



Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Centro Biomédico
Instituto de Medicina Social

Ingrid Piassá Malheiros Lavinás

**A dinâmica da demanda por serviços de saúde no município de Pirai, RJ,
do ponto de vista da medicalização**

Rio de Janeiro

2012

Ingrid Piassá Malheiros Lavinás

A dinâmica da demanda por serviços de saúde no município de Piraí, RJ, do ponto de vista da medicalização

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Administração de Saúde - Gestão de Sistemas de Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Kenneth Rochel Camargo Jr.

Rio de Janeiro

2012

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CBC

L412 Lavinias, Ingrid Piassá Malheiros.

A dinâmica da demanda por serviços de saúde no município de Piraí, RJ, do ponto de vista da medicalização / Ingrid Piassá Malheiros Lavinias - 2012.
68f.

Orientador: Kenneth Rochel de Camargo Júnior.

Dissertação (Mestrado profissional) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social.

1. Atenção primária à saúde – Teses. 2. Saúde da família – Teses. 3. Serviços de saúde – Demanda – Teses. I. Camargo Junior, Kenneth Rochel de. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social.

CDU 614

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Ingrid Piassá Malheiros Lavinás

A dinâmica da demanda por serviços de saúde no município de Pirai, RJ, do ponto de vista da medicalização

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Administração de Saúde - Gestão de Sistemas de Saúde.

Aprovada em 29 de junho de 2012.

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Kenneth Rochel de Camargo Junior
Instituto de Medicina Social – UERJ

Prof. Dra. Roseni Pinheiro
Instituto de Medicina Social – UERJ

Prof. Dr. André Luis Mendonça
Pós-doutorando do Instituto de Medicina Social

Rio de Janeiro

2012

DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho à minha família, o início e cerne de tudo. Pai, Mãe e irmão: minha maior “torcida”, fonte absoluta de inspiração e exemplo de amor e fé. Ao meu amor, estímulo e esteio em todas as fases desse processo.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, por sempre renovar as minhas forças.

A Secretária Municipal de Saúde de Piraí, Maria da Conceição de Souza Rocha, por ter viabilizado o Mestrado Profissional junto ao Instituto de Medicina Social.

Ao meu orientador Kenneth R. de Camargo Júnior pelo apoio, disposição e conhecimento compartilhado.

A toda equipe do Hospital Flávio Leal, pela compreensão e colaboração.

Aos amigos, leitores informais e “palpiteiros” durante todo o processo de confecção da dissertação.

A todos que, direta ou indiretamente, colaboraram para a realização deste trabalho, meus sinceros agradecimentos.

RESUMO

LAVINAS, Ingrid Piassá Malheiros. *A dinâmica da demanda por serviços de saúde no município de Piraí, RJ, do ponto de vista da medicalização*. 2012. 68 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2012.

Apesar da definição da Estratégia de Saúde da Família (ESF) como porta de entrada preferencial do sistema de saúde e estratégia de reorganização da assistência, os usuários do SUS, vêm demonstrando historicamente preferência pelo serviço de urgência/emergência hospitalar. Neste contexto, o campo do presente estudo é a cidade de Piraí e seus habitantes, que desde 2002 contam com 100% de cobertura da ESF, modelo que dá ênfase: à lógica territorial na assistência, no cuidado continuado e transversal, no vínculo e no acesso facilitado pelo acolhimento humanizado e escuta qualificada; ocupando o centro da rede de serviços atuando como ordenador e coordenador do cuidado. Avaliando os dados de produtividade (com foco nas consultas médicas) hospitalar e da ESF notamos que a busca por assistência médica hospitalar, tem aumentado exponencialmente, e pode-se perceber que a grande maioria destes usuários se apresenta ao serviço com “demandas de atenção básica”, o que é considerado ilógico e contraditório na visão de gestores e profissionais. A prática profissional tem me levado a um processo de reflexão sobre as expectativas dos usuários ao procurarem o sistema de saúde (principalmente a ESF), sobre os caminhos que cada um deles constrói diante de uma “questão de saúde” e como se dá a tomada de decisão em busca da resolutividade da questão. Dessa forma, o objetivo deste trabalho é compreender como se constrói essa demanda; que critérios estão envolvidos na tomada de decisão desses usuários ao optarem pelo serviço de emergência como porta de entrada preferencial; mesmo em um município que oferece um serviço estruturado, pautado nas diretrizes da ESF e com uma cobertura que alcança toda a sua população. Acreditamos que o processo conhecido como medicalização da vida, que descreve o processo pelo qual problemas não médicos são definidos e tratados como problemas médicos, usualmente em termos de doenças e distúrbios (CONRAD, 2007); influencia na construção dessa demanda. Quanto a metodologia, foram realizadas entrevistas semiestruturadas, com usuários do SUS, residentes no município e que buscaram espontaneamente o serviço de urgência/emergência hospitalar. Verificou-se que a imagem que o usuário faz dos serviços de saúde se relaciona principalmente com o tempo de espera pelo atendimento, o acesso (interpretado principalmente como a certeza/incerteza do atendimento) e a acessibilidade. Os usuários frequentemente se referem à organização das unidades da ESF com o significado de barreiras ao acesso (principalmente pela necessidade de agendamento) e demonstram ter em relação às USF uma imagem de grande limitação de recursos humanos (quase exclusivamente em relação ao médico) e materiais. Por outro lado, prontos-socorros e hospitais se apresentam para eles, por várias razões, como espaços de acesso garantido. É importante ressaltar que o processo de medicalização da vida aparece como parte importante da engrenagem que move a construção dessa demanda.

Palavras-chave: Atenção primária. Estratégia de Saúde da Família. Medicalização. Demanda por serviços de saúde.

ABSTRACT

Although the definition of the Family Health Strategy (FHS) as the preferred gateway to the health system and strategy for the reorganization of assistance, users of SUS, demonstrate historically their preference for the hospital emergency service. In this context, the field of this study is the city of Pirai e its habitants, that since 2002 have 100% cover of FHS, model of health care that emphasis: the territorial logics of assistance, the continuing and transverse care, the bond (between user and health professionals) and the access facilitated by humanized host and qualified listening; being the center of the net services acting as the order and coordinator of health care. Evaluating the reports of productivity (focusing on doctors treatment) from the city hospital and the FHS'units we notice that the search for the hospital medical care has greatly increased in the past years, although the most part of this users have "primary care demands", which is considered illogical and contradictory by managers and health professionals. The daily practice has led me to a reflexion process over the users' expectations on their search for the health system (mostly the FHS), over the routes users bield before a "health issue" and how is the decision-making process in pursuit of resolvability of the issue. Thus, the purpose of this paper is to understand how this demand is built; which criterions are evolved in the decision-making process of this users when they choose the hospital service as preferred gateway; even in a city that offers a well structured health service, based on FHS guidelines and with a cover that achieve all habitants. We believe that the process known as medicalisation, that describes a process by which nonmedical problems become defined and treated as medical problems, usually in terms of illness and disorders (CONRAD, 2007); influences the decision-making process of users. Concerning to the methodology, semi-structured interviews were conducted with SUS' users, residents in Pirai and that spontaneously searched the hospital emergency service. We verified that user's image of health services is related mostly with the waiting time for care, the access (understood mainly as the certainty/uncertainty to receive the care) and the accessibility. Users frequently refers to the FHS organization with the access barriers (mostly for the need of schedule appointments) and shown to have, related to the FHS image, great limitation of human resources (almost exclusively in relation to physicians) and materials. On the other hand, emergency rooms and hospitals present themselves, for so many reasons, as spaces of guaranteed access. It is important to highlight that the process of medicalisation appears as an important part of the gear that moves the construction of this demand for health services.

Keywords: Primary health care. Family Health Strategy. Medicalisation. Demand for health services.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Mapa da posição de Pirai em relação a rodovia Presidente Dutra	15
Figura 2 -	Mapa da região Médio Paraíba	16
Figura 3 -	Mapa da rede de serviços de saúde de Pirai	17
Figura 4 -	Série histórica da produção de atendimento de urgência/emergência de clínica médica no Hospital Flávio Leal	20
Figura 5 -	Distribuição dos entrevistados por sexo	43

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Caracterização das Unidades de Saúde da Família em 2011	29
Tabela 2 -	Descrição das categorias de análise	42

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
CMI	Complexo Médico-Industrial
ESB	Estratégia de Saúde Bucal
EqSF	Equipe de Saúde da Família
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FIRJAN	Federação das Indústrias do Estado do Rio de Janeiro
HFL	Hospital Flávio Leal
MFC	Médico de Família e Comunidade
NOB	Norma Operacional Básica
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
1 CARACTERIZAÇÃO DO CAMPO	15
2 CONTEXTUALIZAÇÃO	21
2.1 A atenção primária à saúde	21
2.2 A Estratégia de Saúde da Família no Brasil e em Pirai	24
2.3 O processo de medicalização da vida	29
2.4 A construção social da demanda	32
3 OBJETIVOS	37
3.1 Objetivo geral.....	37
3.2 Objetivos específicos.....	37
4 METODOLOGIA	38
5 RESULTADOS	41
5.1 Atendimento imediato: <i>“é o meio mais rápido de consulta, né...”</i>	51
5.2 (In) certeza do atendimento: <i>“chegando lá, e estar correndo o risco de não ter vaga”</i>	52
5.3 Agendamento como barreira: <i>“o posto, ele quase só atende se você marcar ficha”</i>	56
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	58
REFERÊNCIAS	61
APÊNDICE A - Termo de consentimento livre e esclarecido	64
APÊNDICE B - Roteiro de entrevista	66
APÊNDICE C - Caracterização dos sujeitos	67
ANEXO - Aprovação no comitê de ética em pesquisa	68

INTRODUÇÃO

A relação dos usuários com os serviços de saúde, no que se concerne à demanda em saúde, principalmente na forma como essa demanda é construída, e como esse processo de construção se relaciona com o processo conhecido como medicalização da vida, são os principais temas abordados nesse trabalho.

Atuar como médica generalista na Estratégia de Saúde da Família (ESF) e, posteriormente, ser parte integrante da equipe técnica de coordenação da Atenção Básica no município de Piraí, suscitaram em mim importantes questionamentos e reflexões que serviram de base e motivação na eleição deste tema de pesquisa.

O campo de estudo é a cidade de Piraí e seus habitantes, que desde 2002 contam com 100% de cobertura da ESF, modelo que dá ênfase à lógica territorial na assistência e define a atenção primária como porta de entrada preferencial do sistema de saúde. Apesar disso, historicamente, os usuários do SUS, em sua busca por assistência médica, vêm demonstrando preferência por prontos-socorros e hospitais; esse movimento tem sido fonte de estudo para outros autores como OLIVEIRA (2009), que descreve como isso se passa em um município de médio porte.

A prática profissional tem me levado a um processo de reflexão sobre as expectativas dos usuários ao procurarem o sistema de saúde (principalmente a ESF), sobre os caminhos que cada um deles constrói diante de uma “questão de saúde” e como se dá a tomada de decisão em busca da resolutividade da mesma. Minha maior inquietude, que vem a ser um dos fatores motivacionais para a realização dessa pesquisa, é compreender como se constrói essa demanda; que fatores estão envolvidos na tomada de decisão desses usuários ao optarem pelo serviço hospitalar como porta de entrada preferencial; mesmo em um município que oferece como porta de entrada um serviço de Atenção Primária estruturado, pautado nas diretrizes da Estratégia de Saúde da Família e com uma cobertura de serviços que alcança toda a sua população.

Nos últimos anos, o quantitativo de situações cotidianas (ou problemas da vida) que tem sido definidas, não exclusivamente, mas principalmente por médicos; como problemas médicos tem aumentado exponencialmente (CONRAD, 2007). É a esse processo que se tem dado o nome de medicalização da vida.

Na elaboração do estudo, levantamos a hipótese de que o processo de medicalização da vida, de alguma forma, interfere na tomada de decisão dos usuários ao procurarem os

serviços. Sendo assim, o estudo busca compreender como o processo de medicalização interfere na construção da demanda por serviços de saúde no município de Piraí.

Neste contexto, precisamos levar em conta que, se um número cada vez maior de pessoas tem sido “diagnosticadas” como portadoras de uma condição médica passível de solução (ou alívio) por terapêuticas essencialmente prescritas por um profissional de saúde (na maioria das vezes médicos); em situações que antes eram tidas como comuns à questões vivenciadas ao longo da vida. É de se esperar que esses indivíduos procurem com uma frequência maior os serviços de saúde e se tornem cada vez mais dependentes dele. Já que uma das características do processo de medicalização é a expropriação da capacidade de cuidado das pessoas (CAMARGO JR, 2005).

Na mesma medida, se uma condição humana passa a ser considerada como uma doença, ela irá refletir na forma como o indivíduo (“dono” da doença) compreende essa questão e organiza estratégias em prol de resolvê-la (ou aliviá-la). Se essa questão passa a ser considerada como algo que necessita de uma resolução imediata, por se tratar de uma doença (pois “com doença não se brinca”, como foi dito por um dos entrevistados) essa demanda se constrói em torno dos serviços que tenham (na experiência do usuário) a possibilidade de suprir essa expectativa.

Nesta perspectiva, a forma como uma necessidade de saúde se enuncia aos serviços como uma demanda por cuidado é um ponto importante a ser levantado nesta discussão. Ressaltamos que esta demanda nunca se constrói de forma isolada, mas sim, resultante de um processo de negociação culturalmente e socialmente mediado (CAMARGO JR, 2005).

Desta forma se configura a realidade atual de Piraí, um município que tem procurado garantir acesso universal à saúde de sua população, pautado na ESF como estratégia norteadora e reorganizadora da assistência; e a despeito disso segue apresentando como um grande nó crítico da sua gestão a crescente demanda por atendimento no serviço de urgência/emergência hospitalar.

É importante ressaltar que parte significativa desses usuários se apresentam ao serviço hospitalar com questões consideradas como “demandas de atenção básica”, expressão que tem sido usada por diversos autores para descrever necessidades de saúde de fácil resolução com o arsenal tecnológico presente nos serviços de atenção primária.

Essa utilização de prontos-socorros e hospitais por usuários com demanda de atenção básica vem sendo criticada por diversos atores direta ou indiretamente envolvidos na assistência e na gestão de saúde e apontada como sendo um comportamento não desejado do usuário em relação ao modelo assistencial territorializado, hierarquizado, no qual a atenção

primária deve ser porta de entrada do sistema. Ou seja, por um lado, pela lógica normativa do sistema de saúde, o fluxo da “demanda espontânea” de usuários a hospitais vem sendo apontado como indesejado. Mas, por outro lado, a realidade expressa pelos usuários do SUS vem demonstrando que esse comportamento tem persistido ao longo do tempo e se mantido resistente à tentativa de mudança do modelo assistencial (OLIVEIRA, 2009). O que novamente justifica o tema de pesquisa escolhido.

Esmiuçar os fatores relacionados a esse comportamento dos usuários, tido como ilógico aos olhos da gestão e dos profissionais, na tentativa de entendê-lo um pouco melhor e subsidiar o planejamento das ações em saúde no município, objetivando a potencialização da Estratégia de Saúde da Família e seus dispositivos é ao que se propõem o presente estudo.

Na abordagem do tema foi feita uma contextualização que passará pela caracterização do campo de pesquisa, pela conceituação de atenção primária e sobre a mudança de modelo assistencial através da implantação do PSF no Brasil e em Piraí. Em seguida tratará das características que envolvem o processo de medicalização da vida e da construção social da demanda, tendo foco especial na forma como esses processos se desenvolvem em Piraí.

1 CARACTERIZAÇÃO DO CAMPO

O campo de estudo é a cidade de Pirai e sua população usuária do Sistema Único de Saúde. O município está localizado no Estado do Rio de Janeiro, na região Médio Paraíba; sua área geográfica representa 505,3 Km², (aproximadamente 8% da Região Médio Paraíba).

Possui uma posição geográfica estratégica, estando localizado entre duas grandes metrópoles - Rio de Janeiro e São Paulo, numa extensão de 52 Km da Rodovia Presidente Dutra. Tal fato tem atraído a instalação de diversas empresas em seu parque industrial. Como o município sofre de carência de mão de obra especializada para atender à demanda dessas empresas, parte significativa dessa mão de obra acaba sendo composta por uma população flutuante (funcionários de empresas terceirizadas, que prestam serviço por um tempo limitado no município) e por profissionais residentes em outros municípios. Fato esse que tem gerado certa influência na demanda por serviços de saúde, principalmente por aumento da procura pelo serviço de urgência/emergência hospitalar.

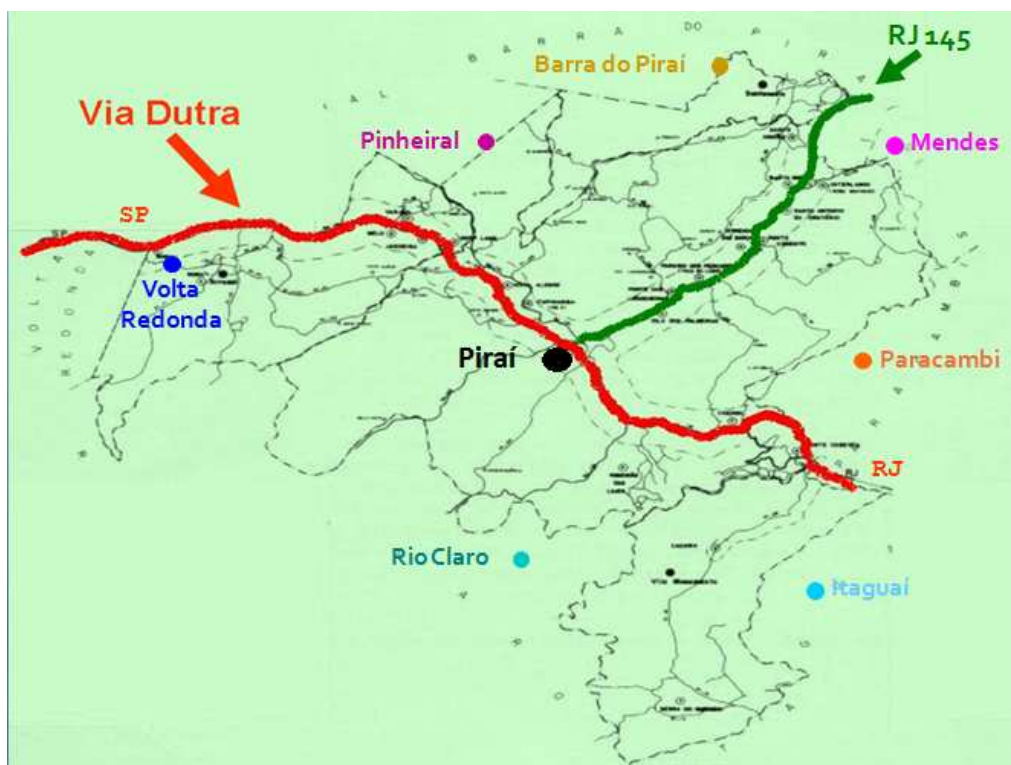


Figura 1 - Mapa da posição de Pirai em relação à rodovia Presidente Dutra

O município possui uma população estimada pelo censo do ano de 2010 do IBGE de 26.314 habitantes. Esta população é essencialmente urbana, 81,70% da população total. Tem

uma média de moradores por domicílio de 3,14 pessoas, segundo dados do Relatório de Gestão 2010. Apesar do predomínio da população ainda jovem (7.979 habitantes com menos de 20 anos, o que corresponde a 30% da população total), a população idosa vem crescendo a cada ano. Em 2010 a população com mais de 60 anos chegou a 3.032 (11,61% do total da população), tendência semelhante a que vem sendo demonstrada no Brasil.

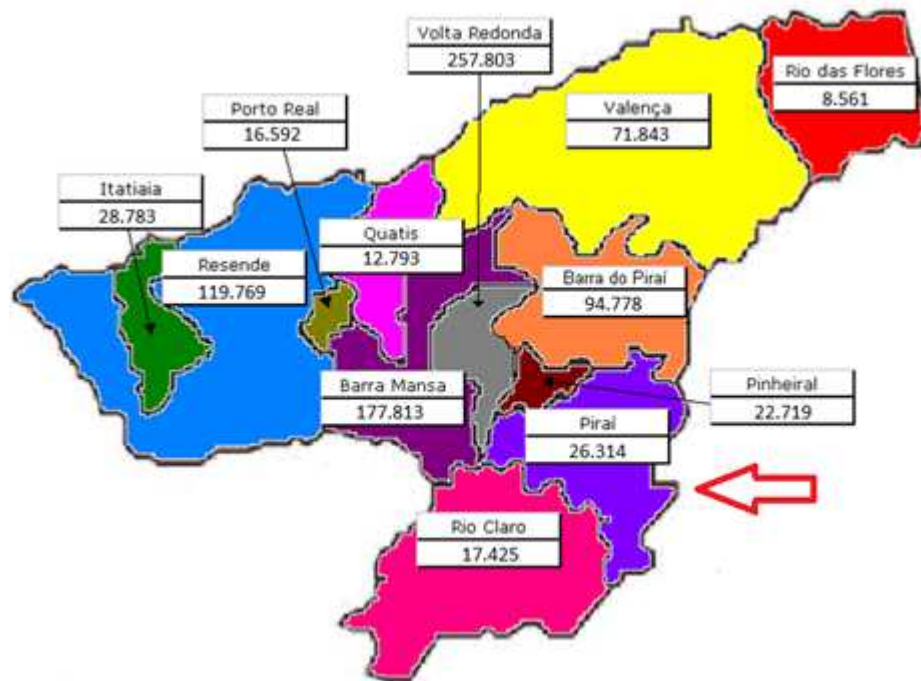


Figura 2 - Mapa da região Médio Paraíba. Fonte: IBGE

A Secretaria Municipal de Saúde de Pirai é habilitada no regime de Gestão Plena do Sistema Municipal NOB 01/02 desde 13 de outubro de 2003, e em 2008 assinou o pacto pela saúde em Bloco, junto à Região Médio Paraíba. A manutenção da Atenção à Saúde desta população tem como principal porta de entrada a Atenção Primária através da Estratégia de Saúde da Família, investindo cerca de 11 milhões de reais nesta área por ano, com extensão de cobertura de ações e serviços a 100% de seus habitantes. Sabe-se ainda que 100% desta população, de alguma forma, depende do SUS e que cerca de 90% depende exclusivamente do SUS. Acrescentar percentual do orçamento municipal investido em saúde é de 29,83%, sendo per capita R\$ 1.127,89 (desses R\$ 876,76 com recursos próprios). Fonte SIOPS 2011

O município foi considerado pela edição 2010 do Índice Firjan de Desenvolvimento Municipal como a melhor saúde do Estado do Rio de Janeiro (levantamento anual feito pelo Sistema Firjan), que mostra a evolução dos municípios brasileiros e avalia as gestões das prefeituras.

Mais recentemente, de acordo com o Índice de Desenvolvimento do SUS, levantamento divulgado pelo Ministério da Saúde, Pirai obteve a nota 7,3; a melhor entre os 92 municípios fluminenses e bem acima da média nacional, que ficou em 5,4. O índice avaliou indicadores de qualidade de atendimento pelo SUS, e apenas 6,42% dos municípios brasileiros conseguiram atingir a nota 7, nota considerada como indicadora de serviço de boa qualidade.

Tais indicadores destacam a tentativa do município de oferecer um serviço público de qualidade para a sua população.

A rede de serviços SUS de Pirai se encontra organizada em 13 equipes de Saúde da Família (todas com o título de Unidades de Saúde Amigas da Amamentação e certificadas pela Rede Amamenta Brasil), 02 centros de especialidades médicas, 02 centros de especialidades odontológicas, 01 Centro de Atenção Psicossocial, 01 centro de fisioterapia, 01 Farmácia Municipal, 01 Laboratório Regional de Prótese Dentária, 01 Laboratório de Análises Clínicas, 01 unidade de Vigilância em Saúde, 01 Central de Regulação de Serviços de Saúde e 01 unidade de Pronto-Socorro com funcionamento 24 horas no distrito de Arrozal.

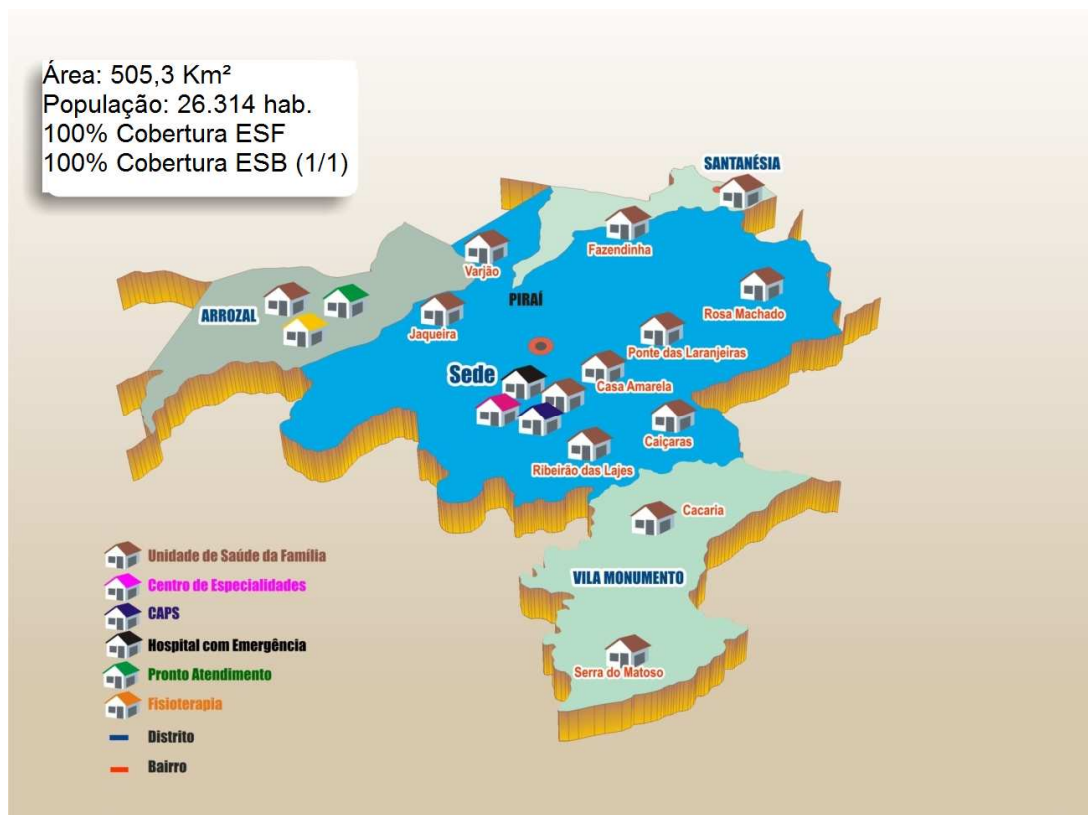


Figura 3 - Mapa da rede de serviços de saúde de Pirai. Fonte: Relatório de Gestão de 2010

A estrutura hospitalar do município é composta por 01 hospital, de natureza filantrópica, administrado em regime de parceria entre a Prefeitura e a Santa Casa de Misericórdia desde 1997, o Hospital Flávio Leal, que possui o título de Hospital Amigo da Criança, e conta com 60 leitos (14 obstétricos, 18 clínica médica, 15 clínica cirúrgica e 7 pediátricos), 01 unidade de urgência/emergência (com 6 leitos de observação), 01 centro cirúrgico e obstétrico, 03 leitos de Unidade Intensiva neonatal, 01 unidade transfusional, 01 ambulatório de especialidades e 01 unidade de fisioterapia.

Mesmo não sendo um hospital municipal, há uma grande interação entre a gestão hospitalar, a gestão municipal e a coordenação da atenção primária; o que facilita em muito o diálogo entre os setores e a constante reflexão sobre as demandas da população e a forma de organização da rede de serviços de Piraí. Existem reuniões periódicas entre as equipes de saúde da família, a equipe de coordenação da atenção básica, e a gestão hospitalar para discussão de casos clínicos e avaliação da demanda espontânea por atendimento no setor de urgência/emergência hospitalar.

Especificamente quanto ao serviço de urgência/emergência do Hospital Flávio Leal, até o momento não há nenhum tipo de triagem ou organização dos atendimentos por protocolo de classificação de risco e vulnerabilidade na recepção, os usuários chegam, solicitam uma consulta ao recepcionista, o mesmo faz um cadastro do usuário e confecciona o Boletim de Atendimento Médico, e a seguir o repassa para o interior da sala de emergência por uma “prateleira” que une os dois ambientes. Quando o/a recepcionista julga ser uma situação mais “grave” ele mesmo abre a porta e coloca o paciente sentado dentro da sala de emergência, repassando pessoalmente a ficha para a enfermeira supervisora do plantão. Pacientes que chegam trazidos por ambulância ou em estado mais “grave” também “entram direto” para o salão de atendimento.

Durante o dia, a enfermeira supervisora do plantão é diarista, ou seja, cumpre carga horária de 7:00 às 19:00 horas de segunda a sexta-feira. Essa enfermeira supervisora trabalha nessa função há cerca de 5 anos e anteriormente ocupava cargo de gerência de uma unidade básica de saúde; tal fato facilita a comunicação com a ESF. Em situações consideradas por ela como “graves” (como pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus descompensados, maus tratos com idosos e crianças, pacientes que procuram frequentemente o hospital ou que “não deveriam estar ali” - entenda-se pacientes com demanda de resolutividade na atenção primária), ela faz contato por telefone com as respectivas unidades da ESF para repassar os casos. Essa ação visa ao estabelecimento de um cuidado continuado, assim como a uma tentativa de redução da frequência desses pacientes no serviço hospitalar.

A equipe do setor de urgência/emergência trabalha em esquema de plantão (de 12 ou 24 horas), é composta por 01 recepcionista (plantão 12h), 01 médico clínico geral (plantão 24h), 01 acadêmico de medicina de 5º ou 6º ano remunerado atendendo sob supervisão apenas nos atendimentos de clínica médica (plantão 24h), 01 pediatra (plantão 24h), 01 enfermeiro (plantão 12h), 05 técnicos de enfermagem (plantão 12h) e funcionários auxiliares de serviços gerais que se revezam no atendimento à todo o hospital. Há ainda 01 médico obstetra, 01 médico anestesista, 01 médico cirurgião-geral em regime de sobreaviso, 01 enfermeira obstetra (com carga horária de 40horas/semanais), e mais técnicos de enfermagem divididos entre os outros setores do hospital, esses profissionais ficam em espaço físico diferente da equipe de urgência/emergência descrita inicialmente.

O salão do setor de urgência/emergência é composto por 03 boxes de atendimento (separados por divisórias), 06 leitos destinados a pacientes em observação, 05 cadeiras comuns, 01 cadeira acolchoada destinada a coleta de material para exames de sangue e administração de medicamentos intravenosos, 01 bancada onde são preparadas as medicações a serem administradas, 02 banheiros para pacientes, 01 banheiro para funcionários e 01 sala de estabilização (nomeada como Unidade Intensiva) com duas macas e equipada com materiais para realização de reanimação cardio-pulmonar e monitorização. Não há nenhum tipo de serviço de segurança ou policiamento na porta do hospital. Há ainda um dispositivo de retirada de preservativos gratuito na recepção.

A Casa de Caridade de Piraí foi fundada em 22 de janeiro de 1928, como instituição filantrópica sem fins lucrativos, recebendo a posteriori o nome fantasia de Hospital Flávio Leal. Na época, as atividades hospitalares e ambulatoriais eram mantidas através de doações dos sócios fundadores, proprietários de fazendas do município de Piraí e a da população.

Hoje o Hospital é mantido, principalmente, pelo poder público municipal que injetou em 2010, R\$ 6.788.599,09 (seis milhões setecentos e oitenta e oito mil quinhentos e noventa e nove reais e nove centavos) e em 2011 R\$ 7.616.034,26 (Sete milhões seiscentos e dezesseis mil trinta e quatro reais e vinte e seis centavos). Isto acontece desde janeiro de 1997, quando foi formalizada uma parceria entre a Prefeitura e a Santa Casa, que, na oportunidade encontrava-se praticamente em processo de falência e sem condições de prestar atendimento de qualidade para os habitantes de Piraí. Desde então, a administração é realizada em parceria através de um Conselho de administração composto por representantes da prefeitura e funcionários do próprio Hospital.

A Secretaria de Saúde começou a ser estruturada no ano de 1989, ou seja, 61 anos após a inauguração do HFL. Em 2002, o município alcançou a marca de 100% de cobertura

da Estratégia de Saúde da Família, ou seja, todos os municípios passaram a ter pleno acesso a atenção primária depois de 74 anos tendo o hospital como referência quase exclusiva de cuidado em saúde. Acredito ser necessário levar esse raciocínio em conta ao avaliarmos os fatores que envolvem a tomada de decisão dos usuários pelo serviço hospitalar em detrimento das USFs.

Como já foi dito anteriormente, a motivação principal para a realização deste estudo está no número crescente de atendimentos realizados pelo serviço de urgência/emergência médica do Hospital Flávio Leal, como vemos no gráfico abaixo:

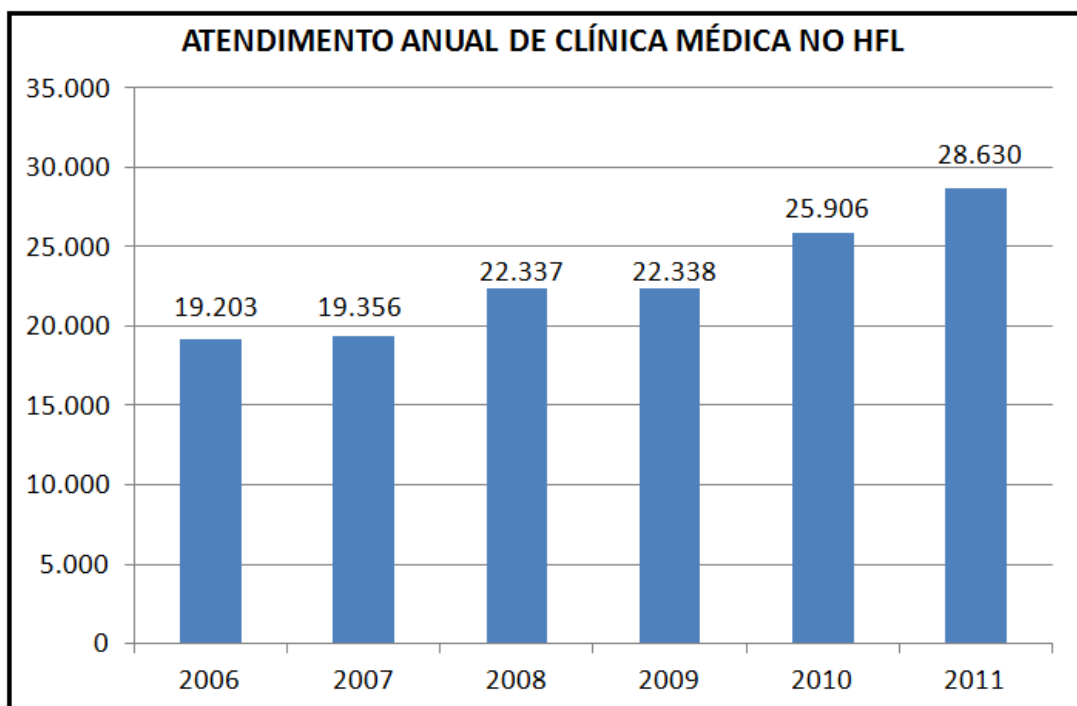


Figura 4 - Série histórica da produção de atendimento de urgência/emergência de clínica médica no Hospital Flávio Leal. Fonte: DataSus

A persistência do aumento da busca pelo serviço hospitalar por usuários com demanda de atenção primária, em um município que tem dado tanta ênfase em investimentos na ESF, justifica e motiva a realização desse estudo.

2 CONTEXTUALIZAÇÃO

2.1 A atenção primária à saúde

A Estratégia de Saúde da Família tem início como uma proposta do governo federal aos municípios de implementação efetiva de um modelo assistencial focado na atenção primária à saúde. Dessa forma, para traçarmos uma narrativa sobre a ESF, é necessário iniciarmos lembrando conceitos sobre o que vem a ser atenção primária à saúde.

Há uma frequente discussão sobre a terminologia ideal para nomear o primeiro nível de atenção à saúde. Sendo assim, com o objetivo de dirimir erros, aproveitamos para ressaltar que, neste trabalho, usamos os termos “Atenção Básica”, “Atenção Primária” e “Atenção Primária à Saúde” como sinônimos.

Em 1978, a Organização Mundial da Saúde traça uma definição para a atenção primária como cuidados essenciais à saúde, baseados em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1978).

É o primeiro nível de contato dos indivíduos, das famílias e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1978).

A APS deve ter em vista os principais problemas de saúde da comunidade e a partir daí proporcionar serviços de proteção, cura e reabilitação; conforme as necessidades evidenciadas.

Além de incluir diversas áreas como: educação, no tocante a problemas prevalentes de saúde e aos métodos para sua prevenção e controle; promoção da distribuição de alimentos e da nutrição apropriada, previsão adequada de água de boa qualidade e saneamento básico, cuidados de saúde materno-infantil, inclusive planejamento familiar; imunização contra as principais doenças infecciosas, prevenção e controle de doenças localmente endêmicas, tratamento apropriado de doenças e lesões comuns e fornecimento de medicamentos essenciais.

Barbara Starfield define a atenção primária em saúde como:

Aquele nível de um sistema de serviço de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa (não direcionada para a enfermidade) no decorrer do tempo, fornece atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros. Assim, é definida como um conjunto de funções que, combinadas, são exclusivas da atenção primária. (STARFIELD, 2002, p. 26)

Deste contexto, podemos resumir que, para STARFIELD, as principais características da atenção primária são:

- Servir como **porta de entrada** ao sistema: espera-se da APS que seja mais acessível à população, em todos os sentidos, e que com isso seja o primeiro recurso a ser buscado. Desta forma, a autora fala que a APS é o “primeiro contato da medicina” com o paciente; o Ministério da Saúde usa a terminologia “porta de entrada preferencial” como sinônimo.

- **Acesso facilitado**: servir com um ponto do sistema de saúde mais acessível ao usuário. STARFIELD cita pesquisas que mostram que a melhor acessibilidade aos serviços estava associada a uma maior probabilidade de atenção ao primeiro contato e continuidade com o médico de atenção primária, além de diminuir os custos em saúde (2002).

- Prestar **cuidado continuado**: pressupõe a existência de uma fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo. Assim, a unidade de atenção primária deve ser capaz de identificar a população eletiva, bem como os indivíduos dessa população que deveriam receber seu atendimento da unidade, exceto quando for necessário realizar uma consulta fora ou fazer um encaminhamento. Além disso, o vínculo da população com sua fonte de atenção deveria ser refletida em fortes laços interpessoais que refletissem a cooperação mútua entre as pessoas e os profissionais de saúde.

- **Integralidade**: implica que as unidades de atenção primária devem fazer arranjos para que o paciente receba todos os tipos de serviços de atenção à saúde, mesmo que alguns possam não ser oferecidos eficientemente dentro delas. Isto inclui o encaminhamento para serviços secundários para consultas, serviços terciários para manejo definitivo de problemas específicos e para serviços de suporte fundamentais, tais como internação domiciliar e outros serviços comunitários. Embora cada unidade de atenção primária possa definir diferentemente sua própria variedade de serviços, cada uma deveria explicitar sua responsabilidade tanto para a população de pacientes como para a equipe, bem como reconhecer as situações para as quais os serviços estão disponíveis. A equipe deveria oferecer e reconhecer a necessidade de serviços preventivos e de serviços que lidem com sintomas, sinais e diagnósticos de doenças manifestas. Também deveria reconhecer adequadamente problemas de todos os tipos, sejam

eles funcionais, orgânicos ou sociais. Este último tipo é particularmente importante, já que todos os problemas de saúde ocorrem dentro de um ambiente social que frequentemente predispõe ou causa enfermidades.

- **Coordenação do cuidado:** seja por meio de prontuários médicos, ou ambos, além de reconhecimento de problemas. Por exemplo, o estado de problemas observado em consultas anteriores ou problemas pelos quais houve algum encaminhamento para outros profissionais deveria ser avaliado nas consultas subsequentes. Este reconhecimento de problemas será facilitado se o mesmo profissional examinar o paciente no acompanhamento ou se houver um prontuário médico que esclareça estes problemas. Assim, tanto a continuidade como o reconhecimento de problemas são necessários para avaliar a coordenação da atenção. Mesmo quando parte substancial do cuidado à saúde de uma pessoa for realizado em outros níveis de atendimento, o nível primário tem a incumbência de organizar, coordenar e/ou integrar esses cuidados, já que frequentemente são realizados por profissionais de áreas diferentes ou terceiros, e que, portanto, têm pouco diálogo entre si.

Para o Ministério da Saúde, a atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde (BRASIL, 2006).

Deve ser desenvolvida por práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, através do trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações.

Suas ações estão no primeiro nível de assistência por utilizar tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que são capazes de resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território; sendo assim, o Ministério estabelece como meta que APS consiga dar conta de 85% das demandas de saúde que se apresentem a ela.

Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2006).

Deve ser o primeiro contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde, contribuindo para a sua organização e atuando de forma integrada com os demais níveis de atenção (BRASIL, 2010).

E ainda, que o atendimento à demanda espontânea e o acolhimento às urgências em uma UBS/USF diferencia-se do atendimento em uma unidade de pronto-socorro ou pronto

atendimento por trabalhar em equipe, ter conhecimento prévio da população, registros em prontuário, possibilitar o retorno com a mesma equipe de saúde (transversalidade no atendimento) e estabelecer vínculo, o que caracteriza a continuidade do cuidado, e não somente um atendimento pontual; o que dá à atenção básica uma imensa vantagem no atendimento (BRASIL, 2010).

Em meados da década de 90, a atenção primária desponta na agenda de prioridades do governo como estratégia de reestruturação do modelo de atenção, tendo como carro-chefe a Estratégia de Saúde da Família (LEVCOVITZ e GARRIDO, 1996). Conforme Kingdom (1984), uma agenda governamental se estabelece mediante a percepção de problemas que chamam a atenção do governo e da sociedade. Desde a entrada da APS na agenda de prioridades governamentais, essa política incorporou gradativa institucionalidade, mobilizando recursos e incluindo milhares de novos atores (estados, municípios, profissionais, instituições formadoras e usuários) na disputa política de organização do sistema de saúde. Ainda assim, a prioridade enunciada para essa política se contrapõe a um cenário de fragilidades na atenção à saúde, especificamente na atenção básica, com uma pulverização de estratégias e recursos para áreas concorrentes (BORGES; BAPTISTA, 2010).

Destacamos ainda que a implantação de uma APS de abrangente ou integral implica na construção de sistemas de saúde orientados pela APS, articulados em rede, centrados no usuário e que respondam a todas as necessidades de saúde da população. A integração ao restante do sistema é condição para se contrapor a uma concepção seletiva da APS como programa paralelo com cesta restrita de serviços de baixa qualidade, dirigido a populações pobres (GIOVANELLA; 2009).

2.2 A Estratégia de Saúde da Família no Brasil e em Pirai

Ao pensarmos em modelo assistencial, precisamos em primeiro lugar entender que ele diz respeito ao modo como são organizadas, em uma dada sociedade, as ações de atenção à saúde, envolvendo os aspectos tecnológicos e assistenciais. Sendo assim, uma forma de organização e articulação entre os diversos recursos físicos, tecnológicos e humanos disponíveis para enfrentar e resolver os problemas de saúde de uma coletividade (SILVA JR; ALVES, 2007).

No Brasil existiram diversos modelos de saúde desenvolvidos em diferentes momentos

da história. A partir da década de 1930 foram estabelecidas formas mais permanentes de atuação com a instalação de centros e postos de saúde visando a atender determinados problemas de saúde. Nesse modelo foram criados alguns programas (como pré-natal, vacinação, puericultura, tuberculose, hanseníase, doenças sexualmente transmissíveis, etc) e se estruturaram as redes estaduais de saúde. Com uma assistência voltada para os segmentos mais pobres da população (SILVA JR; ALVES, 2007).

A partir da década de 1970, surgiram diversas iniciativas visando a ampliar as práticas nos centros de saúde tradicionalmente ligados à prestação de serviços de saúde pública para populações pobres, em diversas partes do país. Destacam-se: Porto Alegre, Rio de Janeiro, Teresina, São Luiz, Cotia, Sete Lagoas, Pelotas, Joinville, Campinas, Londrina e Niterói. Além da criação da Sociedade Brasileira de Medicina Geral Comunitária (CONILL, 2008). No final dos anos 1980, algumas cidades do Ceará constituíram o primeiro projeto de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), alcançando resultados expressivos na redução da morbimortalidade infantil. Em 1991, devido ao sucesso da estratégia, o Programa de ACS (Pacs) foi definido como política nacional e encampado pela Fundação Nacional de Saúde (Funasa), voltando-se prioritariamente para os estados do Norte e Nordeste (CORBO *et al.*, 2007).

Alguns autores trazem uma discussão quanto a ocorrência de um esvaziamento propositivo do Ministério da Saúde quanto à temática de modelos de atenção em saúde e uma concentração de esforços em questões relacionadas ao financiamento e à descentralização do sistema de saúde, isso em meados de 1990, quando da instituição do SUS. Assim, a ausência de uma discussão mais profunda no âmbito do Ministério da Saúde sobre organização da atenção fez com que prevalecesse, no SUS, o modelo de atenção centralizado, com ênfase na doença e nas ações curativas ofertadas pelos hospitais (FAUSTO; MATTA, 2007, BORGES; BAPTISTA, 2010). Modelo esse de difícil superação até os dias atuais.

Em um cenário de necessidade de estabelecimento de mecanismos capazes de assegurar a continuidade das conquistas sociais advindas da Reforma Sanitária, seguindo os princípios do SUS; apresentando até então iniciativas que representaram avanços e retrocessos e com resultados pouco perceptíveis na reestruturação dos serviços de saúde, exatamente por não promover mudanças significativas no modelo assistencial; em 1994 o Ministério da Saúde lança o Programa de Saúde da Família (PSF). Que passa a alcançar então status de política nacional e a priorizar as áreas de maior risco social.

Até este momento, não se pode afirmar que havia um enunciado de prioridade para a atenção básica presente na agenda governamental federal, dado que os programas ainda eram

bastante limitados a alguns territórios e grupos, mantendo-se isolados no contexto do próprio ministério - na Funasa. Mas já havia uma percepção do gestor nacional do impacto social, sanitário e político do Pacs/PSF. Tudo isso num cenário internacional que se mostrava propício à expansão das ações básicas de saúde e num cenário nacional de escassez de recursos para a saúde e para a área social em geral, onde a principal preocupação era a estabilização da moeda e o controle inflacionário, numa política de ajuste do Estado (NORONHA; SOARES, 2001, BORGES; BAPTISTA, 2010).

Quanto a ideia de prioridade associada à atenção básica, alguns autores destacam que, nem sempre, no discurso político (seja oficial, seja do movimento reformista da saúde), a atenção básica foi priorizada (BORGES; BAPTISTA, 2010).

Embora rotulado inicialmente como programa, o PSF, por suas especificidades, foge à concepção usual dos demais programas concebidos no Ministério da Saúde, já que não é uma intervenção vertical e paralela às demais atividades dos serviços de saúde. Pelo contrário, caracteriza-se como uma estratégia que possibilita a integração e promove a organização das atividades em um território definido, com o propósito de propiciar o enfrentamento e resolução dos problemas identificados. Acerca desses aspectos, o Ministério da Saúde reafirma positivamente os valores que fundamentam as ações do PSF, entendendo-o como uma proposta substitutiva com dimensões técnica, política e administrativa inovadoras. O Ministério passa a afirmar que o PSF não é uma estratégia desenvolvida para atenção a um grupo, haja vista que se propõe a trabalhar com o princípio da vigilância à saúde, apresentando uma característica de atuação inter e multidisciplinar e responsabilidade integral sobre a população que reside na área de abrangência de suas unidades de saúde.

Dessa forma o programa deve ser entendido como modelo substitutivo da rede básica tradicional - de cobertura universal, porém assumindo o desafio do princípio da equidade - e reconhecido como uma prática que requer alta complexidade tecnológica nos campos do conhecimento e do desenvolvimento de habilidades e de mudanças de atitudes por parte de seus trabalhadores.

O programa vem com a perspectiva de que a família passe a ser o objeto precípuo de atenção, entendida a partir do ambiente onde vive. Mais que uma delimitação geográfica, entende-se que é nesse espaço que se constroem as relações intra e extrafamiliares e onde se desenvolve a luta pela melhoria das condições de vida - permitindo, ainda, uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e, portanto, da necessidade de intervenções de maior impacto e significação social (BRASIL, 1997).

Um grande incentivo indutor da mudança do modelo assistencial veio junto com a

Norma Operacional Básica 96 (NOB 96), através do estabelecimento de incentivo financeiro à estruturação dos Programas de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e de Saúde da Família, com o Piso da Atenção Básica Essa normativa garantiu a adesão e maior possibilidade de continuidade da política em um maior número de municípios. Neste período, observou-se de fato uma expansão importante das estratégias do PACS e PSF em todo o país, tanto que, em dezembro de 2000, já atingiam respectivamente 51,5% e 22,5% da população brasileira (LEVCOVITZ, LIMA & MACHADO, 2001).

A ESF tem como fundamentos: I - possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde, com território adscrito de forma a permitir o planejamento e a programação descentralizada, e em consonância com o princípio da equidade; II - efetivar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, trabalho de forma interdisciplinar e em equipe, e coordenação do cuidado na rede de serviços; III - desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado; IV - valorizar os profissionais de saúde por meio do estímulo e do acompanhamento constante de sua formação e capacitação; V - realizar avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados, como parte do processo de planejamento e programação; e VI - estimular a participação popular e o controle social (BRASIL, 2006).

Visando à operacionalização da ESF, definem-se como áreas estratégicas para atuação em todo o território nacional a eliminação da hanseníase, o controle da tuberculose, o controle da hipertensão arterial, o controle do diabetes mellitus, a eliminação da desnutrição infantil, a atenção à saúde da criança, a saúde da mulher, a saúde do idoso, a saúde bucal e a promoção da saúde (BRASIL, 2006).

Adota o princípio de adscrição de famílias, devendo ficar responsável por, no máximo, 4.000 habitantes, sendo a média recomendada de 3.000 habitantes, com jornada de trabalho de 40 horas semanais para todos os seus integrantes e composta por, no mínimo, médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde. O número de ACS deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família.

Para a incorporação de profissionais de saúde bucal nas Equipes de Saúde da Família (EqSF), é necessária existência de equipe com composição básica de cirurgião dentista e

auxiliar de saúde bucal, com trabalho integrado a uma ou duas EqSF, com responsabilidade sanitária pela mesma população e território que as EqSF às quais estão vinculadas, e com jornada de trabalho de 40 horas semanais para todos os seus componentes (ESB modalidade 1); ou ainda existência de equipe com composição básica de cirurgião dentista, auxiliar de saúde bucal e técnico de higiene dental, com trabalho integrado a uma ou duas EqSFs, com responsabilidade sanitária pela mesma população e território que as EqSFs, às quais estão vinculadas, e com jornada de trabalho de 40 horas semanais para todos os seus componentes (ESB modalidade 2).

Conjuga as ações de promoção, prevenção, diagnóstico precoce, tratamento e reabilitação, referenciando os casos de maior complexidade para os demais níveis de assistência; mas mantendo-se sempre como coordenadora do cuidado e referência para esses usuários. Outros profissionais de saúde podem ser incorporados a estas unidades básicas, de acordo com as demandas e características da organização dos serviços de saúde locais, devendo estar identificados com uma proposta de trabalho que exige criatividade e iniciativa para trabalhos comunitários e em grupo.

No município de Piraí, a atenção básica vem sendo prestada à população através de Unidades Básicas de Saúde antes mesmo da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS); quando o município já contava com diversas unidades básicas de saúde gerenciadas por diferentes níveis de governo (municipal, estadual e federal), com serviços implantados em diversas localidades.

A partir de 1997, o município começa a discutir o seu modelo de atenção, implantando primeiramente o Programa Médico de Família no bairro Jaqueira, onde a equipe contava apenas com um médico e um auxiliar de enfermagem, e tendo como base o modelo de atenção primária utilizado em Cuba. Inclusive tendo recebido um médico cubano por um período de 6 meses que efetuou a capacitação dos profissionais.

Em 1998, Piraí adota o modelo incentivado pelo Ministério da Saúde, além de ampliar a equipe de profissionais, que passa a ser composta por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde. No mesmo ano, é implantada mais uma equipe do Programa de Saúde da Família, agora no bairro Varjão.

Com a boa resposta ao modelo, a partir do mesmo ano outras equipes começam a ser implantadas até que, no ano 2002, é atingido 100% de cobertura da ESF no município. Passando a ter todas as famílias cadastradas no Sistema de Informação específico do Programa, SIAB (Sistema de Informação em Atenção Básica) e visitadas mensalmente pelos agentes comunitários de saúde.

Desde então, todos os esforços da secretaria municipal de saúde tem sido em prol de estruturar a atenção primária baseada na Estratégia de Saúde da Família, como porta de entrada no sistema e coordenadora do cuidado dessa população.

O quantitativo de população adscrita e da produtividade de consultas médicas de cada USF no ano de 2011 se encontra disposta na tabela a seguir:

Tabela 1- Caracterização das Unidades de Saúde da Família, consolidado do ano 2011.

INFORMAÇÃO	CARACTERIZAÇÃO DAS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA									
	SANTANÉSIA	R.MACHADO	P.LARANJEIRAS	C.AMARELA	CENTRO	CACARIA	R.LAJES	JAQUEIRA	VARJÃO	ARROZAL
Nº FAMILÍAS CADASTRADAS	548	431	488	1321	1903	374	586	567	618	1929
Nº HABITANTES	1651	1340	1537	4066	5905	1126	1815	1644	1918	6013
Nº CONSULTAS MÉDICAS REALIZADAS EM 2011	2623	3304	4386	6443	5421	2677	3197	3928	4343	7560

Fonte: SIAB

Depois de quase 18 anos da existência da ESF no Brasil, e 15 em Piraí; continuam a surgir questionamentos quanto a real reformulação do pensamento ao se fazer saúde, sendo que, não raras vezes, suas estruturas continuam arraigadas ao modelo tradicional biomédico.

Desconstruir esse modelo de saúde tradicional, e ainda vigente, é enfrentar o desafio de construir novas bases para o desenvolvimento de novas práticas sanitárias.

Superar os efeitos dessa fragmentação no cuidado, que persistem na rede de serviços de saúde do SUS e potencializar a APS como porta de entrada preferencial e centro ordenador e integrador das redes de serviços e das ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde ainda é um dos principais desafios apontado por gestores municipais (GIOVANELLA; 2009).

2.3 O processo de medicalização da vida

A sociedade brasileira tem sido submetida a um imenso processo de medicalização, que teve início nos anos 20 e intensificou-se a partir dos anos 70. Um dos indicativos de que esse processo vem ocorrendo é a ampliação da demanda. O que torna esse um tema importante de discussão no âmbito das ciências sociais.

Muito sinteticamente, esse processo pode ser visto como a expansão progressiva do campo de intervenção da biomedicina por meio da redefinição de experiências e comportamentos humanos como se fossem problemas médicos (TESSER, 2006).

Peter Conrad (2007) relata que a “medicalização” descreve o processo pelo qual problemas não médicos são definidos e tratados como problemas médicos, usualmente em termos de doenças e desordens.

Conrad diz ainda que a chave da medicalização é a definição (conceito): um problema passa a ser definido em termos médicos, descrito em linguagem médica, entendido pela adoção de um arcabouço médico, ou tratado através de uma intervenção médica. A definição da medicalização como um processo vem a ser outro aspecto fundamental dessa descrição de Conrad, já que essa palavra define uma ação em desenvolvimento contínuo ou ainda um processo de evolução que envolve muitas mudanças, ou seja, o processo de medicalização não deve ser considerado como algo estático, mas sim como algo dinâmico (em constante mudança).

Outra característica importante na descrição de Conrad é que a medicalização foca a fonte do problema no indivíduo ao invés de focar no meio social; o que leva a uma intervenção médica individual ao invés de uma mais coletiva ou soluções sociais. Além disso, pela expansão da jurisdição médica, a medicalização dá maior importância ao poder de controle médico sobre o comportamento humano.

Mais algumas características da descrição de Conrad merecem ser destacadas:

- o termo não é valorativo, e sim descritivo, ou seja: processos de medicalização podem ser negativos ou positivos;
- medicalização não é sinônimo de imperialismo médico - trata-se de um processo complexo com múltiplos agentes;
- a utilização de práticas terapêuticas alternativas ou complementares não é sinônimo de desmedicalização.

De acordo com CAMARGO JR., o termo medicalização pode ser entendido como o ocultamento de aspectos usualmente conflitivos das relações sociais, por sua transformação em problemas de saúde. Assim como, pela expropriação da capacidade de cuidado das pessoas em geral, em especial (mas não apenas) os membros das camadas populares, tornando-as dependentes do cuidado dispensado por profissionais, em particular (ou quase exclusivamente, para alguns) por médicos (2007).

Certamente a corporação médica tem um grande peso no andamento desse processo, mas seria uma simplificação grosseira não levar em conta outras forças presentes que, eventualmente, sobrepujam qualquer estratégia corporativa que a classe médica possa determinar (CAMARGO JR, 1995). Conrad chama essas outras “forças” de “motores da medicalização”, com destaque para o complexo médico-industrial que abarca:

- a **indústria farmacêutica e de equipamentos médicos** que atua pela expansão e/ou criação de categorias nosológicas e de usos recomendados para medicamentos;
- a própria **ciência**, no ocidente, dizer-se que algo é científico equivale a dizê-lo verdadeiro, fundamentado, merecedor de crédito;
- a **lógica de consumo** na abordagem dos processos de manutenção ou recuperação da saúde, através do culto médico ao “novo” (medicamentos e equipamentos de última geração), do uso abusivo de exames complementares, cirurgias e procedimentos especializados;
- **Mídias e meios de comunicação de massa** que desempenham um papel fundamental na conformação do imaginário social, sobretudo no que diz respeito às concepções sobre saúde. Apresentando uma “visão mágica” da ciência, onde a argumentação é substituída pelo apelo à autoridade dos cientistas.

Um exemplo bastante recente da ação conjunta desses dois últimos “motores” são as séries de conteúdo médico lançadas por um programa de televisão veiculado nas noites de domingo com apresentação por um colega médico nacionalmente conhecido, que abordou diversos temas como tabagismo, hepatites, obesidade e diabetes. Na semana cuja temática foi a diabetes mellitus, umas das falas do programa foi sobre a responsabilidade das gestões municipais de prover, para todos os usuários com diagnóstico de diabetes, aparelhos para aferição de glicemia capilar em domicílio. Tal fato colocado como um direito de todo paciente diabético garantido por lei. O único fato não mencionado é o de que os municípios não recebem nenhum tipo de repasse financeiro (estadual ou federal) para realização de tal atividade. Na segunda-feira seguinte, o número de pacientes que procuraram as USFs de Piraí com o objetivo de fazer “valer seu direito” foi interessantemente significativo.

Camargo Jr. discorre ainda sobre a possibilidade de a medicalização ser também traduzida pela produção de um tipo específico de conhecimento que, justificadamente ou não, aumenta as possibilidades de intervenção dos agentes de saúde; o que configura a indústria do conhecimento (2009).

Nesta indústria, há uma organização complexa envolvendo em especial as indústrias farmacêuticas e de publicação, capazes de gerar e disseminar conhecimento capaz de atender à lógica econômica de ambas. Por um lado, o conhecimento especializado, visto como sujeito à permanente expansão e mutação, torna-se ele próprio mercadoria, valorizada e, portanto, cara. E este conhecimento se torna o motor da utilização (e da justificativa de preços igualmente elevados) de medicamentos novos, ou nem tanto. Esta lógica é ao mesmo tempo beneficiária e provocadora da insegurança de médicos, que se sentem pressionados a

consumir o “novo” conhecimento continuamente, sob pena de tornarem-se ultrapassados, obsoletos (CAMARGO JR, 2009).

Quando olhamos para o cenário atual do sistema de saúde no município de Piraí, para a forma como a demanda por serviços de saúde se apresenta, pensamos na hipótese levantada por Tesser de estarmos funcionando como uma “poderosa força medicalizadora”, influenciando os usuários Piraienses a se moldarem a um sistema gerador de dependências e não estimulador da autonomia do indivíduo no que diz respeito ao auto-cuidado (2006).

Nos questionamos de que forma temos, ou não, interferido de forma a contribuir para que a população a qual assistimos seja cada vez mais demandadora por cuidado (e friso aqui a busca por cuidado no serviço de emergência) e cada vez menos ativa no processo de elaboração do seu auto-cuidado.

Ou ainda, o quanto dessas demandas pelo serviço hospitalar são na verdade uma forma encontrada (e/ou ensinada) de buscar soluções para pendências que nem sempre se constituem em “problemas de saúde”.

Nesse contexto, a discussão sobre medicalização surge com o objetivo de incrementar, reinventar e/ou resgatar a autonomia das pessoas em saúde-doença, de forma a caminhar no sentido do reequilíbrio entre ações autônomas (realizadas pelo indivíduo ou seus pares no seu meio social autóctone) e ações heterônomas em saúde (realizadas por agentes profissionais institucionalizados - especialistas). Neste sentido, estratégias e orientações para uma atenção à saúde na rede básica, de caráter “desmedicalizante” e/ou minimizador da medicalização, tornam-se valiosas (TESSER, 2006).

2.4 A construção social da demanda

Uma questão que se soma ao cenário já citado, e que não pode deixar de ser analisada é a forma como a demanda por um serviço de saúde se constrói.

Sobre o conceito de construção social da demanda, Camargo Jr. descreve como sendo resultante de um processo de negociação, culturalmente mediado, entre atores representantes de diversos saberes e experiências. Essa concepção, em comparação com o conceito de “necessidades de saúde”, traz uma vantagem importante: não há distinção entre demanda “real” e “falsa” ou “fabricada”; a partir do momento em que se enuncia aos serviços de saúde um pedido de intervenção, está estabelecida a demanda (2005).

E ainda sobre o processo de mediação, o mesmo autor descreve uma série de referências que devem ser levadas em conta no processo de interação do CMI e seus usuários, como parte integrante da construção de uma demanda:

- processos biológicos enquadrados pela biomedicina no seu inventário de doenças;
- os diversos arsenais técnicos e teóricos criados para enfrentá-las;
- as experiências corporais e subjetivas dos sujeitos (seu sofrimento);
- as representações socioculturais sobre saúde e doença;
- os quadros de referência social (e jurídicas sobre direitos e deveres das pessoas com problemas de saúde e dos profissionais encarregados de atendê-las).

Não podemos deixar de salientar que, na grande maioria das vezes, a decisão de buscar um serviço de saúde e submeter-se a ele é do usuário, ou ao menos daqueles que o cercam. O que nos faz entender que sem o convencimento do usuário final, as tais “necessidades” jamais se materializarão em demandas por cuidado (CAMARGO JR., 2005).

A essa ideia podemos unir o processo vigente de medicalização da vida, e imaginar o quanto esse processo interfere na tomada de decisão final do usuário ou daqueles que o cercam.

Novamente, voltamos ao conceito de Conrad quanto ao termo medicalização não ser valorativo, ou seja, os processos de medicalização podem ser negativos ou positivos; para darmos um exemplo de como esses temas se entrelaçam, voltaremos a estória do programa de televisão já citada anteriormente. Podemos dizer que os usuários diabéticos que procuraram as USFs na semana seguinte ao programa, possivelmente, foram influenciados pelo mesmo e não o teriam feito caso não tivessem assistido ao programa. Ou seja, uma estratégia (que pode ser associada ao complexo médico-industrial) logrou êxito ao convencer o usuário (sem considerar a relação custo X benefício e/ou a indicação clínica, que vai além do simples diagnóstico de diabetes) a enunciar uma demanda por cuidado; no caso, a aquisição de um equipamento para realização de um procedimento (aferição de glicemia capilar), que isoladamente não é capaz de gerar cuidado ou proteção da saúde.

Franco e Merhy (2005) comentam três aspectos interessantes sobre a demanda, o primeiro vem das afirmações de Baremlitt (1992) nas quais diz que a demanda se constrói a partir da oferta, ou seja, ninguém demanda algo que sabe que não pode ser obtido no serviço de saúde. O que a princípio parece óbvio, mas certamente, nem sempre é entendido pelos profissionais da gestão e dos que prestam a assistência direta.

O segundo diz respeito ao fato de que a demanda para um determinado serviço de saúde se constrói a partir da não realização de certas necessidades, por outros serviços.

O terceiro aspecto importante é o fato de os usuários associarem a solução de seus problemas de saúde a certos produtos realizados pelo serviço, como, por exemplo, atribuindo ao procedimento em si mesmo a satisfação de necessidades. Como se um exame qualquer tivesse a propriedade natural de proteger a saúde das pessoas. Posso dizer que entre os pacientes que tenho atendido, essa ideia é muito comum e bastante presente, isto é, o usuário forma uma imagem que coloca no procedimento toda a expectativa de ser cuidado e protegido, quando na realidade, este é um recurso limitado, pois ele é apenas uma parte de um complexo processo produtivo da saúde (FRANCO; MERHY, 2005).

Na minha concepção, essa forma de pensar também acaba por “proteger” o usuário da prática de qualquer ação outra como medida de auto-cuidado ou corresponsabilidade pela sua saúde. Seu único papel nessa função é o de pedir pelo exame/procedimento e nada mais; não sendo necessário parar de fumar, perder peso, mudar hábitos alimentares, rever a forma como reage aos problemas diários... enfim, o exame resume em si o ato de “se cuidar”. Atitude frequente nos dias de hoje.

Baseados nos aspectos citados, Franco e Merhy discorrem sobre o conceito de construção imaginária da demanda, partindo do pressuposto de que a associação do procedimento com a satisfação de necessidades dos usuários é uma construção imaginária, inventada, fruto de um deslocamento de sentido, onde símbolos já disponíveis são investidos de outras significações que não suas significações normais ou reais (2005).

Essa construção imaginária do procedimento leva à produção imaginária da demanda, isto é, pressupõe-se que a imagem que se cria do que o procedimento é capaz, induz o usuário a demandar o procedimento e não o cuidado. Como se o procedimento fosse todo o cuidado, e não a atenção da equipe de saúde, é como se o exame o bastasse. Ao demandar o procedimento ele está acessando em nível imaginário, aquele universo simbólico que dá significado amplo ao procedimento, atribuindo-lhe uma potencialidade que ele não tem, que é a de produzir o cuidado por si mesmo.

Este simbólico que dá significado ao exame/procedimento opera também no nível dos trabalhadores de saúde, que têm embutidos em si o modelo “médico hegemônico, produtor de procedimentos”.

Há, desta forma, uma produção imaginária da oferta, no mesmo sentido, alimentada pelo modelo tecnoassistencial que induz ao alto consumo de procedimentos. Vamos percebendo, portanto, que a produção imaginária da demanda é uma reconstrução sóciohistórica e tem sua origem no modo como foram constituídos os modelos tecnoassistenciais para a saúde.

O que se caracteriza como um ciclo vicioso. Tornando impreterível para o seu término que uma das partes envolvidas opte por impedir essa “cadeia de transmissão” de informação.

Ainda quanto a discussão sobre demanda em saúde, tendo em vista que hoje o atendimento à demanda espontânea é dos maiores entraves de organização das USF, o Ministério da Saúde, no caderno de atenção primária de nº 28, intitulado: atenção à demanda espontânea na APS (2010), faz uma discussão sobre a organização da rede de saúde afirmando que a Atenção Primária/Saúde da Família deve se constituir como primeiro contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde, contribuindo para a sua organização e atuando de forma integrada com os demais níveis de atenção. Esse contato não significa simples meio de encaminhamento aos demais níveis de atenção, pois, pelo fato de a Atenção Primária/Saúde da Família fazer parte de uma rede de atenção de cunho integral e longitudinal, mesmo quando referenciada a outro nível de atenção, continua sendo corresponsável e principal referência para a população adstrita.

Sendo assim, torna-se necessário refletir sobre o acesso da população de Pirai aos serviços de saúde, e os possíveis fatores que possam favorecer ou dificultar a entrada do usuário na ESF, como: número de usuários por equipe, organização da demanda, localização do estabelecimento, horários e dias de atendimento, infra-estrutura adequada para o atendimento de demanda espontânea, entre outros.

Em alguns serviços ainda é possível identificar práticas que resultam em restrição do acesso da população, com filas para o atendimento, distribuição de senhas, atendimento por ordem de chegada sem avaliação de risco e vulnerabilidade e o não acolhimento das urgências nas unidades de saúde. Muitas vezes, os serviços são organizados a partir da oferta limitada de ações de saúde, sem levar em conta as reais necessidades da demanda, deixando de acolher as situações de urgência na APS, comprometendo sua resolutividade.

Como já descrito anteriormente, temos que levar em conta que o atendimento à demanda espontânea e o acolhimento às urgências em uma UBS/USF diferencia-se do atendimento em uma unidade hospitalar, tendo a atenção básica uma imensa vantagem no atendimento dessa população, isso na nossa visão quanto planejamento e organização da rede de serviços. O que é necessário compreender é o quanto essa população entende desses conceitos e o quanto ela os considera importante na hora da busca pela resolutividade de seus problemas/e ou problemas de saúde.

Ressaltamos também que o debate sobre demandas de saúde é recorrente na discussão sobre planejamento em saúde e decorre da necessidade lógica de se organizar objetivos para a intervenção que justificarão o curso de ação escolhido (CAMARGO JR., 2005). Dessa forma,

no exemplo de Pirai, vemos que é necessária a compreensão dos fatores que envolvem a construção social dessa demanda pelo serviço de saúde para que se possa planejar de forma coerente, minimizando perdas e maximizando resultados na qualidade de vida dessa população.

Apesar da ênfase dada à lógica territorial no processo de reorientação do modelo assistencial e da definição da atenção básica como porta de entrada do sistema, os usuários vêm demonstrando preferência por prontos-socorros e hospitais. Para tentar entender esse comportamento nos propomos a estudar a demanda pelo serviço de emergência como forma de primeiro atendimento, ou porta de entrada, dos nossos usuários no sistema de saúde.

Questionamos se a atual organização da demanda e oferta de serviços de saúde no município de Pirai se encontra arraigada no assistencialismo e na medicalização, e algo distante de encontrar planejamento e execução de ações que visem promover saúde a sua população. E ainda como a atual organização dos serviços de saúde promove a medicalização desta população e demanda por serviços de emergência como porta de entrada para a rede de serviços.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Compreender como se dá a dinâmica da demanda por serviços de saúde no município de Piraí, e a sua relação com o processo de medicalização da vida.

3.2 Objetivos específicos

- a. Analisar a demanda de usuários pelo serviço de urgência/emergência hospitalar como primeiro atendimento (ou porta de entrada);
- b. Compreender se e como o processo de medicalização se relaciona com o processo de tomada de decisão dos usuários pelo serviço de saúde;
- c. Compreender por quê os usuários tem preferência pelo serviço hospitalar, como porta de entrada, em detrimento das USFs.

4 METODOLOGIA

A pesquisa, para Minayo, é a atividade básica da ciência na sua indagação e construção da realidade (1994). Embora seja uma atividade teórica, a pesquisa advém da prática, já que nada pode ser intelectualmente um problema, se não tiver sido, em primeiro lugar, um problema na vida prática. Dessa forma justifica-se a escolha do acesso ao serviço de urgência/emergência como tentativa de se compreender melhor, pelo menos uma parte, da construção da demanda por serviços de saúde no município de Piraí.

Quanto à metodologia utilizada, do ponto de vista de sua natureza, essa pesquisa é do tipo pesquisa aplicada, pois objetiva gerar conhecimentos para aplicação prática dirigidos à solução de problemas específicos. No caso, gerar conhecimentos capazes de produzir intervenções que visem o aumento da vinculação à atenção básica como porta de entrada ao serviço de saúde e ajudem a reduzir a demanda pelo serviço hospitalar.

Quanto à forma de abordagem do problema, essa é uma pesquisa qualitativa: consideramos que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, isto é, entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito que não pode ser traduzido em números (TOBAR, 2004). Podemos justificar tal escolha ainda pelo fato de a pesquisa qualitativa trabalhar com significados, motivos, aspirações, crenças, valores, e atitudes (MINAYO, 1994), dados que não podem ser quantificados e não são adaptados aos modelos matemáticos.

Do ponto de vista de seus objetivos, assume a forma de pesquisa exploratória já que visa identificar os fatores que determinam ou contribuem para a ocorrência dos fenômenos.

Do ponto de vista dos procedimentos técnicos, é do tipo levantamento, pois envolveu a interrogação direta das pessoas cujo comportamento se desejava conhecer.

Entre os diversos tipos de entrevistas existentes, selecionamos a entrevista semi-estruturada. A opção por essa técnica de coleta justifica-se por proporcionar ao entrevistado a oportunidade de falar livremente sobre suas experiências e, ao mesmo tempo, não perder o foco no assunto de interesse. As entrevistas foram realizadas até que não foram mais detectadas novas unidades de significação, indicando a saturação do material. Todas as entrevistas foram gravadas em aparelho de MP3, e as gravações foram então transcritas constituindo os documentos a serem analisados.

Os sujeitos são 51 usuários do Sistema Único de Saúde residentes no município de Piraí, que procuram o serviço de urgência/emergência do Hospital Flávio Leal, no período de três de agosto à dezoito de setembro de dois mil e onze, buscando atendimento médico adulto,

maiores de 18 anos, tendo o Sistema Único de Saúde como plano de Saúde, que não foram formalmente referenciados pelas Equipes de Saúde da Família de origem (entende-se por referência o preenchimento e envio da guia de referência e contra-referência disponível nos serviços. Foi feita esta distinção por entendermos que os usuários que foram encaminhados pela equipe tiveram a atenção básica como porta de entrada e coordenadora do cuidado na rede de serviços), e que não apresentavam impedimento cognitivo ou de estado geral para participação na entrevista.

Foram excluídos da pesquisa: usuários não moradores do município de Pirai, gestantes, menores de 18 anos, usuários que não tiveram o SUS como plano de saúde, adultos que acessaram o serviço buscando atendimento para crianças, usuários que acessaram o hospital através de encaminhamento formal de alguma equipe da ESF e usuários que apresentavam algum tipo de impedimento cognitivo ou de estado geral (em todos os momentos foi solicitado à equipe do plantão que indicasse os pacientes sem problemas de extrema gravidade para realização das entrevistas).

Foram observadas as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, conforme a resolução 196/96. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social Universidade Estadual do Rio de Janeiro (ANEXO).

Foi confeccionada uma ficha de identificação do entrevistado contendo os seguintes dados: sexo, idade e bairro de moradia.

A abordagem ao entrevistado consistiu na observação do mesmo desde a sua chegada à recepção do Hospital Flávio Leal (momento em que é feito preenchimento de cadastro para produção do boletim de atendimento médico) e na entrevista (APÊNDICE B) realizada após o término do atendimento médico. A entrevista foi gravada mediante autorização e assinatura do entrevistado no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A).

A ideia inicial era realizar as entrevistas em uma sala feita de divisórias (que foi construída para realização de triagem de pacientes que procuravam espontaneamente o serviço de urgência/emergência; na ocasião, esse procedimento era feito por um médico de família), na sala de espera ao lado do balcão da recepção; de forma que eu conseguiria abordar os pacientes após o término do atendimento quando os mesmos já estavam caminhando para a saída do hospital; mas sem acompanhar nenhuma parte do processo de atendimento ou ter grande contato com a equipe do plantão.

No primeiro dia de entrevistas, essa foi a metodologia utilizada. No segundo dia me deparei com uma dificuldade: a sala citada foi “demolida”! A partir daí tive que realizar as

entrevistas dentro do salão de atendimento da emergência, revezando entre os boxes de atendimento e leitos de observação vazios. Tal fato pode ter prejudicado um pouco a privacidade dos entrevistados, mas isso não pareceu afetar o padrão das respostas (quando comparadas com as do primeiro dia). Um ponto positivo foi a aproximação com a equipe do plantão, gerado pela mudança de local da realização das entrevistas. Toda a equipe passou a se interessar mais pelo processo das entrevistas e pelo tema da pesquisa. Pude conversar com a maioria dos médicos plantonistas e acompanhar diretamente como se dava o atendimento.

Entre as formas de tratamento de dados em estudos qualitativos, a análise de conteúdo é uma das mais utilizadas; Bardin a define como um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando 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 (1974).

Entre as diversas técnicas de análise de conteúdo, a opção pela análise temática mostra-se uma das mais adequadas para o tratamento de dados qualitativos em investigações de saúde; por isso, a nossa opção.

5 RESULTADOS

A palavra é metade de quem escreve e metade de quem lê.

Carlos Drummond de Andrade

Ao alcançarmos o número de 56 entrevistados constatamos que a amostra já apresentava saturação quanto ao padrão de respostas. Apenas cinco entrevistas foram excluídas por não se encaixarem em algum dos critérios de inclusão:

Entrevistado 1 - usuário não morador do município de Pirai

Entrevistado 13 - usuário não morador do município de Pirai

Entrevistado 22 - usuário menor de 18 anos

Entrevistado 30 - usuário acessou o serviço através de plano de saúde do sistema complementar

Entrevistado 39 - usuário referenciado pela EqSF de origem

Os sujeitos participantes do estudo foram caracterizados segundo sexo, idade, unidade de saúde da família de referência e caracterização de sua queixa principal. A tabela contendo a caracterização dos sujeitos encontra-se no APÊNDICE C.

Na procura pelo entendimento das questões (razões) relacionadas ao processo de escolha dos usuários pelo serviço de urgência/emergência do HFL, durante o processo de tratamento dos dados, segundo a análise de conteúdo foram eleitas categorias expressas a seguir:

Tabela 2 - Descrição das categorias de análise. Fonte: Pesquisa de campo.

CATEGORIA	DESCRIÇÃO
ATENDIMENTO IMEDIATO	Trata da vontade expressa pelos entrevistados de receberem atendimento assim que chegam à unidade de saúde, ou seja, que não haja tempo de espera entre a chegada e o atendimento; e que o próprio atendimento também seja rápido, prestado com agilidade.
CERTEZA DO ATENDIMENTO	Dois aspectos são ressaltados dentro dessa categoria: a certeza de acesso à consulta médica no hospital (pela presença do médico 24 horas por dia na unidade), e a incerteza de acesso à consulta médica na USF (pela ausência do MFC, necessidade de agendamento, etc).
AGENDAMENTO COMO BARREIRA	Fala dos entrevistados sobre a “obrigatoriedade” de agendamento prévio de consulta para ser atendido na USF (funcionamento baseado apenas no cuidado programado/continuado) enquanto no hospital o atendimento “é garantido”.
SERVIÇO DE REFERÊNCIA	O Hospital (em comparação com a rede) aparece como o serviço de referência de alguns usuários para atendimentos considerados pelos mesmos como de “urgência/emergência”, e para outros (principalmente aqueles residentes a pouco tempo no município e para a população flutuante) a instituição hospitalar é considerada como referência de serviço de saúde.
QUALIDADE	Entrevistados relatam que procuraram o hospital por o considerarem um serviço de qualidade superior (não necessariamente em comparação com as USF do município de Pirai). Essa qualidade também parece se relacionar com a possibilidade de um atendimento “mais

	completo” pela existência de tecnologia dura no local, pela crença de que os médicos são mais capacitados e pela comparação com experiências vivenciadas em outros serviços hospitalares em outros momentos.
DESCONHECIMENTO	Alguns entrevistados parecem desconhecer o funcionamento da rede de serviços de saúde (desconhecem a ESF, desconhecem que há uma USF de referência para o local onde reside; fato muito comum entre a população flutuante); e ainda desconhecem os fluxos de referência e contra-referência no atendimento (alguns acreditam que só terão acesso a USF quando encaminhados pelo hospital).
TRABALHADORES	O município de Pirai tem muitas fábricas, e uma parte considerável desses empregos é preenchido por profissionais não residentes no município, o que gera uma população flutuante que não conhece o sistema de saúde, mas que acessa o mesmo com certa frequência. Além disso, a procura por atestado médico como legitimação do afastamento do trabalho tem avolumado a demanda pelo serviço hospitalar.

Dentre as categorias encontradas no processo de codificação foram analisadas extensivamente as de maior incidência, a saber: atendimento imediato, certeza do atendimento e agendamento como barreira. Realizamos descrição dessas três categorias individualmente, mas, como mostra o fragmento a seguir, não podemos deixar de ressaltar que elas estão intimamente relacionadas e uma perpassa a outra.

Entrevistador: ... E o que é que levou a senhora a procurar a emergência do hospital?

Entrevistada: É porque o postinho tem que agendar, né, então ia demorar mais ainda. Eu estou desde quinta-feira febril, com infecção de garganta; aí vim me embora na sexta; só que, sexta, agravou o meu problema, eu tive um febrão tão grande, parecia que eu... Sabe aquela febre de esquentar mesmo? Eu não conseguia nem sair da cama; sexta, sábado e domingo... desde o dia que cheguei do trabalho, estou deitada; hoje que eu consegui levantar pra ir embora trabalhar, só que eu fui, não consegui ficar; aí voltei pra vir no médico.

Entrevistador: E aí então a senhora nem pensou em procurar o PSF, a senhora veio direto aqui, na emergência.

Entrevistada: Direto na emergência. Vim direto na emergência, porque o postinho ia demorar mais ainda, né, você agendar; de repente, hoje, o médico poderia estar atendendo; um encaixe, não ia ter encaixe, um negócio assim. Aí eu preferi descer na rodoviária, e vim procurar a emergência.

Entrevistador: E a senhora acha que essa situação de hoje é uma situação de emergência, que a senhora está passando?

Entrevistada: Bom, até sábado, eu creio que fosse muito urgente, sabe, mas eu vim aqui mesmo pra não estar correndo o risco de chegar lá, no postinho Y – que a minha área é no bairro Y –, chegando lá, estar correndo o risco de não ter vaga, e eu ter que caminhar de novo de lá até aqui, entendeu? Só por isso.

Entrevistador: E quando a senhora pensou em vir pra cá, o que é que a senhora esperava encontrar? Qual que era a sua expectativa com relação ao atendimento?

Entrevistada: Ah, menos demorado, né? O nome já diz: emergência, né? Mas demorou muito, né? (Entrevista 21)

Deve-se ter em mente que a população escolhida como alvo do estudo e o momento de abordagem também poderiam fornecer certo viés à pesquisa, já que foram realizadas entrevistas apenas com usuários que procuraram o serviço de urgência/emergência hospitalar; uma hipótese seria que, se tivessem sido feitas abordagens a usuários nas USFs, os resultados

poderiam ser diferentes. Talvez os usuários abordados nas USF apresentem um vínculo maior com a mesma e referências diferentes sobre esse serviço e o serviço hospitalar. Dar resposta definitiva a estas questões, contudo, é tarefa para estudos ulteriores.

Além das categorias propostas acima outros resultados foram encontrados e serão discutidos, de forma mais breve, a seguir.

Dentro do universo das 51 entrevistas válidas, a maioria dos entrevistados foi do sexo feminino:

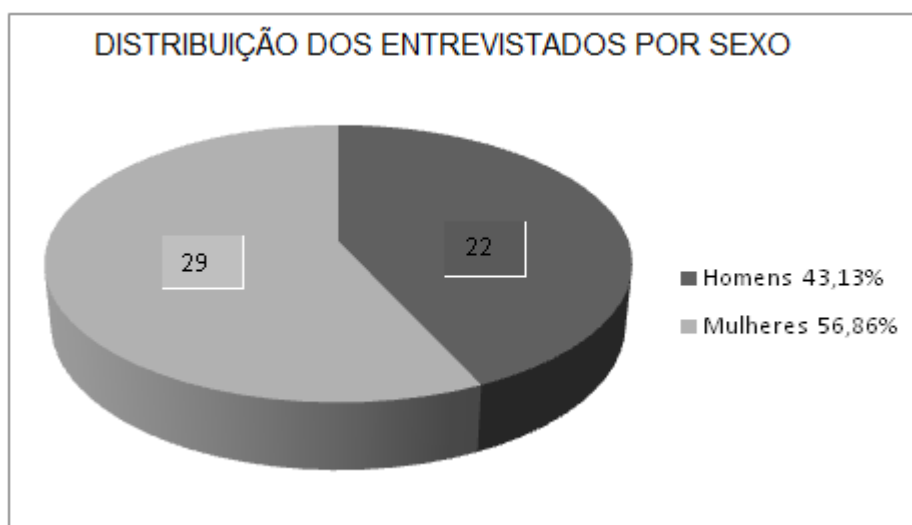


Figura 5 - Distribuição dos entrevistados por sexo. Fonte: Pesquisa de campo.

A idade dos entrevistados variou entre 18 e 81 anos, com mediana de 33 anos, média 38,7 anos (DP 16,2).

A maioria dos entrevistados (84,3%) se encontra na faixa etária da População Economicamente Ativa, idade entre 20 e 59 anos. Embora este estudo, em função da metodologia adequada, não possa caracterizar adequadamente a demanda por atenção médica de urgência, o perfil etário observado nos entrevistados indica a possibilidade de repercussões econômicas significativas, por conta do absenteísmo laboral. Adicionalmente, a frequente solicitação de atestados médicos para justificativa de afastamento temporário do trabalho tem também repercussões na demanda por serviços de saúde e por benefícios sociais, o que demandaria estudo específico para seu dimensionamento.

Como descrito anteriormente na caracterização do campo, a ESF em Pirai está dividida em 10 unidades (a saber: Santanésia, Rosa Machado, Ponte das Laranjeiras, Casa Amarela, Centro, Cacaria, Ribeirão das Lajes, Jaqueira, Varjão e Arrozal); ao território geográfico pelo qual cada uma delas é responsável, damos o nome de área de abrangência.

Neste contexto, vemos que a maioria dos entrevistados relatou residir na área de abrangência de apenas duas unidades: Centro e Casa Amarela; que vêm a ser as duas unidades mais próximos ao Hospital Flávio Leal (vide figura 3).

Não foram entrevistados moradores das áreas de abrangência das unidades de Santanésia, Rosa Machado e Arrozal. Vale a pena ressaltar que o distrito de Arrozal conta com uma unidade de Pronto-Socorro, com atendimento médico 24 horas; e os distritos de Santanésia e Rosa Machado estão a aproximadamente 30 e 25 Km do HFL, respectivamente.

Trabalhei na USF de Santanésia e percebi que um número considerável dos moradores dessa área tem o município vizinho (Barra do Piraí) como referência para muitas questões: compras, transações bancárias, supermercados e também assistência médica de urgência/emergência; por considerarem tal município mais “perto” do que o próprio centro da cidade de Piraí.

Dessa forma, vemos que a proximidade da residência dos entrevistados com o hospital parece ser um fator facilitador do acesso e relacionado ao processo de escolha pelo serviço hospitalar.

“Hoje, eu cheguei com muita, muita, muita, muita dor mesmo devido ao tombo que eu levei, tá, mas, graças a Deus, agora eu estou bem aliviada.” (Entrevista7)

“Uma dor muito forte na coluna.” (Entrevista 44)

“Muita dor de cabeça e coriza.” (Entrevista 50)

Quanto a caracterização da queixa principal dos usuários entrevistados, a que apresentou maior ocorrência foi a DOR, e entre todos os relatos a lombalgia aparece como o tipo de dor mais frequente. Alguns dados da literatura mostram que a dor lombar tem incidência anual de 15%, e prevalência ao longo da vida de 60 a 90%, sendo responsável por um terço dos custos de indenizações a trabalhadores, e respondendo por custos médicos diretos de mais de trinta e oito bilhões de dólares por ano, nos Estados Unidos. Ainda, cerca de 90% dos casos de dor lombar não tem uma causa prontamente identificável (SOUTH-PAUL, J.E.; MATHENY, S.C.; LEWIS, E.L., 2010). Tais dados demonstram a importância do manejo adequado dessa entidade nosológica no âmbito do acolhimento à demanda espontânea pelas Equipes de Saúde da Família.

“Mas lá não tem Raio-X; aí eu peguei e vim direto pra cá, direto.”(Entrevista 15)

“O que eu estava sentindo? Estava sentindo muita dor assim, e queria bater um Raio-X, porque eu fiquei com medo.” (Entrevista 45)

“Ah, porque aqui tem um sistema todo dentro do hospital: tem medicamento; tem os enfermeiros; se precisar ficar internado, já fica de uma vez. Lá, no postinho dentro do bairro, é só um postinho; se você precisar sair de lá, você tem que vir de ambulância, tem que vir pra cá, é mais demorado.” (Entrevista 2)

Ao contrário da idealização que os pacientes apresentam sobre a “necessidade” de realização de exames complementares e/ou de atendimento por médico especialista como um qualificador do processo de diagnóstico e tratamento das demandas em geral, à minoria dos entrevistados foi solicitado algum tipo de exame complementar durante o atendimento: apenas 9,80% do total; e apenas um de todos os entrevistados precisou ser encaminhado para avaliação por algum médico especialista (no caso, um médico cirurgião geral). A nenhum dos entrevistados foi indicada internação hospitalar e tampouco algum deles necessitou de período de observação no setor de urgência/emergência maior que 2 horas. Tais dados sugerem que a maioria dos atendimentos realizados não requereram um nível de complexidade além do que a estrutura das EqSF apresentam, ou seja, a maioria não necessitou de tecnologia dura e/ou intervenção por outros níveis de atenção (secundária ou terciária) para a sua resolutividade.

Esse dado também nos remete à discussão sobre o entendimento da população quanto à reorientação do modelo de atenção, proposta pela implantação da ESF a todo o município nos últimos dez anos, e às atribuições de cada nível de atenção. Até agora, o cenário que se apresenta, é um onde alguns conceitos relacionados à mudança do modelo de atenção ainda não foram incorporados plenamente pelos usuários, como: ESF como porta de entrada preferencial e coordenação do cuidado, territorialização, vínculo, longitudinalidade do cuidado, acolhimento à demanda espontânea e fluxos de referência e contra-referência.

Além disso, tal resultado vai ao encontro do conceito de construção imaginária de Franco e Merhy. Ao atribuir ao exame/procedimento funções que ele não tem, o usuário está atuando por representações simbólicas, formando o que é conhecido como construção imaginária do objeto, no caso, o procedimento (2005). Como se a realização daquele exame viesse a proteger sua saúde, trazer-lhe satisfação, atender suas necessidades, esta é a produção imaginária que faz com que haja demanda pelo procedimento, mesmo não havendo necessidades que justifiquem seu consumo. Essa construção parece colocar a APS em posição inferior aos outros níveis de atenção, e incitar a demanda do usuário pelo serviço hospitalar.

Nos fragmentos citados anteriormente, podemos notar que essa construção imaginária se relaciona intimamente com o processo de medicalização. Onde a construção dessa demanda passa: pela influência da lógica de consumo (a necessidade de se consumir um procedimento entendida como forma de “se cuidar”), pela influência dos meios de comunicação (que muitas vezes levam os indivíduos ao entendimento que o exame “mostra”

algo que não poderia ser diagnosticado sem ele), pela influência da publicidade feita pelas indústrias farmacêuticas e equipamentos médicos, entre outros.

“Não, eu não estava em casa, eu estava... Eu fui na Caixa Econômica; depois eu fui na farmácia; depois eu fui no Fórum; depois eu fui tirar xerox; depois fui... aí vim pra cá, pra pegar esses exames que estão aqui. Aí fica difícil precisar o tempo que eu gastei de lá [casa] pra cá [hospital].” (**Entrevista 7**)

“Aí a minha filha estava passando mal, eu resolvi vir com ela, e falei: ‘Vou aproveitar pra me consultar também’. Aí me consultei...” (**Entrevista 33**)

“Olha, justamente por isso, porque o meu tempo livre é agora, de tarde; como eles podem me atender na emergência, então... eu resolvi procurar um médico; porque amanhã eu não posso procurar o médico, amanhã de manhã.” (**Entrevista 31**)

Na fala de alguns pacientes pode-se notar que a procura pelo atendimento no hospital foi apenas mais um dos afazeres programados para o dia, como que encaixado entre outras tarefas; ou ainda uma questão de oportunidade, como exemplificam os fragmentos acima. O funcionamento 24 horas e a ausência de avaliação de risco ou vulnerabilidade ou uma simples triagem dessa demanda que se apresenta ao serviço de urgência/emergência parece facilitar esse processo.

Podemos dizer que essa “oportunização” da demanda encontra refugio no aspecto de que a demanda se constrói a partir da oferta, ou seja, ninguém demanda aquilo que sabe que não pode ser obtido no serviço de saúde (FRANCO; MERHY, 2005). Ou seja, saber que há um serviço com portas totalmente abertas, oportuniza a enunciação de uma necessidade de saúde, quer essa seja verdadeira ou falsa, já que não há uma avaliação prévia à prestação do atendimento.

A entrevista número 7 parece representar bem o quanto essa “oportunização” da demanda também se relaciona com o processo de medicalização, vejamos os seguintes fragmentos:

Entrevistador: E como é que a senhora chegou aqui, no hospital, hoje?

Entrevistada: Hoje? Hoje, eu cheguei com muita, muita, muita, muita dor mesmo devido ao tombo que eu levei, tá, mas, graças a Deus, agora eu estou bem aliviada.

Entrevistador: Mas com qual meio de transporte que a senhora veio pra cá?

Entrevistada: Não, eu vim andando... Vim a pé, chorando...

Entrevistador: Quanto tempo da sua casa até aqui?

Entrevistada: Não, eu não estava em casa, eu estava... Eu fui na Caixa Econômica; depois eu fui na farmácia; depois eu fui no Fórum; depois eu fui tirar xerox; depois fui... aí vim pra cá, pra pegar esses exames que estão aqui. Aí fica difícil precisar o tempo que eu gastei de lá pra cá.

Para CAMARGO JR. (2007), a medicalização pode ser entendida como o ocultamento de aspectos conflitivos das relações sociais, pela sua transformação em problemas de saúde, assim como, pela expropriação da capacidade de cuidado das pessoas tornando-as dependentes do cuidado dispensado por profissionais. Essa entrevistada relata ter dor crônica devido a uma hérnia discal, o que inicialmente parece ser o motivador pela busca ao serviço de saúde naquele dia. Mas, ao mesmo tempo, a própria fala demonstra que o atendimento médico parece ter sido apenas mais um dos afazeres programados para o dia, oportunizado pela ida ao Hospital para pegar um resultado de exame. Ou seja, estas ideias se misturam de forma quase que inseparáveis, retro-alimentadas e retro-influenciadas.

É praticamente impossível afirmar quando o fator motivador para a construção da demanda é a dor, quando passa a ser a dependência do cuidado médico ou ainda, quando é o fato de “já estar por perto”.

“Ah, pra marcar dentista, preventivo, pra fazer esses exames de rotina, então, tem que ser feito pelo posto, não por aqui.” (Entrevista 34)

“Eu procuro, entendeu, pra marcar médico de saúde de lá; aí a gente tem que procurar lá pra fazer a consulta de sempre [rotina], exames...” (Entrevista 17)

“Pra vacinação, assim, marcar exame, consulta; essas coisas assim, eu sempre procuro lá; o médico da família marca, e a gente vai lá fazer essas coisas assim.” (Entrevista 2)

“A hipertensão; eu procuro mais [a EqSF] por causa da hipertensão... pro tratamento da hipertensão.” (Entrevista 12)

“Ah, ginecologista, essas coisas assim, mais específicas, que é o caso de ginecologista, ou encaminhamento; que, vamos supor, passou aqui [no serviço de urgência/emergência], aí aqui eles dão encaminhamento, né, igual otorrino, essas coisas; aí tem que ser lá no posto.” (Entrevista 23)

“Quando é uma coisa que você está sentindo assim, que dá pra esperar, aí a gente vai lá [em referência à USF] e marca lá.” (Entrevista 8)

Quando os entrevistados foram questionados sobre em que situações procuram a EqSF de referência, a maioria dos pacientes descreveu um determinado grupo de procedimentos como constituintes da relação de serviços prestados pela Atenção Primária : atendimento odontológico, vacinação, realização de exame preventivo do câncer cervico-uterino, realização de exames complementares considerados de rotina (“check up anual”), consultas médicas agendadas e/ou consideradas de rotina, solicitação de encaminhamento a médicos especialistas e tratamento de doenças crônicas (principalmente hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus); mas na maioria das falas fica bastante claro a necessidade de agendamento para realização destas atividades.

Esse resultado nos mostra que, para os usuários, dois conceitos parecem estar bem estabelecidos: que algumas atividades da ESF, ou seja, parte da relação de serviços prestados pela Atenção Primária, já é referência para a população; e ainda que dentro da mesma o atendimento à demanda espontânea (ou a demandas consideradas como de urgência/emergência) não está incluso.

“Lá [fazendo referência a USF], geralmente, pra ser atendido tem que ter pedido pra ir pra lá. Por exemplo, ela está com um resfriadozinho; ela vem aqui [em referência ao serviço de urgência/emergência]; aí o médico vê que é um caso de emergência, eles atendem. Então, se ela quisesse ver o resfriado através da consulta, tem que vir aqui pra eles pedirem uma consulta pra ser feita lá, no PSF, entendeu?” (Entrevista 9)

“Assim, quando eu venho me consultar aqui [em referência ao Hospital], e mesmo aqui, na emergência, aí eles passam pra gente que tem que procurar o PSF, o médico de família; aí a gente vai lá e marca lá;... Não, não. Procurei primeiro aqui, depois que a gente vem primeiro aqui, e daqui que eles encaminham a gente pra lá.” (Entrevista 8)

“Eu não sabia o que fazer; então, a primeira coisa que eu vi foi isso, então eu vim aqui direto. Eu não sabia aonde ir.” (Entrevista 37)

Algumas falas demonstram um desconhecimento quanto ao funcionamento dos fluxos de referência/contra-referência e a porta de entrada no sistema de saúde estabelecidos no município através da implantação da Estratégia de Saúde da Família. Nessas falas, a ESF não aparece como referência de porta de entrada, nem sequer como referência de serviço de saúde para os usuários a ela adscritos.

Como o Entrevistado 37, alguns, desconhecem a existência desse dispositivo de acesso. Esse resultado nos leva, mais uma vez, a discussão do quanto a reorientação do modelo de atenção à saúde e os conceitos imbricados na mesma tem sido (ou não) incorporados pelos usuários do município de Pirai no seu cotidiano de busca por cuidados em saúde. Fica claro que o itinerário terapêutico de alguns usuários ainda não passou pela “reorientação” imposta pela mudança de modelo, o que se mostra como um dos fatores que justificam a persistência (e recente aumento) da demanda por atendimento hospitalar no município mesmo com a implantação de 100% de cobertura pela ESF.

“Ah, porque, igual eu falei, estou trabalhando, né, aí não tenho tempo pra poder ir lá, no posto, marcar. Porque eles não gostam que fique faltando o serviço; aí, eu preferi vir aqui pra eles poderem me atender mais rápido, pra mim [sic] também levar o atestado pro serviço, pra não ficar perdendo tempo, senão, é capaz de eu ser mandada embora, né, porque os patrão [sic] não entende.” (Entrevista 34)

“É que eu faltei o trabalho hoje, aí eu tinha que pedir atestado pra mim entregar amanhã; aí eu vim procurar o médico.” (Entrevista 56)

“Através dos colegas lá, de trabalho, que mandou eu vir procurar a emergência.” (Entrevista 50)

“É porque, na verdade, como eu tinha que ir lá, no posto de saúde, então eu tenho que ir cedo, mas como eu estava meio cansado, meio mal ainda, eu fiquei dormindo... e, quando eu acordei, já era quase uma hora; aí o médico estava em almoço, aí eu falei: pô, tenho que ir no hospital pra pegar o atestado.” (**Entrevista 25**)

Questões relacionadas ao tema Saúde do Trabalhador também aparecem como resultado das entrevistas (ainda que com menor intensidade). O quantitativo de empresas, ou de empregos com carteira assinada em Pirai tem levado a aumento da população flutuante; essa população permanece por pouco tempo no município e algumas vezes não conhece o funcionamento da rede de serviços de saúde, o que os faz procurar o serviço que lhes é de maior referência, o que no caso parece ser o hospital. Ou ainda, historicamente, na maioria dos municípios do país, o serviço de saúde com maior credibilidade ou tradição em atendimento (“o lugar em que a maioria das pessoas pensa em procurar quando tem alguma demanda de saúde”) são as estruturas hospitalares.

Outras questões relacionadas ao contingente de empresas são: a aparente ausência de serviço de medicina do trabalho dentro das empresas, que leva os funcionários a procurar atendimento médico (algumas vezes a pedido da própria empresa). Fora do ambiente de trabalho, nas mais diversas situações, como para realização de exames complementares para o exame admissional, na ocorrência de acidentes de trabalho e nas demandas de saúde por mudança no que o indivíduo considera como “seu estado normal de saúde”; além disso, há ainda a demanda baseada na oficialização da dispensa do trabalho por questão médica (procura por “atestado médico” para que o indivíduo não “perca o dia de trabalho”, ou seja, a remuneração).

“Não, eu nem imaginava nada. Sabe por quê? Porque eu já estou acostumada; então, a gente nem pensa mais nada, né?” (**Entrevista 20**)

“Não pensei nada, não.” (**Entrevista 14**)

“Olha, sempre fui muito bem atendida, todas as vezes que eu vim; então, o atendimento é sempre imediato; é difícil a gente chegar aqui e ficar esperando muito. E, como sempre, fui atendida bem, imediatamente, não demorou muito, já estou medicada, e estou só aguardando pra eu ir embora.” (**Entrevista 16**)

“Eu achei que ia ser rápido, e acabou sendo. Foi bem eficiente.” (**Entrevista 26**)

“Ah, eu esperava que eles fossem... sei lá, priorizassem as pessoas que estivessem com dor, ou casos mais graves, etc.” (**Entrevista 37**)

Quando questionados sobre qual era sua expectativa sobre o atendimento ao procurar o serviço de urgência/emergência, obtivemos respostas bastante diversas, mas sempre relacionadas a experiências anteriores com serviços de saúde (no município ou fora). Entre

elas, podemos destacar que as de maior frequência foram expectativas relacionadas ao tempo de espera para obter o atendimento e a ausência de expectativas.

As expectativas relacionadas ao tempo de espera estavam sempre associadas a tempo de espera pequeno, curto, ou seja, atendimento rápido e se possível imediato (tão logo o usuário adentrasse o serviço). Um entrevistado relatou que o atendimento foi mais rápido que o esperado, e que estava disposto a esperar mais caso houvesse casos mais graves do que o seu aguardando atendimento. Sugerindo que se houvesse algum tipo de “triagem” ou “avaliação de risco” que justificasse o tempo de espera isso não seria um problema.

“Porque dor, né, dor é uma emergência, né? Eu não estava me sentindo bem.” (Entrevista 12)

“Eu não sabia o que é que eu tinha, né? Então pra mim é emergência” (Entrevista 14)

“Porque, quando a gente está sentindo dor, sentindo alguma coisa, significa que a gente tem que ser tratado naquele momento; agora, quando é uma coisa que dá pra esperar, a gente faz um agendamento e vai em outro médico. No meu caso, eu estava sentindo dor, então, eu vim direto.” (Entrevista 16)

De acordo com as falas citadas a qual se encontra a temática “emergência” e “urgência”, podemos considerar, a princípio, como as situações, estados, problemas que os sujeitos avaliam como tal, independente de essa avaliação ser ou não confirmada por um diagnóstico médico. Mas, como podemos ver acontecendo repetidamente durante as entrevistas, a realidade biológica de uma doença, tal como identificada pelo especialista legítimo em atestar sua existência – o médico –, não necessariamente corresponde à realidade de quem sofre da doença; dessa forma, as palavras “urgência” e emergência” podem abrigar idéias e conceitos diferentes dependendo do prisma pelo qual se tenta conhecer seu significado.

Do universo das 51 entrevistas válidas, 91% dos entrevistados consideraram que o quadro clínico que apresentavam se constituía em uma “situação de emergência”. Os argumentos usados pela maioria dos usuários para justificar tal consideração estão principalmente relacionados com a intensidade (extremamente subjetiva) dos sintomas, com a falta de conhecimento ou habilidade para lidar com os sintomas (Entrevista 23), com o tempo de evolução do sintoma (quadros agudos) e com a possibilidade de risco de vida eminente (na avaliação do entrevistado).

Passemos agora à descrição das categorias de maior incidência.

5.1 Atendimento Imediato: “é o meio mais rápido de consulta, né...”

Fica bastante claro na fala da maioria dos entrevistados o quanto o fator tempo de espera para o atendimento influencia no processo de escolha dos mesmos pelo serviço de urgência/emergência do Hospital:

“... **Entrevistador:** E o que é que fez a senhora procurar a emergência do hospital, e não um outro atendimento?”

Entrevistado: “Porque aqui é mais rápido...” (Entrevista17)

Entrevistador: O que é que te levou a procurar a emergência do hospital?”

Entrevistado: Atendimento mais rápido.

Entrevistador: E tem algum outro motivo, além desse, do atendimento ser mais rápido?”

Entrevistado: Não. (Entrevista 24)

O desejo pelo atendimento imediato, contido na maioria das falas, não parece ter relação com a necessidade de saúde em si (no ponto de vista do usuário); já que independente do tempo de duração do sintoma ou da gravidade a ele atribuída permanece o desejo pelo atendimento “o mais rápido possível”.

A urgência pelo acesso, neste contexto entendido apenas como o ato de ingressar ou entrar no serviço, parece ser o fator que mais impulsiona os entrevistados a procurar o serviço hospitalar. Dessa forma, podemos dizer que está estabelecido para a maioria dos entrevistados que o serviço de mais rápido acesso é o hospitalar, ou seja, essa “qualidade” não é atribuída à ESF, o que a coloca em posição inferior no momento de tomada de decisão dos usuários.

Em algumas falas, a comparação com as Unidades de Saúde da Família aparece naturalmente, sendo às USFs sempre atrelado o maior tempo de espera para acesso ao atendimento:

Entrevistador: E o que é que te levou a procurar a emergência do hospital?”

Entrevistado: Ah, porque é o meio mais rápido de consulta, né, pra gente que está passando mal, em vista do que você procurar o posto, que aí tem que marcar, tipo agendar e tudo, e aqui é mais rápido de você ser consultado. (Entrevista 23)

Entrevistador: O que é que te levou a procurar o serviço de emergência do hospital, na primeira vez que você começou a se sentir mal?”

Entrevistado: Porque aqui é mais rápido. Lá, no posto, demora mais um pouquinho; às vezes não tem vaga, tem que marcar. Então, eu estava me sentindo muito mal, muita dor de cabeça, e eu vim aqui, porque é bem mais rápido; aí você chega, se você estiver muito ruim, ele atende você na hora, leva pra dentro; se você puder aguardar um pouquinho, aguarda, mas é pouca coisa. É bem mais rápido o atendimento aqui, é bem melhor, mais completo, né? (Entrevista 2)

“... **Entrevistada:** Aí, no posto, demora. Então, a gente vem aqui, que é rapidinho; eles passam remédio, dá injeção; por isso que a gente vem aqui.” (**Entrevista 6**)

Fica claro que a forma como as pessoas percebem a disponibilidade do serviço afeta diretamente a sua decisão de procurá-lo. Há embasamento teórico para o citado na descrição de Starfield (2002) sobre acesso e acessibilidade, a qual ela descreve que acessibilidade refere-se à característica da oferta, enquanto acesso é a forma como os usuários em geral percebem a acessibilidade. Ou seja, o acesso seria a forma como os usuários compreendem as características das ofertas dos serviços de saúde; e assim baseiam sua forma de utilização do mesmo.

Independente da racionalidade do serviço, cada indivíduo tem suas expectativas próprias quando aciona um serviço de saúde (baseadas em memórias coletivas sobre outras experiências com os serviços, dentro e fora do município), como descreve Camargo Jr. (2005) quanto a demanda ser construída por um processo de negociação culturalmente mediado (o que envolve um conjunto de informações acumuladas ao longo do tempo por diversos atores e repassadas aos seus pares). Dessa forma, é necessário que a gestão compreenda melhor os processos de construção dessa demanda se deseja interferir nele, pois, para a maioria dos profissionais e gestores, as vantagens de determinado modelo são muito óbvias, mas, na minoria das vezes, essa mesma vantagem é vista pelos usuários. Há que se pensar num processo de negociação mais eficaz entre as duas partes, a fim de se chegar a um ponto comum.

5.2 (In) Certeza do atendimento: “*chegando lá, e estar correndo o risco de não ter vaga*”

Entrevistador: E o que é que te levou a procurar a emergência do hospital?

Entrevistado: É, porque tem o posto, mas o posto, a gente não consegue atender nesse horário que a gente foi lá; a gente tem que ir cedo pra pegar ficha; aqui, a gente chega aqui, e é atendido.

Entrevistador: Hoje, você chegou a ir no posto, antes de vir pra cá?

Entrevistado: Não, porque lá tem que ir cedo. (**Entrevista 27**)

Os modelos teóricos sobre utilização dos serviços de saúde, buscam explicar o comportamento dos indivíduos em relação à saúde e à utilização dos serviços tomando por base crenças, intenções e percepções dos riscos (TRAVASSOS; MARTINS, 2004). Nessa lógica podemos perceber que entre os entrevistados há uma crença de que o atendimento na

ESF é incerto, enquanto que, em relação ao serviço hospitalar há um consenso quanto a crença da certeza plena de atendimento. Ou seja, os usuários acreditam que o grau de garantia com que se obtêm cuidados de saúde no serviço hospitalar é muito maior que nas UBS, o que serve de base para a construção de uma cultura de atendimento garantido no hospital.

Os munícipes de Pirai fazem uso do serviço hospitalar há 84 anos. Por 74 anos tiveram basicamente o hospital como referência de serviço de saúde (principalmente de atendimento médico). Em contraponto, a experiência acumulada com o uso da Estratégia de Saúde da Família, por toda a população, tem apenas 10 anos. É necessário tempo e acúmulo de experiências coletivas para mudança dessa cultura hospitalocêntrica.

Usando ainda a descrição de Camargo Jr. (2005), entendemos que a demanda por um serviço é resultante de um processo de negociação, culturalmente mediado, entre atores representantes de diversos saberes e experiências. Dessa forma, é necessário entender que há uma experiência acumulada, uma cultura, dessa população com o serviço hospitalar; e que esse fato afeta diretamente a utilização dos serviços de saúde em Pirai.

Entrevistador: E o que é que levou o senhor a procurar a emergência do hospital?

Entrevistado: Porque o posto de saúde X, você não acha médico lá; toda vez que vai, não tem médico. O médico, uma hora, está doente; outra hora, é médico de criança; médico pra adulto, não tem. Então, agora passaram pra mim ir pra lá, procurar lá outra vez, pra fazer um tratamento dessa dor.

Entrevistador: Hoje, o senhor chegou a passar lá, no postinho?

Entrevistado: Cheguei.

Entrevistador: E como é que foi o atendimento?

Entrevistado: O atendimento foi só a resposta: “Só tem médico pra criança”.
(Entrevista 36)

Quando o Ministério da Saúde institui a Estratégia de Saúde da Família, tem como o objetivo que ela seja a estratégia de reorganização do modelo assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência centrado na atenção fragmentada, especializada e com base no hospital.

Na composição da equipe mínima, temos, entre os outros membros, a figura de um médico generalista cuja atribuição é, entre outras, atender a todos os usuários residentes na área de abrangência de sua equipe e em todos os seus ciclos de vida (do pré-natal ao idoso); diferente do modelo que se quer superar onde a atenção médica era prestada de forma fragmentada em especialidades (ex.: pediatra para atender crianças, ginecologista para atender mulheres, diabetes atendida apenas pelo endocrinologista, etc).

Além disso, a equipe da ESF não é centrada na figura do médico, mas sim numa estrutura multidisciplinar onde todos tem habilidade para acolher a demanda de um usuário de forma humanizada e dar os encaminhamentos necessários e possíveis para o momento. Ou seja, a ausência do médico em um determinado momento, não deveria ser impeditivo ao usuário receber algum tipo de cuidado ou até mesmo um encaminhamento a outro nível da rede de serviços, caso a equipe constate tal necessidade.

Mas, o que percebemos na fala desse usuário é que pequenas falhas no contexto de organização geram grandes dificuldade de aceitação e conhecimento do modelo para os usuários. Se o objetivo é efetuarmos uma “mudança” de modelo, o novo não pode estar entremeado ou mesclado com o antigo; ou não conseguiremos nunca realizar essa transição.

Se nas reuniões de Conselho Gestor e do Conselho Municipal de Saúde tentamos “ensinar” aos usuários o funcionamento da ESF, mas, na prática, ainda atuamos no modelo antigo geramos uma grande confusão de conceitos na cabeça dos usuários. É necessário uniformizar a assistência para conseguirmos conquistar os usuários para o modelo novo, ou, a cada erro contribuiremos para que os mesmos retrocedam para o modelo antigo.

Um ponto recorrente na fala dos usuários como razão para incerteza do atendimento na ESF é a rotatividade médica e/ou a ausência do médico na unidade. A alta rotatividade de profissionais médicos é um nó crítico da ESF não somente em Piraí, mas em todo o país; e sabe-se que a alta rotatividade dos profissionais pode comprometer a efetividade do modelo.

Em relação aos níveis de rotatividade considerados adequados a uma organização, estudos estabelecem os seguintes parâmetros: de 0 a 25% ao ano, adequada; de 25% a 50% ao ano, ruim; acima de 50% ao ano, crítica; podendo produzir altos custos e impactos financeiros (ANSELM; ANGERAMI, 1997).

Aplicando o índice de rotatividade (CAMPOS; MALIK, 2008) para a situação do município de Piraí, encontramos mais de 100% de rotatividade (no período de junho de 2011 a junho de 2012), valor de extraordinária importância, já que acima de 50%, há o risco de comprometimento da produtividade e da qualidade (JONES, 1990; ANSELM; ANGERAMI; GOMES, 1997).

Muitos fatores tentam explicar por que os profissionais permanecem numa organização ou a deixam. A literatura considera que o principal fator que leva um funcionário a deixar uma organização é seu nível de insatisfação com a função que desempenha. O descontentamento pode ser causado por qualquer um dos muitos aspectos que compõem o trabalho.

De acordo com Campos e Malik (2008), os fatores de satisfação no trabalho que

apresentam maior correlação com a rotatividade são capacitação, distância das unidades e a disponibilidade de materiais para realizar o trabalho. Quanto à remuneração, a mesma pesquisa indica que o salário atrai os profissionais, mas não os fixa. Sobre o grau de satisfação no trabalho dos médicos da ESF, a mesma pesquisa constatou que o grau de satisfação no trabalho da categoria é parcial.

Tais fatos demonstram a importância de se tentar compreender objetivamente os fatores implicados na alta rotatividade médica em Piraí com o objetivo de que a gestão planeje eficazmente formas de combatê-la.

Além da ausência do médico pela inexistência do mesmo na equipe, há ainda os momentos de ausência não cobertos (férias, licenças médicas, faltas, etc) e atividades realizadas fora do ambiente da unidade (como visitas domiciliares, atividades educativas, capacitações e treinamentos, reuniões, etc). Essa incompatibilidade de agendas (entre o momento em que o usuário enuncia sua demanda e a ausência do profissional) parecem estar sendo frequentes e trazendo prejuízos a confiabilidade nas USFs.

Entrevistador: Já teve alguma vez que, passando mal, você procurou o PSF?

Entrevistada: Já, já.

Entrevistador: E como é que foi?

Entrevistada: Difícil. Às vezes, não tem médico. Às vezes a gente procura o médico, e não acha lá não. Ontem mesmo, o meu irmão estava com dor de dente, aí vim direto pra cá, porque eu imaginei, lá pras quatro, três e pouco da tarde... A pessoa geralmente quando procura o médico, o hospital é que vai enrolando; procura o médico, não acha e aí acaba vindo direto para cá mesmo. (**Entrevista 41**)

Tanto a entrevista 36 quanto a 41, são exemplos de enunciação de uma demanda por cuidado prestado por um profissional médico, e o mais marcante é que esse tipo de demanda aparece na fala de 100% dos entrevistados. Ou seja, os 51 entrevistados declararam estar naquele serviço em busca de atendimento prestado por um médico.

O que vai de encontro a uma das consequências do processo de medicalização descrita por Camargo Jr. (2007), que é a expropriação da capacidade de cuidado das pessoas em geral, tornando-as dependentes do cuidado dispensado por profissionais, em particular (ou quase exclusivamente, para alguns) por médicos. Dessa forma, vemos o quanto a medicalização tem influenciado na construção dessa demanda.

E, mais uma vez, precisamos destacar o quanto isso se distancia do ideal da Saúde da Família, e ao mesmo tempo aproxima os usuários do serviço hospitalar, já que lá o cuidado prestado por um médico é garantido.

5.3 Agendamento como barreira: “o posto, ele quase só atende se você marcar ficha”

Entrevistada: Nos postos é mais difícil conseguir uma consulta, tem que ficar agendando... No meu bairro então é difícil, é muita gente pra agendar. E eu sou difícil de procurar médico, só quando estou passando mal mesmo. Difícil eu fazer um exame de rotina; é difícil eu fazer. (Entrevista 41)

Entrevistada: Aqui é melhor. É melhor que o postinho.

Entrevistador: Tem algum motivo, alguma razão?

Entrevistada: Porque o posto, ele quase só atende se você marcar ficha. Se você chega lá assim, como é que eu estou, não vai ser atendido, que eles mandam vir pra cá; não tem jeito. Só isso. (Entrevista 17)

Uma das características da ESF é ser a porta de entrada preferencial ao sistema de saúde, através de acolhimento adequado à demanda espontânea, como já discutido em capítulo anterior. Mas o que podemos destacar nestas falas é que esse acesso preferencial tem sido prejudicado. Dessa forma, a ausência de um ponto de entrada facilmente acessível faz com que a atenção adequada não seja obtida, ou seja, adiada, incorrendo em gastos adicionais; no caso, com a demanda pelo serviço hospitalar.

Certa inabilidade das equipes de SF em lidar com a demanda espontânea pode ser apontada como uma das causas para este problema. A dificuldade das EqSF em lidar com a organização das agendas equilibrando as atividades programadas e o acolhimento à demanda espontânea não é nenhuma novidade de discussão nas rodas sobre APS, e atribui a ela uma característica de porta de entrada “semi-aberta” bem conhecida pelos usuários. Some-se a isso o fato de o serviço hospitalar funcionar com portas “totalmente abertas”, não havendo nenhum tipo de protocolo de avaliação de risco e vulnerabilidade que oportunize o retorno dos usuários com demandas de atenção básica para as equipes da ESF.

Na verdade, esse estudo aponta para a necessidade de se construir uma rede que fale a mesma linguagem quanto ao acolhimento à demanda espontânea em todos os seus pontos. Assim, talvez consigamos construir uma forma de aprendizagem significativa para os usuários, quanto ao funcionamento do sistema, a cada vez que eles acessarem qualquer ponto do sistema de saúde.

Entrevistador: E o que é que te levou a procurar a emergência do hospital?

Entrevistado: É, porque tem o posto, mas o posto, a gente não consegue atender nesse horário que a gente foi lá; a gente tem que ir cedo pra pegar ficha; aqui, a gente chega aqui, e é atendido.

Entrevistador: Hoje, você chegou a ir no posto, antes de vir pra cá?

Entrevistado: Não, porque lá tem que ir cedo. (Entrevista 27)

Entrevistador: E por que é que você procurou a emergência do hospital, ao invés de procurar o PSF, que é perto da sua casa?

Entrevistado: É porque, se eu for pra lá, eles mandam vir pra cá, né, que eles falam que é emergência, então eles falam que tem que ser atendido aqui; porque lá é tudo agendado, eles não atendem a gente assim, de chegar lá; eles pedem pra gente procurar a emergência. Por isso que eu vim direto pra cá. (**Entrevista 8**)

A busca pelo serviço de saúde se dá, através da percepção que o usuário tem do que é ofertado por esse serviço. E essa percepção nem sempre é objetiva, porque ela se forma a partir também, de um campo simbólico que o usuário utiliza para formar certa ideia do que o serviço tem a lhe ofertar e resolver seu problema. Dessa forma, podemos ver que a ideia de necessidade de agendamento prévio para realização de qualquer tipo de atendimento na ESF é praticamente uma unanimidade entre os usuários entrevistados.

Citamos anteriormente o que Franco e Merhy escreveram sobre a demanda: que ela se constrói a partir da oferta, ou seja, ninguém demanda aquilo que sabe que não pode ser obtido no serviço de saúde (2005); assim sendo, se os usuários em geral já possuem a ideia formada que nas USFs só serão atendidos se tiveram agendamento prévio dificilmente procurarão a USF com demandas espontâneas.

Existe uma disputa velada entre usuários e profissionais de saúde pelo comando da vida e pela construção da agenda. Como essa relação, na maioria das vezes, não é construída em conjunto, resta ao usuário “desobedecer” ao que lhe é imposto como regras ou fluxos nos serviços de saúde. Gerando um desencontro entre as ações planejadas pelos serviços de atenção primária e as expectativas dos usuários com o serviço.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo possibilitou conhecimento de alguns dos fatores que influenciam a tomada de decisão dos usuários do SUS de Pirai, ao escolherem o serviço hospitalar como porta de entrada para o atendimento em demanda espontânea.

Temos que ter em mente que a população escolhida como alvo do estudo e o momento de abordagem podem ter fornecido certo viés à pesquisa, já que foram realizadas entrevistas apenas com usuários que procuraram o serviço hospitalar. Talvez os usuários abordados nas USFs apresentem um vínculo maior com a Unidade e referências diferentes sobre esse serviço e o serviço hospitalar. No entanto, para dar resposta definitiva a estas questões, é necessária a realização de outros estudos.

O processo de medicalização da vida aparece como parte integrante da engrenagem que move a construção da demanda pelo serviço hospitalar no município de Pirai. Um dos indicativos de sua ocorrência é a ampliação da demanda serviço de urgência/emergência hospitalar. O que pode ser explicado por diversos fatores como discutido no texto: fruto da expansão do campo de intervenção da biomedicina pela redefinição de experiências e comportamentos humanos como se fossem problemas médicos, pela expropriação da capacidade de cuidado dos usuários e pelo ocultamento de aspectos usualmente conflitivos das relações sociais, por sua transformação em problemas de saúde; entre outros. (TESSER, 2006; CAMARGO JR, 2007).

Além disso, a busca por um serviço pelo fato de o mesmo poder oferecer maior intensidade de tecnologias duras e realização de procedimentos, independente de sua real necessidade ou da resolutividade que essas tecnologias possam possibilitar; e a busca por cuidado prestado por um profissional médico também são outros indicativo desse processo.

Os modos como as pessoas compreendem e cuidam de sua saúde varia com sua história de vida, cultura, religião, saberes, experiências coletivas acumuladas ao longo do tempo, etc. Não é um processo puramente racional, dependente exclusivamente de seus saberes e das informações de que dispõem. Como descrito por Camargo Jr. (2007), a pesquisa também demonstrou que a demanda por serviços de saúde é um processo culturalmente mediado por diversos atores, e independente da racionalidade do serviço; o indivíduo tem suas expectativas próprias, baseadas nas memórias coletivas sobre experiências com serviços de saúde, dentro e fora do município. Dessa forma, é preciso descobrir que convite tem a

capacidade de atrair mais pessoas para a Estratégia de Saúde da Família, pois o que temos usado até hoje tem falhado em atrair parte dos nossos usuários.

O tempo de contato e experiência de qualidade acumulada com os serviços de saúde aparece como um fator importante na tomada de decisão dos usuários por um serviço. Dessa forma, é necessário investir em educação em saúde com conselhos de saúde e usuários sobre reorientação do modelo de atenção e atribuições dos diversos níveis de atenção, mas ao mesmo tempo, entender que é necessário tempo para a sedimentação da mudança de modelo e assimilação por parte dos usuários das características da ESF.

O processo de desconstrução do modelo de saúde tradicional também se compromete pelos pequenos lapsos na gestão que ainda permitem a coexistência de dois modelos, o que confunde o usuário e o remete de volta ao modelo tradicional; sempre mais atrativo.

A pesquisa também pode demonstrar que a ESF em Pirai tem falhado em possibilitar acesso universal e contínuo, e em ser a porta de entrada preferencial ao sistema pela dificuldade das equipes em realizar acolhimento à demanda espontânea, pela burocratização das relações, pela rotatividade e inconstância de profissionais (quase exclusivamente médicos) não conseguindo assim conquistar e vincular os usuários de sua área adscrita para a mudança de modelo e ser referência para os mesmos nesse tipo de atendimento. Além disso, a qualidade e resolutividade de suas ações também é comprometida pelo desconhecimento de alguns profissionais sobre as atribuições da Saúde da Família, assim como pela rotatividade médica e contratação de profissionais com formação inadequada.

Fica claro entre os entrevistados que existe uma relação de serviços prestados pela Atenção Primária já assimilada pelos usuários, e que o atendimento às demandas espontâneas não faz parte desse rol de atividades.

A rotatividade médica e ausência do médico na unidade (por razões que o estudo não consegue apontar), são questões que comprometem a confiabilidade na ESF por diversos fatores: dificulta a vinculação dos usuários, gera um sentimento de incerteza quanto ao atendimento, diminui sua resolutividade, impede a manutenção do cuidado longitudinal e do trabalho em equipe.

Mudanças curriculares na formação dos profissionais de saúde (principalmente, mas não exclusivamente, da categoria médica), assim como um direcionamento do processo de educação permanente, também são necessárias para a transformação da uma visão tradicional da saúde em uma proposta de produção de cuidados, acolhimento e humanização, questões centrais no processo de reorientação do trabalho em saúde. Com o objetivo de que os profissionais possam estabelecer uma oferta dos serviços de saúde a partir de uma concepção

muito mais ampla, em que trabalhar a doença não seja prioridade e em que a promoção da saúde e a prevenção da doença proporcionam às comunidades ferramentas e tecnologias para sua participação no autocuidado e consequente desmedicalização.

A pesquisa mostra que o acesso e a acessibilidade as Unidades de Saúde da Família precisa ser repensado e discutido entre gestão, profissionais e usuários.

A implantação uniforme, em todos os pontos da rede, de uma forma de acolhimento à demanda espontânea baseado em classificação de risco e identificação de vulnerabilidades, é uma proposta que deve ser pensada pela gestão. É possível que essa forma de organização consiga melhorar a acessibilidade e a escuta dos profissionais, culminando em portas realmente abertas na ESF e atendimento hospitalar restrito aos casos que necessitem de um nível secundário de atenção e sendo este ordenado e coordenado pela ESF. É claro que esse processo precisa ser pensado conjuntamente com a equalização das agendas das equipes de forma que essa demanda espontânea tenha espaço nas mesmas. E mais, todo esse processo precisa ser centrado no usuário, integralmente negociado e construído em conjunto, caso contrário corremos o risco de que esse seja mais um processo de mudança fadado ao fracasso.

REFERÊNCIAS

ANSEMI, M. L.; ANGERAMI, E. L. S.; GOMES, E. L. R. Turnover of nursing personnel in hospitals in Ribeirão Preto. *Revista Panamericana de Salud Publica*, v. 2, n. 1, p. 44-50, July 1997.

BARDIN, L. *A análise de conteúdo*. Lisboa, Edições 70, 1994.

BAREMBLITT, G. *Compêndio de análise institucional e outras correntes*. Rio de Janeiro, Ed. Rosa dos Tempos, 1992.

BORGES, C. F.; BAPTISTA, T. W. F. A política de atenção básica do Ministério da Saúde: refletindo sobre a definição de prioridades. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, jun. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462010000100003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso: em 03 out. 2012. .

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. *Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*. 1997. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf>. Acesso em: 10 de abril de 2011.

_____. Portaria nº 1886/GM, 18 de dezembro de 1997. Programas de Agentes Comunitários e Saúde da Família: PACS/PSF.

_____. Portaria nº 1101/GM, 12 de junho de 2002. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-1101.htm>>. Acesso em: 10 de abril de 2011.

_____. Departamento de atenção básica. Documento final da comissão de avaliação da atenção básica. Produto do trabalho da comissão instituída pela portaria nº 676 GM/MS de 03 de junho de 2003. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 4 jun. 2003.

_____. Política Nacional da Atenção Básica, Portaria nº 2.488, 21 de outubro de 2011. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/110154-2488.html>>. Acesso em: 10 de abril de 2011.

_____. Política Nacional de Promoção à Saúde, Portaria GM/MS nº 687, 30 de março de 2006. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 31 mar. 2006. Seção 1, p.138.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Série A. Normas e Manuais Técnicos. *Cadernos de Atenção Primária*, nº 28. Brasília. 2010.

CAMARGO JUNIOR, K. R. Medicina, medicalização e produção simbólica. In: PITTA, A. M. da R. (Org.). *Saúde & comunicação: visibilidades e silêncios*. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1995. p.13-24.

CAMARGO JUNIOR, K. R. *Saúde pública e indústria do conhecimento*. *Revista Saúde Pública*. v. 43, 2009, p. 1078-83.

CAMARGO JUNIOR, K. R. Das necessidades de saúde à demanda socialmente constituída. In: Roseni Pinheiro; Ruben Mattos. (Org.). Construção social da demanda. Rio de Janeiro: IMS/CEPESC/ABRASCO, 2005, v. único, p. 91-101.

CAMARGO JR., K. R. *As Armadilhas da “concepção positiva de saúde”*. Physis, v. 17, n.1, p. 63-76, 2007.

CAMPOS, C. V. A.; MALIK, A. M. Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família. Revista Administração Pública, Rio de Janeiro, v. 42, n° 2, mar/apr. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-76122008000200007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 June 2012.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE
Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978.

CONILL, E. M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. Caderno Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24 Sup 1:S7-S27, 2008.

CONRAD, Peter. The medicalization of society - On the transformation of Human conditions into treatable disorders. The Johns Hopkins University Press. 2007.

CORBO, A. D.; MOROSINI, M. V. G. C.; PONTES, A. L. M. Saúde da Família: construção de uma estratégia de atenção à saúde. In: MOROSINI, M. V. G. C.; CORBO, A. D. A. (Org.). *Modelos de atenção e a saúde da família*. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, p. 69-106, 2007.

FAVORETO, C. A. O.; CAMARGO JR., K. R. Alguns desafios conceituais e técnico-operacionais para o desenvolvimento do Programa de Saúde da Família como uma proposta transformadora do modelo assistencial. *Physis*, v. 12, n. 1, p. 59-75, 2002.

FAUSTO, M. C. R.; MATTA, G. C. Atenção Primária à Saúde: histórico e perspectivas. In: MOROSINI, M. V. G. C.; CORBO, A. D. A. (Org.). *Modelos de atenção e a saúde da família*. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, p. 43-68, 2007.

FRANCO, T.B. & MERHY, E.E., Produção Imaginária da Demanda in Pinheiro, R. & Mattos, R.A. (orgs.) “Construção Social da Demanda”; IMS/UERJ-CEPESC-ABRASCO, Rio de Janeiro, 2005.

GIGLIO-JACQUEMOT, A. Urgências e emergências em Saúde: perspectivas de profissionais e usuários. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005.

GIL, C. R. R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 22(6):1171-1181, jun, 2006.

GIOVANELLA, Lígia. *et al.* Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 783-794, 2009.

JONES C. B. Staff nurse turnover costs: part I, conceptual model. *Journal of Nursing Administration*, v. 20, p. 18-22, 1990.

KINGDOM, John W. *Agendas, alternatives and public policies*. 2. ed. New York: HarperCollins College Publishers, 1995.

LEVCOVITZ, E.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. *Política de saúde nos anos 90: Relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas*, *Ciência & Saúde Coletiva*, p. 6(2):269-291, 2001.

MINAYO, M. C. S. *Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 19 ed. Petrópolis: Vozes, p.80, 1994.

NORONHA, J. C.; SOARES, L. T. A política de saúde nos anos 90. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 445-450, 2001.

OLIVEIRA, L. H.; MATTOS, R. A.; SOUZA, A. I. S. Cidadãos peregrinos: os "usuários" do SUS e os significados de sua demanda a prontos-socorros e hospitais no contexto de um processo de reorientação do modelo assistencial. *Ciência saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n° 5, nov/dec. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000500035&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 jan 2011.

PUCCINI, P. T.; CORNETTA, V. K. Ocorrências em pronto-socorro: eventos sentinela para o monitoramento da atenção básica de saúde. *Caderno Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 9, set. 2008.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PIRAÍ. Relatório de Gestão. Período de jan a dez, 2010.

SILVA JÚNIOR, A. G. da; ALVES, C. A. Modelos assistenciais em saúde: desafios e perspectivas. In: MOROSINI, M. V. G. C.; CORBO, A. D. (Orgs). *Modelos de atenção e a saúde da família*. Rio de Janeiro: ESPJV/FIOCRUZ, p. 27-41, 2007.

SOUTH-PAUL, J. E.; MATHENY, S. C. e LEWIS, E. L. *Current - medicina de família e comunidade: diagnóstico e tratamento*. 2. ed. Porto Alegre: AMGH, 2010.

STARFIELD, B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, p. 726, 2002.

TESSER, C. D. Medicalização social (I): o excessivo sucesso do epistemicídio moderno na saúde. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 10, n. 19, June 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832006000100005&lng=en&nrm=iso>. Acessado em: 26 jan 2011.

TESSER, C. D. Medicalização social (II): limites biomédicos e propostas para a clínica na atenção básica. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 10, n.20, Dec.2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-2832006000200006&lng=en&nrm=iso>. Acessado em: 26 jan 2011.

TOBAR, F.; YALOUR, M. R. *Como fazer teses em saúde pública: conselhos e idéias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisas*. Rio de Janeiro; FIOCRUZ; p. 172, 2004.

APÊNDICE A - Termo de consentimento livre e esclarecido

Declaro, por meio deste termo, que concordei em ser entrevistado (a) na pesquisa de campo referente a pesquisa intitulada A DINÂMICA DA DEMANDA POR SERVIÇOS DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE PIRAÍ, RJ, DO PONTO DE VISTA DA MEDICALIZAÇÃO desenvolvida pelo Instituto de Medicina Social (IMS) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Fui informado (a), ainda, de que a pesquisa é coordenada por Ingrid Piassá Malheiros Lavinhas, a quem poderei contatar a qualquer momento que julgar necessário através do e-mail ipm_ingrid@yahoo.com.br e telefone (24)2431 9313.

Afirmo que aceitei participar por minha própria vontade, sem receber qualquer incentivo financeiro e com a finalidade exclusiva de colaborar para o sucesso da pesquisa. Fui informado (a) dos objetivos estritamente acadêmicos do estudo, que, em linhas gerais é compreender como se forma a demanda pelos serviços públicos de saúde no município de Pirai.

Fui também esclarecido (a) de que os usos das informações por mim oferecidas estão submetidos às normas éticas destinadas à pesquisa envolvendo seres humanos, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde.

Minha colaboração se fará de forma anônima, por meio de observação e entrevista semi-estruturada; a ser gravada a partir da assinatura desta autorização. O acesso e a análise dos dados coletados se farão apenas pela pesquisadora e seu orientador.

Estou ciente de que, caso eu tenha dúvida ou me sinta prejudicado (a), poderei contatar a pesquisadora responsável, ou o Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social da UERJ (CEP-IMS), situado na Rua São Francisco Xavier, 524 - sala 7.003-D, Maracanã, Rio de Janeiro (RJ), CEP 20559-900, telefone (x-21) 2334-0504 ramal 148, fax (x-21) 2334-2152 e e-mail: cep-ims@ims.uerj.br.

A pesquisadora principal da pesquisa me ofertou uma cópia assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme recomendações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Fui ainda informado (a) de que posso me retirar dessa pesquisa a qualquer momento, sem prejuízo para meu acompanhamento ou sofrer quaisquer sanções ou constrangimentos.

Piraí, ____ de _____ de 2011.

Assinatura do (a) participante: _____

Assinatura do (a) pesquisador (a): _____

APÊNDICE B - Roteiro de entrevista

1. Identificação: Idade

Data de nascimento

Bairro de residência

2. O que estava sentindo quando pensou em procurar o atendimento no hospital?

3. Como chegou ao hospital (meio de transporte)?

Quanto tempo de percurso?

4. O que te levou a procurar a emergência do hospital?

Por que não o PSF?

Procurou o PSF hoje antes de vir para o hospital?

5. Considera seu caso uma situação de emergência?

Por quê?

6. O que esperava encontrar?

Quais eram as suas expectativas com relação ao atendimento no hospital?

Como imaginava que seria o atendimento no hospital?

7. Ficou satisfeito?

8. Em que tipo de situações procura o PSF?

APÊNDICE C - Caracterização dos sujeitos

ENTREVISTADO	SEXO	IDADE	UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE REFERÊNCIA (ADSCRIÇÃO)	CARACTERIZAÇÃO DA QUEIXA PRINCIPAL
Entr. 1			EXCLUÍDO	
Entr. 2	M	30	Jaqueira	Tosse
Entr. 3	F	27	Varjão	“Conjuntivite”
Entr. 4	M	81	Centro	Corte na mão
Entr. 5	F	30	P. Laranjeiras	Dor nas Costas
Entr. 6	F	56	Sarole	Ferimento no pé
Entr. 7	F	49	Centro	Dor nas costas
Entr. 8	M	32	Casa Amarela	Dor nas costas
Entr. 9	F	78	Centro	Tosse alérgica
Entr. 10	F	69	Centro	“Mal jeito no joelho”
Entr. 11	M	33	Cacaria	Dor na costela
Entr. 12	F	57	Caçara	“Dor de hemorróida”
Entr. 13			EXCLUÍDO	
Entr. 14	M	42	Varjão	Dor nas costas
Entr. 15	M	18	Jaqueira	Dor no pé
Entr. 16	F	29	Vale Verde	Vômito e diarreia
Entr. 17	F	55	Centro	Dor nas costas
Entr. 18	F	31	Varjão	“Coceira no órgão genital”
Entr. 19	M	54	Centro	Mal estar
Entr. 20	F	39	Jaqueira	“Pressão alta”
Entr. 21	F	52	Cruzeiro	Dor de garganta
Entr. 22			EXCLUÍDO	
Entr. 23	F	24	Centro	“Tonteira e visão embaçada”
Entr. 24	F	28	Varjão	Resfriado
Entr. 25	M	22	Jaqueira	Resfriado
Entr. 26	F	37	Centro	Dor de ouvido
Entr. 27	M	20	Est. Pirai - Barra do Pirai	“Torção no joelho”
Entr. 28	M	20	Centro	Alergia/rinite alérgica
Entr. 29	M	39	Centro	Paralisia facial
Entr. 30			EXCLUÍDO	
Entr. 31	F	48	Casa Amarela	Dor no braço
Entr. 32	F	29	Centro	Dor no ombro
Entr. 33	F	43	Sarole	Tonteira, dormência na mão e dor na perna
Entr. 34	F	25	Sarole	Dor de cabeça e febre
Entr. 35	F	53	Ponte das Laranjeiras	Dor no corpo
Entr. 36	M	68	Caçara	Dor nas costas
Entr. 37	M	24	Centro	Dor de garganta
Entr. 38	F	22	Ponte das Laranjeiras	Dores no corpo
Entr. 39			EXCLUÍDO	
Entr. 40	M	18	Jaqueira	Dor de garganta
Entr. 41	F	35	Jaqueira	Dor nas costas
Entr. 42	F	53	Cabo verde	Febre
Entr. 43	F	40	Dutra	Dor de garganta
Entr. 44	M	20	Centro	Dor na coluna
Entr. 45	M	26	Centro	Dor no dedo
Entr. 46	M	60	Varjão	“Pressão alta”
Entr. 47	M	19	Vale das Palmeiras	“Cabelo inflamado”
Entr. 48	M	59	Centro	“Pressão alta”
Entr. 49	M	48	Centro	Dor na coluna
Entr. 50	M	28	Centro	Dor de cabeça
Entr. 51	F	57	Arrozal	Dor na costela
Entr. 52	M	27	Centro	Dor muscular
Entr. 53	F	37	Centro	Mal estar
Entr. 54	F	31	Varjão	“Gastrite nervosa”
Entr. 55	F	27	Centro	Dor de cabeça
Entr. 56	F	26	Casa Amarela	Dor na costela

ANEXO - Aprovação no comitê de ética em pesquisa



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
Instituto de Medicina Social
 Rua São Francisco Xavier, 524 / 7º andar / Bloco D - Maracanã
 CEP: 20550.900 - Rio de Janeiro - BRASIL
 TEL: 55-021-2334-0504 ramal 108
 FAX: 55-021-2334-2152

IMS INSTITUTO
 DE MEDICINA
 SOCIAL

DECLARAÇÃO

Declaramos que o protocolo do projeto de pesquisa "A dinâmica da demanda por serviços de saúde no município de Piraí, RJ, do ponto de vista da medicalização" (Registro CAAE 0008.0.259.000-11), coordenado por INGRID PIASSÁ MALHEIROS LAVINAS, foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social da UERJ na presente data.

Rio de Janeiro, 30 de maio de 2011

Ana Silvia Gesteira
 M MARIA HELENA COSTA-COUTO
 Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa
 Instituto de Medicina Social

Ana Silvia Gesteira
 T. A. U. Mat. 6856-3
 IMS/UERJ