campo de possibilidades socioculturais, que são viabilizadas durante o percurso de busca e realização de tratamentos e são marcadas por projetos distintos, por vezes até contraditórios.

Entretanto, nem todos gozam dessa prerrogativa, por não contarem com recurso financeiro suficiente para assegurar atendimento fora da rede pública de saúde, tendo que esperar o tempo que for preciso para conseguir acesso ao atendimento, como pode ser constatado na seguinte fala:

Se for esperar três ou quatro meses, tenho que aguardar pra fazer aqui porque pagar mesmo eu não posso não sou aposentada, não trabalho, não tenho salário nenhum tem que esperar a boa vontade de Deus e deles também **(Caso 02)**.

Assim, os usuários ficam a mercê da sorte, esperando a doença seguir seu curso natural, como uma usuária argumentou: “quem tem condição de pagar particular, paga, quem não tem fica esperando ou morre, ou se agrava a situação, ou passa sem tomar remédio” **(Caso 04)**.

Por fim, vale a pena destacar que a busca por alternativas assistenciais também parece estar relacionada com a forma como os usuários percebem o acolhimento na unidade, bem como a resolubilidade do seu problema. Como relatou uma usuária nessa fala:

[...] “chega aqui ai diz que não é isso e se trata a gente mau, então a gente não foi bem atendida ali, então eu vou procurar [...] um outro lugar que resolva o meu problema” **(Caso 03)**.

As falas dos usuários levam a uma reflexão sobre a importância do encontro entre o trabalhador de saúde e o usuário, uma vez que a depender do diálogo, da escuta sensível dos problemas e necessidades, o trabalho em saúde pode não alcançar os objetivos pretendidos (nesse caso, a resolução da queixa da usuária), afastando-se, portanto, da busca pela integralidade da atenção.

Isso implica considerar que

Captar as necessidades singulares de saúde nesse momento requer do profissional abertura para inclinar-se para o usuário, para a escuta, para o estabelecimento do vínculo, de laços de confiança. Implica acolher o outro, oferecer espaço para a fala e para o diálogo (BRASIL, 2005, p. 56).

Mediante essa consideração “é sabido que o compromisso do trabalhador de saúde deve voltar para a escuta das necessidades de saúde que os usuários trazem no momento que chegam ao serviço de saúde.” (PIRES, 2007, p. 54).

6.4 PRODUÇÃO DE VÍNCULO USUÁRIO COM A EQUIPE

A idéia de vínculo do médico/profissionais de saúde a grupos de pessoas, famílias e comunidades, vem desde a Antiguidade, e ganhou força nos séculos XIX e XX, com o desenvolvimento da clínica. (FRANCO; MERHY, 2003, p. 101)

Para esses autores:

É notório que o desejo manifesto das pessoas e grupos sociais de ter um médico, como sua referência e obter dele a responsabilidade pelo seu cuidado, tornou o processo de trabalho do médico ligado à idéia de Vínculo entre ele e os usuários dos seus serviços, sejam estes pessoas, famílias, grupos comunitários ou cidades. (FRANCO; MERHY, 2003, p.101).

Vínculo, segundo o dicionário, é definido como “tudo o que ata, liga ou aperta; ligação moral; relação. Ato de vincular significa ligar ou prender com vínculo, ligar ou prender moralmente, unir perpetuar uma relação.” (FERREIRA, 2004, p. 2063).

Atualmente, o vínculo é considerado, em diversos países, uma diretriz dos modelos de assistência usado, principalmente, como ferramenta na consolidação de referências dos profissionais e sua responsabilização para uma determinada parcela da população usuária de seus serviços de saúde. (FRANCO; MERHY, 2003, p. 101). Nesse sentido, “o Vínculo baseia-se no estabelecimento de referências dos usuários a uma dada equipe de trabalhadores, e a responsabilização destes para com aqueles, no que diz respeito à produção do cuidado” (FRANCO; MERHY, 2003, p. 84).

Para discutir o tema, a produção de vínculo será abordada em dois subtemas: O primeiro, sob o título relação do usuário com a equipe, estão agrupados os recortes que mostram esta relação, a qual envolve a confiança, o respeito e a ética profissional; o segundo subtema, sob a denominação criação de laços de compromissos da equipe com os usuários.

6.4.1 Relação do usuário com a equipe

É sabido que o PSF, por meio da adscrição da clientela, prevê a formação de vínculos entre os profissionais da Equipe de Saúde da Família e as famílias do território onde irão atuar (BRASIL, 2002).

Cecílio (2006), no entanto, ao fazer uma abordagem sobre as necessidades de saúde, considera como o terceiro conjunto de necessidade a criação de vínculos afetivos/efetivos entre o usuário e a equipe e/ou um profissional. Nesse sentido, o autor destaca o vínculo como referência e relação de **confiança** significando, portanto, o estabelecimento de uma relação contínua no tempo, pessoal e intransferível – um encontro de subjetividades – representa, então, mais que uma simples adscrição a um serviço ou programa. (grifo nosso).

Nesse contexto, considerando o vínculo com uma necessidade de saúde, foi possível notar nos relatos dos usuários a importância desta relação de confiança com os profissionais/trabalhadores de saúde para a produção do vínculo, uma vez que promove uma aproximação afetiva e ao mesmo tempo efetiva entre os sujeitos envolvidos. Assim, é capaz de proporcionar uma assistência integral e de qualidade, como se pode observar nas falas a seguir:

Eu mesmo tenho uma aproximação maior aqui no posto com duas pessoas [...] não é que os outros são ruins é **que tenho assim mais facilidade de me abrir de conversar melhor**. Até porque [...] é moradora no bairro a gente já conhece há mais tempo aí a gente tem assim uma aproximação melhor. E [a enfermeira] se uma pessoa não se abrir com ela não se abre com mais ninguém. **Ela é dada a comunidade ela transmite confiança** então essas duas pessoas eu me identifico mais de que com alguma outra. Não que eu tenho nada contra ninguém, né? Longe de mim. (**Caso 3**)

Essa relação de confiança, diz respeito à ética profissional, em que o usuário se sente seguro o suficiente para confiar as suas necessidades no profissional que lhe assiste. Desse modo, o usuário se sente mais acolhido o que, por conseguinte, facilita o estabelecimento do vínculo, bem como a possibilidade de intervenções mais pertinentes e/ou eficazes.

Franco e Merhy (2003, p. 84) salientam que é necessária a construção de uma nova ética entre os profissionais de saúde, para que estes se tornem dispositivos de mudanças dos serviços assistenciais. Para isso, deve-se reconhecer que os serviços de saúde são, em sua essência, um espaço público, assim sendo, o trabalho neste ambiente deve conter os valores humanitários, de solidariedade e reconhecimento de direitos de cidadania em torno da assistência à saúde, os quais deverão guiar a formação de um novo paradigma para a organização de serviços.

Em se tratando da relação entre profissionais de saúde e a população, considerando respeito e confiança, alguns momentos, nas observações de campo feitas no período de coleta dos dados, pode-se notar uma relação bem próxima entre usuário e profissional de saúde como, por exemplo, uma usuária adentrou a sala de procedimentos para que lhe fizessem um curativo. A técnica de enfermagem, então, perguntou como ela estava e ambas conversaram bastante, sobre assuntos diversos, enquanto fazia o curativo. Por fim, a usuária convidou para ir a sua casa no fim de semana. Naquele contexto, a relação entre elas pareceu íntima, o que faz pensar no vínculo já estabelecido entre estas. Nesse sentido, o PSF tem por objetivo também “humanizar as práticas de saúde através do estabelecimento de um vínculo entre os profissionais de saúde e a população” (BRASIL, 1998, p.10).

Nesse modo de olhar, Merhy (1994, p. 138) defende que “criar vínculos implica ter relações tão próximas e tão claras, que sensibilizam com todo o sofrimento daquele outro, sentindo-se responsável pela vida e morte do paciente, possibilitando uma intervenção menos burocrática e impessoal.

6.4.2 Criação de laços de compromissos da equipe com os usuários

Segundo a Portaria 648/GM, de 28 de março de 2006, que estabelece a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2006b, p. 25), “responsabilizar-se pela população adscrita, mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando esta necessita de atenção em outros serviços do sistema de saúde” é uma das atribuições básicas de uma equipe de Saúde da Família.

Desse modo, considerando a dimensão integral na saúde, entende-se o vínculo como a responsabilização, de todos os profissionais envolvidos, diante dos problemas de saúde apresentados (individuais ou coletivos). Para tanto, faz-se necessário desenvolver uma inter-relação entre instituição/trabalhadores de saúde/usuário, de forma a possibilitar à equipe de saúde participar do cotidiano da comunidade, com a ampliação do espaço para conhecer e compreender o indivíduo, família e comunidade, em seu contexto social. (PIRES, 2007, p. 53-59).

A mesma autora salienta que não se pode deixar de destacar a responsabilização considerada, como produto e produtor de dispositivos, na busca da qualidade de vida, entendida como a capacidade de assumir a responsabilidade pelos problemas de saúde de uma comunidade ou de um indivíduo. Afinal, quem coparticipa ativamente dos problemas de saúde das pessoas, nos momentos de escutas e conversas, estabelece responsabilidades em sentido duplo.

Eu gostaria de falar também sobre o trabalho das enfermeiras, tenho um elogio muito grande pra falar delas, meu marido está em cima de uma cama, elas não deixa de ir fazer o curativo, ver a pressão e principalmente saber como ele tem passado, as vezes ele ainda não tomou banho e elas espera com paciência, ensinou agente como cuidar dele nos dias que USF estiver fechada. Então isso pra mim é muito grande. **(Caso 01)**

Como pode ser percebido na fala da usuária, “o cuidar é mais que um ato, é uma atitude. Portanto abrange mais que um momento de atenção, zelo e desvelo. **Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro**” (BOFF, 1999, p. 34, grifos nossos).

Para esse autor, essa nova forma de cuidado revela-se numa atitude de dispensar atenção, no sentido de demonstrar interesse, além de compartilhar e sentir prazer ao estar com o outro; numa atitude de “sujeito-sujeito”, isto é, “numa relação não de domínio sobre, mas de *com-vivência*, não de intervenção, mas de interação”. (BOFF, 1999, p. 34).

Considera-se então, como vínculo, a responsabilização da equipe multiprofissional pelo problema de saúde do usuário, individual e coletivo (FRANCO; BUENCO; MERHY, 2003, p. 85).

Por conseguinte, a **resolubilidade** na atenção à saúde, deverá incorporar o sentido do cuidar, que representa a capacidade de **resolver com qualidade** os problemas de saúde detectados em cada caso (PIRES, 2007, p. 53-59, grifos nossos).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

É de fundamental importância considerar a família em seu contexto histórico, conhecer a sua realidade, avaliando as doenças, reconhecer sua importância como unidade de cuidado perante a sua influência na promoção da qualidade de vida dos seus membros.

De fato, a família parece estar sendo incluída como foco de estudo no campo da saúde de forma incipiente e necessária para a promoção da saúde. Neste sentido, muitos estudos vem sendo dedicados na avaliação do processo de cuidar no contexto familiar da atenção básica.

Atuar com famílias, como proposto pelo PSF, traz discussões que giram em torno das transformações atuais no setor saúde. Os resultados encontrados mostram as diferenças entre as condições em que as pessoas procuram a assistência à saúde a partir da USF, bem como apontam para uma mais bem-sucedida relação entre a comunidade e o serviço que desenvolve a Estratégia de Saúde da Família.

Mesmo os idosos que, de alguma forma, vêem falhas no serviço, falam sobre ele de uma forma como se o serviço lhes dissesse respeito; pôde-se perceber um sentimento de pertencimento ao serviço desenvolvido nas famílias pesquisadas.

Cabe ressaltar a influência positiva da relação entre a equipe técnica de enfermagem da USF local e a população. Devido à grande inserção destes profissionais no dia a dia local, inconvenientes advindos da oferta insuficiente de atendimentos, bem como dos atendimentos da demanda espontânea, foram minimizados.

O enfermeiro no contexto da ESF tem um papel essencial no que se refere à assistência direta, através do controle do processo saúde – doença dos indivíduos, famílias e comunidade, também na gestão através do trabalho em equipe onde socializa as metas, controla os recursos materiais, humanos e estrutura física da unidade.

Importante realçar o papel do agente comunitário de saúde no acesso aos serviços de saúde, ampliando a compreensão da população sobre o termo. Ele é uma porta de entrada “extramuros” do serviço, facilitando o acesso da população.

A forma de atuação diretamente inserida na comunidade, o conhecimento mais profundo da realidade local, a presença do agente comunitário de saúde, a visita domiciliar, enfim, o vínculo criado com os profissionais devido a algumas das ferramentas que a Estratégia de Saúde da Família dispõe, pode ser um diferencial importante na melhoria da qualidade da atenção.

Considerando os resultados deste estudo e as pretensões do SUS de que o acesso ao sistema de saúde deve ocorrer prioritariamente pelos serviços de Atenção Básica próximos do local de moradia, pode-se concluir que houve deficiência no acesso da população de idosos estudada aos serviços de USF.

O “acesso à saúde” envolve dimensões intrincadas, face à complexidade das necessidades humanas, e à forma como tais necessidades se apresentam aos serviços de saúde.

Constituiu-se numa ferramenta de avaliação operacional, suficiente para permitir o cumprimento do objetivo deste estudo: o de verificar, na vivência dos idosos em busca da assistência a saúde, algumas características da acessibilidade organizacional dos serviços de saúde, particularmente na USF.

O PSF, como uma estratégia de viabilização do acesso a pessoas com complexas necessidades sociais às ações e serviços de saúde de que necessitam, revelou-se uma porta de entrada com obstáculos, merecendo ser avaliado com olhar mais crítico, que adote como ponto de partida as situações que particularizam os **usuários**, bem como as diferentes lógicas que norteiam as ações dos sujeitos envolvidos na produção do cuidado em saúde (profissionais e gestores).

Observou-se que grande parte das dificuldades identificadas para viabilizar a universalidade do acesso encontra-se estreitamente associada à acessibilidade organizacional, tais como (a) o mau funcionamento do sistema de referência e contrarreferência; (b) a demora para conseguir a consulta; (c) a forma de marcação da consulta e exames; (d) a estrutura burocratizada que caracteriza os processos de trabalho das equipes estudadas; e) sistema de informação deficitário, bem como sua centralidade em ações individuais dos membros das famílias.

Ao analisar os manuais de atenção à saúde do PSF, destinados à aplicação desta estratégia, pode-se observar que os mesmos abordam a saúde da criança, do adulto, da mulher e do idoso individualmente, inclusive, destinando prontuários individuais dentro de uma pasta da família sem, no entanto, abordar a unidade familiar e a interação entre seus membros.

Desta forma, traduzem a compreensão dos profissionais acerca do que é cuidar da família, fugindo do pressuposto do programa, com isto, há uma prática no processo de trabalho no que concerne à fragmentação da família enquanto unidade.

E, no entanto, existem diferenças entre cuidar de um indivíduo que pertence a uma família e cuidar da família propriamente dita, quando a assistência tem características próprias e é desenvolvida a partir do universo das relações familiares.

Vale ressaltar que o PSF procura tratar o indivíduo como sujeito integrado em seu entorno e busca a integralidade da assistência, respondendo à demanda espontânea de forma contínua e racionalizada, ao invés de centrar a atuação na doença com ênfase na medicina curativa, como ocorre no modelo atualmente dominante nas práticas de saúde.

A unidade básica de saúde não responde às necessidades dos usuários, para eles inadiáveis, desembocam nos serviços de pronto atendimento e pronto-socorros, lotando-os com demandas consideradas “simples” e que poderiam ter sido resolvidas no nível da atenção básica.

A rede básica de serviços de saúde não tem conseguido tornar-se a primeira **“porta de entrada”** para o sistema de saúde. Através do itinerário terapêutico em busca da assistência à saúde, vivenciada pelos idosos e seus familiares, comprovam que **“porta de entrada”** continua sendo os **hospitais (públicos ou privados)**.

As dificuldades percebidas pela população quanto ao acesso aos serviços de saúde na atenção básica, refletiram no comportamento de procura perante episódios de doenças e no apego a práticas culturalmente definidas no cuidado com a própria saúde quando este se esgota a nível domiciliar e, posteriormente, a fragilidade da Universalidade do Acesso na atenção básica.

O conhecimento sobre os itinerários terapêuticos de pessoas em busca de atenção à saúde pode contribuir para compreensão sobre o comportamento em relação ao cuidado. Possibilitou conhecer as alternativas utilizadas pela população em busca de acesso, quando se esgota o cuidado domiciliar

As formas de enfrentamento dos problemas de saúde demandam a compreensão das estratégias colocadas em prática em um processo de (re)apropriação e (re)construção de saberes e práticas permitindo o (re)direcionamento das ações em Assistência à Saúde .

Deve-se ressaltar que os municípios pólos, exercem um tipo de força de atração sobre os demais, já que possuem uma capacidade instalada e potencial de equipamentos urbanos e de serviços de saúde, além de um histórico de absorção satisfatória dos fluxos populacionais que são gerados algumas vezes, em busca de equipamentos de saúde com maior incorporação de tecnologia para tratamentos especializados, apresentando acessibilidade organizacional conforme sua rede de cuidado ofertada.

A análise da demanda reprimida, avaliada pelas respostas dadas para os motivos do não atendimento e da não disponibilidade da demanda organizada, mostra que as barreiras de acesso e utilização foram complexas.

Assim, pode-se afirmar que as barreiras de acesso e à utilização dos serviços tiveram origem anterior à decisão de procura, ou seja, foram relacionadas à pequena oferta de atendimentos, à falta de profissional e às dificuldades de acesso organizacional do Sistema Municipal de Saúde local, não sendo aceitável para uma macro regional da saúde.

Cabe ressaltar que as mudanças estruturais e funcionais do sistema de saúde do país, como a concretização do PSF e aumento da rede de atenção básica, exigem que as informações sobre a utilização de serviços de saúde sejam periodicamente avaliadas, buscando a participação popular através da implantação dos conselhos locais de saúde, com vistas a subsidiar a gestão.

Frente às dificuldades de acesso vivenciado pelos idosos nas USF, surge a necessidade de reavaliação da política pública de saúde do idoso a nível local, diante de um país em rápido processo de envelhecimento, como o Brasil, exigindo demanda de cuidado na sua total integralidade, como eixo central no planejamento ao acesso e acessibilidades dos serviços públicos de saúde.

Diante dos resultados que emergiram desse estudo é que se chama a atenção para o que diz a Constituição Brasileira de que a **Saúde é um Direito de Todos**, e como o todo não existe sem as partes, essas precisam ser cuidadas em sua singularidade para o alcance da Universalidade do Acesso.

Durante o percurso da pesquisa foram surgindo inquietações, dúvidas, curiosidades e um constante desejo de desvelar os descaminhos da Universalidade do Acesso aos PSFs, vivenciados pelos idoso-familiares, que irão contribuir para possíveis interferências na reavaliação da política de saúde local.

Daí emergiu a compreensão, a partir do que foi desvelado em campo, mas também subsidiado pela revisão literária e pelo referencial teórico, de que o ambiente domiciliar reverte-se num local mais adequado para o cuidado do idoso em condições de fragilidade de vida pois, neste, são vivenciadas trocas afetivas entre os membros familiares, tornando este espaço societal mais seguro e acolhedor para a pessoa idosa viver seu processo de envelhecimento. Por outro lado, trata-se de uma “**via de mão dupla**”, pois também pode haver sentimentos de trocas negativas, de desgaste físico, sobrecarga emocional, isolamento social, entre outras expressões subjetivas, se estes familiares não encontram **acesso aos serviços de saúde** que possam lhes oferecer suporte para o cuidado que o idoso necessita e ampliar a sua qualidade de vida no processo do envelhecimento.

Nas limitações de uma pesquisa de Mestrado não se pretendeu um esgotamento do tema, especialmente por ser um estudo de abrangência municipal, apesar de tratar de duas USF com realidades diferentes. Os resultados devem ser entendidos como uma primeira aproximação do tema a ser mais bem tratado posteriormente e mesmo que diretamente não resolva definitivamente as questões propostas, pretende contribuir com trabalhos posteriores de maior fôlego.

REFERÊNCIAS

ADAMI, N. P., 1993. Acesso aos serviços de dermatologia de um centro de saúde escola sob o modo de ver dos hansenianos. **Revista Paulista de Enfermagem**, v.2, p.82-86.

ALVES, P. C. B.; SOUZA, I. M. A. Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. In: RABELO, M. C. M.; ALVES, P. C. B.; SOUZA, I. M. A. **Experiência de doença e narrativa**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. p. 125-38.

ALVES, V. S. **Um modelo de educação em saúde para o programa saúde da família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial**. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, v.9, n.16, p.39-52, set.2004/fev.2005. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em: 10 mar. 2011.

ANGELO, M.; WERNET, M. Mobilizando-se para a família: dando um novo sentido à família e ao cuidar. **Revista da Escola de Enfermagem – USP**. São Paulo, 2003, v.37, n.1, p.19-25.

ANDERSEN, R. M.; NEWMAN, J. F. Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. **Milbank Mem Fund Q**, 1973, v.51, p.95-124.

ARRIAGADA, I. **Nuevas familias para um nuevo siglo?** Paidéia, 2001, p.06-35.

AZEVEDO, A. L. M. **Acesso à Atenção à Saúde no SUS: O PSF como (estreita) Porta de Entrada**. 2007. 169f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz. Recife, 2007. Disponível: <<http://bvsarouca.cict.fiocruz.br>>. Acesso em: 22 jun.2010.

BARDIN, L. **Análise do conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1979. p.13-29.

BASTOS, A. C. de S.; ALCÂNTARA, M. A. R. de; FERREIRA-SANTOS, J. E. Novas famílias urbanas. In: LORDELO, E. da R.; CARVALHO, A. M.; KOLLER, S. H. (Orgs.). **Infância brasileira e contextos de desenvolvimento**. São Paulo/Salvador: Casa do Psicólogo/Universidade Federal da Bahia, 2002, p. 99-135.

BASTOS A. C. de S.; VELAME, Z. L. S.; FRANCO, A. L.S.; TEIXEIRA, A. E. Saúde: um dever do Estado ou um assunto de família? Análise da experiência de famílias de um bairro popular junto ao sistema de saúde. **Rev Bras Crescimento Desenvol Hum**. 2006; p.01-15.

BORGES, Valéria Oliveira. **A Família no Programa de Saúde da Família: perspectiva dos profissionais e dos usuários de uma Unidade de Saúde da Família** (Tese de mestrado) Universidade Católica de Salvador–Bahia, 2009, p. 19-28.

BRAGA, J. C. De S.; PAULA, S. G. De. **Saúde e Previdência: estudos de política social**. São Paulo: Cebes/ Hucitec, 1981. p. 70.

BRASIL. **CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**. Texto promulgado em 05 de outubro de 1988. Brasília – 2010. Disponível em: <www.senado.gov.br/.../con1988/>. Acesso em: 28 jun. 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica 001/93, 1993.

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

BRASIL. **Lei nº 8.842, de 4 de Janeiro de 1994**. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Brasília-DF, 1994. Disponível em: www.planalto.gov.br. Acesso em: 24 abr. 2010.

BRASIL. **Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS**. Sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 1996. Disponível em: <<http://www.conselho.saude.gov.br/resolucoes/1996/reso196.doc>>. Acesso em: 28 abr. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Comunidade Solidária**. Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Brasília, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. A implantação da unidade de Saúde da Família. Cadernos de Atenção Básica. Brasília: Caderno 1, 2000, p. 10.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS/2001**. Brasília, 2001. BRASIL. Ministério da Saúde. Guia Secretaria de **Políticas de Saúde**. Departamento de Atenção Básica. Guia prático de implantação do Programa Saúde da Família. Brasília: DF, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência. Regionalização da Assistência à Saúde: **aprofundando a descentralização com equidade no acesso: Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/02**. Brasília-DF, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 648, de 28 de março de 2006**. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/legislacao/portaria_648_28_03_2006.pdf. Acesso em: 28 jun. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diabetes Mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 58-64 p. il. – (Cadernos de Atenção Básica, n. 16) (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes operacionais dos **Pactos pela Vida**, em Defesa do SUS e de Gestão. Brasília-DF, 2006b.

BUENO, W. S.; MERHY, E. E. **Os equívocos da NOB 96**: Uma proposta em sintonia com os projetos neoliberalizantes? Campinas: UNICAMP, 1997. (mimeo).

CAMPOS, G. W. S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.) **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997. p.229-66.

CARPINTERO, M. C. **Políticas de Saúde** – Como e Porque se Constroem. Campinas: Centro de Educação dos Trabalhadores da Saúde, Secretaria Municipal da Saúde, Prefeitura Municipal. 2000. p. 06 (mimeo.)

CECILIO, L. C. O. **Modelos tecnoassistenciais**: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. Cadernos de Saúde Pública, v.13, n.3, p.469-78, 1997.

CORBO, A. D'A.; MOROSINI, M. V. G. C. Saúde da família: história recente da reorganização da atenção à saúde. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (Org.). **Textos de apoio em políticas de saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. p. 157-181.

COSTA, Ricardo César da Rocha. “Descentralização, Financiamento e Regulação: A Reforma do Sistema Público de Saúde no Brasil Durante a Década de 1990”. **Revista de Sociologia e Política**, n. 18, junho 2002, p.49-71.

CUNHA, Alcione Brasileiro Oliveira; VIEIRA-DA-SILVA, Ligia Maria. Acessibilidade aos serviços de saúde em um município do Estado da Bahia, Brasil, em gestão plena do sistema. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.26, n.4, p.725-737, Abr 2010.

DONATI, P. **Repensar la sociedad**. Madrid: Ediciones Internacionales Universitárias, 2006. p. 18-43.

DONATI, P. **Família no século XXI**: abordagem relacional. São Paulo: Paulinas, 2008, p. 30-239.

DONABEDIAN, A. The assessment of need. In: DONABEDIAN, A. (editor). **Aspects of medical care administration**. Cambridge: Harvard University Press; 1973. p. 58-77.

ELSEN, I.; PATRICIO, Z. M. Assistência à criança hospitalizada: tipos de abordagens e sua implicação para a enfermagem. In: SCHMITZ, E. M. R. **A**

enfermagem em pediatria e puericultura. Rio de Janeiro: Atheneu, 1986, p.169-179.

ELSEN, I. Desafios da enfermagem no cuidado de famílias. In: BUB, I. R. et al. (Org.). **Marcos para a prática de enfermagem com famílias.** Florianópolis: UFSC, 1994. p. 61-77.

ELSEN, I. Cuidado Familiar: uma proposta inicial de sistematização conceitual. In: ELSEN, I.; MARCON, S. S.; SANTOS, M. R. **O Viver em Família e sua Interface com a Saúde e a Doença.** Maringá: Eduem, 2002. p. 11-24.

ENGELS, F. **A origem da família, da propriedade privada e do Estado.** (Original publicado em 1884), 15. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2000. p. 125.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda (Autor). **Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa.** 3. ed. rev. atual. Curitiba: Positivo, 2004. 2120p.

FERREIRA, M. A D.; CORDON, P. J. A.; FERREIRA, L. B. **Abordagem de comunidades nas práticas de saúde.** Brasília, DF: Catamaram, 2002. p.08.

FRENK, J. **El concepto y la medicion de la accesibilidad.** Salud Pública de México, 1985. p. 438-53.

FEKETE, M. C. **Estudo da Acessibilidade na Avaliação dos Serviços de Saúde.** Texto de Apoio da Unidade I. Projeto GERUS, 1996. Disponível em <[HTTP:\\www.opas.org.br/Rh/publicações/textos_apoio/pub06](http://www.opas.org.br/Rh/publicações/textos_apoio/pub06)> Acesso em: 12 abr. 2011.

FRANCO, T. B.; PANIZZI, M. A implantação do Acolher Chapecó reorganizando o processo de trabalho. In: FRANCO, T. B. et al. (Orgs.). **Acolher Chapecó: uma experiência de mudança do modelo assistencial com base no processo de trabalho.** São Paulo: Hucitec, 2004. p.79-110.

GERHARDT, T. E. Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.11, p. 2449-2463, Nov. 2006.

GIDDENS, Anthony. **Sociologia.** 4. ed. rev. atual. Trad.: FIGUEIREDO, Alexandra; BALTAZAR, Ana Patrícia Duarte Baltazar; SILVA, Catarina Lorga da; MATOS, Patrícia; GIL, Vasco. Coordenação e revisão científica. Sobral, José Manuel. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2004. p. 196-248.

GUEDES, Rita de Cássia. **Responsabilidade social e cidadania empresariais: conceitos estratégicos para as empresas face à globalização.** 2000. 170p. Dissertação (Mestrado em Administração de Empresas) Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo: PUC/SP, 2000.

IBGE. www.ibge.gov.br. Acesso em: 24 abr. 2010.

KALACHE, A. et al. O envelhecimento da população mundial. Um desafio novo. **Rev. Saúde públ.**, v.21, p. 200-10, S. Paulo, 1987.

HAGUETTE, Teresa Maria Frota. **Metodologias qualitativas na Sociologia**. 5. ed. Petrópolis: Vozes, 1997. p. 86.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Técnicas de pesquisa**. 3. ed. São Paulo: Editora Atlas, 1996. p. 82.

MAGALHÃES JR, H. M.; OLIVEIRA, R.C. Concretizando a integralidade nos serviços de saúde: a aposta do SUS em Belo Horizonte. In: PINHEIRO R.; FERLA, A. A.; MATTOS, R. A. (orgs.). **Gestão em redes: tecendo os fios da integralidade em saúde**. Rio de Janeiro: EDUCS: IMS/UERJ: CEPESQ, 2006. p. 51-64.

MATTOS T. M. Visita domiciliária. In: KAWAMOTO, E. E.; SANTOS, M. C. H.; MATTOS, T. M. **Enfermagem comunitária**. São Paulo: EPU; 1995. 200 p. p. 35-9.

MATUMOTO, S. **O Acolhimento: Um Estudo Sobre seus Componentes e sua Produção em uma Unidade da Rede Básica de Serviços de Saúde**. 1998. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 1998.

MAZZA, M. M. P. R. A visita domiciliar como instrumento de assistência de saúde. **Rev. Bras. de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, São Paulo, v.IV, n.2, 1994, p. 60–68.

MENDES, E. V. **Atenção Primária à Saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará; 2002. 92p.

MENDES, E. V. Entrevista - O SUS e a Atenção Primária à Saúde. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v.8, n.2, jul./dez. 2005.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Por uma composição técnica do trabalho centrada nas tecnologias leves e no campo relacional. **Saúde em Debate**, v.27, n.65, p.101, Rio de Janeiro, 2003.

MERHY, Emerson Elias; MAGALHÃES JÚNIOR, Helvécio Miranda; RIMOLI, Josely; FRANCO, Túlio Batista; BUENO, Wanderley Silva (orgs.) **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2004. 296p.

MERHY E. E.; FRANCO, T. **PSF: Contradições e novos desafios**. Conferência Nacional de Saúde. 1996. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cns.htm>>. Acesso em: 29 ago. 2010.

MINAYO, M. C. de S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 17. ed. Petrópolis: Vozes, 2000. p. 51-66.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo/Rio de Janeiro. HUCITEC/ABRASCO, 2010. p. 264 - 278

MIOTO, R. C. T. Novas propostas e velhos princípios: a assistência às famílias no contexto de programas de orientação e apoio sócio familiar. In: MIONE, A. S. et al. **Política Social, família e juventude: uma questão de direitos**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2010, p.43-59.

MIRANDA, F. C. P. de. **Tratado de Direito de Família**. Campinas: Bookseller, 2001. p. 57/58.

NERY, A. A. **Necessidades de saúde na estratégia de Saúde da Família, no município de Jequié – BA**: em busca de uma tradução. Tese [Doutorado]. Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2006.

NOGUEIRA, R. P. O trabalho em saúde: novas formas de organização. In: NEGRI, B.; FARIA, R.; VIANA, A. L. D. (orgs.) **Recursos Humanos em Saúde**: política, desenvolvimento e mercado de trabalho. Campinas: Unicamp/IE, 2002.

O'DONNELL, Owen. Acesso aos cuidados de saúde nos países em desenvolvimento: rompendo barreiras contra a demanda. **Cad. Saúde Pública** [online]. 2007, v.23, n.12, p. 2820-2834. ISSN 0102-311X.

OLIVEIRA, F. J. A. **Serviços de Saúde e seus Usuários**: Comunicação entre Culturas em uma Unidade de Saúde Comunitária. 1998. Dissertação [Mestrado] Porto Alegre: Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 1998.

PADILHA, M. I. S.; CARVALHO, M. T. C.; SILVA, M. O.; PINTO, V. T. Visita domiciliar: uma alternativa assistencial. **Rev Enfermagem**, UERJ, 1994, v.2, n.1, p.83-90.

PAIM, J. S. Saúde da Família: espaço de reflexão de práticas contra-hegemônicas. In: Paim, J. S. **Saúde, Política e Reforma Sanitária**. Salvador: CEPS – ISC, 2002, p. 361-365.

PAIM, J. S. A reforma sanitária e os modelos assistenciais. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia & Saúde**. Rio de Janeiro: MEDSI, 1998. p. 473-87.

PETRINI, J. C.; CAVALCANTI, V. R. S. (orgs). **Família, Sociedade e Subjetividades**: uma perspectiva multidisciplinar. Petrópolis: Vozes, 2005. p. 33-34.

PETRINI J. C. Pós-modernidade e família. 2003 p. 57-59. Bauru: Ed. Edusc., 2003.

PIRES, L. (2007). A formação de Assistentes Sociais da Saúde. In: **Intervenção Social**, v.21, p. 53-59.

RODRIGUEZ NETO, E. A Reforma Sanitária e o Sistema Único de Saúde. In: NESP/UnB. **Incentivo à Participação Popular e Controle Social no SUS**: Textos técnicos para conselheiros de saúde. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

RICHARDSON, Robert Jarry. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. São Paulo: Atlas, 1999. p. 80.

SARTI, C. A. Famílias enredadas. In: ACOSTA A. R.; VITALE, M. A. F. (orgs) **Família Redes, Laços e Políticas Públicas**. São Paulo, v.2, 2005, p.21.

SILVA, L.; FIGUEIREDO, M. (2006). Cuidar a Família: Um Compartilhar de Experiências Luso- Brasileiras. **9ª Conferência Internacional de Investigação em Enfermagem** (pp. 22-32). Lisboa: APE.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e a Cultura/Ministério da Saúde, 2004. p. 724-734.

STARFIELD, B. **Primary Care: Balancing Health Needs, Services and Technology**. New York/Oxford: Oxford University Press; 1998. p. 732-742.

STARFIELD, B. Acessibilidade e primeiro contato: a "porta". In: STARFIELD B, organizador. **Atenção primária — equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura/Ministério da Saúde; 2002. p. 207-546.

TAKAHASHI, R. F.; OLIVEIRA M. A. C. A visita domiciliar no contexto da saúde da família. **Manual de Enfermagem**. São Paulo: IDS USP, 2001, p.43-46.

TEIXEIRA, Elizabeth. **As três metodologias**. 2. ed. Belém: Grapel, 2000. p. 60.
UNGLERT, C. V. S., 1995. **Territorialização em sistemas de saúde**. In: MENDES, E. V. (org.) **Distrito Sanitário**. São Paulo/Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO, 1995. p. 221-235

TRAD, L. A. B(org.), **Família Contemporânea e Saúde; significados, práticas e políticas públicas**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2010

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma Revisão Sobre os Conceitos de Acesso e Utilização de Serviços de Saúde. **Cad. de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, Supl. 2, p. 190-198, 2004.

TRAVASSOS, C.; VIACAVA, F.; PINHEIRO, R.; BRITO, A. **Utilização dos serviços de saúde no Brasil: gênero, características familiares e condição social**. Rev Panamericana Salud Publica, Washington v. 11, n. 5/6, 2002. p. 365-373

VASCONCELOS, E. M. **Educação popular e a atenção à saúde da família**. HUCITEC, São Paulo, 1999. p. 6-19.

WRIGHT, L. M.; LEAHEY, M. **Enfermeiras e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família**. 3. ed. São Paulo: Roca, 2002. p. 148-54

APENDICES



UNIVERSIDADE CATÓLICA DO SALVADOR
Superintendência de Pesquisa e Pós-Graduação
Programa em Família na Sociedade Contemporânea
Curso de Mestrado

APENDICE I

TERMO DE CONSETIMENTO LIVRE ESCLARECIDO I - Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996, Segundo o Conselho Nacional de Saúde.

(Informante)

Eu _____

RG _____ declaro estar ciente da minha participação no projeto de pesquisa da discente **Gisleide Lima Silva**, sob a responsabilidade da orientadora Prof^a Dr^a **Elaine Pedreira Rabinovich**, Pós-Graduação Programa em Família na Sociedade Contemporânea, Curso de Mestrado. Desenvolvido pela **Universidade Católica da Bahia - UCSAL**, Curso de Mestrado em Família Na Sociedade Contemporânea, intitulado **“A Universalidade do Acesso Vivenciado por Idosos nos Serviços Público de Saúde”**

Objetivo Geral

Averiguar **se Universalidade do Acesso aos Serviços Público de Saúde** está assegurado para os idosos cadastrados no Programa Hipertensão e Diabetes (HIPERDIA) na Unidade Saúde da Família.

Participação

Ao concordar com a participação na pesquisa, deverei estar disposta (o) a responder um questionário pautado em questões referentes **“O Princípio da Universalidade do Acesso ao Programa Saúde da Família, na Concepção dos Usuários”**.

Riscos

A pesquisa não apresenta riscos para os participantes, visto que os sujeitos do estudo terão o anonimato garantido e todos os dados que obtivermos serão guardados e manipulados em sigilo. Nós assumimos o compromisso de não disponibilizarmos esses dados para terceiros.

Confidencialidade do estudo

Os registros da sua participação nesse estudo serão mantidos em sigilo. Nós guardaremos os registros de cada pessoa, e somente a pesquisadora responsável e orientadora terão acesso a estas informações. Se qualquer relatório ou publicação resultar deste trabalho, a identificação da participante não será revelada. Resultados serão relatados de forma sumariada e a pessoa não será identificada.

Benefícios

Os benefícios em participar desse estudo se configuram, uma vez que, pesquisando, “**O Princípio da Universalidade do Acesso ao Programa Saúde da Família, na Concepção dos Usuários**”, buscando aprofundar esta compreensão na (re)definição de políticas públicas de saúde a partir da valorização da família no âmbito das políticas de saúde pública, onde serão apresentadas considerações a respeito do direito a saúde e o princípio da universalidade do acesso ao programa saúde da família e das razões que favoreceram incluir a família como foco de reorganização da atenção básica.

Dano advindo da pesquisa

Se houver algum dano decorrente desse estudo, tratamento será oferecido sem ônus e será providenciado pelos pesquisadores responsáveis.

Participação Voluntária

Toda participação é voluntária, não há penalidade para alguém que decida não participar neste estudo. Ninguém será penalizado se decidir não mais participar do estudo, em qualquer época. Podendo retirar-se da participação da pesquisa, sem correr riscos e sem prejuízo pessoal.

Consentimento para participação

Eu estou de acordo com a participação no estudo descrito acima. Eu fui devidamente esclarecido quanto os objetivos da pesquisa, aos procedimentos aos quais serei submetido e os possíveis riscos envolvidos na minha participação. Os pesquisadores me garantiram disponibilizar qualquer esclarecimento adicional que eu venha solicitar durante o curso da pesquisa e o direito de desistir da participação em qualquer momento, sem que a minha desistência implique em qualquer prejuízo a minha pessoa ou a minha família, sendo garantido anonimato e o sigilo dos dados referentes à minha identificação.

Participante _____

Nome da pessoa ou responsável legal _____

Nome da Pesquisadora: **Gisleide Lima Silva**



UNIVERSIDADE CATÓLICA DO SALVADOR
Superintendência de Pesquisa e Pós-Graduação
Programa em Família na Sociedade Contemporânea
Curso de Mestrado

COMPROMISSO DO PESQUISADOR

Eu discuti as questões acima apresentadas com cada participante do estudo. É minha opinião que cada indivíduo entenda os riscos, benefícios e obrigações relacionadas a esta pesquisa.

_____ Itabuna, Data ___/___/___

Assinatura do Pesquisador

Para maiores informações, pode entrar em contato com:

Gisleide Lima Silva. Fone: (73) 3613 5676

(mestranda) Cel : (73) 8801 1083

Email: limagisleide@yahoo.com.br

Profª Drª **Elaine Pedreira Rabinovich,**.



UNIVERSIDADE CATÓLICA DO SALVADOR
Superintendência de Pesquisa e Pós-Graduação
Programa em Família na Sociedade Contemporânea
Curso de Mestrado

TERMO DE CONSETIMENTO LIVRE ESCLARECIDO II

Ilmº. Sr. Secretário Municipal de Saúde de Itabuna-Bahia

Considerando que atualmente existe uma importante discussão na (re)definição de políticas públicas de saúde a partir da valorização da família no âmbito das políticas sociais culminando na implantação do Programa de Saúde da Família. A política de saúde nos últimos dois anos tem sido alvo de atenção e objeto de profundas discussões no âmbito governamental.

Buscando aprofundar esta compreensão serão apresentadas considerações a respeito do direito a saúde e o princípio da universalidade do acesso ao programa saúde da família e das razões que favoreceram incluir a família como foco de reorganização da atenção básica.

Será utilizado como instrumento de pesquisa o sistema de informação em saúde desta instituição e roteiro de observação e entrevista com grupo focal das famílias cadastradas em dois **PSFs** distintos e assistidas pelo programa do **HIPERDIA**.

Através deste termo, venho solicitar a V. Sª autorização para a implantação e se necessário a implementação dessa pesquisa. Os resultados obtidos mediante levantamento dos dados para a pesquisa de campo ficarão disponibilizados para apreciação desta instituição.

Será garantido sigilo à identidade da instituição bem como de seus funcionários, até que seja assumido o termo de consentimento desta instituição. A

instituição poderá recusar-se a participar, sendo retirado seu nome no ato da solicitação e em qualquer fase da pesquisa, sem penalização e prejuízo alguns.

Diante do exposto, e tendo em vista o esclarecimento do propósito e da importância da pesquisa para reavaliação das políticas públicas de saúde como foco a família, solicito que este termo possa ser firmado mediante assinaturas do mesmo.

Pesquisadora: Gisleide L. Silva

Sec. Munic. Saúde – PMI

Testemunha

Testemunha

Itabuna-Bahia, ___/___/_____



UNIVERSIDADE CATÓLICA DO SALVADOR
Superintendência de Pesquisa e Pós-Graduação
Programa em Família na Sociedade Contemporânea
Curso de Mestrado

CONSENTIMENTO PARA PARTICIPAÇÃO

Eu, _____, concordo em participar do estudo descrito acima. Fui devidamente esclarecido quanto aos objetivos da pesquisa, aos procedimentos aos quais serei submetido e os possíveis riscos envolvidos na minha participação. Tenho o direito de desistir da participação em qualquer momento, sem que minha desistência implique em qualquer prejuízo à minha pessoa ou a minha família. A minha participação é voluntária, e não implicará em custos ou prejuízos adicionais, sejam esses custos ou prejuízos de caráter econômico, social, psicológico ou moral, sendo garantido o anonimato e o sigilo dos dados referentes à minha identificação.

Itabuna-Bahia, ____/____/____

Assinatura: _____



UNIVERSIDADE CATÓLICA DO SALVADOR
 Superintendência de Pesquisa e Pós-Graduação
 Programa em Família na Sociedade Contemporânea
 Curso de Mestrado

COMPROMISSO DOS PESQUISADORES

Garantimos estar disponíveis para atender quaisquer dúvidas e/ou solicitação para esclarecimento de dados que ficaram obscuros no decorrer desta pesquisa. Poderemos ser encontrados no endereço abaixo:

_____ Itabuna-Bahia / /
 Pesquisador responsável

_____ / /
 Pesquisador Orientador

Para maiores informações, pode entrar em contato com:

Gisleide Lima Silva. Fone: (73) 3613 5676 -

(mestranda) Cel : (73) 8801 1083

Email: limagisleide@yahoo.com.br

Endereço: Rua Eliseu Pires Pedra, 261, bairro Castália, Itabuna-Bahia.

CEP 45.603-120

Prof^a Dr^a **Elaine Pedreira Rabinovich,**.



UNIVERSIDADE CATÓLICA DO SALVADOR
 Superintendência de Pesquisa e Pós-Graduação
 Programa em Família na Sociedade Contemporânea
 Curso de Mestrado

ROTEIRO PARA AS ENTREVISTAS

1 – Universalidade da atenção à saúde

- Você já ouviu falar em universalidade?
- O que é universalidade?
- Fale sobre o atendimento que você recebe da equipe de saúde da família.
- Você acha que este atendimento é sempre disponível quando necessário?

2 – O acesso ao usuário na Estratégia de Saúde da Família

- Para você o que é acesso?
- Quando você procura a Unidade de Saúde da Família, 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 se sente assistido pela equipe de Saúde da Família? Por quê?
- Como é esta assistência?
- Esta assistência é dado por toda a equipe de Saúde da Família?
- Quando é que acontece esta assistência?
- Você acha que a equipe de Saúde da Família desta unidade consegue resolver ou atender os seus problemas/necessidades de saúde? Por quê?
- Você acha que a localização geográfica da Unidade Saúde da Família facilita ou dificulta o acesso ao serviço oferecido? Por quê?

3 – Relações entre família e a equipe de Saúde da Família

- Como a equipe lhe recebe na unidade? Você sabe o nome dos profissionais que lhe atendem na Unidade de Saúde da Família?
- O que você gosta do atendimento deles? Por quê?
- O que você não gosta do atendimento deles?



UNIVERSIDADE CATÓLICA DO SALVADOR
Superintendência de Pesquisa e Pós-Graduação
Programa em Família na Sociedade Contemporânea
Curso de Mestrado

ROTEIRO PARA OBSERVAÇÃO SISTEMÁTICA

Os aspectos a serem identificados na observação são:

- O tempo de implantação da Unidade de Saúde da Família (USF)
- O número de profissionais que atuam na USF
- A composição da equipe de Saúde da Família (ESF) e suas atribuições
- O número de famílias cadastradas e acompanhadas na USF
- A estrutura física da USF
- Os serviços oferecidos e os horários
- Os equipamentos e medicamentos disponíveis para o atendimento aos usuários
- A recepção dos usuários na USF (porta de entrada no sistema de saúde)
- A forma de registro e os encaminhamentos dos usuários pela ESF (sistema de referência e contra-referência)
- A Universalidade:
 - O acesso dos usuários a USF
 - A resolutividade às necessidades da saúde das famílias da área de abrangência da USF
 - A humanização no atendimento as famílias
 - A relação entre as famílias e a equipe de saúde da família
- A territorialização da Unidade de Saúde da Família (USF)
 - Descrição da territorialização das USF em estudo
 - Identificar as diferenças geográficas da territorialização das USF em estudo.