



III EBE | III ENCONTRO BAIANO DE CULT | ESTUDOS EM CULTURA



Avaliação da Qualidade dos Serviços da Unidade de Saúde da Família Maria de Fátima F. Maia, no Município de Tabuleiro do Norte-CE.

Francisco Eudo de Oliveira Júnior¹
Emmanuel Victor Hugo Moraes²

RESUMO:

O presente trabalho teve como objetivo principal avaliar a qualidade dos serviços da Unidade de Saúde da Família Maria de Fátima F. Maia, no Município de Tabuleiro do Norte-CE, a parti da percepção dos usuários. A Estratégia Saúde da Família (ESF) tem se mostrado como um dos maiores programas de impacto social e político do país, porém, essa expansão não foi acompanhada de uma qualificação das gestões municipais. Nesse sentido, a avaliação em saúde se apresenta como instrumento eficaz na consolidação e aperfeiçoamento do programa. Para tanto, realizaremos pesquisa bibliográfica e documental da qual utilizamos como suporte teórico alguns autores que discutem a política de saúde brasileira, legislações, decretos e produções teóricas que tratam da Estratégia Saúde da Família, além da experiência e conhecimento particular na área da saúde pública.

PALAVRAS CHAVE: Política de saúde. Estratégia Saúde da Família. Avaliação de Serviços e Programas de Saúde.

1. Introdução

Com a Constituição Federal de 1988, parte das reivindicações do movimento sanitário brasileiro vão ser inseridas no texto constitucional, dentre elas a criação de um Sistema Único de Saúde (SUS) que seja universal, equânime, integral, descentralizado e que assegure a participação da comunidade na sua gestão.

Para concretização desses princípios e diretrizes, no início década de 1990 o SUS vai adotar uma nova forma de organização dos serviços públicos de saúde, com destaque para expansão

1. Pós-Graduando em Gestão Pública pela Unidade de Ensino Superior do Sertão da Bahia – UESSBA (E-mail: juniorfasso@yahoo.com.br).

² Mestre e Bacharel em Filosofia pela Universidade Federal de Ouro Preto – UFOP, professor efetivo do Instituto Federal da Bahia – IFBA, campus Irecê. (E-mail: www.emmanuyel@hotmail.com.br).

da atenção primária, por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), a qual tem como objetivo principal a reorganização do sistema de saúde a partir da atenção básica.

Uma nova concepção de saúde, doença e cuidado vai ser difundida por sanitaristas e profissionais de saúde, essa prega que saúde não é simplesmente ausência de doença, e que as intervenções na área da saúde devem levar em consideração as questões ambientais que permeiam o cotidiano dos usuários.

A rápida expansão das unidades básicas de saúde, a partir 1994, não foi acompanhada, em muitos casos, de uma capacitação dos municípios para planejar, gerir e avaliar os serviços dessa nova dinâmica institucional. Diante dessa realidade surgiu o interesse em realizar uma pesquisa com o objetivo avaliar a qualidade dos serviços da Unidade de Saúde da Família (USF) Maria de Fátima F. Maia, no município de Tabuleiro do Norte-CE, a partir do ponto de vista da população da área de abrangência de tais serviços, pois entendemos que a avaliação contínua dos serviços de saúde é imprescindível para o aperfeiçoamento das ações e do controle social.

Para tanto realizamos pesquisa bibliográfica da literatura da área da saúde coletiva de autores como: Campos (2007), Arreteche (2006), Baptista (2005), Hartz (2007) e Minayo (2007), utilizamos diversos documentos disponibilizados pela Secretaria Municipal de Saúde de Tabuleiro do Norte-CE, decretos, leis e políticas editadas pelo Ministério da Saúde que juntos subsidiaram a pesquisa de campo. Além disso, trabalhamos com duas perspectivas de avaliação, a de qualidade e de processos, essa última de fundamental importância para identificar se a ampliação da USF levou a uma melhoria dos serviços.

A pesquisa de campo foi efetivada por meio da realização de entrevistas semi-estruturadas com dez usuários, selecionados dentre os que são usuários há bastante tempo e procuram frequentemente os serviços da referida Unidade de Saúde, para isto recorremos ao cadastro dos usuários.

A pesquisa é predominantemente de natureza qualitativa e adotou-se o método materialista histórico-dialético na perspectiva de analisar os serviços da USF a partir da sua totalidade e contradições. Com base nos dados produzidos por meio das entrevistas, constatamos que os sujeitos consideram que a ampliação da estrutura física da unidade levou a uma melhoria na qualidade dos serviços.

Apontam, contudo, dificuldades no acesso ao atendimento médico e odontológico, em ambos os casos, por serem insuficientes na esfera pública, a demanda é sempre maior do que a oferta, o que acaba gerando filas, constrangimentos e baixa qualidade nos serviços ofertados.

Dessa forma, ressaltamos a importância da ampliação da rede de atenção básica, da qual a Estratégia Saúde da Família é parte integrante, implementação efetiva de ações de promoção da saúde no sentido de garantir assistência integral, bem como o fortalecimento dos demais níveis de atenção para um atendimento universal da população de sua área de abrangência.

2. Política de Saúde: Um breve histórico

A partir de 1930, para Bravo (2006), o Brasil passa por um rápido processo de industrialização e de crescimento do contingente de trabalhadores urbanos. Para manutenção da mão-de-obra necessária à indústria e visando conter os conflitos de classe que emergiam o governo de Getúlio Vargas começou a implantar políticas de saúde.

Nessa época não havia ações de saúde regulamentadas no Brasil, um grande número de epidemias³ e endemias⁴ atingiam as populações urbanas e rurais. Diante dessa conjuntura começaram a se desenvolver ações isoladas e focalizadas com o objetivo de combater essas doenças.

As primeiras intervenções desenvolvidas pelo Estado foram de saúde pública, procurou-se combater as doenças por meio de campanhas de vacinação e investiu-se também em infraestrutura, pois a maior parte das epidemias eram consequências das péssimas condições de higiene, habitação e saúde. Contudo, essas ações eram pontuais e isoladas, tendo poucos impactos diante do contexto em que se encontrava a saúde brasileira.

Segundo Bravo (2006), a situação da saúde da população no período de 1945 a 1964, com variação de alguns períodos em que os investimentos com a saúde foram favoráveis, não conseguiu eliminar as elevadas taxas de morbidade e mortalidade infantil, como também a mortalidade de forma geral.

Em 1966, o governo militar cria o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), viabilizando convênios com os setores privados de assistência médica, tendo início um período de ampla expansão do sistema privado. Trabalhadores rurais e autônomos também

³ Uma epidemia se caracteriza pela incidência, em curto período de tempo, de grande número de casos de uma doença (ROCHA, 2005).

⁴ Designa-se como endemia qualquer fator mórbido ou doença espacialmente localizada, temporalmente ilimitada, habitualmente presente entre os membros de uma população e cujo nível de incidência se situe sistematicamente nos limites de uma faixa endêmica que foi previamente convencionada para uma população e época determinadas (ROCHA, 2005).

foram incluídos no sistema de proteção social, mais muitas pessoas continuaram sem ter assistência à saúde em decorrência da não contribuição a Previdência Social.

Na década de 1970 a saúde brasileira passa por tensões políticas diante do quadro de necessidade de se ampliar os serviços de saúde, escassez dos recursos financeiros, interesses mercantis dos setores privados de saúde e a emergência do movimento de reforma sanitária (ANDRADE, 2006).

Com o fortalecimento do processo de democratização para Simões (2006), e influência de novos sujeitos sociais, como os profissionais da saúde e suas entidades representativas, fortalecem-se as reivindicações tanto pela melhoria da política de saúde como pelo fortalecimento do setor público. O movimento sanitarista tinha o Centro Brasileiro de Estudos e Saúde (CEBS), como um dos principais veículos de socialização e ampliação do debate em torno da saúde, elaborando propostas em oposição ao modelo hegemônico de medicina previdenciária.

As principais reivindicações do movimento sanitarista eram dentre outras: acesso universal aos serviços de saúde; a concepção de saúde como direito social e dever do Estado; a descentralização da política de decisões para os Estados e municípios; a criação de um sistema unificado de saúde que possibilitasse a reestruturação do setor; mecanismos de financiamento efetivos e uma gestão compartilhada através da criação dos conselhos locais de saúde (BAPTISTA 2005).

As reivindicações do movimento sanitarista foram em parte incluídas no texto constitucional. Criou-se um sistema de proteção social considerado como o mais progressista do país, englobando a Política de Saúde, Assistência Social e Previdência Social, formando, assim, a Seguridade Social, considerada como fundamental à estabilidade da sociedade democrática (MOTA, 2007).

A Constituição Federal de 1988 declara a saúde como direito universal, não vinculado à condição de segurado. É o que diz o artigo 196 da constituição que vai ser regulamentado pela lei de N° 8. 080 de 19/09/1990:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

A Lei Orgânica da Saúde vai tratar também da organização, financiamento e funcionamento dos serviços, evidenciando o caráter público do SUS, o qual compreende uma rede de serviços hierarquizados e descentralizados com direção única em cada esfera de governo. Para

tratar da participação popular nas conferências e conselhos de saúde vai ser criada a lei de Nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que estabelece a participação da população na gestão do SUS e na fiscalização da transferência de recursos.

Mudança significativa desse novo modelo de atenção à saúde foi à consolidação da descentralização política e administrativa. Possibilitando aos municípios maior autonomia nos processos de planejamento, gestão e execução das ações e serviços de saúde, dando ênfase as especificidades locais em consonância com os preceitos do SUS (COHN, 2007).

Como resposta as demandas por serviços de saúde resolutivos, de qualidade e que contemplem as necessidades das pessoas o SUS vai organizar as ações e serviços de saúde de forma regionalizada, criando as regiões de saúde através da pactuação dos municípios, e hierarquizada em níveis de complexidade crescente.

Nesse sentido a atenção básica se configura como um conjunto de ações e serviços de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a recuperação e a manutenção da saúde.

2.1 Estratégia Saúde da Família: um novo modelo de atenção a saúde

Segundo Teixeira (2004), as origens da proposta de saúde da família remontam ao surgimento e difusão do movimento de medicina familiar, estruturado na década de 1960 nos EUA, com o objetivo de introduzir reformas no processo de ensino de medicina.

Em 1994 surge no Brasil o Programa Saúde da Família (PSF), que é incorporado, em 2006, como Estratégia Saúde da Família no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica. O PSF surge como uma nova estratégia de reorganização do modelo assistencial de saúde a partir da atenção básica, em substituição ao tradicional modelo centrado no diagnóstico e tratamento de doenças.

Esse modelo de atenção está centrado na família, compreendida e entendida a partir do seu contexto social, o que possibilita as equipes de saúde da família uma abordagem mais ampliada em relação ao processo saúde/doença, intervindo para além das práticas tradicionais (PACTO PELA SAÚDE, 2006).

A Estratégia Saúde da Família se operacionaliza por meio da implantação de equipes multiprofissionais nas Unidades Básicas de Saúde, que ficam responsáveis pela população de territórios delimitados. As equipes vão intervir com ações de promoção da saúde, prevenção dos riscos e agravos para saúde, tratamento das doenças e manutenção da saúde da comunidade.

As equipes são compostas, no mínimo, por um médico da família ou generalista, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde. Quando ampliadas, as equipes contam também com um cirurgião dentista, auxiliar de consultório dentário e um técnico em higiene dental (Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/legislacao.php>>).

A intervenção da equipe deve levar em consideração como pré-requisito o conhecimento da sua área de abrangência. Conhecer as famílias que ali residem, identificar os principais problemas de saúde e construir o perfil epidemiológico da comunidade.

Nesse sentido, para Teixeira (2004), o objetivo principal da Estratégia Saúde da Família é contribuir para reorganização do modelo assistencial a partir da atenção básica, levando em consideração os princípios do SUS.

Diante desse processo de expansão dos serviços básicos de saúde, de cunho comunitário, muitos brasileiros tiveram a oportunidade de sanar suas necessidades primárias de saúde sem precisarem se locomover para os grandes hospitais como acontecia no passado. Não obstante, as polêmicas em torno destes serviços são grande, principalmente em relação à alocação de recursos, ausência de uma gestão qualificada e pouco planejamento nas ações desenvolvidas.

3. Avaliação de Políticas e Programas Sociais

No contexto brasileiro a avaliação de programas e serviços de saúde desperta crescente interesse desde o início dos anos 1990. Hartz (1997) destaca que as discussões, pesquisas e publicações em torno dessa temática em nosso país é consequência em parte da ampliação dos direitos civis dos cidadãos a partir da Constituição Federal de 1988, das Leis Orgânicas da saúde que estabelecem o Sistema Único de Saúde (SUS) nas três esferas de governo e da descentralização crescente das iniciativas para o âmbito municipal.

As principais produções teóricas na área de avaliação de programas sociais costumam distingui-los em termos de sua efetividade, eficácia e eficiência. Essa distinção serve como recurso analítico que se destina a separar aspectos que são distintos em termos dos objetivos, da abordagem, métodos, e técnicas de avaliação. Nesse sentido, Arretche (2006) ao tratar das tendências de efetividade, eficácia e eficiência na avaliação de programas sociais apresenta a seguinte compreensão das mesmas:

Por avaliação de efetividade, entende-se o exame da relação entre a implementação de um determinado programa e seus impactos e/ou resultados, isto é, seu sucesso ou fracasso em termos de uma efetiva mudança nas condições sociais prévias das

populações atingidas pelo programa sob avaliação [...] por avaliação de eficácia, entende-se a avaliação das relações entre os objetivos e instrumentos explícitos de um dado programa e seus resultados efetivos [...] por avaliação de eficiência, entende-se a avaliação da relação entre o esforço empregado na implementação de uma dada política e os resultados alcançados (ARRETCHE, 2006. P. 31 a 34).

Lobo (2006) ao tratar da avaliação de programas sociais ressalta a importância dos aspectos teóricos que estão subjacentes a sua execução, pois o desprezar desses aspectos teóricos pode levar a uma compreensão estreita e distorcida sobre o que realmente se está avaliando. Há que se refletir sobre questões tais como o ambiente político no qual o programa está se desenvolvendo, a correlação de forças envolvidas no processo, a dimensão econômico-financeira e as visões sobre os princípios da efetividade, eficácia e eficiência das ações governamentais na área social.

O interesse pela avaliação de programas sociais em nosso país se restringe, sobretudo, às universidades, que tem produzido dissertações, teses e outros estudos, que têm os programas sociais como seu objeto. O terceiro setor é outro que, através do financiamento de grandes empresas ou cidadãos, realizam avaliações de programas mantidos pelos mesmos ou desenvolvidos pelo poder público.

Diante do exposto surge a necessidade de destacar qual a relevância concreta da institucionalização da avaliação nos serviços de saúde. Para isso recorremos a Felisberto (2004, Pp. 25) que argumenta:

[...] entendendo a institucionalização enquanto incorporação da avaliação à rotina dos serviços estamos assumindo a necessidade do fortalecimento e/ou desenvolvimento da capacidade técnica, nos diversos níveis do sistema de saúde, em adotar as ações de monitoramento e avaliação como subsidiárias ou intrínsecas ao planejamento e a gestão, como instrumento de suporte a formulação de políticas, ao processo decisório e de formação dos sujeitos envolvidos [...]

No que diz respeito às iniciativas do governo brasileiro na área da avaliação de programas e serviços de saúde podemos destacar a Política Nacional de Avaliação de Desempenho do Sistema Único de Saúde de 2007. Esta tem como objetivo desenvolver um processo regular de acompanhamento que permita conhecer os resultados das ações de saúde implementadas, fornecendo informações para o processo de tomada de decisões e gestão.

A Política Nacional de Atenção Básica (2006), bem como as leis orgânicas de saúde ao tratar das responsabilidades das três esferas de governo na gestão da saúde destacam a necessidade e importância da avaliação permanente dos serviços de saúde.

Assim, a Estratégia Saúde da Família vem se constituindo, ao longo do tempo, como principal indutor desse processo de institucionalização da avaliação a partir da atenção básica. Exemplo disso é a criação da Coordenação de Acompanhamento e Avaliação (CAA) no Departamento de Atenção Básica (DAB), ficando o CAA responsável pela realização de estudos e pesquisas de abrangência nacional e pelo Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB, atualmente principal instrumento de monitoramento da atenção básica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

Como podemos perceber, a avaliação de políticas e programas sociais ainda é bastante restrita, tanto do ponto de vista teórico como prático. Para avaliarmos os serviços da Unidade Básica de Saúde da Família Maria de Fátima F. Maia, utilizaremos como suporte a avaliação de processos e a avaliação de qualidade, imprescindíveis para percebermos se as mudanças ocorridas ao longo do tempo na instituição proporcionaram uma melhoria na qualidade dos serviços.

Felisberto (2007) afirma que a avaliação de qualidade deve ser baseada em fatos e dados, da forma mais precisa possível para que ela possibilite a correta tomada de decisões e mudanças. A avaliação final da qualidade de um serviço ou produto será sempre do cliente, portanto, esta deve ser uma preocupação central quando falamos em avaliação de serviços de saúde.

3.1 Avaliação da qualidade dos serviços da Unidade de Saúde da Família – USF Maria de Fátima F. Maia no município de Tabuleiro do Norte-Ceará

A garantia da qualidade da atenção à saúde se apresenta atualmente como um dos grandes desafios do SUS, sendo que esta deve ser compreendida a partir de princípios como: integralidade; universalidade; equidade e participação social.

As análises contidas neste item se debruçam sobre os conteúdos das entrevistas realizadas com dez usuários da área de abrangência da referida Unidade. Para a escolha dos usuários a serem entrevistados selecionamos aqueles que eram mais assíduos na instituição, tinham certo conhecimento acerca da política de saúde e eram usuários há muitos anos, pois um dos nossos objetivos era constatar se a ampliação pela qual a instituição passou levou a uma melhoria da qualidade dos serviços.

Outros objetivos são: perceber se há consonância entre a percepção dos usuários sobre os serviços e os princípios do SUS; identificar potencialidades e fragilidades nos serviços desenvolvidos pela equipe de profissionais da Unidade de Saúde da Família – USF e elencar

sugestões dos usuários que possam contribuir para melhoria da qualidade dos serviços da unidade de saúde.

Procuramos englobar na avaliação os principais serviços e questões organizacionais ligadas à atenção a saúde da USF, além de informações socioeconômicas dos usuários. Destacamos questões como a relação dos usuários com as equipes de saúde; o acesso dos usuários aos serviços médicos; odontológicos; enfermagem; farmácia; programas de saúde; vacinação; curativos; atendimento domiciliar; existência de orientações acerca da saúde individual e coletiva e a estrutura física da USF.

Por fim perguntamos se os serviços da USF contemplavam todas as suas necessidades; se eles identificavam que existiam fragilidades na instituição, quais? E que sugestões eles apontariam para melhoria dos serviços.

A maioria dos usuários entrevistados foi do sexo feminino. Quanto à escolaridade a maioria concluiu o ensino médio e outros um curso de formação superior. Metade destes são funcionários públicos e os demais trabalhadores do comércio, dona de casa e aposentada. No que se refere à renda mensal, 60% dos entrevistados tem uma renda familiar entre três e quatro salários mínimos e 50 % das famílias são compostas por um percentual que varia entre quatro e seis pessoas.

No que diz respeito ao tempo em que são usuários da Unidade de Saúde, 80 % responderam que o são a mais de 20 anos, quando ainda funcionava o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP). Esse significativo tempo que são usuários, nos leva a crer que estes conhecem bem os serviços e funcionamento da USF, que acompanharam os processos pelos quais a instituição passou e conseqüentemente podem apresentar as respostas fundamentadas no conhecimento e experiência vivenciada.

Um primeiro quesito a ser avaliado foi à relação dos usuários com a equipe da USF, essa foi tida como satisfatória pela maioria, sempre foram bem acolhidos. Outros destacaram a importância da capacitação para os profissionais e apontaram a dificuldade de um bom relacionamento devido à lotação dos serviços da USF.

Falar em atendimento de qualidade implica a existência de uma política continuada de formação de recursos humanos em saúde para capacitar os profissionais de nível superior, médio e auxiliar, pois entendemos que as ações educativas levam conhecimentos as pessoas e que esses conhecimentos quando utilizados podem ocasionar mudanças nos modos de agir e pensar dos sujeitos.

No que se refere à estrutura da USF, esta foi tida como ótima por todos os usuários entrevistados. Vale salientar que a qualidade dos espaços físicos da referida unidade foi

melhorada significativamente a partir da reforma e ampliação pela qual passou a unidade no ano de 2008, sendo todos os consultórios médicos, de enfermagem e odontologia ampliados e inseridos novos equipamentos; o setor administrativo, a farmácia e a área de recepção também foram contemplados com uma nova arquitetura e decoração, proporcionando mais conforto aos trabalhadores e usuários. Além do mais, outros serviços passaram a ser oferecidos aos usuários.

Os principais serviços que os usuários disseram procurar na USF foram: consultas médicas e de enfermagem, atendimento odontológico, acompanhamento pré-natal, tratamento de hipertensão, recebimento de remédios, exames laboratoriais e vacinas.

Quando falamos do acesso deles a esses serviços, apesar de identificarem uma melhora, a grande maioria avaliou ser difícil, especificamente a consulta médica e o atendimento odontológico. Apontam que é difícil conseguir uma ficha e quando conseguem demora muito para serem atendidos.

Além disso, comentam que os serviços existentes são destinados prioritariamente ao atendimento de hipertensos, diabéticos, grávidas, crianças, idosos e são insuficientes para atender toda a demanda. Os demais serviços foram classificados pelos usuários como de fácil acesso e satisfatórios.

O reduzido número de profissionais, somado a um modelo de atenção a saúde centrada no médico e a grande demanda dificulta o acesso dos mesmos aos serviços. Evidenciam, ainda, que quando esse acesso ocorre não se dá de forma integral, pois, segundo eles, as rápidas consultas não possibilitam uma análise mais detalhada dos problemas de saúde dos usuários. A respeito da insuficiência de médicos, este é um problema antigo nas cidades de pequeno porte, pois o nível salarial e a infra-estrutura desses municípios não conseguem atrair e fixar esses profissionais.

Uma minoria de usuários entrevistados aponta que os serviços da USF contemplam suas necessidades de saúde, disseram estar satisfeitos, pois a maioria de suas carências de saúde é atendida pelos serviços oferecidos na unidade. Estes destacam a facilidade de conseguir medicamentos na USF ou na secretaria de saúde. Afirmam, ainda, que quando a USF não oferece consultas especializadas eles são encaminhados para as cidades que são polos regionais de saúde as quais o município de Tabuleiro do Norte-CE está pactuado, e sempre que precisam de transporte para fazer algum tratamento que é realizado em Fortaleza-CE eles conseguem na secretaria de saúde.

Podemos perceber, a partir do exposto, pelos usuários que suas necessidades de saúde são orientadas por uma visão muito restrita do que seja saúde, resumindo-se a dimensão clínica e medicalizante.

A disponibilidade de medicamentos, exames e vacinas, imprescindíveis a prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças foram tidos como satisfatórios e de fácil acesso por todos os usuários entrevistados.

O atendimento domiciliar realizado pela equipe da USF foi classificado como bom, porém, outros entrevistados apresentaram algumas críticas em relação à baixa resolutividade desse serviço em atender suas reais necessidades.

Destacaram como importante o trabalho do agente comunitário de saúde pelo acompanhamento constante desse profissional em suas residências, pelas orientações que este oferece sobre a importância de realizar exames de prevenção e por facilitar o acesso dos usuários aos serviços da unidade.

Ao apontarem algumas sugestões para melhoria dos serviços eles reforçam alguns elementos, tais como: a necessidade de contratar mais profissionais e de várias especialidades; a disponibilização de profissionais exclusivos para atender os hipertensos, idosos, grávidas e crianças; a ampliação da rede básica de serviços; a diminuição do tempo de espera para ser atendido e um maior controle dos profissionais médicos para que estes falem menos.

Essa ênfase na necessidade de garantir o acesso à assistência especializada na rede de serviços do SUS em Tabuleiro do Norte pode ser explicada pelo fato de que se deslocar para outras cidades em busca desses serviços de saúde é muito desgastante e dispendioso, também pelo fato de que por muito tempo o município só contou com serviços básicos, restando, quando necessitava de outros procedimentos, procurar as cidades vizinhas, regionais ou os serviços privados.

As ações de orientação acerca da saúde coletiva praticamente inexistem segundo os usuários. Essas se resumiam a orientações individuais, mais ligadas às patologias, quando muito citaram as recomendações que recebiam da agente comunitária de saúde e dos agentes de endemias acerca dos mosquitos vetores da dengue.

O que reforça que a tentativa de reorientação do modelo assistencial de saúde ainda não se concretizou, em muitos casos, apenas ampliou o acesso das populações aos serviços básicos de saúde, dando continuidade ao que era um dos grandes problemas a serem superados: a identificação da saúde simplesmente como ausência de doença.

CONCLUSÃO

Podemos perceber que a reforma/ampliação pela qual passou a Unidade de Saúde da Família Maria de Fátima Freitas Maia II possibilitou uma oferta maior de serviços, porém, o acesso a algumas ações de saúde ainda é difícil.

Fica evidente que uma das principais demandas dos usuários é por atendimentos médicos. Além das reais necessidades em relação a esse serviço, podemos dizer que a grande procura pelo atendimento médico é resultado, em parte, de um modelo de atenção à saúde ainda centrado nas doenças. Essa importância em ampliar o número de médicos, evidencia que está impregnado no imaginário social a ideia de que as necessidades de saúde se resumem a atendimentos médicos.

A prevalência desse modelo de atenção à saúde se apresenta, em parte, como uma consequência histórica das incipientes ações de prevenção e promoção desenvolvidas pelo Estado, levando a uma sobrecarga dos serviços clínicos e institucionalização do modelo curativo como o mais adequado ao atendimento das questões de saúde.

Os serviços de média e alta complexidade, necessários a integralidade do atendimento, tão presente nas falas dos usuários entrevistados é outro dilema dos municípios de pequeno porte. A Lei Orgânica da Saúde (Lei de N° 8.080) afirma que os serviços de saúde devem estar organizados de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente, a fim de oferecer atendimento integral a população, porém esse sistema organizacional vem se implementando de forma muito tímida no âmbito regional, exigindo que as demandas por serviços de maior complexidade sejam encaminhados para capital do estado.

As dificuldades apontadas pelos usuários para terem acesso a determinados serviços, nos leva a crer que há um profundo distanciamento da realidade vivenciada no cotidiano da rede de serviços públicos de saúde em relação a um sistema de saúde que se apresenta como universal equânime e integral do ponto de vista do atendimento das carências de saúde dos indivíduos.

Princípios constitucionais tão defendidos pelo movimento da reforma sanitária e incorporados nos instrumentos legais que norteiam a política de saúde, esbarram em dificuldades e obstáculos do cotidiano dos serviços. Em contrapartida, o modelo de saúde voltado para o mercado ganha cada vez mais espaço, dando continuidade ao histórico sistema de saúde brasileiro pautado na segmentação.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de, BARRETO, Ivana Cristina de Holanda Cunha, BEZERRA, Roberto Cláudio. Atenção primária à saúde e Estratégia Saúde da Família. In. CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa, et al (orgs). **Tratado de saúde coletiva**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. Pp. 783-836.

ARRETCHE, Marta Teresa da Silva. Tendências no estudo sobre avaliação. In. RICO, Elizabeth Melo, et al (org). **Avaliação de políticas sociais: uma questão em debate**. São Paulo: Cortez, 2006; vol. 4. Pp. 29-39.

ARRETCHE, Marta. A política da política de saúde no Brasil. In. LIMA, Nísia Trindade, et al (orgs). **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. Pp. 285-306.

BAPTISTA, Tatiana Vargas de Faria. **O direito a saúde no Brasil: sobre como chegamos ao Sistema Único de Saúde e o que esperamos dele**. In. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (Org). Políticas de Saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. Pp. 11-41.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para assuntos Jurídicos. Brasília-DF, 05 de outubro de 1998. <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/legislacao.php>>. Acessado em: 03 jun. 2009

_____. Portaria N° 648, de 28 de março de 2006. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica: diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família e o Programa Agentes Comunitários de Saúde**. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. Leis Orgânicas da Saúde. Brasília, 2006. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/legislacao.php>>. Acessado em: 03 jun. 2009

_____. Portaria N° 399, de 22 de fevereiro de 2006. **Divulga o Pacto pela Saúde 2006: Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto**. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. Leis Orgânicas da Saúde. Brasília, 2006. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/legislacao.php>>. Acessado em: 15 de maio. 2009.

BRAVO, Maria Inês Souza. Política de Saúde no Brasil. In. MOTA Ana Elizabete [et al], (orgs). **Serviço social e saúde: Formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez, 2006. Pp. 88-110.

_____. **Serviço social e saúde: desafios atuais**. In: Temporalis. Política de saúde e serviço social: impasses e desafios. Ano VII, N°13. São Luiz: ABEPSS, 2007b. CARLOTO, Cássia Maria. Família, mulheres e políticas de transferência de renda. In: Alves, Maria E Rodrigues, Raquel Viana. Políticas para as Mulheres de Fortaleza: desafios para igualdade. Fortaleza, 2008. Pp. 123-138.

COHN, Amélia. **O estudo das políticas de saúde: implicações e fatos**. In. CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa, et al (orgs). Tratado de saúde coletiva. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. Pp. 231-258.

FELISBERTO, Eronildo. **Monitoramento e Avaliação na Atenção Básica: novos horizontes.** Revista Brasileira de Saúde da Família, Brasília, p. 24-29, 2004. FURTADO, Juarez Pereira. **Avaliação de programas sociais.** In. CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa, et al (orgs). Tratado de saúde coletiva. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. Pp. 715-739.

HARTZ, Z. M. A. **A avaliação na área da saúde: dos modelos assistenciais à prática da implantação de programas.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. Pp. 131-195.

LOBO, Teresa. **Avaliação de processos e impactos em programas sociais: algumas questões para avaliação.** In. RICO, Elizabeth Melo, et al (org). Avaliação de políticas sociais: uma questão em debate. São Paulo: Cortez, 2006; vol. 4. Pp. 7584.

MERHY, Elias. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano.** São Paulo. 4, ed. Hucitec, 2007. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Diretriz Conceitual saúde da família. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php>>. Acessado em: 05 de maio.2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Diretriz Conceitual saúde da família.** Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php>>. Acessado em: 05 de maio. 2009

_____. **Saúde da família no Brasil: linhas estratégicas para o quadriênio 1999/2000.** Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde/Departamento de Atenção Básica.

_____. **Política Nacional de Avaliação de Desempenho do Sistema Único de Saúde.** In. Ministério da Saúde. Brasília, 2007. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/documento%20politica.pdf>> Acessado em: 26 nov de 2009.

_____. **Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família.** In. Ministério da Saúde. Brasília, 2005. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/> Acessado em: 28 nov de 2009.

MOTA, Ana Elizabete. **Seguridade social brasileira: desenvolvimento histórico e tendências históricas.** In. MOTA Ana Elizabete et al, (orgs). Serviço social e saúde: Formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, 2007. Pp. 40-48.

ROCHA, Ruth. PIRES, Hindenburg da Silva. **Minidicionário da língua portuguesa.** São Paulo: Scipione, 2005.

SIMÕES, Carlos. **Curso de Direito do Serviço Social.** São Paulo: Cortez, 2007; vol. 3. Pp. 112-131.

TEIXEIRA, Carmen Fontes. **Saúde da Família, Promoção e Vigilância: Construindo a Integralidade da Atenção à Saúde SUS.** Revista Brasileira de Saúde da Família. Brasília, Pp. 10-21, 2004.

Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/legislacao.php>> Acessado em: 15 de maio. 2009.