



## **O PACS E A SAÚDE NA OPINIÃO DOS USUÁRIOS DE UBERLÂNDIA: *Análise da pesquisa de opinião pública sobre o PACs e a Saúde***

**Sebastião Elias da Silveira**  
tiao\_elias@yahoo.com.br  
Universidade Federal de Uberlândia

### **RESUMO**

Este trabalho apresenta o resultado da pesquisa de opinião realizada pelo autor na cidade de Uberlândia, especificamente no distrito Oeste, no ano de 2005, no qual, aferiu a opinião da população sobre situações referentes à sua saúde sob três aspectos: impacto da implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde PACS; Gestão Municipal de Saúde; Percepção de problemas estruturais das famílias. O Programa de Agentes Comunitários de Saúde foi implantado em Uberlândia no ano de 2003. Este Programa que tem na visita domiciliar e na educação em saúde suas ferramentas mais contundentes para estabelecer o vínculo entre população e serviços de saúde. Foi extinto já em 2005, ano em que este estudo se realizou e cujos dados coletados naquele, apenas agora são publicados e brevemente analisados de modo a documentar esta experiência de atenção primária que precocemente deixou de existir, perdendo também os dados e informações sistematizadas pelos cadastros e registros de atividades das equipes. O trabalho foi motivado pelo interesse em conhecer a opinião da população sobre o Programa de Agentes Comunitários de Saúde contribuindo para a interpretação mais adequada desta experiência produzindo dados que auxiliem no planejamento e formulação prática das ações de saúde. Concluindo que realizar este trabalho foi muito importante. Embora os dados não apareçam de maneira adequadamente sistematizada foi possível identificar que a população de forma significativa reconheceu o trabalho realizado pelas equipes de PACS, que obtiveram resultados melhores que as unidades de saúde e até mesmo da gestão municipal; O trabalho também comprovou que os programas que atuam com o cadastramento da população se tornam mais úteis para a leitura da realidade e planejamento de novas ações de saúde. Por fim que a extinção do PACS com apenas três anos de funcionamento foi um equívoco.

### **INTRODUÇÃO**

Este trabalho apresenta o resultado da pesquisa de opinião realizada pelo autor na cidade de Uberlândia, especificamente no distrito Oeste, no ano de 2005, no qual, aferiu a percepção da população sobre situações referentes à sua saúde sob três aspectos: impacto da atuação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde no distrito Oeste; opinião da população sobre a gestão municipal e demais unidades de saúde do distrito Oeste; problemas estruturais das famílias.

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde PACs foi implantado em Uberlândia no ano de 2003 na região da cidade denominada de Distrito Oeste. Este Programa, que tem na visita domiciliar e na educação em saúde suas ferramentas mais contundentes para estabelecer o vínculo entre a população e os serviços de saúde, foi extinto pela gestão municipal já em 2005, mesmo ano em que este estudo se realizou. Os dados coletados naquele ano, apenas agora são publicados e brevemente analisados de modo a documentar esta experiência de atenção primária que precocemente deixou de existir na cidade, perdendo os dados e informações até então sistematizadas pelos cadastros e registros de atividades das equipes.

O Distrito Oeste da cidade de Uberlândia é uma das cinco regiões de cuidado nas quais as ações de saúde do Município se desenvolve. O PACs, foi implantado em apenas uma parte do distrito Oeste, envolvendo os bairros Mansour, Luizote de Freitas, Tocantins, Taiamam, Dona Zulmira, Guarani e Luizote de Freitas. No ano de 2003, época da implantação do

PACs, nesta parte do distrito Oeste, já havia três Unidades Básicas de Saúde UBS e uma Unidade de Atendimento integrado UAI.

Quando do início do trabalho, a hipótese considerada era a de que dentre os problemas enfrentados pelas famílias possivelmente a saúde e a busca por atendimento que possibilitasse aos usuários resolver seus problemas ocuparia lugar de destaque. Do mesmo modo, que o PACs pela relação comunitária entre o agente e a população estaria cumprindo o papel de elo de ligação entre as estruturas de saúde daquela região da cidade; e por fim, que as unidades de saúde implantadas, a saber UAI Luizote de Freitas e as três UBSs, sendo a “porta de entrada” dos usuários no Sistema Único de Saúde SUS, estariam bem avaliadas pela população.

O instrumento de coleta de dados foi preparado com questões relacionadas a estes três aspectos compondo um roteiro para entrevista aplicado durante visitas domiciliares realizadas pelo autor a mil famílias distribuídas em todas as microáreas do PACs durante o mês de Julho de 2005.

Quanto às condições das famílias as entrevistas e análise dos dados apontou dificuldades estruturais relacionadas a sustentação financeira e desemprego, grave preocupação dos entrevistados com a presença do tráfico de drogas presente no território destas comunidades com impacto direto na relação familiar.

Do ponto de vista, do PACs e do trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde ACS, as opiniões se dividiram, mas a significativa maioria conhece seu agente, recebe suas visitas com regularidade e entende que a presença do ACS é um apoio para suas dificuldades de saúde. Embora, seja majoritária a percepção de que as visitas são muito rápidas e que nem todos os agentes freqüentam o interior das moradias.

O parecer sobre as unidades de saúde, revelou que no caso da UAI Luizote de Freitas, esta unidade cumpre um importante papel de ser a principal unidade de referência para os moradores, porque é a ela que recorrem preferencialmente para seus atendimentos. Demonstrou claramente a opção pelo Pronto Atendimento PA, devido à agilidade de consultas sem agendamento com flexibilidade de horário. Mas revelou também a má avaliação das unidades relacionada aos procedimentos realizados nestes atendimentos que referem ser muito rápidos e com baixa resolubilidade. Por outro lado, assim como ocorreu nas informações relativas às UBS, em ações isoladas ou atendimentos desenvolvidos por alguns profissionais, são estabelecidos vínculos pontuais muito significativos.

A conclusão do trabalho permite afirmar que a escolha do setor oeste para implantação das primeiras equipes de PACs foi acertada devido as características e condições a que estão expostas as pessoas da comunidade e pelo fato do PACs ter se mostrado um bom modelo de cadastramento da população, cujas informações são estratégicas para o planejamento das ações de saúde; do mesmo modo revelou que houve uma valorização do trabalho do ACS por parte dos moradores embora ajustes seriam necessários e possíveis. Dentre eles, que a ligação entre o PACs e as unidades de saúde deveria ser aperfeiçoada melhorando o desempenho de ambos; a transformação do PACs em Unidades de Saúde da Família PSF, seria uma das possibilidades neste sentido. Por fim, devido aos problemas estruturais, apontou a necessidade de investimentos estruturais e reforço a ações intersectoriais na oferta dos serviços públicos, na produção dos serviços de saúde, especialmente na promoção da saúde.

### **PACs e Atenção Primária**

O “PACs, é uma modalidade de atendimento voltado para atenção primária à saúde”. Atuando sobre uma base territorial e uma população adscrita, este programa pressupõe o cadastramento de todos os moradores conforme roteiro proposto pelo Ministério da Saúde com informações baseadas na estrutura familiar relacionando além de fatores pertinentes para a avaliação da saúde, também condições sócio-econômicas, infra-estrutura, equipamentos assistenciais, padrão habitacional, renda e outros. A partir do cadastro as

famílias são visitadas periodicamente para monitoramento de ocorrências relacionadas com a saúde e atividades educativas de promoção da saúde.

Os dados do cadastro e também das visitas alimentam um programa do ministério da saúde denominado “SIAB Sistema de Informação da Atenção Básica”, cujas informações permitem traçar o perfil sócio-epidemiológico da comunidade, diagnosticar a qualidade de vida nas áreas assistidas e planejar as intervenções com vistas a melhorar a realidade de saúde da população. Assim, estas informações sistematizadas podem retornar às equipes como subsídio devendo ser utilizadas no planejamento das ações nas unidade e na prática cotidiana destas equipes.

As equipes do PACs “são compostas por 30 a 40 ACS coordenados por uma enfermeira (a)”, que tem também a tarefa de capacitação dos Agentes. Estes ACSs, porém, “são profissionais recrutados dentre os membros da comunidade local por suas reconhecidas habilidades de liderança” e carisma aglutinador. Uma vez empoderados por processos de capacitação em saúde, passam a assumir a centralidade do processo de trabalho do PACs como depositários das expectativas institucionais. A visita domiciliar é o grande elemento de atuação do PACs, já que os ACSs entram em contato direto com a intimidade das famílias estabelecendo vínculos de confiança.

No mundo, há diversos relatos documentando a origem deste tipo de experiência com ACSs. Os mais antigos são da década de 1940, na China Comunista cujo regime considerado revolucionário liderado por Mao Tse Tung, observou que em algumas comunidades a prática de voluntários que se apresentavam para cuidar dos demais acabaram gerando elos de cumplicidade e responsabilização tornando estes cuidadores lideranças locais. O que levou o regime a adotar a prática como política oficial na China possibilitando a presença de alguma forma de política de Estado naquele vasto território. Do mesmo modo, a experiência aparece nos registros da “Medicina Social” Canadense e do “Médico de Família em Cuba”.

A experiência brasileira com este tipo de atendimento é relativamente recente e oficialmente data do início dos anos 90. Mas os primeiros registros deste tipo de atuação ocorreram na década de 60 e foram inspiradas pelas experiências dos outros países. O aperfeiçoamento do método deu origem ao PSF Programa de Saúde da Família, atualmente denominado “de estratégia saúde família”, devido a sua relevância para o esforço de fortalecimento da atenção primária e consolidação do SUS.

Com uma equipe de 4 até 6 ACSs, “coordenada pelo enfermeiro (a) e reforçada por um auxiliar de enfermagem e um médico, esta é a composição mínima para o credenciamento da Equipe de Saúde da Família (PSF). Este modelo tornou-se a estratégia que o Ministério da Saúde escolheu para reorientar o modelo assistencial do Sistema Único de Saúde a partir da Atenção Primária.

Como política pública oficial no Brasil, esta estratégia foi iniciada em 1991, com a implantação do PACs. A partir de 1994 foram implantadas as primeiras na modalidade de Programa de Saúde da Família PSF.

#### **A experiência de Uberlândia:**

Em Uberlândia, até 2003 a estrutura do Sistema Único de Saúde contava com o Hospital Universitário da Universidade Federal de Uberlândia, cinco UAs e oito UBS, além de algumas unidades especializadas e da rede conveniada. Naquele ano, a gestão municipal optou por iniciar a implantação das primeiras equipes de saúde da família no total de trinta e quatro e no mesmo período, três equipes de PACs no setor oeste.

As equipes de PACs, foram assim distribuídas: Equipe Tocantins (bairros Tocantins e Guarani, Equipe D. Zulmira (bairro Dona Zulmira, Taiaman e parte do Luizote d efreitas) e Equipe Luizote (bairro Mansour, Nosso Lar e Grande Luizote). “No total, foram empregados entre PACs e PSF, trezentos e sessenta ACSs, selecionados junto a população com critério de moradia e atividade comunitária nos bairros onde atuavam as equipes”.

Na área de abrangência do PACs de Uberlândia estão Três UBSs (Tocantins, Guarani e D. Zulmira) e a UAI Luizote. Todas mantiveram suas modalidades de funcionamento tradicional, mas foram também base de apoio para as equipes do PACs. Em alguns momentos esta relação se deu de maneira bastante integrada, mais no geral, foi marcada por conflitos e tensões entre as equipes causando descontentamento na população.

Conhecer a opinião da população sobre o PACs, uma modalidade até então desconhecida para profissionais e usuários do SUS em Uberlândia tornou-se relevante devido a possibilidade de tratar-se de uma fase de transição. A interpretação do sucesso ou fracasso deste modelo seguramente será considerado no planejamento dos investimentos públicos em saúde nos próximos anos.

Identificar avanços ou retrocessos do PACs e relacioná-lo com elementos da vida cotidiana dos usuários e das unidades de saúde contribuem para a compreensão da efetividade destas ações de promoção para o dia a dia das pessoas, mas também possibilita compreender sob que condições os usuários emitem seu julgamento. Isto é fundamental, considerando que é justamente o usuário o cliente final das ações produzidas pelo PACs.

Tanto o PACs como o Saúde da Família trabalham com a construção de vínculos terapêuticos melhor definidos entre os assistidos e os profissionais, também com o conhecimento apurado das condições de vida da população e subsidiando a atuação permanente de educação em saúde. Assim, questões como a visita domiciliar e seu tempo de duração, entrada do agente no domicílio, conhecimento pessoal da enfermeira e utilidade do programa pode revelar ou ao menos sinalizar a efetividade do programa.

Por outro lado, esta forma de abordagem possibilita uma aproximação das condições nas quais a população observa, interpreta, formula suas concepções emitindo seu parecer e seus hábitos a fim de entender em que circunstâncias atuam esses ACSs em termos de potencial de resposta desta mesma população em relação aos trabalhos de orientação e educação em saúde que são realizados.

Contribuir para a documentação e interpretação desta modalidade de atenção primária pode subsidiar a formulação prática de novas ações do PACs ou a transição para outros modelos de assistência.

Por esta razão, a coleta de dados realizada priorizou o usuário comum, em sua maioria mulheres, abordadas aleatoriamente em suas residências nos turnos da manhã, tarde e noite, no período entre os dias 25 de julho de 2005 e 25 de agosto de 2005, na área de abrangência do PACs. Foram visitadas no total, 125 residências distribuídas no núcleo Luizote e nas áreas das quatro equipes do PACs: Guarany, Tocantins, Dona Zulmira e Luizote de Freitas. Sendo que neste último, foi aplicada proporcionalidade com o Bairro Mansour e Bairro Nosso Lar.

No instrumento aplicado a todos os entrevistados também foram incluídas questões relativas a UAI Luizote devido a esta unidade corresponder à principal referência de especialidades e pronto atendimento para todo o núcleo.

Os dados gerados são apresentados e interpretados de forma a possibilitar uma compreensão diferenciada das expectativas e necessidades da população. As respostas (espontâneas) foram agrupadas segundo a ocorrência e apresentadas sob a forma de percentuais. As respostas menos citadas foram também agrupadas de modo fiel ao relato feito pelos usuários.

## **DISCUSSÃO DOS DADOS DO PACS**

Nesta primeira parte do estudo estão os dados obtidos nas respostas sobre o PACs. Questionada quanto ao conhecimento sobre o que é o programa, 68% disseram que sim e

32%, não. Nota-se pela precisão das respostas que algum tipo de informação a respeito do PACs é de domínio da população, uma vez que a extrema maioria refere ter conhecimento do que é o programa. Já quando a questão se conhece o não o ACS, 45% conhece e sabe o nome, 23% Conhece, mas não sabe o nome e 32% não o conhece.

Em cada residência foi entrevistado apenas um usuário, considerando que para efeito do trabalho do PACs os procedimentos são contados por comunidade familiar a ser visitada, pode ser que o ACS faça regularmente suas visitas e nunca encontre algum dos membros da família. Apesar desta possibilidade, 45% conhecem o seu ACS pelo nome. Claro que só isso pode não caracteriza exatamente um vínculo positivo. No entanto é um importante indicador.

Sobre as visitas domiciliares, 56% disseram que recebem pelo menos uma visita por mês; 16% mais de uma vez, 13%, nunca receberam e 15% não sabe. Este dado é interessante porque se forem somados os que recebem pelo menos uma visita mensal com aqueles que recebem mais de uma, verificaremos que 72% dos entrevistados atestam a presença do ACS cobrindo a determinação do Ministério da Saúde de pelos menos uma visita domiciliar mensal. Lembrando que este dado pode ser maior já que 15% não sabem responder. Por outro lado, há que se atentar para o percentual de 13% que referem nunca ter recebido a visita do ACS.

Quanto ao tempo das visitas, houve a prevalência de 46% levando de 10 e 30 minutos. Outras 42% menos de 10 Minutos, para 8% levam mais 30 minutos e 4% não sabem. A definição de rapidez e noção de tempo é variável de pessoa para pessoa, por isso as respostas desta questão estão associadas ao tempo. Aqui está um índice preocupante: aproximadamente a metade dos ACSs fazem “visitas relâmpago” com menos de 10 minutos. Poderia se pensar no problema das micro-áreas que atuaram sobrecarregadas com população acima do recomendado. Mas analisando os dados do SIAB alimentado pelos controles das enfermeiras, é possível afirmar que o número de micro-áreas sobrecarregadas não tem a mesma proporção de 42% que referiram visitas rápidas. Uma das possibilidades é que tenham faltado intervenções com mais capacitações qualificando estes profissionais para o momento da visita. Se o ACS estiver melhor instrumentalizado poderá preencher mais tempo da visita aumentando o vínculo com o usuário e melhorando a resolutividade das ações.

Se perguntadas se o ACS alguma vez entrou em sua casa, 38% responderam que sim, mas poucas vezes. 33% que não, nunca entraram e 11% que sim, entraram muitas vezes. Outros 18% não souberam dizer. A visita do ACS é um momento único de diálogo, diagnóstico e educação em saúde. Por isso, a interação com o ambiente familiar é essencial. Mas não pode se restringir às conversas e orientações a apenas um membro da família. É necessário que o ACSs acesse o ambiente das residências e veja as condições de moradia destas pessoas, a organização do espaço, higienização e outras condições de risco. Segundo a pesquisa 33% dos entrevistados nunca tiveram o ACS dentro de suas casas. 18% não sabem. Se somados, estes dois índices revelam importante ausência de referência e vínculo entre usuário e ACS. Ou seja, em 51% dos casos o ACS não atinge este objetivo da visita e deste modo a parte do trabalho voltada para a vigilância em saúde não acontece. Por outro lado é importante fixar este trabalho trata-se de uma amostragem, bem distribuída, mas que pode não refletir particularidades de uma ou outra micro-área, além do fato de que a pesquisa possa ter sido aplicada a um membro da família que não é o mais presente no ambiente doméstico.

De todos os entrevistados, 69% a imensa maioria das pessoas refere que o trabalho do ACS é importante. Para 24% não e os demais 7% não em opinião. Referem que no começo ficaram preocupados devido à mobilização política em torno de um assunto que não conheciam. Mas posteriormente, transcorridos alguns anos, têm a avaliação de que o trabalho é benéfico e contribui para melhorar o atendimento. Mas enfatizam que precisam de outros recursos.

Quando questionados se sabem o que é o trabalho do PACs, outro dado positivo, apenas 08% não sabem e outros 11% deram respostas que não tinham relação direta com o trabalho do ACS. É o caso das pessoas que relacionaram o trabalho a um curso promovido pela promotoria pública do qual alguns agentes participam. O mais importante é que os outros 81% deram respostas específicas ou gerais, mas todas diretamente ligadas ao trabalho do ACS. É o que ocorreu com as visitas domiciliares, no acompanhamento de gestantes, do ensino do cartão de vacinas e a relação com o controle da hipertensão e do diabetes mellitus. Para 26% o trabalho do PACs é realizar orientações, 23 % apenas visitar as famílias, reunião para controle de hipertensão e diabetes ficou com 14%, ver as gestantes 09%. Mesmo índice para orientação de vacinas 09%. 11% apresentaram outras respostas e 08 % não sabem.

Já na definição da utilidade do PACs, as respostas são ambíguas. Demonstraram desconhecer as prioridades do trabalho. Ligam o trabalho do ACS diretamente a marcação de consultas e entrega de remédios, o que evidentemente pode ser feito em situações especiais, mas que é totalmente contra indicado como regra dado a insustentabilidade prática em si tratando de PACs, além do risco de iniquidades. Pode ser que a explicação para a intensidade destas respostas esteja na própria concepção de assistência curativa que é ainda muito impregnada na população e que se configura no principal desafio desmistificador do PACs. Claro que o desafio é grande e é necessário qualificar mais o Agente para desempenhar este trabalho de mudança, mas é necessário superar esta contradição. Da forma como os dados aparecem pode se inferir que a população reconhece o trabalho do agente e sabe que ele é importante, mas desejariam que ele fosse diferente.

Os moradores entendem que o PACs pode ser útil. Mas para 37% a finalidade é marcar consultas. Outros 29%, pegar medicações e 11% das demais respostas não sabem ou não responde. 31% dos entrevistados conhece a enfermeira do PACs e 69% não. Este dado de que pouco mais de 30% dos moradores conhecem a enfermeira de sua área não é de se impressionar, afinal são áreas muito extensas e nem todos os moradores freqüentam as instalações das unidades de saúde que é o espaço mais utilizado pelas enfermeiras do programa para organizar e capacitar os ACS e ao mesmo tempo captar deles as demandas. Da mesma forma as enfermeiras por razões óbvias não têm como visitar todas as famílias. Caso isso acontecesse, também não encontrariam parte dos moradores, pois durante as entrevistas, vários relataram que saem muito cedo para o trabalho e retornam apenas à noite. É o caso de casais jovens.

Pelos dados apresentados sobre o PACS pode se afirmar que nesta modalidade é necessário aproximar mais os ACS e acompanhá-los quotidianamente. Não em caráter de policiamento mas sim de suporte. Apesar de alguns moradores denunciarem omissão por parte dos ACS, condutas morais reprováveis e outras situações que precisariam ser averiguadas, a análise geral destes simples dados demonstra a importância do PACS como instrumento de acessibilidade ao SUS, ainda que não signifique acesso as unidades do SUS com consultas e medicamentos como deseja a população. Por outro lado este repertório de respostas emanadas dos usuários sinaliza estar para certo conhecimento sobre o sistema como se verificou nas respostas sobre o trabalho do ACS. O desafio seria a partir destas informações organizar sistematicamente o trabalho do PACS afim de avançar na direção da atenção integral potencializando o investimento público na manutenção do programa e revertendo este potencial em qualidade de vida para a população e credibilidade para a gestão municipal do SUS.

## **DISCUSSÃO DOS DADOS DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO E PERCEPÇÃO DA GESTÃO**

Nesta segunda parte, a proposta é analisar as condições referidas pela população em relação a sua própria saúde. As questões foram adaptadas de um outro instrumento de coleta de dados produzido pelo Conselho Nacional de Saúde CONASS.

Na primeira questão, foi investigado que grau de relevância tem a saúde para a família pesquisada e quais os dois maiores problemas enfrentados ultimamente. O desemprego apareceu com 31%, às drogas com 22%, a baixa renda com 14%, a saúde 14%. A segurança 09%, a educação infantil com 03% e 07% para outras respostas. Estes dados são instigantes. O desemprego é o grande terror destas famílias, o que é perfeitamente compreensível. Ocorre que os demais problemas elencados praticamente são desdobramentos deste primeiro. É o caso das drogas, da baixa renda e da falta de segurança no bairro. A saúde aparece com apenas 14% e são várias as possíveis explicações: presença do PACs, presença da UAI Luizote ou uma real prevalência destas outras situações referidas.

Perguntadas quanto a que tipo de pessoa tem boa saúde, percebe-se a situação de verdadeiro desespero de muitas famílias com as quais o PACs trabalha. Na questão anterior apresentaram o desemprego e a renda como principais problemas e nesta segunda, 34% afirmam que para se ter boa saúde, é necessário dinheiro ou convênio médico 16% que também depende diretamente da renda familiar. Estas respostas juntas correspondem a 50% exatos dos entrevistados. O que piora o prognóstico é que os outros 50%, 23% sequer sabe dizer o que é necessário para se ter boa saúde. 11% compreendem que é quem come bem, 09% quem tem alegria e 07% quem não está doente.

Para se levar uma vida saudável as necessidades identificadas foram paz e família 32%, emprego 27%, saúde 25%, aquisição de casa própria 11%. Não sabe ou não responde 05%. Pelos dados, as reflexões quase que ficam redundantes. Aqui a ausência da segurança pública aparece camuflada de paz na família. Mas de novo é infra-estrutura ou ausência dela que predomina. É como se a cidade fosse um grande espaço aberto, com inúmeras possibilidades, com uma profusão de atividades diversificadas, mas deixando esta população totalmente alheia e sem chance de acessá-las.

Perguntados se conhecem o que seja referencia em saúde 21% disseram que sim e outros 79% que não. Esta questão foi colocada simbolicamente para averiguar o quanto o vocabulário Técnico é distante da realidade da população, sendo necessário desmistificá-lo para que se atinja uma comunicação efetiva com estes usuários. Do mesmo modo, em se tratando do ACS ser um representante da comunidade, é fundamental que não se tenha a preocupação de transformá-lo em mais um técnico do sistema o que o afastaria da população.

Destes entrevistados 48% freqüentam a UAI Luizote para resolver seus problemas de saúde. As UBS são procuradas por 27%. O “Dr Hans”- Centro Espírita - recebe 09% dos moradores, mesmo índice dos serviços particulares 09% . Para o Hospital de Clinicas da UFU vai 7% da demanda.

A grande maioria dos usuários recorre mesmo a UAI Luizote ou a UBS para resolver seus problemas de saúde, demonstrando que mesmo sem conhecer o sistema de referencia e contra referencia oficial, acabam realizando na prática esta circulação pela rede de serviços. Do mesmo modo, poucos são os que habitualmente recorrem diretamente ao HC/UFU para suas demandas. Uma das explicações é o transporte público. Já os particulares e outras possibilidades terapêuticas apareceram com significativa porcentagem dentro do bairro.

Ao avaliar a UAI Luizote de Freitas 25% refere que a unidade “não serve para nada” . Outros 22% para consultas sem necessidade de agendamento. Os procedimentos do Pronto Socorro aparecem com 18%; as vacinas com 10% e 25% não sabe ou não quiseram opinar.

Para estes usuários, há um ranço em relação aos serviços ofertados pela UAI Luizote. É uma relação ambígua. Ao mesmo tempo em que elogiam alguns aspectos da unidade e a ela recorrem para suas demandas, são taxativos e nada menos que 25% referem que a unidade não serve para nada. Outros a aprovam justamente por suas características notadamente negativas, que é o caso de disponibilizar consultas típicas de ambulatório sem prévia marcação. Em terceiro lugar, em ordem de importância aparece o Pronto Atendimento.

Ainda sobre a UAI Luizote de Freitas, 60% dos entrevistados entendem que é importante a UAI pelo fato de estar próximo a suas casas, 19% por ter o pronto atendimento, 8% por ter bons médicos no ambulatório e 13% não quiseram opinar. Assim a acessibilidade é apresentada como a principal vantagem de se ter uma UAI dentro do Núcleo. Muitas famílias referem dificuldade com o transporte coletivo e suas linhas; alegando não disponibilizar de outras formas de transporte, a não ser carrinhos de tração animal ou bicicletas, inadequadas para transporte de pessoas doentes dependendo da solidariedade de vizinhos. Depois, novamente o Pronto Atendimento é considerado uma virtude e pela aparecem elogios ao corpo clínico citados por alguns usuários.

Instigados a definir a principal crítica à UAI Luizote, as filas aparecem com 26%, seguidas da demora no atendimento 17%, do processo de marcações de consultas 14% grosserias na recepção, 08% por não transferir pacientes graves. 08% queixaram de não ter acesso aos responsáveis pela unidade e 06% de não ter respostas para as reclamações protocoladas. 15% não opinaram ou não sabem. Aparecem aqui os problemas estruturais: destrato na recepção, lentidão no atendimento, filas, marcação, e não transferência de pacientes. Para cada uma destas afirmativas existem explicações e também a possibilidade de responsáveis. A recepção é um local melindroso que faz a primeira acolhida ao usuário, geralmente em situação de dor, ansiedade ou stress, ambiente propício para mal entendimentos. Porém, também é verdade que muitos dos profissionais, ao se portarem atrás dos balcões de atendimento se revestem de um pseudo poder que lhes comprometem a humanização do atendimento. Quanto às marcações de consultas, é certo para a população que há um esquema de fraude nas listas de vagas disponibilizadas especialmente para consultas especializadas. Deve-se constituir mecanismos de marcação cada vez mais transparentes.

Avaliando a saúde no município, 30% consideram que tem melhorado 26% que tem piorado, para 23% não mudou e 21% não sabe ou não opina. Na realidade, a população não tem uma avaliação precisa sobre as melhorias no Sistema e há equilíbrio nas repostas daqueles que consideram que melhorou, piorou ou nada mudou. Seja como for, as justificativas para qualquer das repostas foram todas muito vagas e superficiais.

Sobre as Associações Comunitárias desses bairros e seus responsáveis, 32% conhece as ONGs e seus responsáveis, 25% conhece as ONGs, mas não os responsáveis. 43% não conhecem. Esta questão sobre as ONGs foi apresentada com o objetivo de localizar quais são as verdadeiras lideranças que são reconhecidas pelos moradores e que podem mobilizar positivamente ou negativamente em relação ao Sistema. Surpreendentemente a maioria dos usuários não os conhecem e se conhecem, não demonstraram nenhum tipo de dependência ou simpatia pelos mesmos.

Ao pedir para citar o nome da pessoa mais importante para a Saúde no Município, o prefeito teve 14%, o ACS 09%, 03% citaram a servidora "Sandra do Postinho" (Aux. Enf. UBS D. Zulmira); Dr Hans 2%. 72% não sabem ou não opina. Quanto a um possível nome que personifique a saúde em Uberlândia, este também não há. Aparece naturalmente o nome do Prefeito Municipal, o que é positivo do ponto de vista do reconhecimento da institucionalidade. Depois surge novamente a figura do ACS. Também com naturalidade, uma vez que é porta voz cotidiano do Sistema junto ao usuário.

## **CONCLUSÃO**

Realizar este trabalho foi muito interessante. Embora os dados não apareçam de maneira adequadamente sistematizada foi possível identificar que a população de forma bastante significativa reconheceu o trabalho realizado pelas equipes de PACS, que obtiveram resultados melhores que as unidades de saúde e até mesmo da gestão municipal;

O trabalho também comprovou que os programas que trabalhem com o cadastramento da população se tornam úteis para a leitura da realidade e planejamento em saúde;

Que a extinção do PACS com apenas três anos de funcionamento foi um equívoco.



## REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, M. V. de. *Território usado e saúde: respostas do Sistema único de Saúde à situação geográfica da metropolização em Campinas-SP*. 2006. 143 p. Dissertação (Mestrado em Geografia Humana). FFLCH - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.
- ANDRADE, S. M. de; SOARES, D. A.; CORDONI JR., L. (org.) *Bases da saúde coletiva*. Londrina, Editora da UEL, 2001.
- ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA. *SUS: O que Você Precisa Saber sobre o Sistema Único de Saúde, volume I*. ATHENEU, São Paulo, 2004.
- AYRES, J.R.C.M.. *Epidemiologia e Emancipação*. HUCITEC – ABRASCO. São Paulo – Rio de Janeiro, 1995.
- BALAKRISHNAM, Gopal (org). *Um mapa da questão nacional*. Trad. Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Contraponto, 2000. 335 p.
- BARCELLOS, C. (org.) *A geografia e o contexto dos problemas de saúde*. Rio de Janeiro: ABRASCO:ICIT:EPSJV, 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. *Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso*. Série A. Normas e Manuais Técnicos, 2ª edição revista e atualizada. Brasília: SAS, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. *Abordagens espaciais na saúde pública*. Santos, S. M.; Barcellos, C. (org.). Brasília. Ministério da Saúde, 2006.
- CARVALHO, N. M. *Os territórios da saúde e a saúde dos territórios: discutindo o processo de territorialização em saúde a partir do caso de um serviço de atenção primária em Porto Alegre – RS*. 2003. 155 p. Dissertação (Mestrado em Administração) - Programa de Pós-Graduação em Administração, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2003.
- CASTRO, M. C. de.; SINGER, B. H. Meio ambiente e saúde: metodologia para análise espacial da ocorrência de malária em projetos de assentamentos. *Revista Brasileira de Estudos Populacionais*, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 247-262, jul./dez. 2007.
- \_\_\_\_\_. Habitação saudável e ambientes favoráveis à saúde como estratégia de promoção da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 191-198, 2007.
- Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília DF, 1988
- FLEURY, S.; OUVRENEY, A. M. *Gestão de redes: a estratégia de regionalização da política de saúde*. Rio de Janeiro, Editora da Fundação Getúlio Vargas, 2007.
- FONSECA, A. F.; CORBO, A. M. D. (org.) *O território e o processo saúde-doença*. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.
- FOUCAULT, M. O nascimento da medicina social. In: *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro, Graal, 1979, p. 79-99.
- GIDDENS, Antony. *O Estado-Nação e a violência*. Segundo volume de uma crítica contemporânea ao materialismo histórico. Trad. Beatriz Guimarães. São Paulo: Edusp, 2001. 374 p. (Clássicos; 22).
- HAESBAERT, Rogério. *O mito da desterritorialização*. Do “fim dos territórios” à multiterritorialidade. Rio de Janeiro: Bertrand, 2004. 395 p.
- MATTA, G. C. : MOURA, A. L. de. *Políticas de saúde: organização e operacionalização do sistema único de saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.
- MENDES, E.V. *Os grandes Dilemas do SUS, tomos I e II*. CASA DA QUALIDADE EDITORA, Salvador, 2001.

MOKEN, M. *Desenvolvimento de tecnologia educacional a partir de uma abordagem geográfica para a aprendizagem da territorialização em vigilância da saúde*. 2003. 164 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz, Rio de Janeiro. 2003.

*Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde*. Ministério da Saúde, 1997.

NUNES, E.D. *Sobre a Sociologia da Saúde*. HUCUTEC, São Paulo, 1999

NUNES, E. N. Sobre a história da saúde pública: idéias e autores. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 251-264, 2000.

PEITER, P. *A geografia da saúde na faixa da fronteira continental do Brasil na passagem do milênio*. 2005. 314 p. Tese (Doutorado em Geografia) – Instituto de Geociências, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. 2005.

ROJAS, L. I.; BARCELLOS, C.; PEITER, P. Utilização de mapas no campo da Epidemiologia: reflexões sobre trabalhos apresentados no IV Congresso Brasileiro de Epidemiologia. *Informe Epidemiológico do SUS*, Brasília, ano 8, n. 2, p. 27-35, 1999.

ROSEN, G. *Uma história da saúde pública*. São Paulo: Hucitec/Abrasco/Unesp, 1994.

SANTOS, L. A. de C. O pensamento sanitário na primeira república: ideologia na construção da nacionalidade. *Dados*, Rio de Janeiro, n., v. 28, p. 193-211, 1995.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE UBERLÂNDIA. Diretoria de informação em saúde. Área de abrangência e população de referência. Uberlândia, 2007.

SOARES, S. R. A.; BERNARDES, R. S.; CORDEIRO NETO, O. M. *Relações entre Saneamento, Saúde Pública e Meio Ambiente: elementos para a formulação de um modelo de planejamento em saneamento*. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2002.

STARFIELD, B. *Atenção Primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. UNESCO – BRASIL, Brasília 2004.

TEIXEIRA, Sonia Maria Fleury. *Gestão de redes: a estratégia de regionalização da política de saúde*. Rio de Janeiro: Editora FGV. 2007, pág.111.

VLACH, Vânia. O Estado-Nação Moderno na Contemporaneidade: uma outra geopolítica. *Scripta Nova*, Vol. VII, num. 270, 1 de agosto de 2008.