

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE ODONTOLOGIA

FERNANDA KRETSCHMER
PÂMELLA PEREIRA TESCH

AS PERCEPÇÕES DOS USUÁRIOS SOBRE A IMPLANTAÇÃO DA ESTRATÉGIA DE
SAÚDE DA FAMÍLIA EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

Porto Alegre

2014

FERNANDA KRETSCHMER
PÂMELLA PEREIRA TESCH

AS PERCEPÇÕES DOS USUÁRIOS SOBRE A IMPLANTAÇÃO DA ESTRATÉGIA DE
SAÚDE DA FAMÍLIA EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Graduação em Odontologia da
Universidade Federal do Rio Grande do Sul,
como requisito parcial para a obtenção de título
de Cirurgião-Dentista.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Eloá Rossoni

Porto Alegre

2014

CIP – Catalogação na Publicação

Kretschmer, Fernanda

As percepções dos usuários sobre a implantação da estratégia de saúde da família em uma unidade básica de saúde / Fernanda Kretschmer, Pâmella Pereira Tesch. – 2014.

43 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Odontologia, Curso de Graduação em Odontologia, Porto Alegre, BR-RS, 2014.

Orientadora: Eloá Rossoni

1. Estratégia de Saúde da Família. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Acesso aos Serviços de Saúde. I. Tesch, Pâmella Pereira. II. Rossoni, Eloá. III. Título.

À minha família, por ter sempre acreditado em mim e, especialmente, aos meus pais, Antonio e Sarita, por todo o amor e dedicação, durante todos esses anos. Os ensinamentos de vocês foram essenciais para que eu jamais desistisse dos meus sonhos.

Ao meu namorado, Alexandre, por todo o apoio e carinho nesta jornada. Sem a tua paciência e companheirismo nada disto teria sido possível.

(Pâmella Pereira Tesch)

Agradeço aos meus pais, Luis Fernando e Carmen, por terem me oportunizado esta realização – sem o apoio de vocês, eu não me tornaria uma Cirurgiã-Dentista.

Ao meu irmão, Augusto, pelo companheirismo, e por estar sempre ao meu lado, me ajudando a superar as dificuldades.

Ao meu namorado, Marco, que sempre me incentiva nas minhas escolhas, e me motiva a buscar o melhor de mim a cada dia.

Aos meus amigos, ao Grupo PET Odontologia, e à Professora Susana: muito obrigada por terem feito parte e enriquecido esta minha caminhada.

(Fernanda Kretschmer)

AGRADECIMENTOS

À professora Eloá, pela motivação, dedicação, apoio e carinho durante a realização deste trabalho. Foste, para nós, uma grande mestre, nos orientando a buscar o conhecimento e compartilhando conosco da tua experiência.

À cirurgiã-dentista Amanda Cunha, e toda a equipe da Unidade de Saúde da Família Campo da Tuca, pela disposição em ajudar na elaboração deste trabalho.

Ao cirurgião-dentista Douglas Maciel, agradecemos pela disponibilidade em partilhar conosco o projeto de pesquisa que originou este TCC.

Aos agentes comunitários de saúde Michele, Oronilda, Irineu, Heloísa, Lissandra e Valmir, por toda a ajuda prestada, nos permitindo acompanhá-los nas visitas domiciliares e fornecendo informações acerca da realidade local.

Aos usuários da USF Campo da Tuca, por terem contribuído com a pesquisa através da participação nas entrevistas.

RESUMO

KRETSCHMER, Fernanda; TESCH, Pâmella Pereira. **As percepções dos usuários sobre a implantação da estratégia de saúde da família em uma unidade básica de saúde.** 2014. 43 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) – Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.

Pesquisar a satisfação dos usuários dos serviços de saúde, principalmente em unidades de saúde de referência, que passaram por transformações nos processos de trabalho, torna-se importante no cenário atual, em que o Ministério da Saúde busca a ampliação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Sistema Único de Saúde (SUS). O estudo analisa as percepções dos usuários da USF Campo da Tuca, de Porto Alegre, Rio Grande do Sul (RS), acerca do atendimento oferecido, acesso, e resolutividade em relação ao modelo anteriormente adotado na Unidade Básica de Saúde (UBS) 7 – Campo da Tuca. A USF funciona desde abril de 2005 no atual local e passou a incorporar o modelo de Estratégia de Saúde da Família em setembro de 2012. O estudo de abordagem qualitativa exploratória, tipo estudo de caso, foi desenvolvido no período de setembro a novembro de 2014. Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com 14 usuários da USF, que se disponibilizaram a participar do estudo, tinham mais de 18 anos e eram moradores da área adstrita por pelo menos três anos. O material das entrevistas foi transcrito e categorizado de acordo com a análise de conteúdo temática elaborada por Bardin (1979) e modificada por Minayo (2000). Os usuários entrevistados percebem as mudanças geradas a partir da implementação da ESF como positivas, e externam satisfação com relação ao trabalho das Equipes de Saúde da Família da USF Campo da Tuca.

Palavras-chave: Estratégia de Saúde da Família. Atenção Primária à Saúde. Acesso aos Serviços de Saúde.

ABSTRACT

KRETSCHMER, Fernanda; TESCH, Pâmella Pereira. **Users' perceptions about the implementation of the Family Health Strategy in a Basic Health Unit.** 2014. 43 f. Final Paper (Graduation in Dentistry) – Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.

Determining the satisfaction of users of health services, especially in health units that have undergone changes in work process, becomes important in the current environment when the Health Ministry seeks expansion of the Family Health Strategy (FHS) in the National Health System. This project aims to analyze users' perceptions of the FHS Campo da Tuca, in Porto Alegre, Rio Grande do Sul (RS) on the care provided, access to health public care services and appropriate resolution compared with the mode previously adopted by the Basic Health Unit (BHU) 7 – Campo da Tuca. This health unit became operational in April 2005 at the current location and began to incorporate the Family Health Strategy model in September 2013. This study uses an exploratory qualitative approach, developed during the period of September to November 2014. Interviews were conducted with 14 users who agreed to participate in the study, ages over 18 years old, and were residents of the enrolled area for at least three years. The interview material was transcribed and categorized according to thematic content analysis developed by Bardin (1979) and modified by Minayo (2000). Users who responded perceived the changes generated from the implementation of the FHS as positive, and expressed satisfaction with the work of Family Health Teams.

Keywords: Family Health Estrategy. Primary Health Care. Health Services Accessibility.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Fotografia ESF Campo da Tuca (Fachada)	21
---	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Características da Unidade de Saúde da Família Campo da Tuca, Porto Alegre, RS, 2014	20
Quadro 2 – Características dos Usuários Participantes do Estudo, USF Campo da Tuca, Porto Alegre, RS, 2014	24

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CSEM	Centro de Saúde-Escola Murialdo
ESF	Estratégia de Saúde da Família
MG	Minas Gerais
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PSF	Programa de Saúde da Família
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RS	Rio Grande do Sul
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
SES/RS	Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	OBJETIVOS	13
2.1	OBJETIVO GERAL	13
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	13
3	REVISÃO DE LITERATURA	14
4	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	19
4.1	CARACTERIZAÇÃO E DELIMITAÇÃO DA PESQUISA	19
4.2	CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL.....	19
4.3	PARTICIPANTES DO ESTUDO	21
4.4	TRABALHO DE CAMPO.....	22
4.5	ANÁLISE DOS DADOS.....	23
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	24
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	356
	REFERÊNCIAS	37
	APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	420
	APÊNDICE B – ROTEIRO DE QUESTÕES PARA ENTREVISTA	402
	ANEXO – TERMO DE CIÊNCIA E AUTORIZAÇÃO DA COORDENAÇÃO ONDE SERÁ REALIZADA A PESQUISA	43

1 INTRODUÇÃO

A promulgação da Constituição Federal de 1988, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 1991) estabeleceu a Saúde como direito de todos e dever do estado, com isso, todos os brasileiros devem ter garantido por lei o acesso às ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde. Além disso, no início da década de 90, houve a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) para orientar a organização dos serviços de saúde no Brasil, baseando-se em três princípios fundamentais: universalidade, descentralização e participação popular (TOMASI, 2007).

O Programa de Saúde da Família (PSF) foi concebido pelo Ministério da Saúde, em 1994, como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, em conformidade com os princípios do SUS. Atualmente esse Programa passou a ser chamado de Estratégia de Saúde da Família (ESF), configurando-se como a porta de entrada preferencial para o SUS (ESCOREL et al., 2007).

A implementação da Estratégia de Saúde da Família proporcionou uma série de alterações estruturais e organizacionais no modelo de atenção básica, sendo os principais a presença de uma equipe multiprofissional responsável pela atenção à saúde de uma população circunscrita, definição do Médico da Família e Comunidade como profissional de atenção básica, e a inclusão de outros profissionais, a saber, os agentes comunitários de saúde, voltados para a ação comunitária, ampliando a atuação da equipe sobre os determinantes mais gerais do processo saúde-enfermidade (ESCOREL et al., 2007).

Desde a sua criação, o modelo de ESF vem se expandindo pelo território nacional, apresentando uma concepção que tem a família como centro de atenção e não somente o indivíduo doente, fazendo com que o serviço vá ao encontro da comunidade agindo preventivamente. No entanto, a maioria dos municípios brasileiros possui um histórico de ofertas de serviço de saúde em um modelo tecnicista e curativo, focado no indivíduo e na doença e centrado na figura do médico, com poucas práticas preventivas (ROSA; LABATE, 2005).

A USF Campo da Tuca, situada na cidade de Porto Alegre, no Estado do Rio Grande do Sul (RS), atua no modelo de Estratégia de Saúde da Família desde

setembro de 2012, sendo que no período anterior atuou como uma Unidade Básica de Saúde (UBS) tradicional, e era denominada de UBS 7 – Campo da Tuca. O atual local onde a unidade se encontra foi inaugurado em abril de 2005, após ter funcionado provisoriamente na unidade central do Centro de Saúde-Escola Murialdo, por cerca de dois anos e meio, devido a problemas estruturais e dificuldade de encontrar prédio para locação na região (RIO GRANDE DO SUL, 2005).

Para os usuários do SUS, as transformações que ocorrem nos processos de trabalho são muitas vezes difíceis de serem entendidas e enfrentadas. Torna-se importante saber como a população adscrita às equipes das Unidades de Saúde de Família entende as modificações nos processos de trabalho e avaliam o atendimento oferecido, para que esse modelo de atenção, voltado à família e comunidade, possa estar se aprimorando (RAMOS; LIMA, 2003).

A satisfação dos usuários no setor da saúde tem sido uma preocupação crescente em estudos de avaliação da qualidade da atenção. Além disso, a partir da visão orientada para a humanização na saúde, o usuário é entendido como um cidadão e não apenas como um consumidor do serviço de saúde (FORTES, 2004).

A percepção dos usuários sobre a prática da ESF é importante, pois a comunidade é a razão de existência da mesma. Deve-se incentivar a capacidade de avaliação e intervenção dos sujeitos, fortalecendo a democracia e possibilitando a verificação, na prática, da resposta da comunidade frente aos serviços prestados, de forma a permitir uma melhor adequação do atendimento às expectativas da comunidade e aprimoramento do serviço (TEIXEIRA, 2004).

Diante da necessidade de compreender como os usuários vivenciam/ram este processo de mudança, este estudo analisa as percepções dos usuários da USF Campo da Tuca, da cidade de Porto Alegre – RS, acerca do atendimento, acesso, e resolutividade do modelo de atenção com base na Estratégia de Saúde da Família em relação ao modelo de atenção oferecido anteriormente na UBS 7 – Campo da Tuca.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar as percepções dos usuários acerca do atendimento, acesso, e resolutividade da Unidade de Estratégia de Saúde da Família Campo da Tuca, em relação ao modelo de atenção oferecido anteriormente na Unidade Básica de Saúde 7 – Campo da Tuca.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Identificar os limites e as potencialidades da atuação da equipe de saúde da USF Campo da Tuca;
- b) descrever as mudanças no processo de trabalho da Unidade de Saúde Campo da Tuca na visão dos usuários.

3 REVISÃO DE LITERATURA

A implantação do SUS realizou-se no Brasil a partir da década de 1990 representando uma importante inflexão no padrão historicamente consolidado de organização dos serviços de saúde no país. Desde a sua implementação, o SUS fundamentou-se em três princípios básicos:

- a) Universalidade do acesso aos serviços em todos os níveis de assistência para todos os cidadãos brasileiros, independentemente de renda, classe social, etnia, ocupação e contribuição;
- b) descentralização em direção aos estados e municípios, com redefinição das atribuições e responsabilidades dos três níveis de governo;
- c) participação popular na definição da política de saúde em cada nível de governo, bem como no acompanhamento de sua execução (ESCOREL et al., 2007).

Segundo documentos do Ministério da Saúde, os princípios universalizantes, democráticos e participativos do SUS têm sofrido, ao longo dos anos, com os modelos de atenção à saúde que privilegiam o enfoque curativo, hospitalocêntrico, verticalizado, fragmentado, tecnicista, ineficiente e pouco resolutivo. Nesse sentido, faz-se necessário a consolidação dos princípios do SUS como possibilidade de mudança na forma com que os serviços e práticas de saúde se organizam, redirecionando enfoques e pautando-se em paradigmas voltados para a saúde enquanto expressão de cidadania (GOTTEMS; PIRES, 2009).

As Unidades Básicas de Saúde (UBSs) tradicionais se destacaram historicamente por ser a principal forma de atendimento a nível primário de saúde, e se caracterizavam, principalmente, pelo predomínio de intervenções voltadas para condições agudas de caráter individual pautado por terapêutica medicamentosa, não favorecendo a construção de vínculos e a co-responsabilidade nos compromissos estabelecidos. No modelo tradicional ocorre a fragmentação do cuidado com o trabalho de um maior número de profissionais especialistas da área médica como pediatria, ginecologia e obstetrícia, além das ações de enfermeiros e cirurgiões-dentistas (PEREIRA et al., 2011).

Rosa e Labate (2005) afirmam que o Programa Saúde da Família (PSF) surge no Brasil como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do SUS. Os documentos do Ministério da Saúde (BRASIL, 1996) relatam que 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” e “iniquidades”.

Entre as principais alterações nos processos de trabalho das Unidades de Saúde da Família (USFs), em relação ao formato tradicional, ressalta-se a incorporação da equipe mínima composta por, no mínimo, médico generalista ou especialista em Saúde da Família ou médico de Família e Comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACSs), podendo acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ ou técnico em saúde bucal. Além disso, as USFs funcionam sob a ótica de territorialização, atendendo a população de uma área adscrita delimitada e cadastrada e com foco em atividades de promoção e prevenção em saúde, buscando a integralidade do cuidado em saúde (BRASIL, 2012).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) aborda a importância da Atenção Básica como o principal contato dos usuários e porta preferencial para o atendimento no SUS. Nesse sentido, a Estratégia da Saúde da Família se destaca como principal ferramenta de reorientação da Atenção Básica (AB) para ações de promoção e proteção à saúde, prevenção de agravos, diagnósticos e tratamentos, redução de danos e a manutenção da saúde de forma integral, realizando suas atividades tanto no âmbito coletivo quanto no individual (BRASIL, 2012).

O Programa de Saúde da Família, atualmente chamado de Estratégia de Saúde da Família, foi concebido pelo Ministério da Saúde, em 1994 – no entanto, mesmo após quase 10 anos de existência, enfrenta dificuldades para sua implementação. Segundo Ronzani e Van Stralen (2003), isso ocorre devido ao embate de dois paradigmas: a prática dos profissionais e a implantação de políticas de saúde. O primeiro ligado a formação acadêmica superespecializada e fragmentada e a segunda com a necessidade de ampliação de ações de prevenção e promoção de saúde.

Conforme Fortes (2004), a humanização da atenção à saúde é uma possibilidade de transformação cultural da gestão e das práticas desenvolvidas nas instituições de saúde ao adotar uma postura ética de respeito e acolhimento ao usuário, entendido como um cidadão e não apenas como um consumidor do serviço de saúde. Além disso, é importante saber como a população adscrita às equipes das ESFs avalia o atendimento oferecido, de modo a repensar as práticas profissionais ou intervir sobre a forma de organização dos serviços, visando seu aprimoramento (RAMOS; LIMA, 2003).

Nesse contexto de mudanças de modelo de atenção, os usuários dos serviços de saúde ficam muitas vezes desorientados e sem entender o que está acontecendo. Além disso, constantemente se encontram adaptados ao modelo tecnicista e curador, tornando-se receosos com um modelo voltado a prevenção e tendo a falsa impressão de maior resolutividade. Assim, a percepção dos usuários sobre a prática da ESF é de extrema importância, uma vez que a comunidade é a razão da existência da mesma e deve ser identificada como capaz de avaliar e intervir, modificando o próprio sistema, fortalecendo a democracia em saúde. A avaliação do usuário favorece a humanização do serviço, além de constituir uma oportunidade de se verificar, na prática, a resposta da comunidade à oferta do serviço de saúde, como também permitir a adequação do mesmo às expectativas da comunidade adstrita (TEIXEIRA, 2004).

Em relação aos estudos comparativos entre Unidades Básicas de Saúde tradicionais e Unidades de Saúde de Família, destaca-se Elias et al. (2006) que comparou as duas modalidades assistenciais no município de São Paulo a partir das percepções dos profissionais, usuários e gestores. Dentre os principais resultados, os autores observaram que, na visão de usuários, as Unidades de Saúde da Família obtiveram melhores resultados em todas as variáveis pesquisadas, tais como: acessibilidade, porta de entrada, vínculo, serviços, coordenação, enfoque familiar, orientação comunitária e profissionais de saúde.

O estudo de Pereira et al. (2011) comparou o desempenho das 28 UBSs e 13 USFs da cidade de Ribeirão Preto, em São Paulo, de acordo com a percepção de 770 usuários. Esse estudo apontou uma melhor avaliação das USFs quanto ao acesso, vínculo e elenco de serviços. No quesito coordenação do cuidado, as UBSs obtiveram melhores resultados. Também vale ressaltar o estudo de Lima-Costa et al. (2013), que

comparou indicadores de uso e qualidade das ESFs, UBSs e setor privado a partir das percepções de 7.534 usuários no município de Belo Horizonte em Minas Gerais. Os resultados demonstraram que a ESF obteve melhores resultados quanto aos indicadores de uso (longitudinalidade, procura por atenção e consultas médicas). Contudo, no quesito qualidade (dificuldade para obter consultas, existência de filas, queixa para obtenção de medicamentos e obtenção de consultas em 24 horas), o setor privado apresentou melhores resultados. Quanto à recomendação para outras pessoas dos serviços disponibilizados, a ESF foi a mais frequentemente indicada.

Diante dos contextos e estudos abordados, observa-se uma crescente preocupação com pesquisas orientadas para a avaliação das percepções dos usuários quanto às mudanças dos modelos de atenção à saúde, principalmente no que diz respeito aos estudos comparativos entre as UBSs e USFs. Nota-se que a implementação da Estratégia de Saúde da Família tem encontrado algumas dificuldades, sendo extremamente importante apontar as limitações e os pontos positivos desse modelo de atenção principalmente na visão dos usuários que são afetados diretamente, colaborando, assim, para auxiliar na melhoria da Atenção Básica à Saúde (PEREZ et al., 2013). Entre as referências conceituais para avaliação de serviços de atenção primária à saúde tem sido usado os princípios da Atenção Primária à Saúde descritos por Starfield (2002). São eles: Acessibilidade/Acesso, Longitudinalidade, Integralidade/Abrangência, Coordenação da Atenção.

Ao referir-se a Acessibilidade/Acesso, a autora aponta que o serviço de APS deve ser o mais acessível à população, em todos os sentidos, a fim de constituir a porta de entrada preferencial dos usuários na rede de serviços de saúde – e um primeiro-contato bem sucedido é importante para a construção de vínculo entre paciente e profissional. A Longitudinalidade, por sua vez, significa a manutenção do vínculo entre o usuário e o serviço, de forma que, no aparecimento de uma nova demanda, a resposta do atendimento seja mais eficiente. Ainda conforme a autora, a Integralidade do cuidado deve ser garantida pela Atenção Básica (AB), mesmo que o paciente seja encaminhado para outros níveis de atenção – e que o cuidado integral quer dizer abrangência do cuidado, não se limitando ao corpo puramente biológico. A APS ainda possui a incumbência de organizar, coordenar e integrar os cuidados dos diversos níveis de

atendimento, de forma a interligar os pontos da rede de atenção à saúde – princípio denominado, pela autora, de Coordenação da Atenção.

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

4.1 CARACTERIZAÇÃO E DELIMITAÇÃO DA PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa exploratória com dados qualitativos, que envolveu entrevistas com pessoas que tiveram experiências e maior familiaridade com o problema pesquisado, tornando-o mais explícito (GIL, 2007). A modalidade da pesquisa foi a de Estudo de Caso, considerando a definição técnica de Yin (2010) de que “o estudo de caso é uma investigação empírica que investiga um fenômeno contemporâneo em profundidade e em seu contexto de vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não são claramente evidentes”. Considerando esta escolha metodológica, procurou-se compreender como os usuários participantes do estudo percebem as mudanças que ocorreram em um serviço de Atenção Primária à Saúde.

4.2 CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL

A cidade de Porto Alegre, capital do Rio Grande do Sul, apresenta 8 Gerências Distritais de Saúde, que são compostas pelas Unidades de Saúde da Família, Unidades Básicas de Saúde Tradicionais, Unidades Básicas de Saúde Parametrizadas, Unidades de Pronto Atendimento, Centro de Especialidades e Serviços Especializados ambulatorial e hospitalar.

A Unidade de Saúde da Família Campo da Tuca, que foi objeto do estudo, pertence à Gerência Distrital Partenon/Lomba e está localizada na Avenida Luiz Moschetti, número 570, no Bairro Partenon. A Unidade de Saúde começou a sua atuação neste local em 18 de abril de 2005, no formato de Unidade Básica de Saúde, quando ainda estava vinculada ao Centro de Saúde-Escola Murialdo (CSEM), da Secretaria de Saúde do Rio Grande do Sul (SES/RS). Esta UBS, juntamente com as outras seis unidades, que pertenciam ao CSEM, foram municipalizadas, tardiamente, em 2009, devido ao seu vínculo com o ensino da residência na SES/RS (ROSSONI, 2010). Mesmo municipalizada, a UBS somente passou a funcionar no formato de USF a partir de setembro de 2012. Atualmente, a Unidade é composta por 3 equipes de Saúde

da Família: ESF Campo da Tuca I, ESF Campo da Tuca II e ESF Campo da Tuca III. Apenas a Campo da Tuca I conta com Equipe de Saúde Bucal. No Quadro 1 é exposta a composição de trabalhadores e outras características de cada uma das ESFs:

Quadro 1 – Características da Unidade de Saúde da Família Campo da Tuca, Porto Alegre, RS, 2014.

ESF	Cobertura de Microáreas	População Adscrita	Composição da Equipe		
			Agentes Comunitários de Saúde	Equipe Mínima	Equipe de Saúde Bucal
I	Sim	592	3 Agentes Comunitários de Saúde	1 Médico 1 Enfermeira 2 Técnicos de Enfermagem	1 Cirurgiã-Dentista 1 Técnica de Saúde Bucal 1 Auxiliar de Saúde Bucal
	Sim	585			
	Sim	626			
	Não	600			
II	Sim	630	4 Agentes Comunitários de Saúde	1 Médico 1 Enfermeira	
	Sim	588			
	Sim	676			
	Sim	513			
III	Sim	535	3 Agentes Comunitários de Saúde	1 Médico 1 Enfermeira 2 Técnicos de Enfermagem	
	Sim	576			
	Sim	589			
	Não	540			
TOTAL		7.050	10	10	3

Fonte: Das autoras, 2014.

Figura 1 - Fotografia ESF Campo da Tuca (Fachada)



Fonte: Google Maps, 2014.

A população das ESF I e II já pertenciam ao território da USF Campo da Tuca, no entanto a USF passou a ser responsável também por parte da população que tinha como referência a UBS Ceres, a UBS Bananeiras e a UBS São José. A USF Campo da Tuca "ganhou" parte do território dessas 3 Unidades Básicas de Saúde, logo, a referência para esses usuários passou recentemente a ser dessa USF e compõem parte da macroárea III, por isso, mesmo sendo moradores antigos da região, não utilizam a USF há mais de 3 anos.

4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

A amostra do estudo foi intencional e os participantes da pesquisa foram 14 usuários da USF Campo da Tuca, que possuíam mais de 18 anos de idade, se disponibilizaram a participar da entrevista proposta pelo estudo e residiam na área adscrita da USF há pelo menos 3 anos, de modo que vivenciaram as duas modalidades de funcionamento do serviço de saúde.

Foram excluídos usuários que residam há menos de 3 anos na área adstrita da USF Campo da Tuca, eram menores de 18 anos ou eram trabalhadores da USF.

A escolha dos participantes deu-se pelo acesso aos prontuários considerando os critérios elencados de inclusão e exclusão dos mesmos e de forma a contemplar as 3 macroáreas do território da USF Campo da Tuca.

4.4 TRABALHO DE CAMPO

O projeto de pesquisa que originou este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética da Escola de Saúde Pública e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Prefeitura Municipal de Porto Alegre sob nº 738.727. O trabalho de campo foi desenvolvido no período de setembro a novembro de 2014.

Para dar início ao trabalho de campo, que envolvia informações sobre os usuários e o conhecimento da atual organização da equipe, as pesquisadoras fizeram contato com a Cirurgiã-Dentista da USF, que agendou a participação em uma reunião geral da equipe a fim de explicarem detalhadamente os passos da execução do estudo e esclarecerem qualquer dúvida referente ao projeto.

Os usuários que participaram do estudo foram devidamente informados sobre o mesmo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A). Ao longo do trabalho foi mantido o anonimato dos participantes e seguida a Resolução 466/ 2012 (BRASIL, 2012).

Foi realizada uma entrevista de aproximadamente 30 minutos, utilizando como instrumento um roteiro de questões (APÊNDICE B) dirigido aos usuários da USF Campo da Tuca que atenderam aos critérios de inclusão. Algumas entrevistas foram realizadas na própria USF e outras entrevistas foram na residência dos usuários que buscaram atendimento a partir do mês de março de 2014 e se disponibilizaram a participar do estudo. As respostas foram gravadas e transcritas, sendo que ficarão sob responsabilidade da pesquisadora principal por um período de 5 anos e após serão destruídas .

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados qualitativos foram organizados e analisados pela análise de conteúdo temática proposta por Bardin (1979) e modificada por Minayo (2000), levando em consideração as três etapas do ciclo da pesquisa: fase exploratória, trabalho de campo e análise e tratamento do material empírico e documental (MINAYO, 2006).

- Fase exploratória: são interrogados aspectos referentes ao objeto, aos pressupostos teóricos, à metodologia apropriada e às questões operacionais necessárias para desencadear o trabalho de campo.
- Trabalho de campo: consiste no recorte empírico da construção teórica elaborada no momento. É nesta etapa que são combinadas várias técnicas de coleta de dados, como entrevistas, observações, pesquisa documental e bibliográfica, dentre outras.
- Tratamento do material: pode ser subdividido em ordenação, classificação e análise propriamente dita, neste momento o material leva o pesquisador à teorização sobre os dados, produzindo o confronto entre a abordagem teórica anterior e o que a investigação de campo aporta de singular como contribuição.

Segundo Gomes (2005), a interpretação é conquistada quando conseguimos sintetizar as questões da pesquisa, os resultados obtidos a partir da análise do material coletado, as inferências realizadas e a perspectiva teórica adotada. Além disso, quando o trabalho trata de análise de conteúdo temática, Minayo (2000) indica seguir as etapas de Pré-análise, Exploração do Material e Tratamento dos Resultados Obtidos e Interpretação.

Seguindo as orientações da autora, após a leitura compreensiva do material coletado, realizada de forma exaustiva, buscamos ter uma visão do conjunto, analisamos as peculiaridades, e classificamos os resultados obtidos com base nos princípios da APS, propostos por Starfield (2002).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram entrevistados, ao todo, 14 usuários da Unidade de Saúde da Família Campo da Tuca, que passaram pelos critérios de inclusão. Algumas microáreas não tiveram representação na amostra, por estarem descobertas por agente comunitário de saúde ou por terem sua população referenciada, até pouco tempo, a outras unidades de atenção básica – e, portanto, utilizarem os serviços da USF Campo da Tuca há menos de 3 anos.

Os usuários participantes do estudo eram predominantemente do sexo feminino (n=11), a idade deles variou de 18 a 84 anos e o tempo de residência no local referido variou de 4 a 52 anos (Quadro 2). Nos recortes das entrevistas apresentados nesta seção, os usuários são identificados pela letra E seguido do número da entrevista, macroárea a que pertence, idade e sexo.

Quadro 2 – Características dos Usuários Participantes do Estudo, USF Campo da Tuca, Porto Alegre, RS, 2014.

Participante	Macroárea	Idade	Sexo	Tempo de Residência
E1	2	71 anos	Masculino	36 anos
E2	2	31 anos	Feminino	25 anos
E3	3	84 anos	Feminino	23 anos
E4	3	49 anos	Feminino	18 anos
E5	3	61 anos	Feminino	13 anos
E6	3	76 anos	Feminino	52 anos
E7	2	36 anos	Masculino	36 anos
E8	2	22 anos	Feminino	22 anos
E9	2	46 anos	Feminino	18 anos
E10	2	58 anos	Feminino	34 anos
E11	2	18 anos	Feminino	18 anos
E12	2	73 anos	Masculino	4 anos
E13	1	63 anos	Feminino	30 anos
E14	1	30 anos	Feminino	30 anos

Fonte: Das autoras, 2014.

As percepções dos usuários acerca da satisfação com o atendimento na unidade, acesso aos serviços de saúde, e capacidade de resolutividade da USF Campo da Tuca, quando comparado ao modelo de atenção anterior são analisados a seguir a partir dos conceitos dos princípios da APS, propostos por Starfield (2002): Acessibilidade/Acesso, Longitudinalidade, Integralidade/Abrangência, Coordenação da Atenção. Os dois últimos atributos foram trabalhados conjuntamente neste estudo.

Acesso aos serviços de APS

A partir dos atributos de APS, selecionamos recortes das entrevistas dos usuários da USF Campo da Tuca que melhor exemplifiquem a percepção dos mesmos sobre a mudança no modelo de atenção de UBS para USF. De acordo com a Portaria 2.488/2011 (BRASIL, 2011) que define como deve funcionar a Atenção Primária à Saúde no país, os serviços de saúde devem assegurar acessibilidade e acolhimento aos usuários, ou seja, parte-se do princípio de que a unidade de saúde deva receber e ouvir todas as pessoas que procuram os seus serviços, de modo universal e sem diferenciações excludentes.

Starfield (2002) sugere que o primeiro contato do usuário seja na APS, onde se resolverá a maior parte das demandas do usuário de forma continuada, filtrando, assim, o acesso a outros níveis. E, para que isto ocorra, o acesso e a acessibilidade do usuário devem ocorrer facilmente, sem barreiras que impeçam a satisfação de suas necessidades em saúde. Logo, a USF não deve possuir barreiras financeiras, geográficas, temporais e culturais. (ESCOREL et al., 2007).

Referindo-se ao acesso, quanto a sua localização, apenas um dos 14 usuários questionados relatou que a presença da Unidade dentro da comunidade seria melhor. Com relação à estrutura do local, um usuário relatou dificuldade para subir as escadas da Unidade para o atendimento médico, visto que se trata de uma idosa – isso nos remete à acessibilidade, visto que idosos e cadeirantes, por exemplo, teriam limitações nas condições atuais da estrutura física da USF.

Houve certo momento na história desta unidade de saúde, ainda quando não atuava no modelo de ESF, que, devido a circunstâncias de conflito entre traficantes, e

de modo a preservar a segurança dos funcionários, a equipe precisou ser removida do endereço na Rua D, próximo ao campo de futebol denominado Campo da Tuca. Até que outra casa pudesse ser alugada, a equipe atendeu na unidade central da região que fica na Av. Bento Gonçalves. Atualmente, a USF encontra-se em uma casa alugada de uma avenida principal no Bairro Partenon que possui dois andares, possuindo assim, alguns consultórios na parte superior da Unidade (Figura 1). Visto que a residência foi construída para atender a uma necessidade residencial e não às necessidades de uma unidade de saúde, e ainda por ser uma construção antiga, não atende à norma NBR 9050 (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS, 2004), que tem por finalidade definir os parâmetros de acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos. A precariedade das estruturas físicas das UBS/USF é um aspecto crítico nas condições de trabalho da APS e pode ser um impeditivo para a acessibilidade de alguns usuários, em especial idosos, aos serviços de saúde.

“[...] O acesso é bem fácil, mas ficaria melhor se a unidade fosse dentro da comunidade [...]” (E2, Macro 2, 31 anos, F).

“[...] O acesso às salas do andar superior é ruim para idosos, eu consegui que a médica me atendesse ali embaixo, para que eu não tivesse que subir toda aquela escadaria [...]” (E3, Macro 3, 84 anos, F).

Questionados quanto ao atendimento das necessidades de saúde, todos os usuários relataram melhora no atendimento com a mudança de UBS tradicional para USF. Eles percebem maior interesse por parte das equipes em solucionar as demandas, com agilidade e cordialidade, do que no modelo anterior. Muitos relatos da eficiência e resolutividade do acolhimento também foram registrados. É importante salientar que a USF Campo da Tuca possui dois médicos oriundos do Programa Mais Médicos, e um médico brasileiro, não havendo insatisfação no relato dos usuários quanto aos membros estrangeiros da equipe. Ao contrário, o trabalho de um dos

profissionais do Programa Mais Médicos foi destacado na fala de alguns participantes do estudo.

“[...] A médica marcou consulta para mim daqui a 3 meses, mas disse que, caso haja necessidade, posso ir no posto a qualquer horário para ser atendida pelo acolhimento. Isso mudou, vejo que há maior interesse dos médicos [...]” (E3, Macro 3, 84 anos, F).

“[...] Depois que mudou, todos nós somos bem tratados. Ali consigo remédios, exames, faço tudo [...]” (E10, Macro 2, 58 anos, F).

“[...] A médica que está me atendendo é estrangeira, e ela é muito interessada em saber tudo, me pediu exames. Todos os problemas que tive foram bem resolvidos. Fui encaminhada para especialistas, demorou um pouco, mas funcionou [...]” (E6, Macro 3, 76 anos, F).

Nas entrevistas, muitos usuários destacaram o fim de longas filas para serem atendidos, que se formavam ainda durante a madrugada no modelo de atenção anterior. Entretanto, a interface com os serviços de média e alta densidade tecnológica, respectivamente, para a realização de exames, e para a realização de cirurgias, ainda possui problemas, como apontado por alguns usuários. Neste sentido, alguns aspectos precisam ser repensados e trabalhados, entre eles, destacam-se: aumentar a resolubilidade da Atenção Básica (AB), resolvendo o maior número de demandas – que muitas vezes são encaminhadas desnecessariamente –, promover o diálogo/integração entre os serviços e otimizar as vagas nos serviços de média e alta densidade tecnológica. A médio e longo prazo, as ações de promoção em saúde, desenvolvidas na APS, podem ter efeitos no atual quadro de acúmulo de necessidades.

A Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), do Ministério da Saúde, define como média complexidade as medidas em saúde que resolvam os problemas de uma população que necessite de especialistas ou uma maior tecnologia para diagnóstico ou tratamento de suas mazelas. A alta complexidade envolve alta densidade tecnológica e alto custo, e por isso geralmente é realizada em redes hospitalares, complementando, assim, os demais níveis de atenção (BRASIL, 2007).

“[...] Antigamente a gente tinha que sair de casa às 4 horas da manhã, pelo menos. Agora eu chego na Unidade às 7 horas, consulto e venho embora. Melhorou por causa disso. Agora não precisamos ficar naquela fila imensa [...]” (E1, Macro 2, 71 anos, M).

“[...] Melhorou muito com relação ao que era, apesar de ainda ter fila, antigamente, tínhamos que ir às 3 horas da manhã para conseguirmos atendimento [...]” (E2, Macro 2, 31 anos, F).

“[...] O acesso do posto é bom, mas para exames não [...]” (E3, Macro 3, 84 anos, F).

No que diz respeito ao acesso, os relatos dos usuários indicam que, com a mudança no modelo de UBS para USF, houve uma melhora no acesso às consultas médicas, diminuição do tempo de espera nas filas e reconhecimento da preocupação das equipes com as demandas trazidas pelos pacientes, apontando, assim, aspectos positivos na mudança de modelo. O trabalho de Lima-Costa et al. (2013), que analisou as percepções de usuários sobre o atendimento da ESF, UBS tradicional e cobertos por planos de saúde em Minas Gerais (MG), também encontrou similaridade com os achados deste estudo, visto que demonstrou que usuários regulares de ESF mostraram-se mais satisfeitos com o serviço em todos os quesitos analisados (exceto presença de filas) do que os usuários de UBS tradicional. Entretanto, a presença de

filas não foi uma queixa predominante nas entrevistas com os usuários da USF Campo da Tuca.

Longitudinalidade do cuidado e da atenção à saúde

Outro atributo da APS que utilizamos para analisar o material deste estudo foi a longitudinalidade da atenção. Conforme Lavras (2011), a longitudinalidade requer a existência do aporte regular de cuidados pela equipe de saúde e seu uso consistente ao longo do tempo, num ambiente de relação colaborativa e humanizada entre equipe, pessoa usuária e família. Alguns requisitos são necessários para que este atributo seja potencialmente utilizado na APS, em especial na ESF.

O vínculo da equipe com os usuários é uma característica primordial na APS (STARFIELD, 2002). O trabalhador da Unidade de Saúde necessita conhecer o usuário e sua família, bem como o contexto social em que vivem para que possa estabelecer diagnósticos e tratamentos eficientes. A fim de exemplificar um aspecto facilitador da criação de vínculo, que passou a existir com a mudança de UBS tradicional para USF Campo da Tuca, podemos citar a presença de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que realizam a conexão entre equipe de saúde e comunidade, visto que estes membros da equipe possuem uma maior integração por pertencerem à comunidade a qual atendem.

A presença de médicos generalistas ou especialistas em Saúde da Família também é apontado por Starfield (2002) como importante neste processo de vinculação, assim, usuários e famílias podem ser atendidos e acompanhados de modo integral. Segundo Marqui et al. (2010), um estudo realizado em uma Coordenadoria Regional de Saúde no interior do RS, mostrou que, ao optarem por uma especialização, os profissionais de nível superior procuraram principalmente as áreas de Saúde Coletiva e Saúde Pública, revelando, desta forma, a busca dos trabalhadores pelo aperfeiçoamento da prática profissional em áreas do conhecimento importantes para a implementação e a consolidação da proposta da ESF. Na USF Campo da Tuca, parte da equipe tem formação em saúde da família (dentista, enfermeira e um dos médicos).

Nas falas, os entrevistados reconhecem o enfoque familiar presente no processo de trabalho da equipe, bem como o papel de mediação do ACS.

“[...] Eu vejo a questão dos encaminhamentos como uma mudança boa, pois agora o médico acaba na realidade conhecendo a família [...]” (E2, Macro 2, 31 anos, F).

“[...] Notei a diferença de que agora eles (ACS) visitam a tua residência, tanto para pegar dados, como para saber como tu está. Está bem melhor [...]” (E7, Macro 2, 36 anos, M).

“[...] Para mim está bom, os agentes de saúde visitam a minha mãe que tem 89 anos em casa, qualquer coisa eles estão atentos – para ver se ela está com a pressão alta, tratando bem ela, mesmo que eles saibam que a gente cuida, eles ficam atentos, ficam de olho [...]” (E9, Macro 2, 46 anos, F).

A interface da APS com a atenção de média e alta complexidade (densidade tecnológica) demonstra-se prejudicada, visto que a última não consegue atender à demanda da primeira nas situações citadas. Este resultados vão ao encontro dos achados de Marin et al. (2013), que mostram que o usuário encontra uma lacuna no fluxo para as demais complexidades, quando necessitam, no caso, de encaminhamentos para a resolução de suas necessidades. E também com achados de Mendes (2010), que dizem que os sistemas fragmentados de atenção à saúde são aqueles que se organizam através de um conjunto de pontos de atenção à saúde isolados e sem comunicação uns com os outros e que, por consequência, são incapazes de prestar uma atenção resolutiva à população. Esse mesmo problema de articulação/comunicação da rede foi achado neste estudo.

“[...] Está bom porque sempre sou bem atendido. Mas os exames demoram, pedi um faz 6 meses e ainda não me chamaram [...]”
(E12, Macro 2, 73 anos, M).

“[...] O meu guri está com uma hérnia no umbigo, pois ele é muito gordo, e o doutor o proibiu de trabalhar, só que faz mais de um ano que ele fez essa consulta e até agora não o chamaram para fazer a operação. Mas isso é com o hospital, agora mesmo eu encaminhei pra eu fazer uma operação na vesícula e estou esperando – mas é só isso aí que demora, o resto do atendimento é rápido, remédio é rápido [...]” (E10, Macro 2, 58 anos, F).

Embora muitas dificuldades e desafios sejam colocados à ESF, é preciso reconhecer que a equipe dispõe da potencialidade de conhecer as pessoas no seu contexto social, emocional, familiar e econômico (MARIN; MARCHIOLI; MORACVICK, 2013). Isso torna a relação profissional-usuário-equipe acolhedora e resolutiva no âmbito da APS.

Integralidade e coordenação do cuidado em saúde

A APS deve garantir, ainda, o cuidado de forma integral aos usuários dos serviços de saúde. Coordenar a integralidade, segundo a Portaria 2.488/ 2011, é promover a integração de ações programáticas e demanda espontânea, articular as ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação e manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão, além de ampliar a autonomia dos usuários e das coletividades.

Tais objetivos somente podem ser cumpridos a partir do trabalho multiprofissional, interdisciplinar, com a formação de uma equipe. Os diversos profissionais que compõem a equipe de saúde, entretanto, devem articular-se uns com os outros, não

atuar estritamente em seu núcleo de competência, mas sim de forma a ampliar e enriquecer o conhecimento e trabalho de toda a equipe (BRASIL, 2011).

Dentre as respostas obtidas com as entrevistas, tivemos alguns usuários que ressaltaram o trabalho dos outros profissionais de saúde, para além dos médicos:

“[...] Agora melhorou bastante – até tem aquele atendimento da enfermagem que, uma vez quando eu não pude consultar com o médico, a enfermeira foi quem me orientou [...]” (E2, Macro 2, 31 anos, F).

“[...] Eu acho bom o atendimento, as enfermeiras que atendem ali, os agentes comunitários de saúde que estão presentes agora – eles são todos educados e sempre atendem a gente bem. Às vezes vêm os médicos em casa, com os agentes de saúde, ver se a gente tomou os remédios, se não tomou [...]” (E9, Macro 2, 46 anos, F).

“[...] Nós estamos desde o início com o mesmo ACS, ele é excelente também – nos esclarece, nos ajuda [...]” (E3, Macro 3, 84 anos, F).

O vínculo e o acolhimento da equipe de saúde bucal foram salientados nos relatos dos entrevistados da Macroárea 1, os quais tem acessado frequentemente o atendimento odontológico, conforme relato da cirurgiã-dentista da USF.

“[...] A equipe é muito dedicada... A Odonto é divina, maravilhosa [...]” (E13, Macro 1, 63 anos, F).

“[...] Eu estava gestante na primeira vez em que vim, e fui à Odonto porque estava com dor no siso (em outros lugares só

me deram remedinho). Aqui, não precisei nem de ficha – vim tratar a dor e eles resolveram [...]” (E14, Macro 1, 30 anos, F).

Alguns usuários, entretanto, relatam não utilizar os serviços de saúde bucal da unidade. Um fator importante é a disparidade econômica que há no território, ou seja, ao mesmo tempo que existem famílias paupérrimas, outras famílias possuem renda que lhes permitem buscar atendimento odontológico no setor privado – e a região do território facilita o acesso a muitos consultórios odontológicos particulares. Considerando-se o princípio da autonomia do usuário, a escolha deve ser um direito dele, que deve ser respeitada.

A Estratégia de Saúde da Família tem um papel de aproximação e de abordagem mais integral, uma vez que leva em consideração o contexto social e familiar para a promoção do cuidado (MARIN; MARCHIOLI; MORACVICK, 2013). Sendo que a comunidade é a razão da existência de uma USF, a equipe de saúde deve buscar conhecer as famílias de seu território de abrangência, identificar suas necessidades e peculiaridades – problemas de saúde e situações de risco existentes –, bem como buscar soluções intersetoriais para os seus principais problemas de saúde e determinantes do processo saúde/doença (SCOREL et al., 2007).

A garantia da integralidade da atenção continua sendo um grande desafio das USFs – no território abordado neste estudo, observamos uma grande demanda por atenção de média e alta complexidade (densidade tecnológica), o que remete ao modelo anterior, no qual os usuários conviviam com médicos de diversas especialidades. A integração entre os serviços e a garantia de resposta imediata exigida pela população às suas demandas de média e alta complexidade continuam sendo um nó crítico, como apontado por Scorel et al. (2007) e Göttems e Pires (2009).

Ao mesmo tempo em que a resolubilidade dos encaminhamentos para especialistas é ressaltada por alguns usuários, outros mantêm um clima de saudosismo ao modelo anterior, em que se destacava a figura da especialidade médica. No entanto, a situação indicada pelo usuário E2, a seguir, das adolescentes grávidas, é um aspecto cultural, que independe do atendimento médico, e sim de ações de promoção em saúde.

“[...] Antigamente realmente tinham especialistas, mas agora, se eu tenho um problema e preciso, por exemplo, de um ortopedista, eles me encaminham e eu vou lá. Eu tenho um problema no olho esquerdo e uma vez eu fui na unidade e eles me encaminharam para o oftalmologista, e eu fiz o tratamento, tudo certo [...]” (E1, Macro 2, 71 anos, M).

“[...] Antes era bom porque tinha ginecologista, apesar de agora ter o médico da família – mas antes eu achava melhor, por ter o especialista, especialmente o ginecologista, porque aqui na comunidade a gente vê muitas adolescentes grávidas [...]” (E2, Macro 2, 31 anos, F).

Em conversa com a equipe, percebeu-se que os grupos de educação em saúde (Grupo de Combate ao Tabagismo, Grupo de Gestantes, Grupo de Hipertensos e Diabéticos, Grupos infantis, etc.) ainda estão embrionários – o que se justifica pela troca recente de alguns dos profissionais integrantes da equipe da USF Campo da Tuca e o ingresso de outros que ainda estão organizando o seu trabalho.

Outro papel exigido da APS é a coordenação do cuidado em saúde. Coordenar o cuidado significa elaborar, acompanhar e gerir projetos terapêuticos singulares, bem como acompanhar e organizar o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das Redes de Atenção à Saúde (RAS). A APS deve atuar como centro de comunicação entre os diversos pontos das RAS, sendo responsável pelo cuidado dos usuários em qualquer um desses pontos, em uma relação horizontal, contínua e integrada (BRASIL, 2011). Na reunião em que combinamos o início do trabalho de campo com a equipe, presenciemos a iniciativa de integração com outros serviços da rede intersetorial através da presença de profissionais convidados para discutir alimentação saudável e fitoterapia.

Para realizar a coordenação dos diferentes níveis de atenção, a USF deve reconhecer as necessidades de saúde da população adstrita sob sua responsabilidade,

a fim de organizar as necessidades desta população com os outros pontos da rede de saúde e também da rede intersetorial de promoção de saúde.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados deste estudo demonstraram que a mudança do modelo de atenção na Unidade de Saúde da Família Campo da Tuca trouxe mudanças positivas na percepção dos usuários, as quais foram expressas através dos recortes de seus relatos. Foi possível perceber que os usuários aprovam a mudança, visto que se sentem mais acolhidos pela equipe de saúde e integrados à Unidade através do trabalho dos ACS.

A partir da fala dos usuários, foi possível notar que ainda há uma insatisfação dos mesmos com a integralidade da atenção quando encaminhados para outros níveis de atenção de maior densidade tecnológica e aguardam por meses por atendimento. Nesse aspecto, surgem dúvidas quanto à resolutividade do serviço e atendimento das demandas de saúde da população adstrita. Consideramos fundamental a participação de gestores, trabalhadores e usuários nas instâncias de controle social de modo a apontar as fragilidades do sistema e a busca de soluções para os nós críticos de cada região de saúde, bem como para intermediar a integração entre os serviços de diferentes complexidades tecnológicas de forma a otimizar a utilização dos mesmos pelos usuários. É necessário, ainda, reforçar as ações de promoção em saúde – pois, se uma população adocece menos, demanda menos atenção de média e alta complexidade.

A realização do trabalho de campo e a compreensão do contexto sócio-cultural dos usuários foi enriquecedor para a nossa formação de graduação em odontologia, uma vez que tivemos a oportunidade de realizar pesquisa social em contato com uma realidade tão diversa como a da comunidade pertencente ao território da USF Campo da Tuca. O estudo também propiciou interagirmos e aprendermos com os usuários com os quais conversamos e com os agentes de saúde que acompanhamos nas visitas domiciliares durante o trabalho de campo. Pensar os serviços de saúde, de um sistema universal tão complexo como o nosso Sistema Único de Saúde permitiu nos aproximarmos da realidade de milhares de famílias brasileiras.

REFERÊNCIAS

- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 9050**: acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos. 2. ed. Rio de Janeiro, 2004.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1979.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Assessoria de Comunicação Social. **ABC do SUS/MS**. 2. ed. Brasília (DF), 1991.
- BRASIL. Ministério da Saúde/Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). **Promoção da saúde: Cartas de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá**. Brasília, DF: Ministério da Saúde/IEC, 1996.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS/ Conselho Nacional de Secretários de Saúde**, Brasília, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família - ESF e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 24 out. 2011. Seção 1, p. 48.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2012. 110 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 13 jun. 2013. Seção 1, p. 59.
- ELIAS, P. E.; FERREIRA, C. W.; ALVES, M. C. G. et al. Atenção Básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 11, n. 3, p. 633-641, 2006.
- ESCOREL, L. S. et al. Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Rev. Panam. Salud Publica/Pan. Am. J. Public Health**, Washington, v.21, n.2, p. 164-176, 2007.
- FORTES, P. A. C. Ética, direitos dos usuários e políticas de humanização da atenção à saúde. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 13, p. 30-35, 2004.
- GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 1994.
- GOMES, R. Análise e Interpretação de Dados de Pesquisa Qualitativa. In: MINAYO, M. C. de S. **O Desafio do Conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 7. ed. São Paulo: Hucitec, 2000.

GOTTEMS, L. B.; PIRES, M. R. Para além da Atenção Básica: reorganização do SUS por meio da interseção do setor político com o econômico. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 189-198, 2009.

YIN, R. K. **Estudo de Caso: planejamento e métodos**. 4.ed. Porto Alegre: Bookman, 2010.

LAVRAS, C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 867-874, 2011.

LIMA-COSTA, M. F.; TURCI, M.A; MACINKO, J. Estratégia da Saúde da Família em comparação a outras fontes de atenção: indicadores de uso e qualidade dos serviços de saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cad. de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 7, p. 1370-1380, jul. 2013.

MARIN, M. J. S.; MARCHIOLI, M.; MORACVICK, M. Y. A. D. Fortalezas e fragilidades do atendimento nas Unidades Básicas de Saúde tradicionais e da Estratégia de Saúde da Família pela ótica dos usuários. **Texto Contexto- Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 780-788, jul./set. 2013.

MARQUI, A. B. T. de et al. Caracterização das equipes de Saúde da Família e de seu processo de trabalho. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 956-961, dez. 2010.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciên. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, ago. 2010.

MINAYO, M. C. de S. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 7. ed. São Paulo: Hucitec, 2000.

MINAYO, M. C. de S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 29. ed. Petrópolis: Vozes, 2010.

PEREIRA, M. J. B.; BAVA, M. C. C.; SANTOS, J. S. **Atributos essenciais da atenção primária à saúde: comparação do desempenho entre unidades de saúde tradicionais e unidades de estratégia da saúde da família**. Disponível em: <http://www.alass.org/cont/priv/calass/docs/2011/Sesion_V/sesion27/02-09_sesion27_2-pt.pdf>. Acesso em: 16 dez. 2013.

PEREZ, L. G. et al. Satisfação dos Profissionais e da comunidade com a Estratégia da Saúde da Família. **Rev. Saúde Pública**, n. 47, v. 2, p. 403-413, 2013.

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 Pública**, Porto Alegre, v. 19, n. 1, p. 27-34, 2003.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Rio grande do Sul. **SES inaugura posto de saúde no Campo da Tuca**. Porto Alegre, 2005. Disponível

em:

<http://www.saude.rs.gov.br/conteudo/1874/?SES_inaugura_posto_de_sa%C3%BAde_no_Campo_da_Tuca>. Acesso em: 16 dez. 2013.

RONZANI, T. M.; VAN STRALEN, C. J. Dificuldades de Implantação do Programa de Saúde da Família como Estratégia de Reforma do Sistema de Saúde Brasileiro. **Rev. APS**, v. 6, n. 2, p. 99-107, jul./dez. 2003.

ROSA, W. A. G.; LABATE, R. C. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. **Rev. Latino-americana de Enfermagem**, v. 13, n. 6, p. 1027-1034, nov./dez. 2005.

ROSSONI, E. **Formação Multiprofissional em Serviço na Atenção Básica à Saúde: processos educativos em tempos líquidos**. Tese de doutorado em Educação. Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2010, 223p.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002.

TEIXEIRA, A. S. **Avaliação dos usuários sobre o Programa de Saúde da Família em Vitória da Conquista – Bahia – Brasil**. Brasília: Organização Pan Americana de Saúde, 2004.

TOMASI, E. Condições de trabalho e automedicação em profissionais da rede básica de saúde da zona urbana de Pelotas, RS. **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, v. 10, n. 1, p. 66-74, 2007.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar da pesquisa **AS PERCEPÇÕES DOS USUÁRIOS SOBRE A IMPLANTAÇÃO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE**, cujo objetivo é analisar as percepções dos usuários acerca do atendimento oferecido, acesso, e resolutividade do serviço local da Unidade de Estratégia de Saúde da Família Campo da Tuca em relação ao modelo de atenção oferecido anteriormente na Unidade Básica de Saúde 7 – Campo da Tuca.

A USF Campo da Tuca atua como Estratégia de Saúde da Família desde setembro de 2012, sendo que no período anterior atuava como uma Unidade Básica de Saúde onde era chamada de UBS 7 – Campo da Tuca. Nesse sentido, esta pesquisa fundamenta-se na importância em compreender a visão dos usuários quanto aos serviços de saúde prestados pelos diferentes modelos de trabalho, possibilitando verificar, na prática, a resposta da comunidade frente às alterações ocorridas e a avaliação que fazem dos diferentes processos de trabalho das Unidades de Saúde.

Para a produção de dados será realizada uma entrevista com duração de aproximadamente 30 minutos baseada em um questionário pré-estruturado, para ser respondida em local a ser decidido junto ao responsável do serviço. As respostas serão gravadas. Os dados gravados serão transcritos e ficarão sob a responsabilidade do pesquisador principal por um período de 5 anos e após serão destruídos.

Esta pesquisa não envolve riscos aos participantes – estes não receberão qualquer remuneração pela participação, não terão nenhuma interferência nos tratamentos que estão recebendo nos serviços de saúde, assim como poderão retirar seu consentimento em qualquer momento do estudo, cessando a sua participação. Neste caso, qualquer informação dos mesmos não será utilizada, sem prejuízo para a pesquisa ou para seus desistentes. Esta pesquisa contribuirá para a qualificação do serviço de saúde.

Os resultados desse estudo serão utilizados exclusivamente para fins acadêmicos e será garantido o sigilo da identidade dos participantes.

Caso você tenha dúvidas ou necessite de algum esclarecimento, entrar em contato com o pesquisador responsável Eloá Rossoni pelo telefone (051) 8416-4699, como também com o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Saúde Pública, pelo

telefone (051) 39011532 e com o Comitê de Ética e Pesquisa em Saúde da Prefeitura Municipal de Porto Alegre, pelo telefone (51) 3289-2899.

Eu, _____ fui informado(a) a respeito dos objetivos da pesquisa de maneira clara e detalhada. Recebi informações sobre a pesquisa e esclareci minhas dúvidas. Sei que, a qualquer momento, poderei solicitar novas informações. Fui esclarecido(a) de que todos os dados deste estudo são confidenciais, e terei a liberdade de desistir de participar da pesquisa se assim eu desejar. Caso tenha novas perguntas sobre este estudo, poderei contatar a pesquisadora com os dados acima informados.

Porto Alegre, ___/___/___

Nome e assinatura do participante da pesquisa :

Nome	Assinatura

Nome e assinatura do pesquisador responsável :

Nome	Assinatura

Nome e assinatura do acadêmico pesquisador:

Nome	Assinatura

Este TCLE respeita a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Saúde Pública

Av. Ipiranga 6311, sala 13 – Bairro Partenon. CEP 90.610-001- POA-RS

Fones: (051) 3901.1532 Fax: 3911.1509 – E-mail:ceps-esp@saude.rs.gov.br

APÊNDICE B – ROTEIRO DE QUESTÕES PARA ENTREVISTA

Nome:

Endereço:

Tempo de residência no local informado:

Idade:

- 1) Como você avalia o atendimento da Unidade de Saúde Campo da Tuca? Por quê?

- 2) Você identificou alguma mudança no modelo de trabalho da Unidade de Saúde, passando de Unidade básica de Saúde para Unidade de Saúde da Família? Caso sim, como você considera essas mudanças? Por quê?

- 3) Como você avalia o acesso ao Serviço de Saúde da USF Campo da Tuca? Por quê?

- 4) Você se sente satisfeito com o trabalho da equipe de saúde na sua Unidade? Você considera esse trabalho resolutivo? Suas necessidades são acolhidas? Cite aspectos positivos e negativos.

- 5) Que sugestões você daria para a equipe de saúde?

**ANEXO – TERMO DE CIÊNCIA E AUTORIZAÇÃO DA COORDENAÇÃO ONDE
SERÁ REALIZADA A PESQUISA**



**Prefeitura Municipal de Porto Alegre
Secretaria Municipal de Saúde
Comitê de Ética em Pesquisa**

TERMO DE CIÊNCIA E AUTORIZAÇÃO DA COORDENAÇÃO
ONDE SERÁ REALIZADA A PESQUISA

Eu, _____, matrícula _____

Coordenador do/a _____

conheço o Protocolo de Pesquisa intitulado **“AS PERCEPÇÕES DOS USUÁRIOS SOBRE A IMPLANTAÇÃO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE”**, tendo como Pesquisador Responsável Eloá Rossoni.

Declaro estar ciente do projeto e autorizo, após o parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, a realização desta pesquisa.

Porto Alegre, ____/____/____.

Assinatura e carimbo

Obs.: Este documento não autoriza o início da pesquisa, sendo apenas um requisito exigido pelo Comitê de Ética para análise do projeto de pesquisa. Sua finalidade é atestar que a Coordenação da área tem ciência e autoriza a realiza do projeto de pesquisa, quando forem cumpridas as instâncias de avaliação ética.