

Capítulo 5

Acesso ao PSF: garantia para a resolubilidade dos serviços de saúde?

Marluce Maria Araújo Assis
Diego Lima Levi
Maria Angela Alves do Nascimento
Juliana Alves Leite Leal
Rita de Cássia Rocha Moreira
Patrícia Regina de Souza Carneiro
Erenilde Marques de Cerqueira

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

ASSIS, MMA., *et al.* orgs. *Produção do cuidado no Programa Saúde da Família: olhares analisadores em diferentes cenários* [online]. Salvador: EDUFBA, 2010. 180 p. ISBN 978-85-232-0669-7. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.



All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 Unported.

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença Creative Commons Atribuição - Uso Não Comercial - Partilha nos Mesmos Termos 3.0 Não adaptada.

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 3.0 Unported.

CAPÍTULO 5

ACESSO AO PSF: GARANTIA PARA A RESOLUBILIDADE DOS SERVIÇOS DE SAÚDE?

Marluce Maria Araújo Assis; Diego Lima Levi; Maria Angela Alves do Nascimento; Juliana Alves Leite Leal; Rita de Cássia Rocha Moreira; Patrícia Regina de Souza Carneiro; Erenilde Marques Cerqueira

INTRODUÇÃO

A opção em estudar o acesso enquanto categoria central de análise perpassa pelas inter-relações existentes entre os usuários e o serviço de saúde, no intuito de analisar se os direitos à saúde estão sendo respeitados e colocados como prioridades de atenção pelo poder público (GIOVANELLA; FLEURY, 1996).

A discussão proposta neste artigo dirige-se à categoria acesso, em suas dimensões geográfica e funcional, como um dispositivo que atenda às necessidades dos usuários do serviço de saúde, com a garantia da resolubilidade.

A análise do acesso, para Abreu de Jesus e Assis (2010), vai além da conexão pura e simples ao conceito de “porta de entrada”, configurando-se como um dispositivo transformador da realidade. A partir de então, assume um caráter regulador sobre o sistema de saúde, ao definir os fluxos, o funcionamento, a capacidade e a necessidade de expansão e organização da rede para o cuidado progressivo do usuário.

Diante do processo histórico que conduziu a constituição do Sistema Único de Saúde (SUS) e o fortalecimento da Atenção Básica (AB), o conceito de acesso aos serviços de saúde passou por diversas modificações, sendo finalmente concebido como um dispositivo importante, que abrange a eficácia e a equidade desses serviços.

Como campo de estudo, optou-se por um município da Região Centro-Leste, por ser este um componente do Programa de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (PROESF), no interior do Estado da Bahia e da organização de redes de atenção à saúde, sendo considerado um dos municípios de referência para serviços de saúde de média e/ou alta complexidades nas diversas linhas do cuidado (ASSIS et al., 2008). Por conseguinte, esta pesquisa teve como objetivos caracterizar o acesso aos serviços de saúde no Programa de Saúde da Família, na perspectiva da resolubilidade da atenção, e avaliar as formas de acesso (geográfico e funcional) dos usuários ao PSF nesse município.

Ressalta-se que a compreensão do acesso ao serviço de saúde, além de envolver a localização da unidade de saúde, deverá ter seu impacto na inserção do usuário nos serviços de saúde e o recebimento de cuidados subsequentes.

Na análise da categoria acesso também se encontra inserida a disponibilidade de recursos e a capacidade da rede de produzir serviços que deem respostas às necessidades traduzidas em demandas pela população (ASSIS; VILLA; NASCIMENTO, 2003). Nesse caso, como apontam Merhy e Onocko (2006), envolve o cardápio de serviços oferecidos e se eles estão em consonância com a *cesta de necessidade de saúde* da população, as quais precisam ser atendidas e resolvidas. Perpassa, portanto, pela produção de uma oferta organizada, pois o acesso envolve demandas diferenciadas por tipo de atendimento prestado.

Dessa maneira, as características dos serviços oferecidos assumem significados quando analisados à luz da ação que exercem na capacidade de uso do Serviço da ABS, tanto na perspectiva do usuário quanto dos trabalhadores de saúde (STARFIELD, 2004).

Enfim, concorda-se com Assis, Villa e Nascimento (2003) que o acesso assume seus contornos quando amplia suas dimensões ao entendimento do contexto histórico-social, condições socioeconômicas, educação e cultura, que se traduzem nas dimensões geográfica, econômica, funcional, cultural e comunicacional.

1 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa, realizado em um município da Região Centro-Leste da Bahia, precisamente nas Unidades de

Saúde da Família (USF), tendo como participantes 12 gestores (Grupo I), 60 profissionais de saúde das ESF (Grupo II) e 257 usuários (Grupo III), totalizando uma amostragem de 329 sujeitos.

O formulário foi o instrumento utilizado para coletar dados, sendo aplicados três tipos, específicos para cada grupo.

Após a coleta, os dados foram consolidados em um banco de dados com base no programa estatístico Epidata e posteriormente sistematizados no programa Excel. Os resultados são apresentados estatisticamente pela frequência absoluta ou relativa.

2 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A discussão e análise dos resultados são evidenciadas nesta parte do trabalho. Aborda-se, portanto, as dimensões do acesso ao PSF, envolvendo a dinâmica do processo de deslocamento do usuário, a organização das ações e serviços, meios de divulgação e as facilidades para acessar a unidade, sempre em busca da resolubilidade da atenção.

2.1 GARANTIA DE ACESSO E DE RESOLUBILIDADE DAS DEMANDAS DE SAÚDE DOS USUÁRIOS

Verifica-se, nos resultados, que os usuários do serviço de saúde, em sua maioria (43,6%), frequentavam o PSF há mais de seis anos. Dentre os segmentos familiares que mais utilizavam os serviços, destacam-se as mulheres (59,1%), seguidas das crianças (23%). No nível de escolaridade dos usuários do PSF foram destaques o ensino fundamental, com 38,5%, e o ensino médio completo, com 26,8%.

Outro aspecto que chama atenção é o perfil socioeconômico. A renda familiar não ultrapassa dois salários mínimos, ou seja, mais de dois terços dos usuários têm renda entre meio a um salário mínimo (41,7%) e entre um a dois salários mínimos (25,4%).

Entende-se que tal realidade influencia na atenção à saúde, uma vez que a privação dos usuários aos serviços básicos terá um grande impacto, considerando-se sua importância na qualidade de vida da população, em especial a

população desprovida de recursos/meios para buscar alternativas na falta do serviço público.

Contudo, para que o PSF seja realmente considerado a “porta de entrada” do usuário na ABS, na rede SUS, deverá existir a integração de cuidados básicos e especializados, para facilitar o acesso e melhorar a qualidade da atenção. Para tanto, Merhy (1997) coloca que a função da “porta” não é mais barrar e limitar o atendimento, e sim responder aos problemas que ali aparecem de modo criativo, explorando ao máximo o acolhimento nas relações, mediante a formação de vínculo entre o profissional/serviço/usuário.

Após 15 anos da implantação do PSF como um programa de reorientação do modelo de atenção, visualiza-se que ele já apresenta avanços, mesmo com seus limites e/ou dificuldades, visto que passa a ser o ponto de entrada do usuário no sistema de saúde. No entanto, neste estudo, demonstra-se que a resolubilidade do PSF é apenas aquela efetuada diante da ação queixa/conduta, sem garantia de continuidade da atenção aos serviços da média e alta complexidade.

O estudo revela que dos 257 usuários pesquisados, 194 (74,5%) procuram primeiramente a unidade de saúde de seu bairro, quando apresentam alguma necessidade/problema a ser solucionado. Outrossim, 82% dos usuários referiram que sua necessidade de saúde foi resolvida na USF. Essa procura pela USF para a resolução de uma necessidade leva a inferir-se que a população talvez a reconheça e a perceba como um espaço presente em suas vidas, fortalecendo o vínculo entre a instituição, os usuários e os trabalhadores de saúde.

No entanto, nos dados apresentados neste estudo, notam-se que as ações programáticas da USF continuam a funcionar paralelamente às atividades de outros serviços de saúde, não se configurando como um novo modelo de atenção, tampouco reorientando o sistema de saúde.

Ressalta-se, entretanto, que essa resolubilidade é baseada em uma queixa do usuário, a qual é seguida de uma conduta do profissional, configurada em um modelo de pronto atendimento que não proporciona uma resolubilidade efetiva, visto que, para que ocorra em sua plenitude, deve existir a integralidade da atenção, com garantia de acesso aos serviços de média e alta complexidade.

Por isso, o PSF é formulado para garantir essa integralidade, pela conformação de uma nova visão do processo saúde/doença, em que o foco das ações passa a ser o indivíduo e não a doença. Essa visão ampliada do serviço,

defendida por Campos (2006), é a efetividade de uma clínica ampliada, por ele nominada de Clínica dos Sujeitos. Na prática, porém, são ainda observadas dificuldades em sua execução.

Para que a ABS funcione realmente como um nível de um sistema de saúde, deve, segundo Starfield (2004), oferecer aos usuários a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, garantir atenção a pessoa (não a enfermidade) no decorrer do tempo, ampliar a atenção a todas as situações de saúde, exceto as incomuns, e coordenar ou integrar a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros. Todavia há necessidade da (des)construção de uma prática voltada para a doença e (re)construção de um modelo de saúde que deixe de ser excludente e pouco resolutivo, para que assegure integralidade e dignidade ao usuário, com garantia de acesso e resolubilidade da atenção (SANTOS et al., 2008).

Para tanto, as práticas devem ser definidas pelo território de necessidades e pelas demandas apresentadas pelos usuários, objetivo da regionalização do serviço, e não pela adoção de programas verticais, os quais, na maioria das vezes, não atendem aos anseios dos usuários. Torna-se necessária, portanto, a articulação das ações básicas desenvolvidas no PSF com os outros níveis de complexidade, de modo a garantir a plenitude do acesso em todo o sistema de saúde.

2.2 DIMENSÕES DO ACESSO DOS USUÁRIOS NO PSF

O acesso corresponde às características dos serviços que assumem significados quando interpretadas à luz do impacto que exercem na capacidade da população de usá-los. Desta forma, pode-se indicar o grau de facilidade ou dificuldade para que as pessoas obtenham os cuidados de saúde (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Como foi destacado, dentre as dimensões do acesso estudadas está a geográfica, aquela relacionada às variáveis distância, tempo e transporte necessários para deslocar-se ao serviço de saúde. Entretanto, o estudo da localização do serviço de saúde poderá tornar-se mais efetivo se, além da dimensão geográfica, forem igualmente consideradas variáveis de natureza econômica e social. Grandes distâncias a serem percorridas, dificuldade de transporte e baixa renda das famílias são fatores que, associados, reduzem a utilização dos serviços de saúde (TRAVASSOS; VIACAVA, 2007).

No que diz respeito à forma de acesso geográfico, a distância do serviço de saúde somada ao tempo e ao custo de deslocamento também se configuraram como barreiras de acesso a serem superadas. No **Gráfico 1**, verifica-se que a maioria das pessoas (77,4%) desloca-se a pé até a unidade de saúde, estando em segundo lugar o uso de transporte coletivo (14,7%).

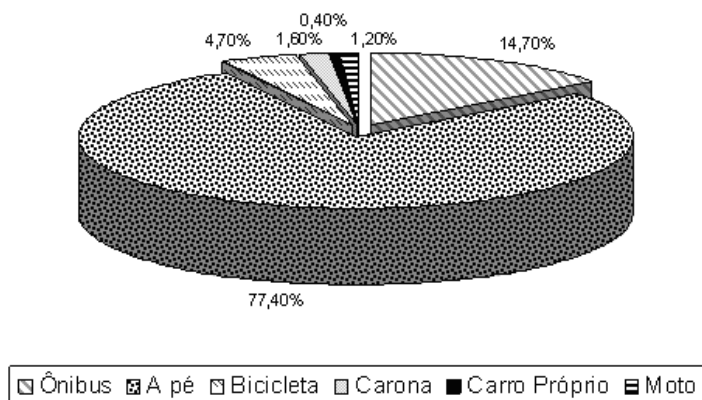


Gráfico 1. Formas de acesso geográfico dos usuários do PSF de um município da Região Centro-Leste da Bahia, 2009

Embora existam facilidades decorrentes da disponibilização de USF próxima da casa do cidadão, foram identificados aspectos determinantes da escolha que passam, entre outros, pela resolubilidade do serviço (RAMOS; LIMA, 2003). O acesso não pode ser visto de forma unidimensional, limitado à disponibilidade de recursos, mas como um conjunto de dimensões que precisam estar alinhadas de forma a suprir as necessidades da população, no processo de busca e obtenção de assistência à saúde.

Em relação ao acesso funcional, foram apontados neste estudo os obstáculos para se conseguir atendimento médico, seja na marcação da consulta, seja na demora do atendimento. Com referência à demora do atendimento médico após a marcação, os resultados indicam que 49,4% dos usuários esperam uma semana ou mais para a consulta, salvo em casos de emergência. Revela-se, pois, que a resolubilidade afirmada pelo usuário é apenas aquela que ocorre mediante uma queixa e não abrange a integralidade da atenção, com garantia de acesso fácil a outros serviços.

Em relação ao tempo gasto para receber o atendimento desejado, nota-se que 29,1% e 26,1% dos usuários levam entre 30 a 60 minutos e 1 a 2 horas, respectivamente, para ter acesso ao serviço.

Entende-se por integralidade das ações o direito que o usuário possui de ser atendido em todas as suas necessidades. Isto é, as ações não devem limitar-se à atenção básica, garantindo-se acesso aos serviços de média e alta complexidade, se assim for preciso, no intuito de dar resolubilidade às necessidades dos usuários. A dificuldade de agendar consulta e exames pode ser listada como exemplo de que a resolubilidade e a integralidade ainda não estão sendo efetuadas em sua plenitude, assim como há indisponibilidade de serviços de referência para os níveis hierárquicos.

No que tange às dificuldades encontradas pelos usuários no PSF do município estudado, profissionais da ESF, usuários e gestores apontaram aspectos importantes, ilustrados no **Gráfico 2**.

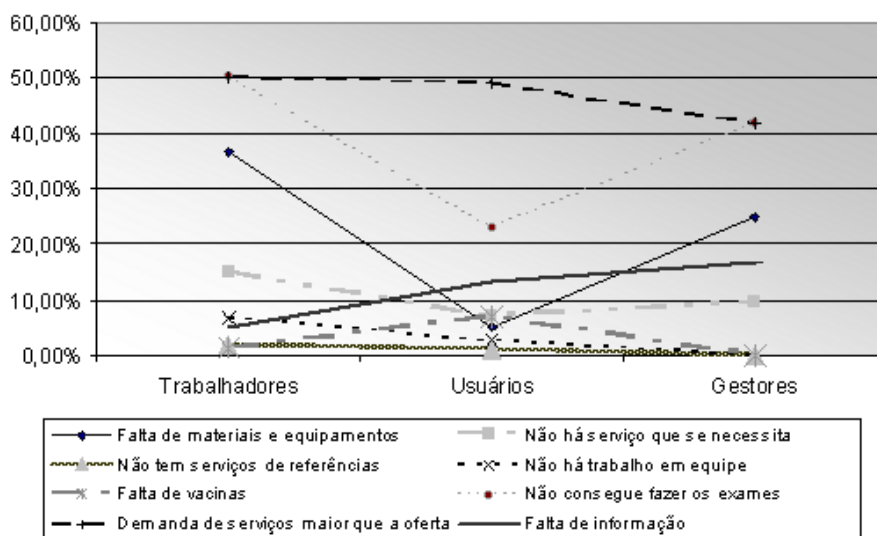


Gráfico 2. Dificuldades encontradas no PSF na atenção à saúde na percepção dos usuários, trabalhadores de saúde e gestores em um município da Região Centro-Leste da Bahia, 2009

Os profissionais das ESF e gestores referiram a existência de dificuldades principalmente para o acesso aos exames (50% e 41,7%) e falta de materiais e equipamentos nas unidades de saúde (36,7% e 25%), respectivamente. Em

todos os grupos (profissionais 50%, usuários 49% e gestores 41,7%) foi predominante a referência à demanda aos serviços de saúde, indicando que é maior do que a oferta. Gestores (16,7%) e usuários (13,2%) apontam a falta de informação, mais do que os profissionais das ESF (5%), como uma dificuldade do PSF. A ausência do trabalho em equipe é mais indicada pelos profissionais (6,7%) e usuários (2,7%), mas sem indicação entre os gestores.

Concorda-se com Giovanella, Escorel e Mendonça (2007), quando afirmam que a organização de sistemas integrados de serviços de saúde proporciona atenção de melhor qualidade e menos onerosa, mais direcionada a responder às necessidades de saúde da população, tudo por meio da definição de “porta de entrada” acessível e resolutive, como propõe o PSF.

Além da organização do sistema de saúde, a divulgação de informações sobre o PSF é de extrema importância e o uso da informação correta fornece subsídios à sociedade para o exercício de cidadania e participação social.

Quando se inquiriu aos usuários sobre os meios de divulgação do PSF, observou-se a existência de muitas fontes de informação, porém o trabalho dos agentes comunitários de saúde (ACS), que atuam diretamente junto às famílias, foi a opção mais reconhecida, como pode ser visto no **Gráfico 3**.

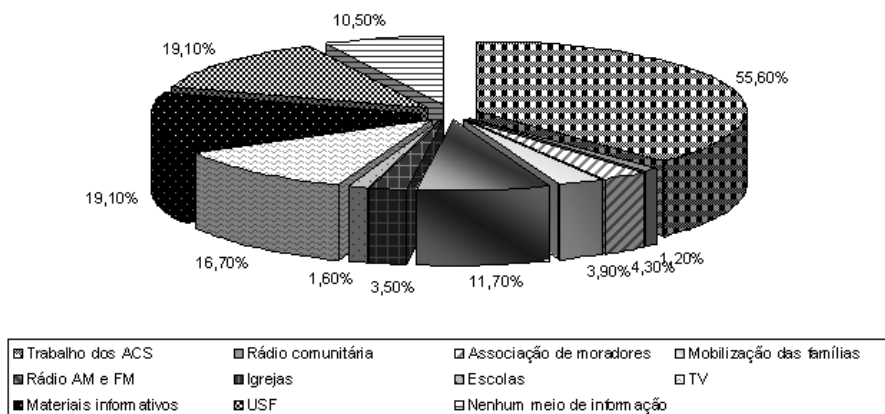


Gráfico 3. Meios de divulgação do PSF referidos pelos usuários de um município da Região Centro-Leste da Bahia, 2009

Não obstante os usuários serem informados sobre o PSF por meio do trabalho dos ACS (55,6%), os materiais informativos impressos (19,1%) e a televisão (16,7%) são também representativos. Vale destacar que 10,5% dos usuários informaram não receber quaisquer informações sobre o Programa. Entende-se que o acesso comunicacional incipiente prejudica o acesso da população aos serviços, bem como afasta a criação de vínculo e responsabilização entre trabalhadores de saúde e usuários.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo caracterizou a categoria acesso nas dimensões geográfica, aquela que envolve a localização da USF próxima da população a qual atende, de horários e dias para o atendimento, o grau de tolerância para consultas não agendadas e a percepção da população sobre tais conveniências, além do acesso funcional, aquele que incorpora a disponibilidade de recursos de saúde e a capacidade da rede em produzir serviços que deem respostas às necessidades traduzidas em demandas pela população do município que se constituiu em campo de pesquisa.

Neste estudo foi retratado que os usuários passam por diversas dificuldades para conseguir o acesso aos serviços de saúde. Pode-se dizer que o acesso geográfico é caracterizado pela localização da unidade, observando-se que a maioria das pessoas (77,4%) se desloca a pé para alcançar atendimento no PSF. Além disso, identificam-se barreiras financeiras, quando o atendimento só é conseguido mediante gastos com transporte, consultas e exames. O acesso funcional caracteriza-se por deficiências organizacionais do serviço, como a presença de filas, ausência de serviços, tempo de espera prolongado, falta de medicamentos e dificuldades de agendamento de exames.

O acesso deveria ser organizado pela ação planejadora do Estado, com base na garantia de localização adequada, da disponibilidade e da articulação funcional dos serviços em uma rede organizada de acordo com as necessidades da população coberta pela unidade que oferta os serviços.

Neste sentido, uma das formas de se contribuir para a efetivação do acesso aos serviços de saúde é por meio do controle social efetivo por parte da população, não só da luta diária por melhorias nos serviços, como também da reorganização do processo de trabalho. Sua participação na elaboração das políticas públicas de saúde, também influenciada pelo nível educacional, pode ser fator de qualificação dos serviços 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. *Ci. Saúde Col.*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 161-170, 2010.
- ASSIS, M.M.A.; VILLA, T.C.S.; NASCIMENTO, M.A.A do. Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática. *Ci. Saúde Col.*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 815-23, 2003.
- ASSIS, M.M.A. et al. **Avaliação da produção do cuidado em saúde e a construção da integralidade a partir do Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (PROESF): o caso da Bahia.** Feira de Santana: UESF, 2008.
- CAMPOS, G.W.S. **Tratado de saúde coletiva.** São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.
- GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; MENDONÇA, M.H.M. Porta de entrada pela atenção básica? Integração do PSF à rede de serviços de saúde. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 278-289, 2007.
- GIOVANELLA, L.; FLEURY, S. Universidade da atenção à saúde: acesso como categoria de análise. In: EIBENSCHUTZ, C. **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. (Orgs.). **Praxis en salud: un desafío para lo público.** São Paulo: Hucitec, 1997. p. 71-112.
- MERHY, E.E; ONOCKO, R (Orgs.). **Agir em saúde: um desafio para o público.** 2. ed São Paulo: Hucitec, 2006.

RAMOS, D.D.; LIMA, M.A.D.S. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 27-34, 2003.

SANTOS, A.M. et al. Vínculo e autonomia na prática de saúde bucal no Programa Saúde da Família. **Rev. Saúde Públ.**, São Paulo, v. 42, n. 3, p. 464-470, 2008.

STARFIELD, B. **Atenção primária**. Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, Unesco, DFID, 2004.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v. 20, supl. esp., p. 190-198, 2004.

TRAVASSOS, C.; VIACAVA, F. Acesso e uso de serviços de saúde em idosos residentes em áreas rurais, Brasil, 1998 e 2003. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 2490-2502, 2007.