

ACESSO À ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM FEIRA DE SANTANA-BA: ORGANIZAÇÃO DA REDE, CONSTRUÇÃO DE PRÁTICAS E RELAÇÕES

Priscila Nogueira Viana¹; Marluce Maria Araújo Assis²

1. Bolsista PIBIC/CNPq, Universidade Estadual de Feira de Santana, Graduando em Medicina, e-mail: priscilanv2005@yahoo.com.br
2. Orientadora, Universidade Estadual de Feira de Santana, Departamento de Saúde, e-mail: marluceassis@bol.com.br

PALAVRAS-CHAVE: Acesso, Sistema de Saúde, ESF.

INTRODUÇÃO

O Estado brasileiro, ao assumir a saúde como direito fundamental, estabeleceu como um dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) a universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de atenção. Nesse contexto, a Estratégia Saúde da Família (ESF) tem como objetivo reorganizar a prática em caráter substitutivo ao modelo hegemônico, constituindo-se em “porta de entrada” do sistema e possibilitando o acesso universal e contínuo a serviços de saúde qualificados, integrais e resolutivos.

O acesso, conceito complexo, representaria o grau de ajuste entre as características dos serviços de saúde e da população (Azevedo; Costa, 2010), que assumem significados através do impacto que exercem na capacidade de uso pela população destes serviços e do quanto se aproximam de suas demandas (Assis et al, 2003). Alguns modelos teóricos emergem no sentido de categorizar e analisar o acesso: modelo economicista, sanitarista-planificador, sanitarista-politicista, e representação social que comportam as seguintes dimensões: econômica, referente à relação oferta/demanda; técnica, relativa à planificação e a organização da rede de serviços; política, relativa ao desenvolvimento da consciência sanitária e da organização popular; e simbólica, relativa às representações sociais acerca da atenção à saúde. Este modelo, proposto por Giovanella e Fleury (1996) e ressignificado por Abreu de Jesus e Assis (2010), pode contribuir para a análise da ESF enquanto “porta de entrada” do sistema e a sua articulação com os demais níveis de atenção.

Nesse sentido, o acesso, dimensão imanente aos princípios doutrinários do SUS, para Abreu de Jesus e Assis (2010), ultrapassa o conceito de “porta de entrada” para configurar-se enquanto dispositivo transformador da realidade. Para tanto, seria necessário a eliminação de barreiras financeiras, geográficas, temporais, administrativas e culturais (Giovanella; Fleury, 1996) e, no espaço micropolítico, a transformação da produção do cuidado e das tecnologias hegemônicas no processo de trabalho, desenvolvendo tecnologias relacionais, que são capazes de redimensionar a prática e impactar positivamente no acesso aos serviços (Merhy, 1997). Contudo, em que pese o seu potencial na luta para construção de um sistema de saúde justo e solidário, têm-se observado que os serviços de saúde convivem com “acessos seletivos, excludentes e focalizados”, estando em desacordo com a legislação (Assis et al, 2003) e, deste modo, não tem se efetivado como direito de cidadania.

O trabalho se fundamenta na compreensão do acesso enquanto dimensão de análise da produção do cuidado para o estabelecimento da ESF como “porta de entrada”, dentro da perspectiva de universalidade, equidade e integralidade da atenção. Os objetivos foram: analisar o acesso na rede de serviços de saúde e como são operadas as práticas na ESF; discutir a oferta e demanda dos serviços na ESF; descrever os fluxos na rede de atenção e as interfaces com a ESF; descrever o processo de desmistificação e luta pela concretização do acesso, com ênfase na ESF.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, crítico-reflexiva, utilizando como campo de investigação três Unidades de Saúde da Família (USF) do município de Feira de Santana-BA. Os dados foram coletados por meio de entrevista semi-estruturada, complementado pela observação sistemática dos espaços das USF, no período de julho a dezembro de 2009, contando com um total de 28 entrevistados, divididos em Grupo I (trabalhadores de saúde - médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, dentistas, Auxiliares de Consultório Dentário, Agentes Comunitários de Saúde - 16 participantes), Grupo II (usuários - nove participantes) e Grupo III (informantes-chave - gestores e coordenadores locais - três entrevistados). O quantitativo de entrevistados foi definido pela relevância das informações, repetição dos conteúdos, complementado por observações do fluxo de atendimento.

A análise dos dados foi orientada pela análise de conteúdo temática com base em Minayo (2007), tomando-se como norteador as dimensões do acesso elucidadas acima, evidenciando-se três unidades temáticas: oferta e demanda dos serviços na ESF; organização dos serviços e práticas de saúde; o processo de desmistificação e luta pela concretização do acesso aos serviços de saúde, com ênfase na ESF. Para complementar as análises, foi confeccionado um fluxograma, com base no fluxograma analisador proposto por Merhy (2002).

Essa pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS) e elaborado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os resultados revelam que a ESF em Feira de Santana-BA tem cumprido parcialmente o papel de “porta de entrada” do sistema, pois nem sempre garante o acesso ao sistema em todas as suas dimensões.

Foi demonstrado que há um grande desequilíbrio entre oferta e demanda dos serviços da ESF, caracterizado pela demanda espontânea, nem sempre acolhida, e a demanda organizada, que acessa com mais facilidade os serviços a ela destinada, com ênfase nas ações programáticas. Além disso, há uma crônica demanda por serviços de saúde de uma população empobrecida e carente, o que vem extrapolando a capacidade das unidades em ofertar serviços suficientes e adequados para todos, frente a um sistema que encontra problemas em seu financiamento, com oferta insuficiente de atendimento, medicamentos e material de insumo. Tal dificuldade vem gerando filas e custos econômicos, sociais e simbólicos, o que é inconcebível num sistema que se propõe público e universal.

No que concerne às práticas desenvolvidas na ESF do referido município, há conflitos entre as atividades preventivas e curativas e fragmentação das ações, caracterizando uma clínica prescritiva, que dicotomiza o pronto-atendimento e as ações programáticas, comprometendo a universalidade do acesso e o atendimento integral. O fluxo do usuário na rede de atenção caracteriza-se pela grande dificuldade de acessar consultas especializadas e exames de maior complexidade na rede de serviços do SUS, além de fragilidades no sistema de referência e contra-referência, evidenciando um sistema fragmentado, desarticulado, com baixo desenvolvimento das tecnologias leves e pouco resolutivo.

Quanto à dimensão política, foi encontrada pouca participação dos usuários e trabalhadores de saúde no Conselho Local de Saúde, mostrando a passividade, alienação e baixa politização de trabalhadores e usuários, o que dificulta o exercício do controle social. A dimensão simbólica interage com a dimensão política, pois são as representações que os usuários e trabalhadores têm acerca das necessidades em saúde, contribuindo para a dificuldade de desenvolvimento da consciência sanitária, que permite a luta por seus direitos frente a uma sociedade excludente, iníqua e pouco solidária.

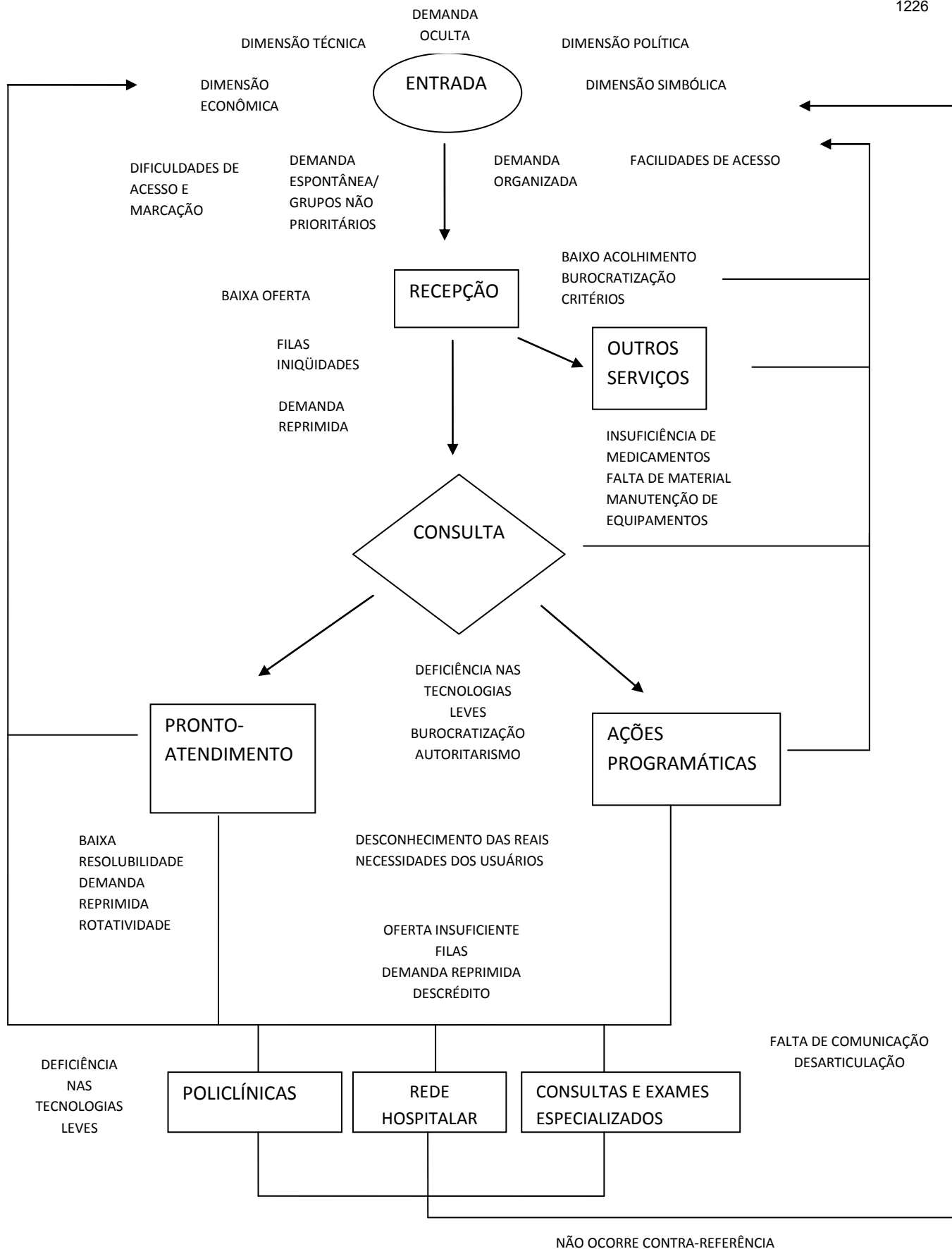


Figura 1: O acesso à ESF e suas interfaces com as redes de atenção à saúde em Feira de Santana – BA.

O fluxograma analisador sintetiza como se dá o acesso e os fluxos dos usuários, desde a “porta de entrada”, a USF, até os demais níveis de complexidade do sistema em Feira de Santana-BA. É preciso considerar os aspectos que influenciam a demanda pelos serviços de saúde, que incluem aspectos econômicos, técnicos, políticos e simbólicos. Na recepção, revelam-se as dificuldades de acesso, principalmente para a demanda espontânea ou grupos não prioritários, evidenciando tanto dificuldades para se acessar atendimento de urgência, quanto para marcação de consultas. A baixa oferta de serviços, critérios burocráticos e posturas pouco acolhedoras estiveram presentes nessa etapa, gerando filas e negação do acesso. A demanda também pode ser por outros serviços ofertados, mas em alguns momentos falta material e manutenção de equipamentos. No atendimento, as ações são dicotomizadas entre atendimento do tipo queixa-conduta e pouco voltado para tecnologias relacionais, e atendimento para as ações programáticas.

A partir de então, novos fluxos são definidos, em que o usuário poderá ser encaminhado para outros serviços da rede por meio da referência ou necessitar de consultas especializadas e exames, tendo que enfrentar filas para alcançar as cotas definidas pela Secretaria de Saúde, que são insuficientes para a grande demanda, gerando filas e demanda reprimida. Além disso, há fragilidade no sistema de referência e contra-referência, comprometendo a continuidade das ações.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao tomar o acesso e suas dimensões, foi evidenciado em Feira de Santana-BA que nem sempre a ESF garante o acesso aos seus serviços, devido ao desequilíbrio na relação oferta/demanda, dificuldades em produzir o cuidado resolutivo, marcado por tecnologias relacionais, além de não assegurar fluxos adequados dos usuários dentro da rede, comprometendo a universalidade da atenção. A baixa politização de usuários e trabalhadores de saúde, aliada às representações que estes sujeitos fazem a respeito das necessidades em saúde, dificultam o desenvolvimento da consciência sanitária e luta por seus direitos.

Desse modo, a garantia do acesso aos serviços de saúde na rede do SUS perpassa pela superação das dificuldades evidenciadas nos planos econômico, técnico, político e simbólico, o que deve envolver a ação não apenas de gestores, trabalhadores de saúde e usuários, mas de todos os atores sociais, tendo em vista o encontro com o mundo das necessidades dos usuários e a construção de uma sociedade plena de direitos e de saúde.

REFERÊNCIAS

- ABREU DE JESUS, W. L.; ASSIS, M. M. A. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. *Ciênc. Saúde Coletiva*, v. 15, n. 1, p. 161-170, 2010.
- ASSIS, M. M. A. et al. Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 815-823, 2003.
- AZEVEDO, A. L. M.; COSTA, A. M. A estreita porta de entrada no Sistema Único de Saúde (SUS): uma avaliação do acesso na Estratégia de Saúde da Família. *Interface comun. saúde educ.* v. 14 n. 35, p. 797-810, out/dez, 2010.
- GIOVANELLA, L.; FLEURY, S. Universalidade da atenção à saúde: acesso como categoria de análise. In C EIBENSCHUTZ (org.). *Política de saúde: o público e o privado*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.p. 177-198.
- MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). *Agir em saúde um desafio para o público*. São Paulo: HUCITEC, 2002. p. 71-112.
- MINAYO, M. C. de S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 5.ed. São Paulo: HUCITEC, 2007.