ADRIANO PERES LORA

ACESSIBILIDADE AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

estudo sobre o tema no enfoque da Saúde da Família no município de Pedreira - SP

CAMPINAS

2004

ADRIANO PERES LORA

ACESSIBILIDADE AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

estudo sobre o tema no enfoque da Saúde da Família no município de Pedreira - SP

Dissertação de Mestrado apresentada à Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva

Orientador: *Professor Doutor Carlos Roberto Silveira Correa*

CAMPINAS

2004

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
UNICAMP**

Lora, Adriano Peres
L882a Acessibilidade aos serviços de saúde: estudo sobre o tema no enfoque da saúde da família no Município de Pedreira, São Paulo / Adriano Peres Lora. Campinas, SP : [s.n.], 2004.

Orientador : Carlos Roberto Silveira Correa
Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.

1. Saúde Pública. 2. Sistema Único de Saúde. 3. Pesquisa social. I. Carlos Roberto Silveira Correa. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

BANCA EXAMINADORA DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Orientador:
Professor Doutor Carlos Roberto Silveira Correa

Membros:

1- Silvia Maria Santiago

2- Carmem Cecília C. Lavras

3- Nelson Filice de Barros

4- Maria Alice Amorim Garcia

Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Data: 16 de fevereiro de 2004.

DEDICATÓRIA

*À **Joyce**, com amor, minha companheira de todos os momentos, que esteve sempre ao meu lado também nesta jornada.*

*Ao **Francisco**, que vem a este mundo para nos lembrar aquilo que realmente tem valor.*

*Aos meus pais, **Alaor** e **Dirce**, que trilharam este mesmo caminho e são exemplos para mim.*

Ao Professor Carlos (Calucho) que me surpreende a cada dia com o seu conhecimento como orientador e com sua postura como pessoa.

Ao Dr. Eduardo, mestre do conhecimento aplicado em nosso serviço de Saúde da Família.

A todos os moradores da área de abrangência da Unidade de Saúde da Família estudada, membros da equipe, professores e amigos, que colaboraram direta ou indiretamente na elaboração deste trabalho.

SUMÁRIO

PÁG.

RESUMO..... *viii*

ABSTRACT..... *xi*

1- INTRODUÇÃO..... 14

1.1- Conceitualização..... 20

1.2- Acolhimento..... 25

1.3- Marco teórico de acessibilidade..... 27

1.4- Territorialização em saúde..... 34

1.5- Saúde da família..... 38

1.5.1- Saúde da família no município de Pedreira-SP..... 39

1.5.2- Processo de trabalho em saúde da família no município de Pedreira-SP..... 41

2- OBJETIVOS..... 47

3- MATERIAL E MÉTODOS..... 49

3.1- O objeto no campo do social..... 50

3.2- Coleta do material..... 51

3.3- Descrição dos encontros com a população..... 54

3.4- Análise do material coletado..... 57

3.5- Técnicas de análise dos dados coletados..... 58

3.6- Aspectos éticos..... 65

4- RESULTADOS..... 67

4.1- Resultados do Primeiro Encontro..... 69

4.2- Resultados do Segundo Encontro..... 73

5- CONCLUSÃO..... 81

6- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... 86

7- OBRAS CONSULTADAS..... 90

8- ANEXOS..... 92

Anexo 1..... 93

Anexo 2..... 99

RESUMO

A garantia da atenção à saúde, assim como o direito de todos à saúde, somente é conquistada se a população tiver condições de acessibilidade aos serviços. No Brasil estes direitos foram sendo conquistados, historicamente, por movimentos sociais, que culminaram com a constituição do Sistema Único de Saúde – SUS.

O estudo das questões referentes à acessibilidade aos serviços de saúde é de vital importância para a garantia da universalidade da atenção. Ele inter-relaciona características do sistema de prestação, da população, utilização dos serviços de saúde e satisfação das necessidades do consumidor, sendo determinado pelas políticas de saúde aplicadas. Outro conceito importante para a melhoria das condições de acessibilidade aos serviços é o Acolhimento, que hoje é tratado como diretriz operacional.

A abordagem do tema acessibilidade, que já foi estritamente geográfica, hoje evoluiu para um estudo social e cultural das áreas de atuação, de forma particularizada. Uma maneira de se estudar as condições de acessibilidade aos serviços é utilizando-se da metodologia da Territorialização em Saúde, adotada pela Estratégia de Saúde da Família

A melhoria das condições de acesso aos serviços deve ser permeada pelo aumento do coeficiente de vínculo entre o profissional e a comunidade assistida. Coeficiente este que se eleva à medida que ambos passam a conviver, cotidianamente, na unidade de saúde e no território abrangido. A Estratégia de Saúde da Família trabalha com ferramentas que aproximam esses dois lados, fortalecendo o vínculo e, portanto, facilitando o acesso.

Trabalhou-se com a hipótese de que o acesso e acessibilidade aos serviços de saúde são mais bem avaliados, sob o olhar do usuário, em serviços que adotam a Estratégia de Saúde da Família como modelo de atuação.

O objetivo geral desta pesquisa qualitativa em saúde é comparar as informações referentes ao acolhimento e à acessibilidade aos serviços de saúde extraídos da realização de técnica do “Grupo Focal” em duas populações distintas do município de Pedreira, região de Campinas – São Paulo. Os objetivos específicos são colher informações sobre: a) agentes comunitários de saúde; b) vínculo afetivo; c) os locais procurados pela população para o atendimento em saúde; d) as práticas em saúde de cada unidade pesquisada; e) o sentimento

da população em relação às unidades estudadas e f) as diferenças existentes na estrutura de cada serviço pesquisado.

Foram, assim, realizados dois encontros aplicando-se a técnica do "Grupo Focal" em uma população adscrita por serviço de Saúde da Família e em população não adscrita por serviço de Saúde da Família.

A transformação dos dados empíricos coletados nos resultados da pesquisa foi realizada a partir dos instrumentos propostos pela "Análise de Discurso".

O material resultante mostrou que a população na qual está implantada a Estratégia de Saúde da Família tem uma vinculação com os profissionais e conseqüentemente com o serviço, sente-se segura com a presença dos agentes comunitários nas ruas, conhece o trabalho desenvolvido e mostra uma sensação de pertencimento às ações desenvolvidas.

A população em que não está implantada a Estratégia de Saúde da Família não demonstra vinculação com os profissionais, procura atendimento em outros locais do município e solicita a implantação da estratégia no bairro.

ABSTRACT

The guarantees of health care and their rights are conquered if the population has accessibility conditions to the health services. In Brazil, this rights are been historically conquered for social activities, that results the creation of the “Sistema Único de Saúde” (Single System of Health Care).

The health care accessibility studies are important to the universality of attention. These studies include characteristics from the service offer system, population, the health care utilization and assistance required by the users and his necessities. These variables are determinate by the public health polities. An important concept used to make better the accessibility conditions is the *shelter*.

The accessibility studies were geographical only, but nowadays these studies develop to social and cultural studies in the actuations areas. A form from the study of accessibility conditions is using the Health Care Territorialization (Territorialização em Saúde) methodology. This methodology is used in Family Health Care.

The improvement of accessibility conditions to the health services may be approached by the development of the relationship between the workers and community. This relationship is better if both, the workers and community, have familiarity in their experiences daily. The Family Health Care works whit instruments that approximated these sides, development the relationship and make easy the access.

This research hypothesis is that the access and accessibility to the health care have better evaluation for the Family Health Care users.

The general objective of this qualitative research is comparing the information from the access and accessibility to the health care, during the application of the “Focus Group” methodology, in two distinct populations in the city of Pedreira-SP, Brazil. The specific objective are: a) to gather information about the Health Agents; b) affective link; c) search places to attention; d) health practice in the researched places; e) the population feeling about the services and f) the structural difference in each services.

Therefore we applied the “Focus Group” methodology in two meetings in a population that have Family Health Care and other that have the traditional system of Health Care.

The research results analyses was achieved through the methodology of “Analysis of Speech”.

The results showing us that the population that has Family Health Care has a good relationship whit the workers and whit the service. The population feel security whit the Health Agents presence in the streets, know the work and the workers and has a felling to be owned by the service.

The population that has the traditional system of Health Care doesn’t feel a good relationship whit the workers and whit the service, search other places to attention and seek the Family Health Care implementation in area.

1- INTRODUÇÃO

No Brasil, a atenção à saúde é reconhecida como dever do Estado; todos têm o direito a uma atenção à saúde gratuita, de acesso universal e de qualidade.

O Artigo 196 da Constituição da República Federativa do Brasil, de 1988, reza: "A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação".

Conforme a Lei Complementar nº 8080 do 19 de Setembro de 1990 no Artigo 2º - "A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício".

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi formulado para garantir a todos os brasileiros esta qualidade no serviço. Baseado em três princípios básicos: 1- Universalidade; 2- Integralidade e 3- Equidade, a criação do SUS foi um avanço decisivo na consolidação deste direito fundamental do cidadão.

Sobre o Sistema Único de Saúde, a mesma Lei 8080 no Artigo 4º - "O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgão e instituições públicas federais, estaduais e municipais, de Administração Direta e Indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde – SUS". Ainda no Artigo 4º - § 1º - "Estão incluídas no disposto neste artigo as instituições públicas federais, estaduais e municipais, de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, inclusive do sangue e hemoderivados, e de equipamentos para a saúde". § 2º - "A iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde – SUS, em caráter complementar".

O brasileiro vive, assim, amparado por uma legislação que lhe garante o direito à atenção à saúde. Porém, as questões envolvidas na luta pela conquista destes direitos são objeto de debate e pesquisa em vários foros de discussão.

Uma das questões básicas, presente no princípio da Universalidade, é a necessidade de a população ter acesso aos serviços de saúde, sem os quais os direitos não está garantidos.

Dentre uma série de variáveis que atuam na dificuldade da efetiva consolidação do SUS, uma das questões mais prementes se refere ao acesso aos serviços de saúde. Existe uma necessidade de se analisarem as questões referentes aos problemas encontrados pelo usuário que busca este serviço.

> É na unidade de relação do usuário com os serviços que devem ser centradas as análises que busquem conhecer como o direito à saúde se expressa concretamente no cotidiano das pessoas. A categoria central para análise dessas inter-relações é o acesso (GIOVANELLA e FLEURY, 1996).

O próprio Estado brasileiro vem traduzindo o dever em relação à saúde como necessidade de ampliação do acesso à atenção (GIOVANELLA e FLEURY, 1996). COHN et al. (1991) enfatizam que a garantia do acesso da população aos serviços de saúde é função do Estado e das políticas que ele formula para viabilizá-lo.

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

Em texto publicado no jornal Folha de São Paulo no dia 06 de julho de 2003, na sessão "Tendências/Debates", o atual ministro da saúde, Humberto Costa, comemorava os 15 anos de existência do Sistema Único de Saúde (SUS), contudo ressaltando "os problemas de acesso e mesmo da qualidade de alguns serviços oferecidos à população".

Desta forma, as políticas do Estado, na área de atenção à saúde, têm sido formuladas dando ênfase à questão do acesso. Embora, com freqüência, do ponto de vista estritamente geográfico, de proximidade, deixando de lado questões de inter-relação do usuário com o serviço, como se pode ver adiante.

A história do acesso aos serviços de saúde é a história das políticas públicas de saúde. Estas, por sua vez, refletem o momento histórico a que estão vinculadas, sendo determinantes para este reflexo: as condições econômicas, os avanços do conhecimento

científico e a capacidade das classes sociais de se organizarem negociando com cada governo.

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

Na Inglaterra, após a Segunda Guerra Mundial, a criação do Serviço Nacional de Saúde Inglês, sobre bases de regionalização, foi uma nova forma de abordar as questões relacionadas à saúde coletiva.

No Brasil, como já colocado, a Constituição de 1988 declara que: "a saúde é um direito de todos e um dever do Estado". Para que o Estado se organizasse a ponto de poder conferir, ou afirmar conferir, este direito ao cidadão, muitos foram os passos.

Dentro do tema acessibilidade, são importantes alguns fatos que marcaram a saúde no Brasil no século XX. Na década de 20 a criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), organizadas pelas empresas e administradas com a participação dos trabalhadores, regulamentadas por lei, sendo esta a primeira participação do Estado brasileiro na assistência individual à saúde. Entretanto, a acessibilidade e o alcance social desSas CAPs era limitado a algumas empresas ligadas ao comércio exportador, ferroviários, marítimos e bancários (CARPINTERO, 2000).

Por intermédio de um processo de concentração e substituição das CAPS, a partir do início dos anos 30, foram constituídos os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) sendo, então, organizados por categoria profissional e administrados pelo governo.

O Ministério da Saúde esteve, desde sua origem, ligado às ações preventivas por meio de campanhas sanitárias, assumindo, na área de assistência médica, apenas as funções de criação e manutenção de grandes hospitais para enfermidades crônicas (OIKAWA, 2001).

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

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

Na década de 70, desde o seu início, vários estudos e pesquisas foram sendo publicados, demonstrando que o modelo de desenvolvimento que o Brasil tinha adotado concentrava renda, não distribuía benefícios sociais e, portanto, tratava mal a saúde de sua população.

Na área da saúde inicia-se uma luta que foi chamada na época de "movimento sanitário", que utilizando as informações destes estudos, começa a denunciar os efeitos do modelo econômico sobre a saúde da população e a ineficiência do sistema de saúde implantado naquele momento. Este movimento não se caracterizou apenas por denúncias e críticas, mas também por apresentar propostas construtivas e alternativas ao modelo vigente (RODRIGUEZ NETO, E. 1994).

Em 1986 acontece a VIII Conferência Nacional de Saúde, com a participação de amplos setores da sociedade civil e de trabalhadores e gestores do setor saúde. Este encontro foi importante para legitimar as propostas de unificação do sistema no Ministério da Saúde de garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, em todos os seus níveis a todos os habitantes do território nacional. (BRASIL, 1987)

O Sistema Único de Saúde (SUS) só é regulamentado em 1990 com a Lei Orgânica da Saúde de nº 8080 e nº 8.142, como colocado no início deste trabalho.

Assim, o Estado adotou uma política de ampliação do acesso à atenção, promovendo a um maior número de pessoas um leque mais diversificado de ações e serviços de saúde. Esta universalização do acesso à atenção vem sendo implementada ao

longo das duas últimas décadas por uma série de mecanismos legais, institucionais e organizacionais, objetivando unificar e descentralizar a atenção à saúde (OIKAWA, 2001).

Dentro do universo das experiências que foram surgindo, seja em nível local ou regional, a Saúde da Família distinguiu-se como uma estratégia de real implantação do Sistema Único de Saúde e de seus princípios doutrinários e organizacionais.

No Brasil, a Estratégia de Saúde da Família emergiu em um cenário favorável, apoiado por um sistema nacional de saúde que oferece condições substantivas e operacionais adequadas ao sucesso de sua formulação e implantação (DI GIOVANI et al., 2001).

> Do ponto de vista substantivo, as condições favoráveis aos programas que concretizam a Estratégia de Saúde da Família se caracterizam pelas diretrizes de universalização e integração dos diferentes níveis de complexidade do atendimento (atenção básica, média a alta) (DI GIOVANI et al., 2001).

Do ponto de vista operacional destacam-se: as diretrizes de regionalização da rede de serviços; descentralização do gerenciamento; provisão das ações de assistência, com prioridade da atenção básica; inovação da lógica do financiamento dos serviços de saúde, introduzida pelo pagamento *per capta* das ações ampliadas do atendimento básico (PAB fixo) e pela cobertura de programas especiais (PAB variável) e, finalmente, a concepção de indicadores e metas de avaliação (portaria 393/GMS de março de 2001). Tanto as diretrizes para descentralização do sistema, quanto as inovações dos mecanismos de financiamento se ancoram na Norma Operacional Básica (NOB) 01/96, expandida em sua concepção pela Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS) 01/2001 (DI GIOVANI, G. et, al., 2001).

Sendo assim, a Estratégia da Saúde da Família está sendo implementada em grande escala em todas as regiões do Brasil, em alguns municípios de forma não muito bem estruturada. Porém, não se pode negar a mudança ocorrida no modelo de atenção básica, que se deu desde o início deste processo de implementação.

É fato, também, que a motivação encontrada em equipes de saúde que trabalham com este modelo é grande. Em pesquisa realizada sob coordenação do NEPP/Unicamp, as Equipes de Saúde da Família (ESF) pesquisadas declararam apresentar resultados satisfatórios, apesar das dificuldades encontradas (DI GIOVANI, et al. 2001).

A Saúde da Família tem como princípio básico a aproximação do serviço de saúde da comunidade, principalmente pela estratégia de descentralização e pela figura do agente comunitário de saúde; teoricamente, facilitando o acesso destes usuários ao serviço.

Poucas são as pesquisas realizadas no Brasil que têm como objeto de estudo a acessibilidade aos serviços em Saúde da Família, como a citada acima. A maioria delas trabalha sob a óptica do gestor ou trabalhador da saúde.

A necessidade que se sente agora é buscar uma maneira de se analisar a situação do acesso e acessibilidade aos serviços sob o ponto de vista dos usuários, da comunidade.

1.1- CONCEITUALIZAÇÃO

Segundo DONABEDIAN (1972)[1], "acesso significa ingresso ao sistema de atenção à saúde". As características distintas do sistema e da população podem determinar a possibilidade de ingresso ao mesmo ou não, mas a prova do acesso em si não consiste na disponibilidade dos serviços ou recursos e sim no fato dos serviços serem utilizados por aqueles que necessitem.

Ainda, segundo o autor:

> se considera acessibilidade como algo adicional à mera presença ou 'disponibilidade' de um recurso em um certo lugar e momento dado. Compreende as características do recurso que facilitam ou dificultam o uso por parte dos clientes potenciais (DONABEDIAN 1972).

[1] DONABEDIAN, A., – Models for organizing the delivery of personal health services and criteria for evaluating them. Milbank Mem Fund Quart, 1972; 50., *apud* GIOVANELLA L., FLEURY S. – Universalidade da Atenção à Saúde:Acesso como Categoria de Análise. In: Eibenschutz Co, ed. Política de Saúde: o público e o privado, Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996.

Estas colocações levam a pensar nas diferenças existentes entre estes dois conceitos aqui tratados, acesso e acessibilidade. Parece que a acessibilidade está contida no acesso. Já FRENK (1985) afirma que "palavras como 'disponibilidade' e 'acesso' deveriam restringir-se a fenômenos que estão relacionados com a 'acessibilidade', porém não são iguais a ela". Outras vezes os dois termos são usados indistintamente, como por exemplo em ADAY e ANDERSEN (1974).

Um conceito construído por MILLMAN (1992)[2] avançou o suficiente para definir acesso como "o uso oportuno de serviços pessoais de saúde para alcançar os melhores resultados possíveis em saúde", implicando, assim, que o acesso não é importante na ausência da efetividade demonstrada dos serviços. Como a efetividade da maioria dos serviços de saúde é desconhecida, tal definição não tem utilidade (STARFIELD, 2002).

Os termos acesso e acessibilidade são usados de forma intercalada e, geralmente, ambígua (STARFIELD, 2002). Neste estudo serão discutidas tendências e formas de trabalhar os dois termos, algumas vezes os conceitos se sobrepõem e outras vezes apresentam claras distinções.

O marco teórico proposto por ADAY e ANDERSEN (1974), para o estudo do acesso à atenção médica, inter-relaciona características do sistema de prestação, características da população em situação de risco, utilização dos serviços de saúde e satisfação das necessidades do consumidor, tendo como pano de fundo, e determinante, as políticas de saúde aplicadas. As políticas de saúde "influem sobre as características do sistema de prestação e sobre a população em situação de risco, a fim de modificar a utilização dos serviços de saúde e a satisfação dos consumidores" (ADAY e ANDERSEN, 1974).

Os mesmos autores observam que alguns investigadores consideram que a possibilidade de acesso ao sistema depende das características da população ou da característica do sistema de prestação e outros investigadores sustentam que se pode avaliar o acesso mais facilmente por meio de indicadores de relação do indivíduo com o sistema.

[2] MILLMAN, M., 1972, apud STARFIELD, B. et al. – How "regular" is the" regular source of medical care"? Pediatrics, nº71, p.822-32, 1973. a*pud*: STARFIELD, B **–** Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

Em outra abordagem ponderam que o acesso à atenção médica poderia ser considerado como uma espécie de indicador social, tanto do processo quanto dos resultados, subjetivos e do comportamento, da relação dos indivíduos com o sistema de saúde (ADAY e ANDERSEN, 1974).

Propõem, desta forma, um marco teórico para o estudo do acesso aos serviços de saúde que se embasa em indicadores sociais e perspectivas políticas, resumido na figura a seguir:

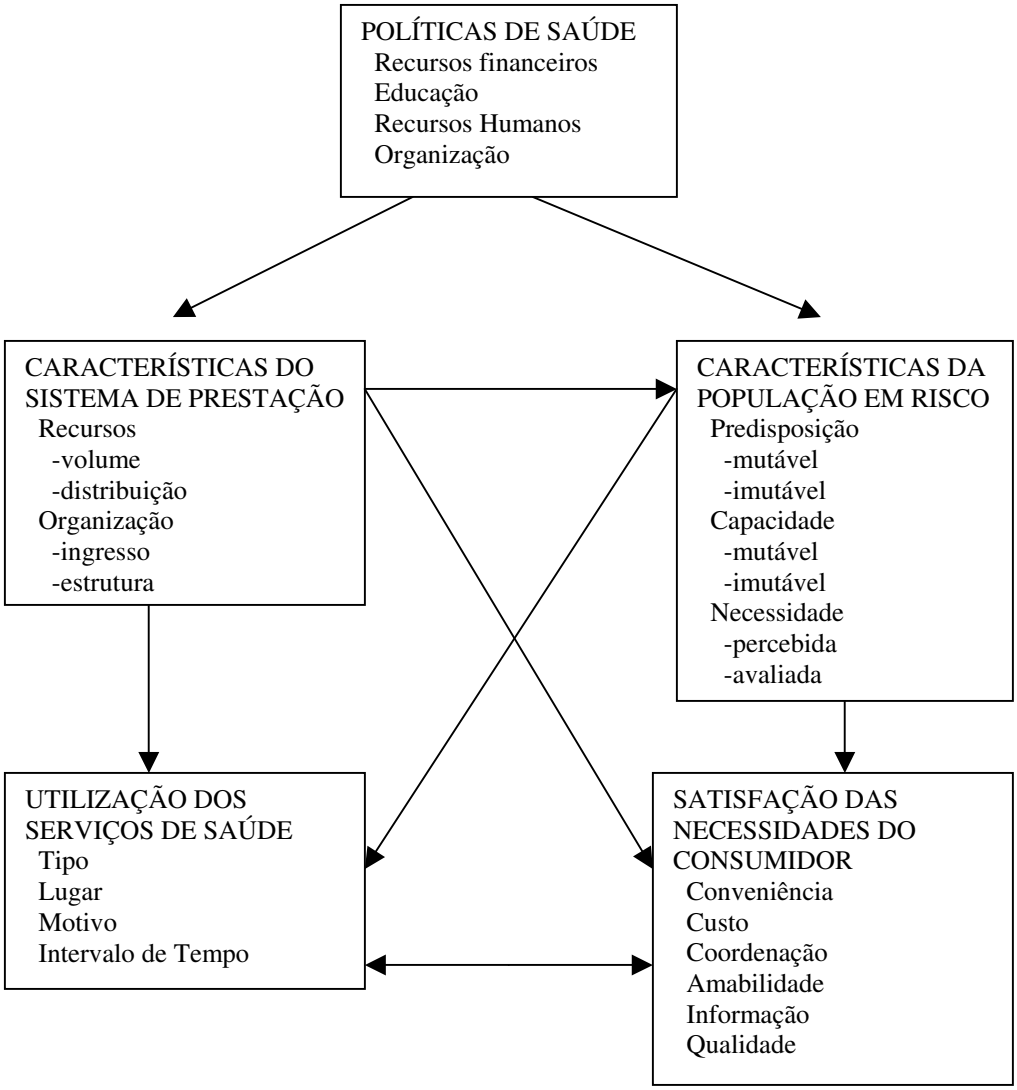

Figura 1 – Marco teórico parao estudo do acesso aos serviços de saúde (ADAY e ANDERSEN, 1974)

Em contrapartida, FRENK (1985) dialoga com os autores que seguem esta linha acima dizendo que o enfoque principal destes autores é justapor uma série de características supostamente associadas à acessibilidade, sem a alusão mais explícita ao assunto mais abstrato e fundamental de "se a acessibilidade tem relação com uma propriedade dos recursos de saúde, com uma característica da população, ou com algum tipo de relação entre a primeira e a segunda".

Em artigo publicado na Revista de Saúde Publica do México, em 1985, FRENK faz uma revisão dos conceitos de acessibilidade passando pelas possíveis domínios do termo até conceituar elementos para a medição da acessibilidade.

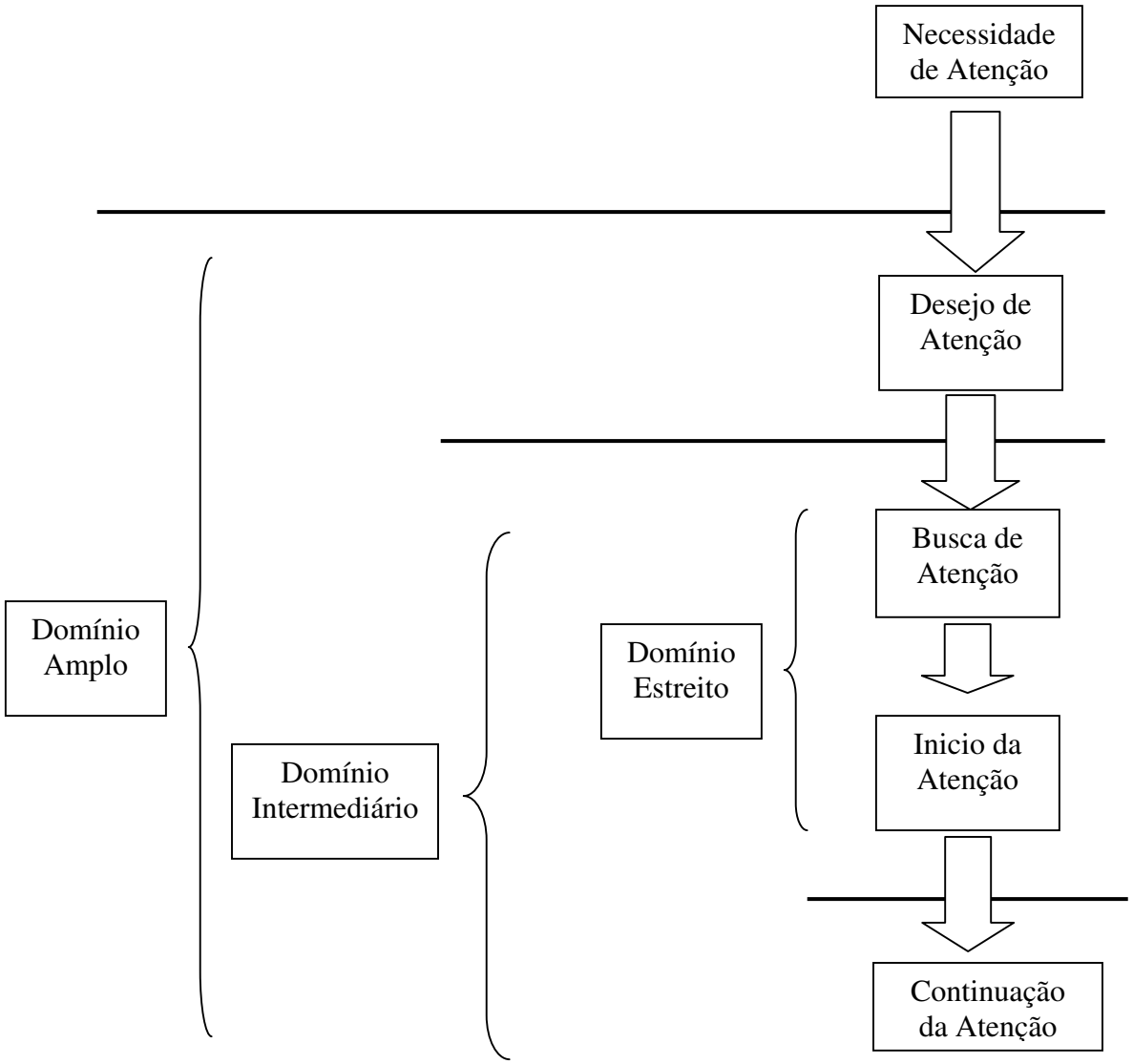

Figura 2- Possíveis domínios do conceito de "Acessibilidade" (FRENK, 1985).

Desta forma, "dizer que algo é acessível é dizer que está fora do indivíduo, o qual tem que desejá-lo, buscá-lo e finalmente alcançá-lo" (FRENK, 1985). Portanto acessibilidade deve ter sentido quando relacionada a algo que está fora do indivíduo, que pertence à determinada pessoa ou organização. Ainda que haja uma gama de variáveis entre o que é unicamente do sujeito ou por completo dos recursos externos, os dois extremos nunca aparecem unicamente puros. Considerar-se-á, assim, os limites de espaço e tempo para o estudo da acessibilidade (FRENK, 1985).

Como se verá a seguir, na construção do marco teórico também este domínio do conceito de acessibilidade composto por FRENK, torna-se ultrapassado, na medida em que existem determinantes socioculturais e de representações intrínsecas de cada sujeito na busca dos serviços de atenção à saúde.

O problema a seguir é definir o conjunto de fenômenos aos quais se aplica o conceito. "O conceito de acessibilidade é simplesmente um recurso mental para apreender a essência de uma realidade que por si só é uma realidade complexa e indivisível" (FRENK, 1985). O autor considera que a maneira mais proveitosa de analisar a acessibilidade é restringir seu conceito ao domínio estreito, representado na fig. 2.

Porém, mesmo neste domínio estreito existem alguns conceitos que devem diferenciar-se do de acessibilidade. É certo que entre buscar atenção e obtê-la existe uma continuidade de fenômenos que interferem na acessibilidade. Em um extremo está o fenômeno da disponibilidade, que constitui a presença física dos recursos para a saúde e sua capacidade de produzir serviços, como coloca DONABEDIAN (1972)[3].

O outro extremo é representado pela utilização dos serviços, que representa o real consumo dos serviços. Sendo assim, supõe-se que exista uma série de fenômenos intermediários e que para melhor compreendê-los é necessário introduzir outro conceito: o de resistência. A resistência pode ser definida como o conjunto de obstáculos à busca e obtenção da atenção.

[3] DONABEDIAN, A., **–** Models for organizing the delivery of personal health services and criteria for evaluating them. Milbank Mem Fund Quart, 1972; **50**., *apud* GIOVANELLA L., FLEURY S. – Universalidade da Atenção à Saúde:Acesso como Categoria de Análise. In: Eibenschutz Co, ed. Política de Saúde: o público e o privado, Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996.

Desta forma, o marco teórico proposto por ADAY e ANDERSEN (1974), exposto acima, já se torna ultrapassado, de certa forma obsoleto. A acessibilidade aos serviços de saúde deve ser entendida como uma soma de vetores, contra e a favor da utilização dos mesmos.

Para uma pessoa ou grupo vencerem estas resistências, é necessário que tenham um poder de utilização dos serviços, que o autor (FRENK, 1985) usa como termo alternativo para acesso, pois se refere a uma característica de usuários potenciais ou reais dos serviços. Sendo assim, a resistência, que é característica dos recursos de atenção à saúde, tem sua contrapartida no poder de utilização, como característica da população.

Estas considerações apontam para uma relação de complementaridade entre o conjunto de recursos de atenção à saúde e a população de usuários reais ou potenciais dos serviços. Pode-se, então, anunciar a seguinte definição formal para o termo acessibilidade, que será adotada neste trabalho:

> Acessibilidade é o grau de ajuste entre as características dos recursos de atenção à saúde e os da população, no processo de busca e obtenção da atenção. Podemos ver a acessibilidade como a relação funcional entre o conjunto de obstáculos a busca e obtenção da atenção (resistência) e as capacidades correspondentes da população para superar tais obstáculos (FRENK, 1985).

1.2- ACOLHIMENTO

Outra questão para reflexão sobre o tema acessibilidade, é o conceito de acolhimento. A relação existente entre o acolhimento e a acessibilidade aos serviços é, até certo ponto, clara; principalmente pensando-se nas atividades cotidianas de uma unidade de saúde qualquer. A grande parte dos trabalhadores em saúde deve conhecer o termo e saber de sua importância e todos concordam que um bom acolhimento é essencial para que um serviço tenha boas condições de acessibilidade.

Quando se analisa o termo, porém, o que se nota é que apesar de ser muitas vezes citado e conhecido no serviço diário é poucas vezes trabalhado conceitualmente. O acolhimento é tratado somente como uma etapa do processo de produção em saúde, diretriz operacional do modelo técnico assistencial.

Segundo MERHY e FRANCO (1999) o tema do acolhimento nos possibilita "argüir sobre o processo de produção da relação usuário-serviço sob o olhar específico da acessibilidade, no momento das ações receptoras dos clientes de um certo estabelecimento de saúde" e também que

> o acolhimento pode, analiticamente, evidenciar as dinâmicas e os critérios de acessibilidades a que os usuários (portadores das necessidades centrais e finais de um serviço) estão submetidos, nas suas relações com o que os modelos de atenção constituem como verdadeiros campos de necessidades de saúde, para si (MERHY e FRANCO, 1999).

O acolhimento propõe, principalmente, reorganizar o serviço, no sentido da garantia do acesso universal, resolubilidade e atendimento humanizado. Oferecer sempre uma resposta positiva ao problema de saúde apresentado pelo usuário é a tradução da idéia básica do acolhimento, que se construiu como diretriz operacional.

Desta maneira, o acolhimento, enquanto diretriz operacional, consiste em:

1) Atender a todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal. Assim, o serviço de saúde assume sua função precípua, a de acolher, escutar e dar uma resposta positiva, capaz de resolver os problemas de saúde da população.

2) Reorganizar o processo de trabalho, a fim de que este desloque seu eixo central do médico para uma equipe multiprofissional — equipe de acolhimento — que se encarrega da escuta do usuário, comprometendo-se a resolver seu problema de saúde.

3) Qualificar a relação trabalhador-usuário, que deve se dar por parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania (MERHY e FRANCO 1999).

Um acolhimento eficaz é essencial para se conseguir a universalidade da atenção e a escuta, prerrogativa do acolhimento, fundamental para a equidade e integralidade.

Neste trabalho não se pretende chegar aos limites da interpretação dos processos de acolhimento e, menos ainda, chegar a um consenso de como devem ser estes processos e ainda o porquê deles. Cabe uma investigação de maior fôlego que possa resolver estas questões.

1.3- MARCO TEÓRICO DE ACESSIBILIDADE

Para PENCHANSKI e THOMAS (1987)[4], acesso é um conceito geral que sumariza um conjunto de dimensões específicas que descrevem a adequação entre os clientes e o sistema de cuidados de saúde, tais como disponibilidade, acomodação, capacidade financeira e aceitabilidade, definidas como:

- "Disponibilidade – relação entre o volume e o tipo de serviços existentes e o volume de clientes e o tipo de necessidades".

- "Acessibilidade – relação entre localização da oferta e a localização dos clientes, tomando em conta os recursos para transporte, o tempo de viagem, as distâncias e os custos".

- "Acomodação ou Adequação Funcional – relação entre o modo como a oferta está organizada para aceitar clientes (sistema de agendamento, horário de funcionamento, serviços de telefone) e a capacidade/habilidade dos clientes acomodarem-se a estes fatores e perceberem a conveniência dos mesmos".

[4] PENCHANSKI e THOMAS, The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. Medical Care, 1987; **XIX**: 127-40, *apud* OIKAWA L. T., Condições de acessibilidade a uma Unidade básica de Saúde do Município de Botucatu SP. Dissertação de Mestrado – Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP, 2001.

- "Capacidade Financeira (affordability) – relação entre os preços dos serviços segundo o mantenedor, o depósito requerido para a entrada de clientes e a capacidade de pagar, ou a existência de seguro-saúde por parte do cliente".

- "Aceitabilidade – relação entre atitudes dos clientes sobre os profissionais e as características das práticas dos provedores de serviços assim como a aceitação pelos provedores de prestar serviços àqueles clientes"

Segundo DEVER (1988)[5], a utilização dos serviços é uma interação entre os consumidores e os prestadores de serviços, e a utilização é influenciada por fatores socioculturais (tecnologia e valores sociais) e organizacionais, além de outros fatores relacionados com o consumidor e prestador de serviços. O autor inclui entre os fatores determinantes da utilização a disponibilidade de recursos, a acessibilidade geográfica, a acessibilidade social e as características da estrutura e do processo de prestação de cuidado. A acessibilidade geográfica refere-se aos fatores de espaço (distância, tempo, custo da viagem) e a acessibilidade temporal ou acomodação a limitações no tempo em que os recursos estão disponíveis. Já a acessibilidade social inclui os conceitos de aceitabilidade (referidos a fatores sociais e culturais) e a disponibilidade financeira, formulada por PENCHANSKY e THOMAS (1987). Portanto a acessibilidade é um dos aspectos da análise da utilização dos serviços de saúde.

Para GIOVANELLA e FLEURY (1996), do conjunto de estudos que procuraram caracterizar a categoria acesso e analisar condições de acessibilidade, deve-se fazer um esforço para abstrair os modelos teóricos que estariam informando a seleção de variáveis, bem como sua articulação, na tentativa de buscar maior coerência entre o referencial e a definição conceitual a ser utilizada.

As autoras, no trabalho citado acima, desenvolvem uma divisão buscando melhorar a compreensão dos modelos que podem servir como referencial para o estudo da acessibilidade.

[5] DEVER, G.E.A., Epidemiologia na Administração dos Serviços de Saúde. São Paulo,1988, *apud* OIKAWA L. T., Condições de acessibilidade a uma Unidade Básica de Saúde do Município de Botucatu SP. Dissertação de Mestrado – Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP, 2001.

Um primeiro modelo que emerge destas conceituações é o que se pode caracterizar como economicista, no qual procura-se mapear os diferentes padrões de consumo dos indivíduos. Trata-se de um modelo de estudo da relação entre oferta e demanda, medidas pela decisão dos consumidores em relação a fatores como seu conhecimento da oferta, sua percepção sobre a demanda e um conjunto de valores e práticas oriundas do universo familiar. A análise da oferta leva em conta a intervenção estatal como capaz de moldar a forma de organização da produção de assistência médica, bem como conformar a demanda por intermédio da diferenciação dos distintos grupos populacionais no acesso aos bens e serviços de saúde.

No entanto, como afirma CANESQUI (1992), "admite-se que o padrão de consumo também resulta de complexos elementos de decisões, valores, representações, padrões culturais e práticas, gerados nas famílias, onde se dá a reprodução cotidiana dos agentes sociais, delineando-se certos arranjos de sobrevivência e maneiras de enfrentar o problema da saúde e doença dos seus distintos membros". Desta maneira, o modelo economicista encontra seu próprio limite ao reconhecer que a soberania do consumidor em seu processo de decisão não pode ser reduzida a simples disponibilidade da oferta de bens e serviços ou do acesso formal garantido pela inserção laboral, mas teria que levar em conta "aptidões ideológicas" dos consumidores, representações intrínsecas aos distintos sistemas de cura socialmente organizados.

Nas conclusões da autora, o padrão de consumo, não podendo ser entendido exclusivamente pelo acesso formal, deve levar em conta a intervenção estatal na configuração das práticas oferecidas; a conformação da demanda a partir de uma certa modalidade da oferta gerando necessidades cultivadas pela produção de bens e serviços; e as representações sociais sobre a gravidade do quadro mórbido e em relação ao lugar ocupado pelos membros da família na sua hierarquia interna. Além disso, a autora trabalha com o conceito de modalidade assistencial aspirada como consumo, que balizaria a avaliação que os consumidores fazem da qualidade e resolubilidade dos serviços. Sua relação com os serviços seria também mediada pela percepção ou não em relação ao exercício do direito a atenção à saúde.

GIOVANELLA e FLEURY (1996), analisando as colocações feitas por CANESQUI (1992) em relação à aplicação de um modelo de análise do padrão de consumo, tendo em conta as especificidades da oferta e da demanda, observaram que, na prática, o que o seu estudo demonstra é mais que tudo a inviabilidade de explicar as decisões do consumidor com estes parâmetros, tendo que se referir às disposições ideológicas do consumidor, conceito não pertinente ao modelo com o qual se propunha trabalhar.

Um segundo modelo que se pode identificar poderia ser nomeado modelo sanitarista-planificador, para caracterizar a tradução do conceito de acesso pela possibilidade de consumo garantida pela distribuição planejada de recursos da rede de serviços, conforme consta de documento do Ministério da Saúde. A rede de serviços neste sentido deve ser:

> • regionalizada, com as unidades distribuídas espacialmente na proximidade do local de trabalho e moradia, levando-se em conta as condições de transporte;
>
> • hierarquizada de acordo com os diferentes níveis de complexidade equipados com recursos necessários para garantir resolubilidade;
>
> • ágil nos processos administrativos para facilitar o atendimento da demanda e com a oferta de serviços em compatibilidade com a maior possibilidade de utilização pelos usuários;
>
> • transparente, garantindo informação adequada aos usuários sobre os serviços existentes e os procedimentos para sua utilização;
>
> • e apresentar um sistema de organização baseado nos princípios de referência e contra-referência, viabilizando o fluxo ágil dos usuários no interior dos distintos níveis do Sistema de Saúde (BRASIL, 1987).

Neste modelo tecnicista, segundo opinião de GIOVANELLA e FLEURY (1996),

> o acesso está dado pela ação planejadora do Estado, a partir da garantia da localização adequada, da disponibilidade e da articulação funcional dos serviços em uma rede organizada de acordo com a demanda. A incapacidade crônica das políticas de saúde de integrar os serviços públicos em uma rede hierarquizada, substituindo a

> desarticulação existente pela alocação planejada dos recursos, torna esta concepção do acesso mais uma "imagem-objetivo" do que uma realidade a ser analisada.

Ainda dentro do campo do sanitarismo, as autoras acima citadas referem-se a um terceiro enfoque teórico em relação à questão do acesso, que designariam como o modelo sanitarista-politicista, que toma como conceito-chave a noção de consciência sanitária, a partir da qual a própria questão do acesso será entendida.

BERLINGUER (1978)[6] definiu como consciência sanitária

> a tomada de consciência de que a saúde, como afirma o artigo da Constituição, é um direito da pessoa e um interesse da comunidade. Mas como esse direito é sufocado e este interesse descuidado, consciência sanitária é a ação individual e coletiva para alcançar este objetivo.

Neste ponto é necessário reconhecer que o acesso aos serviços está vinculado a esta consciência sanitária, à qual estaria implicado um componente cognitivo da população, onde há uma compreensão da determinação social do processo saúde/enfermidade e, da mesma forma, dos fatores que determinam a organização social da prática médica. Desta forma, uma população que revele este comportamento passa por um processo de desalienação rompendo com as deformações impostas à consciência sanitária por esta sociedade, entre as quais se inclui a medicalização dos desgastes impostos pelo processo de trabalho.

> É também um processo de politização, já que a compreensão desta realidade desvenda suas articulações com as contradições centrais do processo de acumulação e com a luta de classes, e encaminha à formação de uma contra-hegemonia, através da construção de um novo saber e de uma força social capaz de cobrar o cumprimento das disposições legais acerca da atenção à saúde, da organização do sistema de serviços e da universalização do acesso (GIOVANELLA e FLEURY 1996).

[6] BERKLINGUER, G., 1978, Medicina e Política. São Paulo: Cebes/Hucitec *apud* GIOVANELLA L., FLEURY S. – Universalidade da Atenção à Saúde:Acesso como Categoria de Análise. In: Eibenschutz Co, ed. Política de Saúde: o público e o privado, Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996.

Desta forma, o acesso do usuário a um sistema não deve ser entendido como a busca deste serviço em algum momento pontual de necessidade deste usuário, mas sim como a construção, pela sua participação cidadã, deste sistema e a conformação de suas práticas, além de requerer a sua participação também na gestão e controle social.

Segundo as autoras,

> embora esta abordagem tenha orientado mais propriamente as lutas políticas no campo da Saúde Coletiva do que os estudos sobre as condições de acessibilidade, estudos mais recentes, como os de Cohn, Nunes, Jacob e Karsch (1991), falam tanto de um aprendizado na utilização dos serviços quanto da conformação da demanda pela oferta, mas recusam-se a aceitar, na sua integridade, as observações dos analistas que atribuem ao usuário um papel meramente passivo diante de uma estrutura produtora dos serviços e demandas tais como afirmada por lllich (1975) em sua Nemesis Médica: 'uma estrutura social e política destrutiva encontra seu álibi no poder de saturar suas vítimas com terapias que elas aprenderam a desejar' (GIOVANELLA e FLEURY 1996).

Ainda segundo as autoras, uma outra abordagem poderia configurar

> um quarto modelo das representações sociais, distanciando-se de uma visão positivista da atenção à saúde apresentada anteriormente, na medida em que não reconhece qualquer autonomia absoluta daquilo que é exterior ao registro simbólico. Birman (1991) afirma que 'o real apenas se constitui como realidade pela mediação da ordem simbólica, que lhe confere consistência significativa, para que possa ser compartilhada por uma comunidade social determinada, dotada da mesma tradição histórica e lingüística. Isso implica dizer que a realidade é uma constituição eminentemente intersubjetiva e simbólica, não existindo, pois, fora dos sujeitos coletivos e históricos, que são ao mesmo tempo os seus artífices, os seus suportes e os mediadores para a sua transmissão'. Esta visão tem também embutida uma crítica ao modelo sanitarista-politicista, já que este tem como centro das ações o Estado (na concepção de Saúde Pública) e se distingue como uma instituição social em seus diversos planos (na concepção de Saúde Coletiva) (GIOVANELLA e FLEURY 1996).

Herzlich (1991)[7], revendo a utilidade da representação social no campo da doença, reafirma que esta não é apenas um esforço de formulação mais ou menos coerente de um saber, mas uma questão de sentido, emergente a partir de uma desordem, a doença, que adquire significação. Trata-se de resgatar o lugar do sujeito histórico, já que as representações estão enraizadas na realidade social e histórica, ao mesmo tempo em que contribuem para construí-la. E a centralidade da doença seria explicada

> por ser um evento que ameaça ou modifica, às vezes irremediavelmente, nossa vida individual, nossa inserção social e, portanto, o equilíbrio coletivo, a doença engendra sempre uma necessidade de discurso, a necessidade de uma interpretação complexa e contínua da sociedade inteira

Outros autores observam que as representações sociais, embora sendo fruto da vivência de contradições que permeiam o dia-a-dia das classes e grupos sociais (apresentando, portanto, tanto elementos de dominação como de resistência) estão mediadas pela atuação da corporação médica, principais agentes da prática e do conhecimento na área da saúde. Considera ainda que embora as representações sociais mais abrangentes para a sociedade revelem a visão de mundo de uma determinada época (as concepções das classes dominantes), cada grupo social faz dessa visão uma representação particular de acordo com sua posição social. Essa representação é portadora também dos interesses específicos deste grupo ou classe social e de seu próprio dinamismo, o que significa entender as concepções das classes dominadas não apenas como falsa ideologia, representações ilusórias, mas também como contraditórias e verdadeiras. Ou seja, há que se considerar que o estudo das representações no campo da saúde e doença requeira hoje necessariamente englobar as representações acerca da atenção médica e do sistema de saúde como um todo, a ser apreendido a partir da interação imediata do usuário com os serviços de saúde.

[7] HERZLICH C. – A Problemática da Representação Social e sua Utilidade no Campo da Doença, Revista de Saúde Coletiva, 1991; 1:26. *Apud*: OIKAWA L. T., Condições de acessibilidade a uma Unidade Básica de Saúde do Município de Botucatu SP. Dissertação de Mestrado – Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP, 2001.

É preciso, portanto, ao estudar condições de acessibilidade no âmbito das políticas de saúde, ter uma visão compreensiva, na qual seja possível comportar uma dimensão econômica referente à relação entre oferta e demanda, uma dimensão técnica, relativa à planificação e organização da rede de serviços; uma política, relativa ao desenvolvimento da consciência sanitária e da organização popular; e uma dimensão simbólica, relativa às representações sociais acerca da atenção e ao sistema de saúde, concordando com GIOVANELLA e FLEURY (1996).

No presente trabalho, tomar-se-á por base, como marco teórico, a visão enunciada pelas autoras acima, de que ao se trabalhar o tema acessibilidade aos serviços de saúde, deve-se ter uma visão abrangente que venha a englobar a maior quantidade e qualidade possível de variáveis atuantes.

1.4-TERRITORIALIZAÇÃO EM SAÚDE

Discorre-se aqui sobre um método de trabalho considerado relevante na experiência prática do estudo do acesso e acessibilidade aos serviços de saúde que vem sendo desenvolvido e implementado no Estado de São Paulo e mais especificamente na região de Campinas: a Territorialização em Saúde.

Historicamente, uma forma de abordagem estritamente geográfica do acesso aos serviços de saúde, baseados em modelos teóricos de áreas de influência, foi a tônica de trabalhos em várias partes do mundo. Alguns autores propuseram modelos nos quais a distribuição de serviços de saúde deveria servir a uma determinada população e/ou estar localizado a uma certa distância do usuário, levando em conta apenas estas duas variáveis: número de usuários e distância do serviço.

No Brasil, uma importante contribuição para o estudo da abordagem da Geografia em Saúde Pública se deu nos trabalhos desenvolvidos no Município de São Paulo por Carmem Unglert. A autora ultrapassa a contribuição da geografia no campo físico de seu uso em saúde pública, para iniciar um estudo social e histórico/geográfico da área de atuação de equipes de saúde, levando em consideração inúmeras condições, que serão vistas, mais detalhadamente, a seguir.

Partindo de uma experiência pessoal em que presenciou duas unidades de saúde, uma estadual e outra municipal, funcionando proximamente, Unglert notou que a população procurava atendimento em número muito maior em uma das unidades em detrimento da outra. Trabalhou, então, na busca das razões que poderiam explicar este fenômeno (UNGLERT, 1995 a).

Desta forma, Unglert propôs uma metodologia denominada Territorialização em Saúde, que auxilia na análise das necessidades da população, em confronto com os recursos existentes. Recursos estes localizados não somente segundo as divisões administrativas formais, mas também de forma mais particular, em territórios estabelecidos pela própria população em sua dinâmica cotidiana.

Sugere, assim, a construção da "base territorial" respeitando os setores censitários determinados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e os seguintes critérios para a divisão da região em áreas menores:

1. Os limites geográficos dos sub-setores censitários devem ser respeitados.
2. Os limites geográficos dos sub-distritos e distritos devem ser respeitados.
3. As barreiras geográficas devem ser identificadas e consideradas;
4. A organização espontânea da comunidade deve ser identificada e considerada.
5. O fluxo espontâneo da população a procura de serviços de saúde deve ser identificado e considerado (UNGLERT, 1995 a).

Neste mesmo trabalho de 1987, Unglert introduz o conceito de Barreira Geográfica que deriva daqueles obstáculos naturais ou gerados pela implantação urbana que orientam a organização dos "fluxos de frequentação" numa dada estrutura de circulação, e que criam "distâncias relativas" que variam do nível local para o regional.

Na construção dos Distritos Sanitários do Município de São Paulo, a mesma autora, em texto de 1995, introduz outros conceitos que levam a pensar a base territorial não somente como uma divisão geográfica, mas como uma forma de orientar e identificar os problemas de uma determinada população. Discute, então, que a base territorial deve

retratar mais do que uma simples demarcação topográfica-burocrática, deve representar a apropriação do espaço local pelos profissionais de saúde da área e pela população e refletir o estabelecimento de uma relação de responsabilidade entre os recursos de saúde e a população (UNGLERT, 1995 a).

O acesso à saúde está intimamente vinculado às condições de vida. Condições de habitação, nutrição, educação e poder aquisitivo compõem, juntamente com a acessibilidade dos serviços de saúde, o contexto do acesso à saúde (UNGLERT, 1995 a).

Acessibilidade é um atributo dos serviços de saúde e pode ser analisada sob distintas abordagens:

a) "geográfica, que representa a distância a ser percorrida e as barreiras geográficas a serem transpostas;

b) funcional, pelo estudo dos programas e das ações de saúde oferecidas, seu horário de funcionamento e a qualidade da sua atenção;

c) cultural – ao se analisar a inserção dos serviços de saúde nos hábitos e costumes da população;

d) econômica – considerando que a atual oferta de serviços não está, em sua totalidade, desvinculada de um sistema de pagamento por parte do usuário" (UNGLERT, 1995 b).

Outro conceito que é trabalhado pela autora é o de área de influência e área de abrangência. A área de influência de um serviço de saúde é representada pelo mapeamento do local de residência dos usuários que procuram aquela unidade em busca de ações de saúde. É regida, basicamente, por uma lógica assistencial, pois reflete, muitas vezes, a pressão da demanda espontânea da população por atenção a seus problemas de saúde. Essa busca reflete as distintas abordagens da acessibilidade dos serviços onde nem sempre o local mais próximo, geograficamente, é o mais acessível (UNGLERT, 1995 b).

A área de abrangência de um serviço de saúde é a área geográfica construída por meio da apropriação do território por parte da equipe local de saúde, pela aplicação de instrumentos que garantam a participação da população no processo. A lógica da área de abrangência está voltada à vigilância à saúde. A unidade de saúde é responsável por sua

área de abrangência. É de sua competência conhecer a situação de saúde da população dessa área, mesmo que não seja responsável exclusiva por todas as ações desenvolvidas por aquela população (UNGLERT, 1995 b).

A metodologia proposta pela autora como instrumento para melhorar o acesso da população aos serviços é a designada como planejamento ascendente, em que o processo de apropriação do território não deve constituir um ritual de procedimentos rígidos, mas a base de construção do Sistema Único de Saúde, a partir de distintas realidades locais, em que atores sociais se transformam em autores de um processo, no qual se dá a apropriação do território numa lógica voltada à saúde.

Como ferramenta de trabalho, a Saúde da Família utiliza o processo de Territorialização em Saúde na apropriação do espaço local, sendo um de seus princípios básicos de atuação. A experiência tem mostrado que o conhecimento do território é fundamental para planejar as ações de saúde em conjunto com a comunidade assistida devendo conferir aos profissionais um sentimento de responsabilização sobre as famílias e população desta área adscrita.

Trabalha-se com território definido (área de abrangência) e a equipe é responsável pelo estado de saúde e o acompanhamento da população adscrita a esta área, gerando vínculo entre os profissionais e a população, melhorando a qualidade do atendimento e determinando uma maior confiabilidade ao processo.

O Estado de São Paulo, principalmente a região compreendida pelo Pólo de Capacitação e Educação Permanente para Equipes de PSF/PACS da Região de Campinas, que abrange as seguintes instituições: Diretoria Regional de Saúde DIR-XII –CAMPINAS; Diretoria Regional de Saúde DIR-XV – Piracicaba; Diretoria Regional de Saúde DIR-XX – S. João da Boa Vista; Diretoria Regional de Saúde DIR-XI – S. José dos Campos; Diretoria Regional de Saúde DIR-XXIV – Taubaté; tem se utilizado de um roteiro de Territorialização em Saúde, apresentado no Anexo – 1, baseado nos estudos desenvolvidos por Unglert em alguns dos trabalhos já citados acima. Este roteiro trabalha a questão do acesso fazendo um estudo de Acessibilidade e Barreiras e Diagnóstico de Saúde da área de abrangência.

1.5- SAÚDE DA FAMÍLIA

A experiência pessoal em Saúde Pública intensificou-se com o trabalho desenvolvido, no Município de Pedreira, como Médico de Família a partir de 1997, sendo este Município um dos pioneiros na região a introduzir a estratégia de Saúde da Família como porta de entrada do Sistema de Saúde, na região de Campinas. Sendo assim, pôde-se, a partir de então, vivenciar uma maneira de intervenção diretamente inserida na comunidade, onde a lógica de atuação é deslocada da produtividade, havendo ênfase na criatividade e resolubilidade dos problemas de várias ordens.

A estratégia de trabalho em Saúde da Família vem sendo desenvolvida em várias partes do mundo principalmente a partir do pós-guerra, na Inglaterra, onde se iniciou uma maneira particular de atuação em saúde. Posteriormente, alguns países da Europa, Canadá, Cuba e outros, seguiram caminhos semelhantes em suas políticas de saúde, que foram denominadas de várias maneiras, mas que tinham algo em comum: atuar diretamente na família, na comunidade, de forma integral, no enfoque generalista.

No Brasil a Saúde da Família vem sendo desenvolvida, como estratégia, apenas a partir da década de 90, quando alguns estados do Nordeste, em especial o Ceará, passaram a acreditar na possibilidade de melhoria da qualidade de vida da população a partir da fomentação de ações simples desenvolvidas e assimiladas pelas comunidades.

O Ministério da Saúde concebeu o Programa de Saúde da Família (PSF) em 1994, embora se tenha notícia de experiências anteriores semelhantes implantadas em alguns municípios, como: Niterói – RJ em 1991 e Itacarambi – MG em 1993, entre outros. Em documento, de 1996, avalia-se que a assistência à saúde praticada na época era "marcada pelo serviço de natureza hospitalar, focalizada nos atendimentos médicos, com uma visão biologicista do processo saúde/doença, voltando-se prioritariamente para ações curativas" (BRASIL, 1996).

Assim, O Ministério da Saúde enfatiza a Saúde da Família como a principal estratégia para

> a reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientado para a cura de doenças e no hospital. A atenção está centrada na família,

> entendida e percebida a partir de seu ambiente físico e social, o que vem possibilitando às equipes da Família uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções que vão além de práticas curativas (BRASIL, 1998).

Desde então o PSF tem sido uma prioridade do governo federal, de alguns governos estaduais e municipais como uma estratégia para a reorganização dos serviços de saúde. (MERHY e FRANCO, 1999).

No presente trabalho busca-se analisar as questões relativas ao acesso e acessibilidade ao serviço de saúde tomando como campo de estudo a experiência em Saúde da Família do Município de Pedreira, São Paulo.

1.5.1- Saúde da Família no município de Pedreira – São Paulo

A implantação do serviço teve início em 1995 com a formação de uma turma de 20 agentes comunitários de saúde. O então Programa de Agentes comunitários de saúde (PACS) tinha como área de abrangência três bairros periféricos da cidade. Nesta época foi feito o cadastramento da população destes bairros e posteriormente iniciado um trabalho de conscientização das comunidades assistidas, alimentando a rede básica municipal por, meio do encaminhamento dos casos de maior gravidade e relevância.

Cada experiência é única e autônoma como é cada município; o que facilitou a implantação da Saúde da Família na cidade foi a vontade política como determinante por ser uma das prioridades do Governo Municipal, o compromisso profissional por parte dos técnicos dos vários níveis de atuação da Secretaria Municipal de Saúde e a mobilização e aceitação por parte da população dos bairros. Constituindo-se nos três pilares de sustentação deste projeto: a vontade política, o compromisso profissional e a participação comunitária.

No ano de 1997, mais precisamente em 1º de outubro, foi criada a primeira equipe de Saúde da Família do município, com sua respectiva unidade atendimento, sendo constituída por um médico, uma enfermeira, duas auxiliares de enfermagem e quatro

agentes comunitários , conforme determinam os princípios de implantação das equipes em nível federal. Com o crescimento da população, em 2002, esta área de abrangência foi dividida e criada uma nova equipe, com a mesma composição da primeira.

Como base para a seleção dos agentes comunitários de saúde realizaram-se entrevistas com caráter classificatório atendendo às necessidades de selecionar profissionais com perfil adequado por pessoas já concursadas pela Prefeitura. Realizou-se treinamento introdutório que permitiu integração e sensibilização da equipe depois de selecionada, ter continuidade ao longo do seu trabalho, orientando-se a capacitação em serviço conforme a identificação das necessidades de aprendizagem na área de atuação (PMP, 1997).

Os métodos e conteúdos do treinamento dependeram do conhecimento prévio da realidade sobre a qual iriam atuar, compatibilizando as necessidades locais, as características dos profissionais e o perfil epidemiológico da região (PMP, 1997).

Os agentes comunitários poder ser moradores da área de abrangência ou não. Nesta experiência, tanto uma quanto outra categoria desempenham papel importante na formulação das estratégias cotidianas de trabalho da equipe.

Volta-se a enfatizar que os agentes comunitários são membros constituintes das equipes, participando dos processos se trabalho e das reuniões. Não existe uma verdadeira Equipe de Saúde da Família sem a presença dos agentes.

A Saúde da Família não é um processo isolado dentro do município, é parte integrante do Plano Municipal de Saúde, desenvolve atividades de promoção à saúde e educação em saúde, prevenção de doenças, diagnóstico precoce, tratamento e reabilitação do indivíduo e da família na comunidade, incluindo assistência médica às pessoas impossibilitadas de buscar atendimento nas unidades convencionais de saúde, e está estruturada a partir da Unidade de Saúde da Família.

A Unidade está inserida no primeiro nível de ações e serviços do Sistema Local de Saúde (Atenção Básica), tendo em conta o princípio de Integralidade e Hierarquização, devendo estar vinculada à rede de serviços de forma que se garanta atenção integral aos indivíduos e famílias e sejam asseguradas a referência e contra-referência para os diversos

níveis do sistema, sempre que for requerido maior complexidade tecnológica para a resolução de situações ou problemas identificados (BRASIL, 1998).

É capacitada para conhecer a realidade das famílias pelas quais é responsável, por meio de cadastramento diagnóstico de suas características sociais, demográficas e epidemiológicas; identificar os principais problemas de saúde e situações de risco aos quais a população que ela atende está exposta; elaborar, com a participação da comunidade, um plano local para enfrentar os determinantes do processo saúde/ doença; prestar assistência integral, respondendo de forma contínua e racionalizada à demanda, organizada ou espontânea, na Unidade de Saúde da Família, na comunidade, no domicílio e no acompanhamento ao atendimento nos serviços de referência ambulatorial ou hospitalar e desenvolver ações educativas e intersetoriais para enfrentar os problemas de saúde identificados.

1.5.2- Processo de trabalho em Saúde da Família no município de Pedreira – SP

Para melhor entendero processo de trabalho da equipe de Saúde da Família de Pedreira, faz-se, aqui, uma primeira divisão: atuação na Unidade de Saúde da Família (USF) e atuação na comunidade.

As atividades exercidas na Unidade de Saúde da Família (USF) são, de um modo geral, as mesmas de uma Unidade Básica de Saúde (UBS), como vacinação, consulta de enfermagem, consulta médica, curativos, atendimento de casos de urgência/emergência, desenvolvimento de programas, ações de vigilância etc., com algumas características próprias da Estratégia de Saúde da Família e no caso próprias do município.

O "acolhimento 100%" é uma destas especificidades, sendo realizado por profissional de enfermagem, não por recepcionista, na denominada "consulta de classificação", em que este profissional, capacitado tecnicamente, determina se os usuários deverão ser encaminhados para consulta médica ou de enfermagem, se deverão retornar no período correspondente ao seu caso (por exemplo, hipertensos e diabéticos, gestantes, crianças menores de um ano etc.), se deverão ser encaminhadas para outras unidades do

sistema local de saúde, se deverão ser incluídas em grupos ou programas, se deverão receber visitação domiciliar, auxílio social, ou simplesmente orientação alimentar e de cuidados básicos.

O acolhimento também se dá no território abrangido, por meio de Visitas Domiciliares realizadas pelos profissionais da equipe. Diz-se que o acolhimento começa no domicílio das famílias onde os profissionais são acolhidos.

Outra característica do funcionamento local das equipes é a reunião diária que acontece sempre no final do período da tarde com duração de cerca de 20 a 30 minutos, quando são colocados os principais acontecimentos do dia na USF ou nas visitas domiciliares, para que todos os integrantes das equipes estejam cientes dos casos mais importantes e críticos e para que se possam planejar as tarefas do dia seguinte, tanto na unidade como na comunidade. Uma vez por semana, às quartas-feiras, há uma reunião com a coordenação e uma vez por mês as três equipes do município têm o seu espaço formal de reunião.

No cotidiano da unidade são ainda recebidos, em inserções verticais, profissionais de áreas afins, tais como fisioterapeutas, psicólogos e psiquiatras, professores de artes, educação física e assistentes sociais que exercem atividades na área de abrangência por meio de visitas domiciliares e trabalho com grupos específicos: gestantes, puérperas, adolescentes, terceira idade, hipertensos e diabéticos.

As ações intersetoriais são coordenadas pela enfermagem, que é responsável pela gerência da equipe, e discutidas nas reuniões diárias e semanais com todo o grupo. O contato com outros setores públicos ou privados pode ser feito por qualquer membro da equipe ou coordenadoria.

As atividades fora de unidade são realizadas por visitas ao território ou domiciliares. Todos os integrantes da equipe realizam visitas, especialmente os agentes comunitários que, diariamente, têm como tarefa principal fazer a ligação entre a comunidade e o serviço de saúde. Os outros membros da equipe realizam visitas em horários escalonados no decorrer da semana, e o médico e cada profissional da área de

enfermagem fazem visitas em três períodos da semana. No entanto, esta programação está sujeita a mudanças no decorrer dos acontecimentos, e os profissionais podem sair à comunidade por demanda da população ou por alguma informação recebida externamente.

Dentre as atividades realizadas, trabalha-se com Propostas de Intervenção, classificando a população para que se possa determinar Projetos Terapêuticos Individuais, Familiares e Comunitários:

- Projeto Terapêutico Individual: os indivíduos são divididos em quatro grupos de risco, em que cada pessoa é classificada segundo o seu estado de saúde em:

Grupo I – Supostamente Saudável – não tem fator de risco nem doença ou incapacidade.

Grupo II – Em Risco – tem fator de risco associado, não tem doença ou incapacidade.

Grupo III – Doente – tem alguma doença, pode ter também fator de risco associado, não tem incapacidade.

Grupo IV – Com Seqüela – tem alguma incapacidade, pode ter também fator de risco associado ou alguma doença.

- Projeto Terapêutico Familiar: as famílias são divididas, inicialmente, em dois grupos, segundo o funcionamento familiar: Funcional (Adequado) e Disfuncional (Inadequado), levando-se em conta a dinâmica interativa e sistêmica entre os membros de uma família. As famílias consideradas Inadequadas são divididas em: Inadequadas e Problemas. Assim tem-se:

Funcionamento Familiar Adequado – quando se evidencia bom relacionamento entre os membros da família e não acontece nenhum problema que afete a estrutura, dinâmica e estabilidade familiar em seu conjunto, do ponto de vista biológico, psicológico e social.

Funcionamento Familiar Inadequado – quando se evidencia dificuldade no relacionamento entre os membros da família e acontecem problemas que afetam a estrutura, dinâmica e estabilidade familiar em seu conjunto, do ponto de vista biológico, psicológico e social.

Funcionamento Familiar Problema – famílias que, pertencendo à segunda subdivisão (Funcionamento Familiar Inadequado), apresentam situações críticas do ponto de vista biológico, psicológico e social.

- Projeto Terapêutico Comunitário – surge em conseqüência dos dados obtidos com o processo de Territorialização em Saúde (Anexo 1). Realiza-se um diagnóstico de saúde da comunidade com base nos perfis demográfico, epidemiológico, econômico e meio-ambiental e nas necessidades identificadas e priorizadas pela comunidade; permitindo futuras ações de Vigilância em Saúde.

As equipes de Saúde da Família trabalham inseridas no contexto da comunidade. O processo de Territorialização em Saúde e apropriação da área de abrangência deve conferir aos profissionais um sentimento de responsabilização sobre as famílias e população desta área adscrita. A responsabilização leva à criação de um compromisso com o trabalho, uma conexão com o produto final do trabalho (CAMPOS, 2001).

O coeficiente de vínculo, entre o profissional e a comunidade assistida, se eleva à medida que ambos passam a conviver diariamente em sua rotina dentro da unidade e no território abrangido, por meio das visitas domiciliares. O profissional passa a contar com a possibilidade de conhecer o indivíduo integrado ao seu meio, sua moradia e as condições de vida destas famílias. Por outro lado, a população passa a conhecer o profissional fora de seu local tradicional de atuação.

O compromisso assumido pela equipe de responsabilizar-se por determinado número de pessoas ou território faz com que cada membro desenvolva mecanismos e soluções criativas em busca da resolução da maior quantidade de problemas possíveis, problemas estes que podem ser de ordem biológica, psicológica, econômico e ambiental.

Por outro lado à medida que a comunidade observa as soluções ou facilitações de suas questões, passa a confiar no trabalho desenvolvido.

É importante que se considere o papel de promotores de saúde e educadores que todos passem a exercer no dia-a-dia com as famílias, estabelecendo vínculo ético, relação de confiança, humanização e melhoria na relação equipe de saúde/população, criando assim um ambiente propício à assimilação de uma cultura preventiva.

Também são desenvolvidas ações de Educação em Saúde, tanto de forma individual como coletiva, tendo em conta as características dos indivíduos, da família. Incluindo em suas atividades a participação em grupos comunitários no processo de transformação cultural das práticas sanitárias. Contribuindo na formação, modificação positiva e reorientação de comportamentos, hábitos, costumes e condutas adequadas no indivíduo, na família e na comunidade, desenvolvendo habilidades pessoais e mudanças nos modos e estilos de vida considerando que as ações educativas devem estar de acordo com as peculiaridades locais, sendo realizadas em forma dinâmica e participativa.

Apesar dos obstáculos e dificuldades ocorridas durante os anos de trabalho em nesta experiência em Saúde da Família, principalmente da ordem de desestruturação do apoio político ao processo, ainda pode-se notar um interesse dos profissionais e credibilidade da comunidade em relação ao trabalho desenvolvido.

Estudos realizados por STARFIELD et al. (1973), em que foram comparadas as atuações de médicos de várias especialidades e o grau em que suas unidades são acessíveis, indicam que:

- Médicos de família apresentam menor probabilidade de exigir marcações para consultas do que outros médicos.

- Médicos de família apresentam menor probabilidade de manter o funcionamento do consultório no horário comercial durante os finais de semana do que outras especialidades.

- Médicos de família apresentam menor probabilidade de atender chamadas domiciliares ou consultas especiais em salas de emergência do que outros tipos de médicos.

- Pacientes de médicos de família esperam menos tempo para marcar consultas não urgentes do que os pacientes de outros tipos de médicos (STARFIELD *et al*., 1973)[8].

Sendo assim, trabalharemos com a hipótese de que o acesso e acessibilidade aos serviços de saúde são mais bem avaliados, sob o olhar do usuário, em serviços que adotam a Estratégia de Saúde da Família como modelo de atuação.

[8] **STARFIELD, B. et al.** – How "regular" is the "regular source of medical care"? Pediatrics, nº71, p.822-32, 1973. *apud*: STARFIELD, B **–** Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

2- OBJETIVOS

- **Objetivo Geral**

O objetivo geral deste estudo é comparar as informações referentes ao acolhimento, acesso e acessibilidade aos serviços de saúde em duas áreas distintas do Município.

- **Objetivos Específicos**

1. Identificar e contextualizar, no material colhido, as referências ao trabalho dos agentes comunitários de saúde.

2. Identificar e contextualizar as falas relativas ao vínculo afetivo existente entre a população e os profissionais das unidades pesquisadas.

3. Identificar e contextualizar quais os locais procurados pela população para o atendimento em saúde.

4. Identificar e contextualizar as falas que se referem às práticas em saúde de cada unidade pesquisada.

5. Identificar e contextualizar o sentimento da população em relação às unidades estudadas.

6. Apresentar as diferenças existentes na estrutura de cada serviço de saúde pesquisado.

3- MATERIAL E MÉTODOS

3.1- O OBJETO NO CAMPO DO SOCIAL

A pesquisa em Saúde Coletiva demanda distintas abordagens que percorrem, necessariamente, caminhos interdisciplinares nos quais a incorporação das ciências humanas, como recurso teórico-metodológico, vem sendo fundamental para problematizar os campos temáticos e enriquecer sua compreensão.

O avanço do conhecimento neste campo proporcionado principalmente pelas ciências sociais, trouxe também os dilemas existentes nos processos propostos por estas ciências, como o uso de metodologia qualitativa versus quantitativa.

Situar o objeto de estudo no campo do social implica assumir certos pressupostos que vão nortear o processo da investigação científica. A concepção de que a realidade não existe enquanto totalidade pronta, acabada e externa ao pesquisador, mas sim tal como ele a interpreta, evidencia o caráter comprometido desse processo e mostra que as escolhas realizadas ultrapassam aspectos meramente técnicos, sendo frutos de sua visão de mundo (MINAYO,2000).

Desse modo, o objeto de conhecimento é recortado, delimitado, definido a partir da perspectiva que o pesquisador tem da realidade em que vive que, por sua vez, é fruto de seu posicionamento histórico e social. Em virtude disto, assume-se ser o objeto das ciências sociais intrinsecamente ideológico, já que impregnado pela visão de mundo do pesquisador (MINAYO,2000).

Conseqüentemente, a relação entre sujeito e objeto não é de exterioridade, mas de identidade, estando ambos comprometidos. Demo (1994) afirma que “quando estudamos a sociedade, em última instância, estudamos a nós mesmos, ou coisas que nos dizem respeito socialmente”.

O processo de construção do objeto engloba também decisões sobre a maneira mais adequada para que ele seja apreendido, a opção metodológica, definida como o caminho e o instrumental escolhidos pelo pesquisador na abordagem da realidade (MINAYO,2000).

Esta concepção traz uma importante implicação para a construção científica: ela amplia a idéia de que o método é apenas um conjunto de técnicas e procedimentos que permitem a apreensão objetiva da realidade, e passa a incluir também as concepções teóricas de abordagem dessa realidade, ou seja, teoria e técnicas passam a ser inseparáveis (MINAYO, 2000).

Tendo em vista que o elemento mais importante para nortear as escolhas relativas ao desenho do estudo é a consistência entre a metodologia e os questionamentos do pesquisador sobre a realidade empírica, delimitada enquanto objeto, nesta pesquisa optou-se pelas abordagens qualitativas, assumindo-se os pressupostos nelas implícitos, sob o olhar do pesquisador, sujeito social historicamente situado.

3.2- COLETA DO MATERIAL – O GRUPO FOCAL

O material bruto foi coletado a partir da efetivação de duas reuniões utilizando-se a técnica do Grupo Focal.

O Grupo Focal é uma técnica de pesquisa qualitativa que utiliza sessões grupais, facilitadoras das expressões e características psicossociológicas e culturais. Os participantes expressam suas percepções, crenças, valores, atitudes e representações sociais sobre uma questão específica num ambiente permissivo e não constrangedor.

Esses processos são reproduções do que ocorre fora dos grupos e geram resultados e aproximações do problema que incorporam uma dimensão do processo cognitivo que só pode ser obtido em tal situação.

O Grupo Focal é composto pelo moderador, que propõe várias questões aos participantes e por um observador que é encarregado de captar as informações não-verbais expressas pelos participantes, e, ao final, ajudar o moderador a analisar os possíveis vieses ocasionados por problemas na sua forma de coordenar a sessão. Cabe ao moderador encorajar os participantes a expressarem livremente seus sentimentos, opiniões e pareceres sobre as questões em estudo. Também cabe ao moderador manter a discussão focalizada, fazendo resumos e retomando o assunto quando alguém se desvia dele.

O número de participantes pode ser de oito a 12 por grupo. Alguns autores dizem que os grupos podem ser constituídos de seis a 15 pessoas (WESTPHAL et al., 1996) amostra intencional.

O número de grupos que são organizados depende das necessidades do projeto, dos recursos e das novas informações entre grupos distintos de uma comunidade. O tempo necessário de duração de um Grupo Focal não deve ser de 60 a 90 minutos por grupo.

Algumas vantagens de se aplicar a técnica de Grupo Focal em pesquisa qualitativa em Saúde:

- Clima do grupo estimula mais a conversa que as entrevistas individuais.
- Técnica excelente para obter informações qualitativas de vários entrevistados de uma vez.
- É possível encontrar com relativa rapidez uma orientação para a formulação da mensagem.
- Obtenção de conhecimento prévio dos problemas a partir da realidade dos entrevistados,determinando objetivos, prioridades, apontando caminhos.
- Baixo custo.
- Favorecimento dos processos de participação popular (no caso da saúde).
- Propicia trocas e interações, (inter-relações).
- Aproximação de técnicos e "pessoas comuns da sociedade".
- Os grupos focais são flexíveis, em vez de seguir um roteiro rígido de questões, o moderador tem mais flexibilidade do que o entrevistador individual e tem liberdade para modificar a ordem das questões ou sua redação com vistas ao aprofundamento das respostas.

Algumas desvantagens de se aplicar a técnica de Grupo Focal em pesquisa qualitativa em Saúde:

- O caráter da investigação qualitativa e o tamanho pequeno da amostra, não se permitem adotar normas para comparar os resultados.
- O pesquisador tem menos controle de entrevista em grupo do que em entrevista individual.
- A não padronização das questões pode influenciar a compreensão dos participantes, reforçando ou reprimindo suas respostas.
- Cuidado para não se limitar em apenas um grupo, comprometendo os resultados.
- A escolha do local deve considerar o custo para o transporte por parte dos participantes, pois pode interferir na acessibilidade dos mesmos.
- A análise dos dados subjetivos por ser complexa deve considerar o ambiente social do grupo para evitar interpretações e preconceitos por parte do pesquisador.

O tipo de amostragem usada para as coleta de dados por meio da realização do Grupo Focal é definida como sendo intencional, baseada na concepção de que a posição que o indivíduo ocupa na estrutura social se associa à sua "construção social da realidade" (WESTPHAL, 1996).

Esta realidade social está intimamente relacionada com a forma como os indivíduos se posicionam em relação às questões propostas. Desta forma, os critérios para seleção de grupos homogêneos podem ser externos ou internos:

1. Externos: religião, nível econômico, local de residência e outros.

2. Internos: sexo, idade e outros.

Neste estudo utilizou-se uma amostragem do tipo homogêneo; fundamentou-se a seleção dos participantes com base no local de residência e uso dos serviços de saúde das áreas propostas.

3.3- DESCRIÇÃO DOS ENCONTROS COM A POPULAÇÃO

A primeira etapa do trabalho de campo foi a realização de um Grupo Focal em uma população adscrita pelo serviço de Saúde da Família, da Unidade de Saúde da Família (USF) São Rafael Arcanjo, do município de Pedreira, São Paulo.

Esta área encontra-se localizada no extremo norte do município e tem uma população adscrita de 5084 pessoas e 1202 famílias. Têm uma população composta em sua maioria por imigrantes de outros Estados, principalmente Minas Gerais, Paraná e estados do Nordeste brasileiro. É um bairro relativamente novo do município, começou a ser urbanizado no final da década de 70 e continua em expansão. A maioria dos moradores é trabalhador de pequenas indústrias do município formais e informais de condição socioeconômica média-baixa e baixa.

A escolha dos participantes foi baseada em alguns critérios que remetiam ao objeto da pesquisa (acolhimento e acessibilidade aos serviços), o grupo escolhido foi homogêneo (todos moradores da área) considerando, também, a boa comunicação dos envolvidos.

Foram selecionados oito participantes, seguindo as seguintes condições:

- Dois participantes que moram proximamente ao serviço, sendo um que utiliza bastante o serviço e outro que o utiliza pouco.
- Dois participantes que moram distantes do serviço, sendo um que utiliza bastante o serviço e outro que o utiliza pouco.
- Uma participante que seguiu acompanhamento pré-natal, recentemente, no serviço.
- Uma participante que é cuidadora de pessoa acamada.
- Um participante que faz parte do Grupo da Terceira Idade, que se reúne duas vezes por semana na sede da USF.
- Uma participante que já se utilizou muito do serviço e no momento não mais.

As pessoas selecionadas a participarem foram contatadas com uma semana de antecedência, e sua participação confirmada por telefone ou visita domiciliar no dia anterior à realização do encontro. Note-se que todos os participantes convidados compareceram à reunião no dia proposto e acordado.

O encontro para a realização da técnica de Grupo Focal se deu na Associação dos Moradores de Bairro, que se localiza a cerca de 50 metros da Unidade de Saúde da Família da área, no dia 27 de junho de 2003. Foram tomados cuidados quanto ao conforto dos participantes e cumprimento de horário proposto. Foi providenciado um pequeno lanche para os envolvidos no grupo.

A segunda etapa do trabalho de campo foi a realização de um Grupo Focal em uma população não adscrita por serviço de Saúde da Família, no bairro Jardim Andrade do município de Pedreira, São Paulo. Neste bairro o atendimento em saúde ocorre em Unidade Básica de Saúde tradicional, onde trabalham um médico Clínico Geral, uma ginecologista e um pediatra.

A opção pelo estudo desta segunda área, em comparação com a primeira, ocorreu basicamente pelas características semelhantes de urbanização, ocupação e condições socioeconômicas dos moradores das duas áreas.

A área encontra-se localizada na região Leste do município e tem uma população moradora estimada de 3808 pessoas, em 952 residências. Sua população é composta por antigos moradores do município e por imigrantes de outros Estados brasileiros. É um bairro um pouco mais antigo, que começou a ser urbanizado por volta da década de 50 e, apesar de continuar em expansão, esta se dá em um ritmo mais lento que na primeira área pesquisada. A maioria dos moradores é trabalhador de pequenas indústrias do município formais e informais de condição socioeconômica média-baixa e baixa.

A escolha dos participantes também foi baseada em critérios que remetiam ao objeto da pesquisa (acolhimento e acessibilidade aos serviços), o grupo escolhido foi homogêneo (todos moradores da área). Foram também escolhidas pessoas com características semelhantes ao primeiro Grupo Focal.

Selecionaram-se o mesmo número de participantes da primeira etapa: oito, seguindo as seguintes condições:

- Dois participantes que moram proximamente ao serviço, sendo um que utiliza bastante o serviço e outro que o utiliza pouco.
- Dois participantes que moram distantes do serviço, sendo um que utiliza bastante o serviço e outro que o utiliza pouco.
- Uma participante que seguiu acompanhamento pré-natal, recentemente, no serviço.
- Uma participante que é cuidadora de pessoa acamada.
- Um participante que faz parte de movimentos sociais no bairro.
- Uma participante que já se utilizou muito do serviço e no momento não mais.

O segundo encontro para a realização da técnica de Grupo Focal aconteceu a cerca de 100 metros da Unidade Básica de Saúde do bairro, na casa de uma das participantes do grupo, no dia 11 de novembro de 2003. Foram tomados cuidados quanto ao conforto dos participantes e cumprimento de horário proposto. Foi providenciado um pequeno lanche para os envolvidos no grupo.

Ambos os grupos foram conduzidos pela mesma pessoa, que tem experiência na técnica e observados pelo orientador da dissertação e por outra pessoa que descreveu as reações não verbais dos participantes. O pesquisador não participou de nenhuma das duas reuniões.

Antes do início das duas reuniões foram explicadas algumas particularidades da técnica, apresentado e lido, com o acompanhamento de todos, o termo de consentimento pós-informando (Anexo 2), que depois da apreciação foi assinado por todos, sendo uma cópia destinada a cada participante e uma cópia ao pesquisador.

As duas reuniões tiveram a duração de cerca de 90 minutos e foram gravadas para posteriores apreciações e análises dos textos, juntamente com as notas das reações não verbais realizadas pelo observador.

De um modo em geral os participantes dos dois grupos mostraram estar à vontade nos espaços onde foram realizadas as reuniões e também durante as discussões propostas.

Em ambos os encontros foram propostas as mesmas três perguntas aos entrevistados:

1. O que as pessoas pensam quando elas procuram atendimento?

2. No atendimento, em geral, quando precisam para as suas necessidades, quais são as dificuldades encontradas para conseguir atendimento?

3. O que é precisar de atendimento?

Com a primeira pergunta esperava-se conhecer quais são as dificuldades que as pessoas esperam encontrar antes de procurarem atendimento em saúde. A segunda está relacionada diretamente às barreiras que as pessoas encontram ao buscar os serviços. E com a terceira pergunta almejava-se distinguir se a população busca atenção para problemas que as unidades têm condições de resolução.

3.4- ANÁLISE DO MATERIAL COLETADO

A fala constitui o material empírico mais utilizado nas pesquisas qualitativas, coletado por intermédio de distintas técnicas como o questionário, a entrevista ou os grupos focais. Sua utilização evidencia um importante aspecto epistemológico presente neste tipo de pesquisa, o da constituição da realidade através da mediação do simbólico (MINAYO, 2000).

A utilização da fala como fonte de material empírico nestas investigações transforma a questão da apreensão da realidade em habilidade de manipulação de signos e levanta a questão da validade deste tipo de estudo (MINAYO, 2000).

O aspecto da pesquisa qualitativa que mais suscita questionamentos sobre sua validade relaciona-se ao papel central do pesquisador e as possíveis "interferências" de suas concepções no processo de investigação científica (MINAYO, 2000).

Torna-se assim necessário o reconhecimento de que a cientificidade deste tipo de pesquisa não é obtida pela rigidez protocolar, mas pela explicitação dos pressupostos que a norteiam e que devem estar presentes nas diferentes etapas da investigação, evidenciando a existência de um método científico que dirige o pesquisador e que é próprio do campo social (MINAYO, 2000).

Assim, a validade de um estudo qualitativo é dada pela explicitação das escolhas teórico-metodológicas e suas implicações sobre o objeto a ser conhecido, o que inclui procedimentos e técnicas sistematizados (MINAYO, 2000).

3.5- TÉCNICAS DE ANÁLISE DOS DADOS COLETADOS:

A transformação de dados coletados, ainda no seu estado bruto, em resultados de pesquisa, envolve a utilização de determinados procedimentos para sistematizar, categorizar e tornar possível sua análise por parte do pesquisador.

A análise dos dados coletados após a realização dos Grupos Focais seguiu alguns passos propostos neste trabalho. A primeira etapa foi a transcrição integral das fitas, realizada por profissional com experiência neste tipo de afazer.

O segundo passo foi identificar os pontos principais presentes no texto bruto segundo as matrizes temáticas propostas neste estudo. As matrizes temáticas são usadas como orientação da leitura e devem conter os principais tópicos referentes aos objetivos a serem alcançados. Assim, focalizou-se a investigação no discurso da população relacionado aos seguintes temas:

1. Agentes comunitários de saúde.

2. Presença de vínculo afetivo entre a população e os profissionais das unidades pesquisadas.

3. Locais procurados pela população para o atendimento em saúde.

4. Referências às práticas em saúde de cada unidade pesquisada.

5. Sentimento relacionado ao serviço na área pesquisada.

6. Diferenças existentes na estrutura de cada serviço de saúde pesquisado.

O terceiro passo foi a análise e discussão dos segmentos encontrados nas matrizes temáticas a partir do referencial teórico presente neste estudo e nas políticas e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

Com os resultados obtidos, analisaram-se comparativamente as informações encontradas, buscando associações que pudessem reforçar ou enfraquecer a hipótese do trabalho.

O contexto sociocultural existente no grupo é presente em cada fala e atitude dos participantes, desta forma sua análise foi baseada na apreensão de significados dos textos produzidos, fundamentado na Análise de Conteúdo e Análise de Discurso.

Para BARDIN (1979), a análise de conteúdo abrange as iniciativas de explicitação, sistematização e expressão do conteúdo de mensagens, com a finalidade de se efetuarem deduções lógicas e justificadas a respeito da origem dessas mensagens (quem as emitiu, em que contexto e/ou quais efeitos se pretende causar por meio delas). Mais especificamente, a análise de conteúdo constitui:

> Um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando a obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens (BARDIN, 1979).

O processo de explicitação, sistematização e expressão do conteúdo de mensagens, promovido pela análise de conteúdo, é organizado em três etapas realizadas em conformidade com três pólos cronológicos diferentes. De acordo com BARDIN (1979) e MINAYO (2000), essas etapas compreendem:

a) a pré-análise: fase de organização e sistematização das idéias, em que ocorre a escolha dos documentos a serem analisados, a retomada das hipóteses e dos objetivos iniciais da pesquisa em relação ao material coletado, e a elaboração de indicadores que orientarão a interpretação final. A pré-análise pode ser decomposta em quatro etapas: leitura flutuante, na qual deve haver um contato exaustivo com o material de análise; constituição do corpus, que envolve a organização do material de forma a responder a critérios de exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência; formulação de hipóteses e objetivos, ou de pressupostos iniciais flexíveis que permitam a emergência de hipóteses a partir de procedimentos exploratórios; referenciação dos índices e elaboração dos indicadores a serem adotados na análise, e preparação do material ou, se for o caso, edição.

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

c) tratamento dos resultados obtidos e interpretação: nessa fase, os dados brutos são submetidos a operações estatísticas, a fim de se tornarem significativos e válidos e de evidenciarem as informações obtidas. De posse dessas informações, o investigador propõe suas inferências e realiza suas interpretações de acordo com o quadro teórico e os objetivos propostos, ou identifica novas dimensões teóricas sugeridas pela leitura do material. Os resultados obtidos, aliados ao confronto sistemático com o material e às inferências alcançadas, podem servir a outras análises baseadas em novas dimensões teóricas ou em técnicas diferentes.

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

Existem várias técnicas desenvolvidas na análise de conteúdo que atuam no sentido de promover o alcance e a compreensão dos significados manifestos e latentes no material de comunicação (MINAYO, 2000), as quais serão apresentadas a seguir:

a) Análise temática ou categorial: compreende o tipo de técnica mais utilizada pela análise de conteúdo, a análise temática ou categorial, que consiste em operações de desmembramento do texto em unidades (categorias), segundo reagrupamentos analógicos MINAYO (2000). Essas operações visam descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, preocupando-se com a freqüência desses núcleos, sob a forma de dados segmentáveis e comparáveis, e não com sua dinâmica e organização (BARDIN, 1979). Por esse motivo, (MINAYO, 2000) acredita ser uma técnica com raízes positivistas com crença baseada na significação da regularidade. Contudo, a autora defende que já há algumas variantes que trabalham com significados em lugar de inferências estatísticas.

b) Análise de avaliação ou representacional: essa técnica de análise de conteúdo visa medir as atitudes do locutor quanto aos objetos de que ele fala (pessoas, coisas, acontecimentos) e fundamenta-se no fato de que a linguagem representa e reflete diretamente aquele que a utiliza. Neste caso, os indicadores utilizados para se fazer inferências acerca da fonte de emissão estão explicitamente contidos na comunicação. A análise de avaliação atém-se à direção e à intensidade dos juízos, atendo-se, basicamente, à atitude, ou predisposição do emissor da mensagem para reagir sob a forma de opiniões (nível verbal), ou de atos (nível comportamental), em presença de objetos, de uma maneira determinada (BARDIN, 1979; MINAYO, 2000).

c) Análise da expressão: é um conjunto de técnicas que trabalham indicadores (estrutura da narrativa) para atingir a inferência formal. A análise da expressão parte do princípio de que há uma correspondência entre o tipo de discurso e as características do locutor e de seu meio. Logo, existe a necessidade de se conhecer o autor da fala, sua

situação social e dados culturais que o moldam para se partir para a análise (MINAYO, 2000). Essas técnicas são mais propícias de aplicação na investigação da autenticidade de documentos (literatura, história), na psicologia clínica (psicoterapia, psiquiatria), em discursos políticos ou outros susceptíveis de veicularem ideologias (retórica) (BARDIN, 1979).

d) Análise das relações: a análise das relações busca extrair do texto as relações entre elementos da mensagem, completando a análise freqüencial simples, ou seja, procura a aparição associada de dois ou mais elementos no texto, atendo-se às relações que eles mantêm entre si. Pode ser subdivida entre dois subtipos. O primeiro é a análise de co-ocorrências, que visa identificar a presença simultânea de elementos. Os procedimentos adotados para esse subtipo de análise são: a escolha das unidades de registro e sua categorização, a escolha das unidades de contexto e o recorte do texto em fragmentos, a codificação, o cálculo das co-ocorrências (mediante matriz de contingência) e comparação com o acaso, e a representação/interpretação dos resultados. O segundo subtipo consiste na análise estrutural, que procura a manifestação de uma mesma estrutura em fenômenos diversos. Os procedimentos adotados na análise estrutural partem da desestruturação do texto, a fim de explicá-lo, para, posteriormente, reconstruí-lo (BARDIN, 1979).

e) Análise da enunciação: a análise da enunciação diferencia-se das outras técnicas de análise de conteúdo porque se apóia na concepção da comunicação como um processo e funciona desviando-se das estruturas e dos elementos formais presentes no texto. Ela trabalha com as condições de produção da palavra e com as modalidades do discurso (análise sintática e paralingüística, análise lógica, análise dos elementos formais atípicos: silêncios, omissões, ilogismos, e realce das figuras de retórica) (MINAYO, 2000). De acordo com BARDIN (1979), deve seguir o seguinte roteiro: constituição do corpus, preparação do material e etapas de análise (alinhamento e dinâmica do discurso para encontrar a lógica inerente à estrutura da mensagem, análise do estilo e análise dos elementos atípicos e figuras de retórica). O confronto entre as etapas de análise percorridas deve permitir a compreensão do seu significado.

Dessas técnicas desenvolvidas na análise de conteúdo, a que se utilizou foi a análise de avaliação ou representacional, por entendermos que cada sujeito, dos grupos pesquisados, somente existe em seu contexto de vida social e cultural.

Em relação à análise do discurso, sua classificação e utilização nas ciências sociais encontram-se permeadas por uma certa problemática que reflete uma falta de consenso entre autores. BARDIN (1979) sustenta que a análise do discurso pertence ao campo da análise de conteúdo, justificando que se trata de uma técnica cujos procedimentos têm como objetivo a inferência acerca de uma estrutura profunda (processos de produção) a partir de efeitos de superfície discursiva (manifestações semântico-sintáticas). Essa autora afirma, ainda, que a análise do discurso tem por objetivo substituir e destruir a análise de conteúdo, mas acredita que esse fato não é possível porque lhe faltam realizações técnicas. Essa visão contrária à análise do discurso pode ser ilustrada pelo seguinte depoimento da autora:

> (...) existe uma tentativa totalitária (no sentido em que se procura integrar no mesmo procedimento conhecimentos adquiridos ou avanços até aí dispersos ou de natureza disciplinar estranha: teoria e prática lingüística, teoria do discurso como enunciação, teoria da ideologia e automatização do procedimento) cuja ambição é sedutora, mas em que as realizações são anedóticas. O que é deplorável! (BARDIN, 1979).

MINAYO (2000), por sua vez, afirma que há pouco acúmulo de produção teórica e prática no campo da análise do discurso, mas a considera uma proposta de trabalhar a linguagem diferente da análise de conteúdo. Para a autora, a análise de discurso está situada entre a lingüística tradicional e a análise de conteúdo, diferenciando-se por constituir uma prática-teórica historicamente definida.

A análise do discurso envolve a reflexão acerca das condições de produção dos textos analisados, as quais, de acordo com ORLANDI (2003), o situam em um contexto histórico-ideológico mais amplo. Essa autora defende que a análise de discurso busca desvendar os mecanismos de dominação que se escondem sob a linguagem, não se tratando nem de uma teoria descritiva, nem explicativa, mas com o intuito de constituir uma proposta crítica que problematiza as formas de reflexão anteriormente estabelecidas.

A análise de discurso visa refletir sobre as condições de produção e apreensão da significação de textos e busca compreender o modo de funcionamento, os princípios de organização e as formas de produção social do sentido (MINAYO, 2000). A análise de discurso trabalha o ponto de articulação da língua com a ideologia e procura explicitar o modo como se produzem as ilusões do sujeito e dos sentidos (os pontos de estabilização referencial e os de subjetivação). Nesse processo, o analista deve evidenciar a compreensão do que é a textualização do político, a simbolização das relações de poder, o modo de historicização dos sentidos, o modo de existência dos discursos no sujeito, na sociedade e na história (ORLANDI, 1998).

A Análise de Discurso problematiza as evidências e explicita seu caráter ideológico, e denuncia o encobrimento das formas de dominação política nos discursos. Nesse contexto, a linguagem está marcada pelo conceito de social e histórico e deve ser considerada como uma interação inserida na relação necessária entre homem e realidade natural e social (ORLANDI, 1996). SITYA (1995) acrescenta que não se deve apreender o sentido de um texto com base apenas nas palavras que o compõem. Estas devem servir apenas como pistas que ativam conhecimentos contextuais e históricos constantes na formação discursiva em que estão inseridos.

O trato do material na análise do discurso envolve a apreensão de alguns conceitos desenvolvidos por seus teóricos. Entre esses conceitos, o principal é o texto, que é tido como unidade de análise. O texto, para FIORIN (2000), é o resultado da manifestação de um conteúdo (discurso) por meio de um plano de expressão qualquer. Para ORLANDI (2001), o texto tanto pode ser oral como escrito, estendido também às linguagens não verbais, e contém a totalidade revelada em três dimensões de argumentação: as relações de força, posições relativas do locutor (enunciador) e do interlocutor (enunciatário); a relação de sentido existente entre esse e vários outros discursos; e a relação de antecipação, que envolve a experiência anteprojetada do locutor em relação ao lugar e à reação de seu ouvinte. O fundamental da análise do discurso é compreender o que significa o texto na filiação discursiva.

Os procedimentos da Análise de Discurso têm a noção de funcionamento como central, levando o analista a compreendê-lo pela observação dos processos e mecanismos de constituição de sentidos e de sujeitos, lançando mão da paráfrase e da metáfora como elementos que permitem um certo grau de operacionalização dos conceitos (ORLANDI, 2003). Desta forma, trabalharam-se os dados coletados utilizando técnicas da Análise de Conteúdo e Análise de Discurso.

3.6- ASPECTOS ÉTICOS

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

Desta forma, seguindo determinação do Comitê de Ética desta Instituição, será utilizada neste estudo a Resolução n° 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que instituiu diretrizes e normas regulamentando pesquisas envolvendo seres humanos.

Particularmente neste estudo, o aspecto ético mais relevante é aquele resultante da situação de entrevista, em que os participantes falam sobre aspectos de sua vida, de sua família e de seu vínculo com a instituição prestadora de serviço, os quais podem expô-los a situações de vulnerabilidade.

A adoção de medidas que garantam o anonimato dos entrevistados pode protegê-los de tal situação:

- utilização de nomes fictícios para os participantes durante a transcrição das entrevistas;
- omitir o uso de qualquer nome de pessoa, lugar ou serviço que possa servir como referência para identificá-los;

- antes da transcrição, as fitas com as entrevistas serão mantidas fechadas sob a responsabilidade do pesquisador e após sua transcrição, elas serão apagadas;

- utilização de letras e números na identificação das falas dos participantes expostas neste trabalho.

Outro aspecto importante é o que diz respeito ao esclarecimento dos participantes sobre a afiliação do pesquisador, as finalidades da pesquisa, a metodologia utilizada, os usos de seus resultados bem como as formas de disseminação do conhecimento adquirido, os riscos a que estão se submetendo, seus direitos (liberdade para participar ou não, liberdade para se recusar a responder alguma questão específica, para sair a qualquer momento que o desejar). Um Termo de consentimento pós-informando conterá estas informações (Anexo 2) e deverá ser assinado pelo pesquisador e participante, ficando cada um deles com uma cópia.

4- RESULTADOS

Apresentam-se a seguir os resultados da pesquisa de campo, divididos por ordem cronológica de realização, primeiro o Grupo Focal da área adscrita por serviço de Saúde da Família depois aquele da área não adscrita por serviço de Saúde da Família.

Os participantes foram separados por condição de escolha para a sua inclusão na pesquisa. Usaram-se letras e números para indicar em qual categoria encontrava-se cada participante e para se expor as idéias contidas nas suas principais falas, de acordo com as técnicas de análise dos dados expostas no capítulo anterior. Assim tem-se:

- Participantes do 1º encontro:

  1.A. Homem: mora longe da Unidade e usa muito o serviço;

  1.B. Mulher: mora longe da Unidade e usa pouco o serviço;

  1.C. Mulher: mora próximo à Unidade e usa muito o serviço;

  1.D. Mulher: mora próximo à Unidade e usa pouco o serviço;

  1.E. Mulher: seguiu acompanhamento pré-natal recentemente;

  1.F. Mulher: é cuidadora de pessoa acamada;

  1.G. Homem: faz parte do grupo da Terceira Idade;

  1.H. Mulher: já fez bastante uso do serviço e hoje utiliza pouco.

- Participantes do 2º encontro:

  2.A. Mulher: mora longe da Unidade e usa muito o serviço;

  2.B. Mulher: mora longe da Unidade e usa pouco o serviço;

  2.C. Mulher: mora próximo à Unidade e usa muito o serviço;

  2.D. Homem: mora próximo à Unidade e usa pouco o serviço;

  2.E. Mulher: seguiu acompanhamento pré-natal recentemente;

2.F. Mulher: é cuidadora de pessoa acamada;

2.G. Homem: participa de movimentos sociais locais;

2.H. Mulher: já fez bastante uso do serviço e hoje utiliza pouco.

4.1- RESULTADOS DO PRIMEIRO ENCONTRO

Depois de colocados os critérios de reconhecimento dos participantes, apresentam-se as principais falas do primeiro Grupo, que são as seguintes:

Participante "1.A":

- Percebe os agentes comunitários de saúde (ACS) andando por aí o dia inteiro.
- Refere que se tiver que passar alguém na frente, que tenha mais necessidade, não se incomoda
- Quando vai ser atendido em outro lugar tem que explicar tudo.
- Quando vem aqui as pessoas já conhecem o problema.
- (Conhecer, ser amigo) já resolve 50% do problema.
- Em todo o lugar tem que ter paciência para ser atendido.

Participante "1.B":

- Usa pouco a Unidade de Saúde da Família. Os ACS foram à sua casa e os medicamentos de hipertensão são fornecidos para ela.
- Elogia o trabalho dos ACS, o trabalho nas casas, fala que é bom para as pessoas que não têm acesso.
- Não confia no atendimento do hospital.
- Refere que esperou pelo atendimento na Unidade de Saúde da Família tranqüilamente.

Participante "1.C":

- Refere que a triagem na pré-consulta desmerece sua dor.
- Elogiou o atendimento, mas falou pouco.
- Valorização do bairro com a presença da Unidade de Saúde da Família.

Participante "1.D":

- Critica a demora do atendimento.
- Queixa-se de ter que falar tudo na pré-consulta e depois repetir tudo para o médico.
- Insiste na necessidade de haver um pediatra no atendimento.
- Queixa-se de não poder usar outro serviço.
- Tem desconfiança do atendimento no Hospital Municipal.
- Tem confiança no atendimento na Unidade de Saúde da Família.
- Não usa o serviço para atendimento pessoal, apenas para as filhas.
- Elogia o serviço quanto às Visitas Domiciliares (VD), tem vontade de ter dinheiro para comprar uma casa no bairro e trazer a mãe idosa para morar no local.

Participante "1.E":

- Critica a pré-consulta.
- Refere que só de conversar já vai resolver o problema.
- Conhece o atendimento e os profissionais.

Participante "1.F":

- Sobre o Hospital fala que quando chega com o marido (seqüelado de TCE) é atendida porque consideram o caso urgente; não se queixa do atendimento hospitalar.
- Elogia o atendimento na Unidade de Saúde da Família.
- Refere que conhece os profissionais e que eles visitam sempre a sua casa.

Participante "1.G":

- Critica o hospital, fala que se não fosse um dos médicos que o atenderam, ele não estaria vivo hoje.
- Refere que no hospital as pessoas (profissionais) não sabem o que está se passando com o doente.
- Fala dos ACS, que eles passam em casa e não tem que ir à Unidade de Saúde da Família.
- Queixa-se da poeira e da falta de asfalto, quem não tem condução fica difícil para conseguir chegar à Unidade.

Participante "1.H":

- Agradecida pelo trabalho da Unidade de Saúde da Família (toda a equipe), pelo apoio no domicílio, quando ela cuidava do sogro que faleceu.
- Indignada com a falta de asfalto no bairro e com moradores que não contribuem para passar o asfalto.
- Refere que quando chove a população suja o chão limpo da Unidade.
- Também coloca que o diálogo ajuda a melhorar os problemas.

Sobre asfalto e poeira:

- Indignação geral sobre a poeira e a inexistência do asfalto no local.
- Sugestão de se fazer um abaixo-assinado, que já foi feito.
- As autoridades falam que é preciso pagar uma taxa e as pessoas não pagam.

Abaixo seguem-se as principais observações divididas em acordo com as matrizes temáticas propostas, ou seja:

1. Agentes comunitários de saúde.
2. Presença de vínculo afetivo entre a população e os profissionais das unidades pesquisadas.
3. Locais procurados pela população para o atendimento em saúde.
4. Referências às práticas em saúde de cada unidade pesquisada.
5. Sentimento relacionado ao serviço na área pesquisada.
6. Diferenças existentes na estrutura de cada serviço de saúde pesquisado.

Desta forma é possível observar que:

1. Os agentes comunitários de saúde fazem parte do cotidiano da área estudada; as pessoas vêem os agentes comunitários de saúde nas ruas e sentem uma espécie de segurança com esta presença; promove o acolhimento fora da unidade.
2. Conhecem os profissionais que trabalham na unidade, várias vezes os chamam de "amigos", falas que indicam um vínculo com os profissionais e conseqüentemente com o serviço; mesmo as pessoas que pouco usam o serviço conhecem o trabalho desenvolvido.

3. Quando pensam em atendimento em saúde, se possível, procuram a unidade do bairro. Todos (com exceção da participante "1.F."), de uma forma ou de outra, têm restrições ao atendimento realizado no Hospital Municipal.

4. Todos concordam que a Visita Domiciliar é um instrumento importante da qualidade do atendimento; elogiam o trabalho dos profissionais de toda a equipe.

5. Concordam que se for preciso passar alguém na frente, no atendimento, que tenha mais necessidade não há problema. Preocupação com o estado de limpeza da unidade quando entram com os pés sujos. A sensação de que o acolhimento começa na casa das pessoas e não da porta para dentro da Unidade.

6. Todos concordam que a demanda é muito grande para a Unidade da área de abrangência estudada. Todos indignados com a inexistência de asfalto na região, inclusive relacionando a poeira como fator desencadeante de doenças;

4.2- RESULTADOS DO SEGUNDO ENCONTRO

As principais falas do segundo Grupo são as seguintes:

Participante "2.A.":

- Tem medo de ir ao hospital e demorar muito para conseguir atendimento.
- Na Central de Saúde muita demora nas consultas e nos exames.
- Refere que vê que no hospital quando é emergência eles atendem rápido e que tem preferência para quem tem contatos lá dentro.
- Tem médicos que chegaram aqui em Pedreira e ganharam muito dinheiro conosco que pagamos para sermos mais bem atendidos.
- No hospital, o plantonista não faz mais internação.

- Se tivéssemos um médico (Clínico Geral) aqui no bairro, não tumultuaria tanto o hospital, lá seria só para problemas mais graves.
- Nós não temos o médico de família que vai à casa das pessoas idosas.
- Falta ambulância.
- Demora a procurar atendimento, mas para os filhos e o marido vai na hora.
- Reclama que no hospital não dão mais atestado médico.

Participante "2.B.":

- Tem Plano de Saúde, mas tem muito medo quando tem que ir ao hospital, porque já ouviu falar muita coisa do atendimento do hospital e do serviço público, mas também do particular.
- Percebe que os médicos conhecidos de todos, na cidade, não atendem no hospital.
- Sobre procurar atendimento: acha que os adultos sabem o que estão sentindo, as crianças não. Mas acha que todos deveriam procurar atendimento.

Participante "2.C.":

- O médico tem que conversar, dar atenção às pessoas.
- Acha muito bom o médico de família.
- No médico de família não só o médico, as enfermeiras e a equipe são amigos das pessoas.
- Quando tem um médico diferente por dia é complicado.
- Toda a profissão tem que atender bem.
- Na Saúde da Família todos atendem bem, refere que tratou lá por quatro anos e nunca pagou nada.

- Tanto faz pagar ou não, se o médico é bom e tem educação.
- Espera ser bem atendida e com educação.
- Refere que se tivesse médico de família no bairro ele veria estas pessoas (que não podem ir ao serviço) em casa. Se o médico não pudesse vir as enfermeiras viriam, é um atendimento bom.
- No hospital nunca vai.
- A Saúde da Família é o principal nos bairros. Você é bem atendido por todos, principalmente no Marajoara.
- Acha que precisar de atendimento é quando não se está bem.
- É melhor descobrir a doença no início do que deixar agravar
- O bom médico é aquele que examina e não aquele que dá atestado.
- Não deixa de ir ao médico mas, quando possível, procura um de sua confiança.

Participante "2.D.":

- Péssimo atendimento.
- Sensação de desânimo quando tem que procurar atendimento.
- Hospital público, mesmo pago, é difícil.
- Demora muito de exames complementares.
- O médico não olha a pessoa, o que o paciente tem.
- Acha que os médicos cubanos foram embora por falta de condições de trabalho.
- É difícil procurar atendimento médico.

- Ir ao médico não presta.

- O que a pessoa tem que passar vai passar, não é o médico ou a enfermeira que vai resolver o seu problema.

Participante "2.E.":

- Fez pré-natal no "posto" e foi muito bem atendida, no parto no Hospital Municipal também, mas foi dar vacina na filha e não tinha enfermeira para aplicar.

- Queixa-se de que não existe ambulância disponível para transporte dos pacientes.

- Muita demora em marcar consulta de especialidade na Central de Saúde.

- Só procura atendimento em último caso, mas quando estava grávida procurava sempre.

Participante "2.F.":

- Queixa-se do atendimento no hospital.Tem uma história de que demorou duas horas para ser atendida. Diz que no Pronto Atendimento não vai mais, mas acha que quando a pessoa está internada o atendimento é bom.

- Concorda com a participante "2.C." que no hospital é ruim porque não tem um médico fixo.

- Refere dificuldade na continuidade do atendimento.

- Cita pesquisa que foi realizada durante a Campanha da Fraternidade deste ano com os idosos e a maioria apontou que o que falta no bairro é o "Médico de Família".

- Lembra dos médicos cubanos que realizaram trabalho no bairro, em 1996, e que foi muito bom.

- Refere que há seis meses está com “Infecção Urinária” e ainda não procurou atendimento.
- Refere que quando tinha Plano de Saúde fazia exame de Citologia Oncótica todos os anos, hoje não tem plano e há dois anos está sem fazer o exame.
- Concorda que seria necessário ter serviço de Saúde da Família no bairro.

Participante “2.G.”:

- Quando pensa em atendimento quer ser atendido rapidamente.
- Pensa que quando procura atendimento vai ser resolvido o seu problema, diz ser otimista.
- Acha falhas no processo todo, falta de humanidade.
- Difícil acertar o diagnóstico e as pessoas vão e voltam e tomam vários tipos de remédios sem necessidade.
- É revoltante saber que o pessoal é mal atendido e ver os políticos fazendo demagogia sobre isso para ganhar votos.
- É um problema político, colocam os serviços e depois tiram sem explicação.
- Não conhece os conselhos local e municipal de saúde.
- Demora a procurar atendimento, mas se os familiares ficam doentes manda procurar logo o médico.
- Acha que os médicos querem se livrar dos pacientes.
- Procura prevenir antes, refere que cuida bem da saúde.

Participante "2.H.":

- Acha que o atendimento no Posto de Saúde é uma porcaria.
- Para marcar consulta deveria ter uma pessoa qualificada, não uma "faxineira" como é aqui.
- Muita demora em marcar consulta de especialidade na Central de Saúde.
- No Posto de Saúde deveria ter um dentista, porque na Central de Saúde é muito demorado ou não consegue atendimento odontológico.
- Vai muito ao médico porque faz tratamento na Unicamp.
- Se tiver uma "dorzinha" já procura atendimento, ou aqui ou na Unicamp.
- O resultado da Citologia Oncótica demora muito para chegar, da última vez não veio.
- Pergunta o que precisa para ter Saúde da Família no bairro.

A seguir elencam-se as principais observações divididas em acordo com as matrizes temáticas propostas, que serão repetidas neste ponto a fim de facilitar a leitura:

a) Presença de vinculação ao serviço na área pesquisada.

b) Sentimento relacionado ao serviço na área pesquisada.

c) Agentes comunitários de saúde.

d) Dificuldades para se conseguir o atendimento na Unidade de Saúde da área pesquisada.

e) Prestação de serviço de saúde em outros pontos de atendimento.

f) Participação nas atividades da unidade da área pesquisada.

Assim tem-se:

1. Todos concordam que seria importante a existência de agentes comunitários de saúde e serviço de Saúde da Família no bairro.

2. A pessoas que usam muito o serviço queixam-se do atendimento impessoal do mesmo. A população não tem vinculação com os profissionais da unidade local e tampouco com o serviço.

3. Procuram atendimento em vários locais do município, como na Central de Saúde, hospital e unidade do bairro. Todos (com exceção do participante "2.G.") se queixam da atenção oferecida pelo Hospital Municipal.

4. A puérpera refere um bom atendimento no pré-natal da unidade do bairro. Todos referem uma demora muito grande em se conseguir consultas especializadas e exames complementares.

5. Não conhecem os conselhos local e municipal de saúde, sentem um estranhamento em relação às definições de políticas públicas a serem aplicadas no bairro e no município. Um dos participantes "2.D." tem uma visão extremamente negativa da atenção à saúde em geral.

6. Faltam profissionais para um bom acolhimento na Unidade. Sentem falta do atendimento domiciliar no bairro e de serviço de Saúde da Família.

Apresenta-se a seguir em forma de quadro comparativo alguns dos principais resultados encontrados presentes no discurso das populações pesquisada

Quadro 1- Resultados comparativos entre os Grupos Focais

	Jardim Marajoara	**Jardim Andrade**
Agentes comunitários de saúde (ACS)	Fazem parte do cotidiano da área; promove o acolhimento fora da unidade.	Concordam que seria importante a existência de agentes comunitários de saúde no bairro.
Vínculo Afetivo	Conhecem os profissionais que trabalham na unidade, várias vezes os chamam de "amigos". Vínculo com os profissionais.	Queixas sobre o atendimento impessoal do serviço. Ausência de vínculo com os profissionais e serviço.
Procura de Atendimento	Procuram a unidade do bairro, restrições ao atendimento realizado no Hospital Municipal.	Procuram atendimento na Central de Saúde, hospital, unidade do bairro e fora do município. Queixas ao atendimento do Hospital Municipal.
Práticas em Saúde	A Visita Domiciliar como um instrumento importante da qualidade do atendimento; elogiam o trabalho dos profissionais de toda a equipe. Acolhimento é ser conhecido e reconhecido pelos profissionais e pelo serviço	Bom atendimento no pré-natal. Demora em se conseguir consultas especializadas e exames complementares. Acolhimento é conseguir marcar consulta médica.
Sentimento em relação ao serviço	Concordam que se for preciso passar alguém na frente, no atendimento, não há problema. Preocupação com o estado de limpeza da unidade. O acolhimento começa na casa das pessoas. Sentimento de pertencimento ao serviço. A visão do grupo sobre saúde é ampliada	Estranhamento em relação às definições de políticas públicas a serem aplicadas no bairro e no município. Visão negativa da atenção à saúde em geral. A visão do grupo sobre saúde é estreita.
Estrutura do Serviço	Unidade de Saúde da Família. Demanda grande para a unidade. Indignação com a inexistência de asfalto na região.	Unidade Básica de Saúde. Faltam profissionais para um bom acolhimento. Falta atendimento domiciliar e Saúde da Família.

5- CONCLUSÃO

Como visto anteriormente, a discussão acerca da acessibilidade é extremamente complexa, não havendo consenso entre os diferentes autores que debatem o assunto. As representações de usuários e planejadores sobre um serviço ser acessível ou não, são diferentes e desafiam os estudos teóricos ou empíricos sobre o assunto.

"A organização racional do sistema de atenção de forma regionalizada e hierarquizada em complexidade crescente, buscada pelo planejador na configuração da atenção pelo setor público, não dá conta das aspirações do usuário de uma atenção humanizada e individualizada" (GIOVANELLA e FLEURY, 1996).

Em relação ao acolhimento em saúde o caminho percorrido é bastante tortuoso, as referências sobre o assunto encontram-se em material destinadas ao Planejamento em Saúde, havendo dificuldades na definição conceitual do termo e pesquisa bibliográfica sobre o acolhimento na visão do usuário.

As avaliações e parâmetros técnicos usados pelos planejadores não ficam claros aos usuários e estes fazem seu juízo baseado em critérios de outra ordem como a presteza do atendimento, a limpeza do lugar, a conversa atenta, a atenção personalizada (GIOVANELLA e FLEURY, 1996).

Neste estudo optou-se por realizar uma Pesquisa Qualitativa em Saúde, em que foi aplicada a técnica de Grupo Focal, para a coleta de dados, tratados pela metodologia da Análise de Conteúdo.

Nas limitações de um trabalho de Mestrado não se pretendeu um esgotamento do tema, especialmente por ser um estudo em nível municipal, apesar de tratar de duas realidades diferentes. Os resultados devem ser entendidos como uma primeira aproximação do tema a ser mais bem tratado posteriormente.

Sendo assim, a generalização das conclusões aqui obtidas deve ser cuidadosa, pendendo ser entendida como uma investigação geradora de hipóteses para posteriores estudos definitivos. Como já colocado, o trabalho não esgota o tema e mesmo que diretamente não resolva definitivamente as questões propostas, pretende contribuir com trabalhos posteriores de maior fôlego.

Mesmo assim, os resultados encontrados mostram as diferenças entre as condições em que as pessoas procuram a atenção em cada um dos serviços pesquisados, as comparações apresentadas apontam para uma mais bem-sucedida relação entre a comunidade e o serviço que desenvolve a Estratégia de Saúde da Família.

Nos resultados obtidos com a realização do primeiro Grupo Focal, pôde-se perceber um sentimento de pertencimento ao serviço desenvolvido na Unidade. Ou seja, mesmo as pessoas que, de alguma forma, vêem falhas no serviço, falam sobre ele de uma forma como se o serviço lhes dissesse respeito.

Importante realçarmos a importância do agente comunitário no acolhimento, ampliando a compreensão da população sobre o termo. Ele é uma porta de entrada "extramuros" do serviço, facilitando o acesso da população.

Quando o grupo discute a inexistência de asfalto na área em torno da unidade, foi porque o contexto permitiu que eles ultrapassassem o solicitado. É possível que tenham percebido o envolvimento do atendimento com outras dimensões da qualidade de vida em geral, atingiram uma visão maior dentro do próprio atendimento efetuado.

Os problemas do serviço, as dificuldades e as benesses fazem parte de um cotidiano que se incorpora à vida da comunidade. Houve uma notável valorização do bairro com a presença da Unidade de Saúde da Família.

Em um movimento inverso ao esperado, a comunidade acolhe o serviço como sendo parte sua, o que é essencial para o bom andamento das relações entre os atores referidos.

O discurso do grupo chega à definição de acolhimento como ser conhecido e reconhecido pelo serviço, ter vinculação ao serviço.

A população moradora da região pesquisada (Jardim Andrade) vem carecendo de um serviço onde exista uma vinculação entre os profissionais e a comunidade. A Unidade Básica de Saúde do bairro aparece como um recurso utilizado apenas em situações

específicas pelos usuários. Estes não se sentem participantes do processo de funcionamento da unidade.

Em geral, ao se falar em saúde, os participantes do grupo referiram outros serviços no município e até mesmo fora dele como referência para o atendimento de problemas de Atenção Básica de Saúde. Em vários momentos foi referido o serviço de Saúde da Família como uma necessidade para a melhoria de atendimento na área em questão.

No discurso destes participantes foi possível definir a questão do acolhimento como conseguir marcar uma consulta médica.

Estes fatos sugerem que algumas das ações, que não são exclusivas, mas que são próprias da Estratégia da Saúde da Família, devem ser apresentadas como uma forma de se pensar e trabalhar focalizadas no acolhimento e melhoria das condições de acessibilidade aos serviços.

Boas condições de acessibilidade e principalmente o acolhimento aproximam a população do serviço de saúde, trazem o serviço, os trabalhadores da equipe, para a rede social das pessoas. Esta aproximação seria uma forma de Promoção de Saúde que os serviços deveriam lançar mão efetivamente. A Presença dos agentes comunitários de saúde na área pode significar a inclusão da equipe na rede social da população.

O profissional envolvido com o processo de trabalho em Saúde da Família atua de forma próxima à comunidade, envolvido com os problemas e dificuldades desta. Materializando o que CAMPOS (1997) indicava como a intenção de "imprimir uma nova dinâmica de atuação, onde todos estejam comprometidos com o resultado final de seu trabalho, valorizando o orgulho profissional pelo esforço singular realizado em cada caso" (CAMPOS – 1997).

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

As questões relacionadas ao acolhimento e acessibilidade devem ser tratadas levando-se em conta a sua complexidade, os trabalhos mais recentes ultrapassam, em muito, as primeiras noções de que o usuário é um ser passivo que apenas faz uso de um serviço sem ser participante do processo. Como vimos, a *construção* do acesso é responsabilidade, não só do profissional e da direção, mas também da comunidade organizada formal ou informalmente.

Quando a população não participa desta construção, pode não se sentir no direito de ter acesso às ações desenvolvidas em determinado local. Ao profissional cabe facilitar a participação da população e expor as ofertas que o serviço possui. Trabalhando com a hipótese de uma eterna construção das pessoas, que ocorreria em virtude da interação dos sujeitos com o mundo e dos sujeitos entre si (CAMPOS, 2000).

Assim determinando um crescimento dialético, onde o movimento interno no conteúdo de cada ato seja a motriz para uma nova interpretação dos atos e pensamentos, dos atores envolvidos neste processo de construção.

> "[...] o homem 'devém', transforma-se continuamente com as transformações das relações sociais" (Gramsci, 1978)[1].

[1] **GRAMSCI A. –** Concepção Dialética da História. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira Ed., 1978. *apud*: Campos G.W.S., "Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valos de uso e a democracia em instituições: o método da roda". São Paulo: Hucitec, 2000.

6- REFERÊNIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADAY, L., ANDERSEN, A.R. **Marco teorico para el estúdio del acceso a la atencion medica**. Chicago, Illinois. Health Services Research, 1974.

BARDIN, L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70, 1979. 229 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família:** Uma estratégia de organização dos serviços de saúde. Mimeo, Brasília, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Centro de documentação do Ministério da Saúde, Brasília, 1987.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programas e Projetos – Saúde da Família**. Documento disponível em <www.saude.gov.br> acesso em julho de 2003.

CAMPOS G.W.S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar trabalhos em equipes de saúde In: Merhy, E.E. e Onocko, R.T. – **Agir em Saúde um Desafio para o Público**. São Paulo: Hucitec, 1997.

CAMPOS G.W.S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valos de uso e a democracia em instituições: o método da roda**. São Paulo: Hucitec, 2000.

CANESQUI A.M. **Consumo e Avaliação dos Serviços de Saúde,** São Paulo: Cortez Ed. 1992.

CARPINTERO C.C., GARCIA M.A. **Políticas de Saúde no Brasil: História de Doenças e Lutas**. Campinas, Mimeo, 2000.

COHN A, org. **Saúde como Direito e como Serviço**. São Paulo: Cortez/Cedec, 1991.

DEMO, P. **Avaliação Qualitativa**. Campinas: Editora Autores Associados, 1994.

DI GIOVANI, G. org. **Formação de profissionais para a Saúde da Família:** avaliação dos pólos de capacitação, formação e educação permanente de pessoal para o PSF. Projeto MS/395-00. NEPP/UNICAMP, 2001.

FIORIN, J. L. **Elementos de análise do discurso.** 9. ed. São Paulo: Contexto, 2000. 93 p.

FRENK J. **El Concepto y la Medicion de Accesibilidad.** Revista de Salud Publica de México. México, 1985; 438-53.

GIOVANELLA L., FLEURY S. Universalidade da Atenção à Saúde:Acesso como Categoria de Análise. In: Eibenschutz Co, ed. **Política de Saúde: o público e o privado**, Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996.

MERHY, E.E.; FRANCO, T. B. **PSF: Contradições de um programa destinado à mudança do modelo assistencial.** Mimeo, DMPS/UNICAMP, 1999.

MINAYO, M., C. de S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 7.ed. São Paulo: Hucitec, 2000. 269 p.

MINAYO, M., C. de S. **Qualitativo-Quantitativo:** oposição ou complementaridade. Cadernos de Saúde Pública, 9 (3): 239-62, 1993.

OIKAWA L. T., **Condições de acessibilidade a uma unidade básica de saúde do município de Botucatu - SP**. Dissertação de Mestrado – Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP, 2001.

ORLANDI, E. **Interpretação.** Vozes, Rio de Janeiro, 1996.

ORLANDI, E. org. **A leitura e os leitores.** Campinas, 1998.

ORLANDI, E. **Análise de Discurso:** princípios e procedimentos Campinas, 2003.

PREFEITURA MUNICIPAL DE PEDREIRA-SP. **Projeto "Saudafa" – Programa de Saúde da Família.** Pedreira-SP, 1997.

RODRIGUEZ NETO, E. **A reforma sanitária e o sistema único de saúde:** suas origens, suas propostas, sua implantação, suas dificuldades e suas perspectivas. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Informação, educação e comunicação.** Brasília, 1994.

SITYA, C. V. M. **A lingüística textual e a análise do discurso: uma abordagem indisciplinar.** Frederico Westphalen, RS: Ed. Da URI, 1995. 83 p.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.**Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

UNGLERT C.V.S. **Acesso aos serviços de saúde:** uma abordagem de Geografia em Saúde Pública. Revista de Saúde Pública, 21(5): 439-46, 1987.

UNGLERT C.V.S. O processo de Territorialização em Saúde no Município de São Paulo. In: TEIXEIRA C.F., ed. **Construindo distritos sanitários:** a experiência da Cooperação Italiana no Município de São Paulo. HUCITEC/Cooperação Italiana em Saúde, 1995 a.

UNGLERT C.V.S. **Territorialização em Saúde:** a conquista do espaço local enquanto prática do planejamento ascendente. São Paulo, 1995 b. (Tese - Livre-Docência - Universidade de São Paulo).

WESTPHAL, M. F., BÓGUS, C. M., FARIA, M. M. **Grupos Focais:** experiências precursoras em programas educativos no Brasil. Boletim da Oficina Sanitária. São Paulo, 1987.

7- OBRAS CONSULTADAS

CAMPOS G.W.S. – Modelos assistenciais e unidades básicas de saúde: elementos para debate In: Campos, G.W.S.; Merhy, E.E.; Nunes, E.D. – **Planejamento sem normas.** Saúde em Debate 23 . São Paulo: Hucitec, 1994.

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

CECILIO, L.C.O. - **As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção**. UNICAMP- 11/2001.

MERTON, R.K.; FISK, M.; KENDALL, P. L. – **The Focused Interview; a manual of problems and procedures.** Glencoe. Il Free Press, 1956.

PATTON, M.Q. – Qualitative evaluation and research methods. 2ª ed. Newbury Park, London, New Delhi: Sage Publications, 1990.

PEDERSEN, D. – **Evaluación de servicios de salud:** el punto de vista de la gente. Enfoques em Atención Primaria, Mexico, 1991.

SPERANDIO, A. M. G. **Processo de construção da rede de municípios potencialmente saudáveis.** 1 ed. Campinas. Unicamp: Pró-Reitoria de Extensão de Assuntos Comunitários, 2003.

SPINK, M. J. org. – **Praticas Discursivas e produção de sentidos no cotidiano –** aproximações teóricas e metodológicas. São Paulo: Cortez, 2000.

8- ANEXOS

ROTEIRO DE TERRITORIALIZAÇÃO EM SAÚDE

Territorialização em Saúde

Definições

1) Território

1. extensão considerável de terra.
2. área geográfica de um continente, país, região, estado, cidade, bairro.
3. juridicamente, é a base geográfica, sobre a qual se exerce a soberania.
4. seria ele um espaço geográfico específico.

2) Espaço Geográfico

- é um espaço localizável e definido.
- espaço onde a ação do homem acaba por transformar o meio natural em geográfico.
- é um produto social percebido e sentido, resultado histórico da prática humana sobre a superfície terrestre, em função das necessidades dos homens.
- a própria história humana pode ser vista como uma progressiva apropriação da superfície terrestre pelos diferentes grupos sociais.
- à medida que a história se vai fazendo, a configuração territorial é dada pelas obras dos homens: casas, plantações, fábricas, cidades, estradas, portos, etc..

3) Territorialização em Saúde

- trata-se de um processo dinâmico de apropriação do espaço local por parte da equipe de saúde, onde a delimitação do espaço estabelecida pelos atores sociais que o habitam, respeita os valores, crenças, cultura e a história de um território em permanente construção.
- a apropriação do espaço local é fundamental, pois, compreendendo sua inserção nesse espaço, profissionais de saúde e população poderão desencadear processos de mudança das práticas de saúde, tornando-as mais adequadas aos problemas concretos daquela realidade local.

• é nesse espaço local que se materializa a possibilidade de construção de novas práticas sociais, enquanto proposta de ação para o controle social dos serviços de saúde abordando temas prioritários naquela realidade, tendo como lógica a Vigilância à Saúde.

Planejamento Estratégico

• processo social, em que planejar é tentar submeter o curso dos acontecimentos à vontade humana, tratando de conduzir o próprio futuro.

• constitui-se numa das fontes de conceitos que dão embasamento à metodologia aplicada ao processo de territorialização em saúde, em queum grupo toma em suas mãos e a seu cargo, seu destino social, ou seja, sua autogestão.

• teoria X prática: a prática social é a fonte dos conhecimentos onde a teoria está em função do conhecimento científico da prática e serve como guia para a ação transformadora. É o critério da verdade de todo processo de conhecimento.

Objetivos da Territorialização em Saúde

Geral:

- apropriar-se do território onde atua a equipe de saúde em conjunto com a população favorecida, delimitando sua área de abrangência.

Específicos:

- reconhecer a área de abrangência;
- conhecer as condições de infra-estrutura da área e recursos sociais
- identificar os perfis: demográfico, epidemiológico, socioeconômico e meio ambiental;
- identificar acessibilidades e barreiras;
- realizar levantamento dos problemas que definam o diagnóstico de saúde;
- apreender e aplicar novas metodologias relativas ao processo de territorialização em saúde;
- conhecer e se apropriar do território em questão a partir das necessidades da população por meio do planejamento ascendente.

Metodologia usada na Territorialização em Saúde

- embasamento teórico dos participantes (equipe de saúde e comunidade).
- reconhecimento da área de abrangência proposta, analisando as características e dificuldades da população.
- identificação e discussão com a comunidade dos problemas levantados, para sua posterior solução.
- planejamento ascendente e discussão com os órgãos públicos competentes e outros setores da sociedade.

Para a realização do processo de Territorialização em Saúde é necessário o conhecimento detalhado dos seguintes conceitos e características:

I. Características do Município
   - distância da capital
   - localização na região segundo os pontos cardeais.
   - distância da sede da região
   - divisa com outros municípios
   - área de superfície total em km2
   - número de habitantes
   - principal atividade econômica

II. Sistema Local de Saúde
   - localização das unidades de saúde.
   - definição das áreas de abrangência e influência pertencentes a cada uma.
   - recursos humanos, materiais e financeiros.
   - histórico sobre: identificação, origem, fundação, serviços prestados, recursos destinados, manutenção e procedência de seus usuários.

III. Características do Bairro
   - distância do centro da cidade
   - localização na região segundo os pontos cardeais
   - divisa com outros bairros
   - área de superfície total em km2
   - número de habitantes

- histórico sobre: fundação, origem do nome, procedência de seus habitantes e o desenvolvimento do mesmo.

IV. **Área de Abrangência** - Área delimitada onde a Equipe de Saúde da Família atua e a qual está sua responsabilidade.

- Área de abrangência deve coincidir com a área de influência. A área de influência encontra-se fora dos limites da área de abrangência mesmo assim o serviço exerce determinada influência nesta população.
- Apropriação do espaço local por parte da Equipe de Saúde e pela população.
- Processo de planejamento ascendente que contemple medidas de atuação que estejam de acordo com as necessidades da população residente.

V. Acessibilidade e Barreiras

Geográficas

- Ruas não pavimentadas;
- Vias com tráfego intenso;
- Ladeiras e elevações;
- Localização inadequada dos serviços de saúde;
- Rios, córregos.

Funcionais – Referentes ao funcionamento dos serviços prestados na área de abrangência.

- Horário de atendimento e de Visita Domiciliar inadequados;
- Profissionais não capacitados ou sem perfil adequado;
- Falta de recursos materiais e/ou humanos, etc.

Culturais – Referentes aos costumes sociais locais.

- Cultura de atendimento médico especializado;
- Procura de atendimento hospitalar;
- Baixo nível socioeconômico e cultural;
- Analfabetismo;
- Crendices populares;
- Tabus morais e religiosos.
-

VI. Mapeamento

- Gerais ou específicos;
- Desenho da área de abrangência;
- Acessibilidades e barreiras geográficas;
- Microáreas de risco.

VII. Cadastramento

Capacitação do profissional responsável pelo cadastramento, dentro dos seguintes aspectos: → Treinamento, Ética, Vínculo, Horário de visitas, Objetivos

O cadastramento familiar, através da Ficha de Cadastro Familiar, fornece dados: → Individuais, Familiares, Comunitários

Perfis traçados através dos dados Coletados no cadastramento familiar: → Demográfico, Epidemiológico, Sócio-econômico, Meio ambiental

Diagnóstico de uma Determinada comunidade: → Diagnóstico de Saúde; SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica); Vigilância à Saúde

Diagnóstico de Saúde:

Assim como determinamos diagnósticos individuais e familiares, podemos também traçar o diagnóstico de uma comunidade determinada, de acordo com os dados coletados no processo de Territorialização em Saúde. Para tanto, primeiramente, partimos de alguns perfis desta área, os quais serão colocados a seguir, e das necessidades sentidas pela população. O intuito deste movimento é planejar ações voltadas ao bem estar e melhoria das condições de vida desta população (Planejamento Ascendente). Assim temos:

• Perfil Demográfico

Características principais da população - gênero, ciclos de vida, migração, famílias, domicílios, etc.

• Perfil Epidemiológico

Morbidade - incidência/prevalência, fatores de risco, doenças mais comuns, incapacidades, internações;

Mortalidade - faixas etárias, causas mais freqüentes, letalidade.

• Perfil Socioeconômico

Condições de moradia, hábitos, costumes, estilos de vida, atividades econômicas, renda, escolaridade, crenças religiosas, meios de comunicação e transporte, lazer, etc..

• Perfil Ambiental

Saneamento básico - água, esgoto e lixo;

Microáreas de risco - água contaminada, esgoto a céu aberto, foco de vetores e lixão.

• Necessidades sentidas pela população.

Dados coletados através do cadastramento familiar, sentidos e discutidos com a comunidade e suas lideranças.

Termo de consentimento pós-informando

Normas de Pesquisa envolvendo Seres Humanos:

Resolução 196/96 Conselho Nacional de Saúde.

In: Ministério da Saúde /Fundação Nacional da Saúde.

Informe Epidemiológico do SUS. Suplemento3, ano V, n.2 abril a junho, 1996.

Projeto: Acessibilidade aos Serviços de Saúde

Eu, _____, residente na Rua _____, Bairro _____, Pedreira, São Paulo, tenho pleno conhecimento que as informações a meu respeito poderão ser utilizadas para investigação referentes à Acessibilidade aos Serviços de Saúde. Trata-se de encontros em grupos em que se discutirá o tema Acessibilidade aos Serviços de Saúde, visando a melhoria das condições de saúde da população.

Os encontros terão hora e local marcado previamente, de acordo com minha maior disponibilidade e proximidade com meu local de residência, e duração máxima de uma hora e meia.

Considero-me suficientemente informado de que não passarei por nenhum tipo de risco. Minha assinatura neste documento, por livre e espontânea vontade, representa o meu consentimento em agir como sujeito na atividade proposta e que minhas opiniões sejam gravadas para fim de pesquisa.

Declaro concordar em dar informações a meu respeito, sabendo que está garantido o esclarecimento do que quer que julgue necessário, estando assegurado o sigilo pessoal quanto aos dados cedidos, bem como a liberdade de recusar a minha participação ou retirar o consentimento, em qualquer momento, sem penalização e prejuízo.

Assinatura do participante: _____

Confirmação do sujeito que explica o estudo:

Confirmo que informei, li e expliquei textualmente, à pessoa acima nomeada, sobre o conteúdo deste documento.

Assinatura do investigador: _____

Observações:

1. Uma cópia deste documento, devidamente assinado, será entregue ao sujeito da pesquisa. A segunda cópia será guardada com o investigador.
2. Em caso de dúvida ou reclamação recorrer a: Adriano Peres Lora; fone: 19-38523099

Data: / / .