

Universidade Federal de Minas Gerais  
Roberta Souto Rocha Faria

**ACESSO NO CONTEXTO DA ESF EM UM MUNICÍPIO DO VALE  
JEQUITINHONHA - MG**

Belo Horizonte  
2014

Roberta Souto Rocha Faria

**ACESSO NO CONTEXTO DA ESF EM UM MUNICÍPIO DO VALE  
JEQUITINHONHA - MG**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Saúde e Enfermagem.

Linha de pesquisa: Organização e gestão de serviços de saúde e de enfermagem

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Cláudia Maria de Mattos Penna

Belo Horizonte  
Escola de Enfermagem da UFMG  
2014

F224a Faria, Roberta Souto Rocha.  
Acesso no contexto da ESF em um município do Vale Jequitinhonha -  
MG [manuscrito]. / Roberta Souto Rocha Faria. - - Belo Horizonte: 2014.  
128f.  
Orientadora: Cláudia Maria de Mattos Penna.  
Área de concentração: Saúde e Enfermagem.  
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola  
de Enfermagem.

1. Acesso aos Serviços de Saúde. 2. Atenção Primária à Saúde. 3.  
Saúde Pública. 4. Estudos de Casos. 5. Dissertações Acadêmicas. I. Penna,  
Cláudia Maria de Mattos. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola  
de Enfermagem. III. Título.

NLM: WA 300

Este trabalho é vinculado ao Núcleo de  
Pesquisa sobre Cultura, Cotidiano,  
Enfermagem e Saúde, da  
Escola de Enfermagem da Universidade  
Federal de Minas Gerais.



**Universidade Federal de Minas Gerais**

**Escola de Enfermagem**

**Programa de Pós-Graduação**

Dissertação intitulada “**Acesso no contexto da ESF em um município do Vale Jequitinhonha - MG**”, de autoria da mestranda Roberta Souto Rocha Faria, a ser aprovada pela banca examinadora constituída pelas seguintes professoras:

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Cláudia Maria de Mattos Penna - Escola de Enfermagem da UFMG  
Orientadora

---

Dr.<sup>a</sup> Selma Maria da Fonseca Viegas, Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup>. UFSJ-MG

---

Dr.<sup>a</sup> Silvana Martins Mishima, Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup>. EERP-USP

---

Prof. Dr. Francisco Carlos Félix Lana  
Coordenador do Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da UFMG

Belo Horizonte, 08 de abril de 2014.

*Dedico este trabalho aos profissionais de saúde do SUS, em especial de Diamantina, que lutam diariamente para oferecer melhores condições de serviços de saúde aos usuários assistidos.*

## **Agradecimentos**

*Agradeço a Deus por tornar possíveis meus sonhos e por me dar força e sabedoria para enfrentar os desafios da vida. Obrigada pela possibilidade de concretizar mais uma etapa de minha vida acadêmica e por me cercar de pessoas tão especiais.*

*A meu querido esposo, Cairon, que está comigo em cada momento, pelo amor, cuidado e compreensão; por apoiar minhas decisões, compreender minhas necessidades e acreditar na capacidade de realizar meus sonhos.*

*A meus pais, Toninho e Graça, alicerces de minha vida, exemplo de força, dedicação e coragem, pelo apoio e por me ensinar valores repletos de sabedoria e de amor.*

*A meus irmãos, Dante e Marcela, pela torcida constante, pela amizade, pelo carinho e por serem tão especiais em minha vida.*

*À minha orientadora, Dr.<sup>a</sup> Cláudia Maria de Mattos Penna, por me acolher de braços abertos, pela amizade, sensibilidade, competência e valiosos ensinamentos; por acreditar em minha capacidade, sempre me incentivando e estimulando.*

*À minha turma de Mestrado, pela amizade, pelas boas risadas e por compartilhar tantos aprendizados. Em especial, ao querido MAM - Mandinha, Fabi, Lud e Lyd – pelos momentos de alegrias e angústias, pelas “terapias em grupo” e por tornar o mestrado mais leve e divertido. Obrigada pelo apoio “sempre” presente, nesta caminhada.*

*Aos amigos do NUPCCES, pelo aprendizado compartilhado e pelas discussões valiosas que tanto contribuíram para este estudo. Em especial, à Aline e à Thaís que entraram comigo no cenário deste estudo, e à Gabrielli e à Luciene pelas oportunidades de crescimento e convivência produtiva.*

*À Selma, por plantar a “sementinha” do mestrado em mim, quando foi realizar sua coleta de dados em meu cenário de trabalho. Obrigada por participar da banca e pelas contribuições.*

*À Silvana Martins Mishima que se dispôs desde o primeiro momento a participar da banca examinadora deste estudo, obrigada pela disponibilidade e colaborações.*

*À Secretaria de Saúde de Diamantina e à Escola de Enfermagem da UFMG, por possibilitarem a realização desta pesquisa.*

*À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES- pelo apoio financeiro e por tornar possível o mestrado.*

*Enfim, a todos que cruzaram comigo nesta caminhada e que torceram por mim, o meu muito obrigada.*

## RESUMO

FARIA, R. S. R. **Acesso no contexto da ESF em um município do Vale Jequitinhonha-MG.** 2014. 128 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, Minas Gerais, 2014.

O acesso aos serviços de saúde é definido de diferentes formas, por diversos autores. Adotou-se o conceito de acesso que o compreende em sua dimensão sócio-organizacional do serviço, como a inserção dos usuários na ESF e a capacidade dos profissionais de saúde em resolver as demandas dos usuários entre os diferentes níveis de atenção. O estudo teve como objetivo compreender o acesso à Atenção Primária à Saúde (APS) na perspectiva de usuários e profissionais da Estratégia Saúde da Família de um município do Vale Jequitinhonha - MG. O método de escolha foi o Estudo de Caso de abordagem qualitativa. A coleta foi realizada em duas equipes da ESF do município de Diamantina, localizado no Vale Jequitinhonha/MG. Os sujeitos foram treze profissionais de saúde, trinta usuários e três coordenadores da APS. A coleta de dados ocorreu por meio de entrevista individual com roteiro semiestruturado e observação assistemática. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa e foram respeitados os Termos da Resolução CNS 196/96. Realizou-se análise de conteúdo temático proposta por Bardin, da qual emergiram duas categorias analíticas denominadas como: O acesso na ESF: uma visão dos usuários e profissionais de saúde subdivida em quatro subcategorias; e; Estratégias para o acesso: acolhimento e resolutividade, com duas subcategorias. O estudo mostra que o acesso ocorre preferencialmente na ESF, mesmo com impeditivos geográficos, econômicos e funcionais. Os aspectos geográficos referem-se à dificuldade de locomoção e de transporte dos usuários para chegarem até a equipe da ESF. Na dimensão econômicos, observou-se escassez de recursos destinados para a realização de atividades na APS que se apresenta (des)abastecida de insumos e medicamentos. O acesso funcional demonstrou as dificuldades de referência e contrarreferência que interrompem o fluxo de atenção na rede de saúde e a grande demanda espontânea que dificulta a programação de ações pelos profissionais da APS. Também foi possível verificar, que o acolhimento e a resolutividade do profissional são instrumentos de melhoria do acesso, continuidade dos cuidados em saúde e integralidade da assistência. Destacou-se a valorização do vínculo, da afetividade e da empatia, como tecnologias leves do cuidado para a inserção no serviço. O usuário reconhece o profissional que busca atender as demandas, apesar das limitações da rede municipal. Conclui-se que o acesso aos serviços de saúde depende de diferentes atributos administrativos para reduzir os entraves cotidianos. Mesmo com aspectos impeditivos, os usuários reconhecem a ESF como porta de entrada preferencial do sistema de saúde, além de compreenderem que as dificuldades de continuidade da atenção estão relacionadas principalmente aos prestadores de serviços e à assistência secundária e terciária.

**Descritores:** Acesso aos serviços de saúde. Atenção Primária à Saúde. Saúde Coletiva.

## ABSTRACT

FARIA, R.S.R. **Access in the context of the FSH in a municipal district of the Jequitinhonha Valley - MG** . 2014. 128 f . Dissertation (Master's in Nursing) - Nursing School , Federal University of Minas Gerais . Belo Horizonte , Minas Gerais , 2014.

The access to health services is defined in different ways by different authors. This study adopted a concept of access that understand the service in its social/organizational dimension, as the insertion of users in the Family Health Strategy (FHS) and the ability of health professionals to address the needs of users between different care levels. This study has the objective comprehend the access to the primary health care from the FHS perspective of users and professionals from a county in the Jequitinhonha Valley -MG. A qualitative case study has been the chosen methodology for the present study. Data collection was conducted in two FHS teams from Diamantina, located in the Valley Jequitinhonha / MG. Thirteen health professionals, thirty users and three coordinators of the Primary Health Care (PHC) were the subjects. Data collection was conducted through individual semi-structured interviews and systematic observation. The Ethics and Research committee approved the study and the CNS 196/96 Resolutions terms have been complied with. A content analysis proposed by Bardin has been conducted from which two categories emerged. The access to the FHS: users and health care professionals perceptions. subdivided into four subcategories; and the strategies for its access: user embracement and solving capacity. The access preferably occurs via FHS despite geographical, economical and functional barriers. Geographical barriers are due to limited mobility and transportation; economical to the lack of resources allocated to the PHC that is (deprived) provided with supplies and medicine; and functional barriers because of the difficulty in attention flow and high spontaneous demand which complicates activity planning by PHC professionals. It was also observed that user embracement and solving capacity of the PHC professionals are the access improvement tools, health care continuity and health care comprehensiveness. The importance given to bonding, affection and empathy have become remarkable elements towards including patients into the services. The user acknowledges the professional who seeks to meet their demands in spite of the municipal network limitations. It is therefore concluded that access to heath services depends on several administrative attributes to reduce daily barriers. Even with those barriers, users recognise the FHS as a preferred health system gateway, and understand the difficulties of care continuity are mainly related to service providers and to the secondary and tertiary care.

**Keywords:** Health Service Aecessibility. Primary Health Care. Public Health.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Localização do município de Diamantina na Região Ampliada de Saúde do Vale Jequitinhonha -----	27
Figura 2	Região de Saúde Ampliada do Jequitinhonha-----	28

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Sujeitos da pesquisa -----	30
Quadro 2	Perfil dos profissionais de saúde, segundo atuação profissional -----	31
Quadro 3	Perfil dos usuários, segundo condições socioeconômicas -----	32

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ESF-	Estratégia saúde da Família
APS-	Atenção Primária a Saúde
EEUFMG-	Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais
UBS-	Unidade Básica de Saúde
SUS-	Sistema Único de Saúde
NUPCCES-	Núcleo de Pesquisa sobre Cultura, Cotidiano, Educação e Saúde
OMS-	Organização Mundial de Saúde
PPSUS	Programa de Pesquisa para o SUS
FAPEMIG	Fundação de Amparo e Pesquisa de Minas Gerais
CNPq	Conselho Nacional de Pesquisa
SF-	Saúde da Família
PACS-	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
SAMU-	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
UTI-	Unidade de Terapia Intensiva
CAPS ad-	Centro de Atenção Psicossocial de álcool e drogas
EF-	Ensino Fundamental
COEP-	Comitê de Ética em Pesquisa
ACS-	Agente Comunitário de Saúde
NASF-	Núcleo de Apoio a Saúde da família
PIB-	Produto Interno Bruto
SBMF-	Sociedade Brasileira de Medicina da Família
RAS-	Rede de Atenção Secundária
OPAS-	Organização Pan-Americana de Saúde
PEC-	Proposta da Emenda Constitucional
CISAJE-	Consórcio Intermunicipal de Saúde do Alto Jequitinhonha
VIVA VIDA-	Programa de Redução da Maternidade Materna e Infantil em Minas Gerais
PMAQ-AB-	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

## SUMÁRIO

1	<b>INTRODUÇÃO</b> -----	14
2	<b>OBJETIVO</b> -----	18
3	<b>REVISÃO DA LITERATURA</b> -----	19
3.1	Acesso aos serviços de saúde -----	19
4	<b>PERCURSO METODOLÓGICO</b> -----	25
4.1	Cenário do Estudo -----	26
4.2	Sujeitos do estudo -----	29
4.3	Técnica de coleta -----	33
4.4	O momento da análise -----	35
4.5	Aspectos éticos -----	36
5	<b>ANÁLISE E DISCUSSÃO</b> -----	37
5.1	O acesso nas ESFs: uma visão dos usuários e profissionais de saúde -----	37
5.1.1	Influências geográficas e culturais sobre o acesso -----	37
5.1.2	Acesso relacional: afinidades, cooperação e dificuldades -----	49
5.1.3	Acesso funcional: um dos caminhos para a organização dos serviços -----	57
5.1.4	Como é que a gente faz se não existe determinado material -----	82
5.2	Estratégias para o acesso: Acolhimento e Resolutividade -----	90
5.2.1	Acolhimento como estratégia de continuidade da assistência -----	91
5.2.2	Resolutividade: a gente quer resolver, mas não consegue -----	96
6	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> -----	104
	<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> -----	106
	<b>ANEXOS</b> -----	120
	<b>APÊNDICES</b> -----	122

## 1 INTRODUÇÃO

O acesso à atenção à saúde tornou-se tema dessa pesquisa de mestrado devido às interfaces que foi possível estabelecer entre as experiências vivenciadas na trajetória profissional da pesquisadora e o acesso aos serviços de saúde no contexto social, regional e teórico. Tudo começou em 2005, quando participei da implantação de uma equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF) em um município de 5.000 habitantes, situado no Vale Jequitinhonha, Minas Gerais. Essa Estratégia assistia comunidades urbanas e rurais do município e, nesse contexto, foi possível compreender a importância do acesso ao serviço de saúde para os usuários que usufruíam da Atenção Primária à Saúde (APS) como porta de entrada preferencial para todos os serviços de saúde, assim como retratado por Mendes e Pestana (2004). Nesse município, o acesso aos serviços ocorria pela ESF, com boa resolutividade das ações nesse nível assistencial. Porém, quando a assistência era referenciada aos demais níveis de atenção, para a cidade pólo da Região de Saúde<sup>1</sup>, ocorria ociosidade no fluxo de atendimento, pois não havia continuidade e o usuário interrompia seu tratamento. O referenciamento do cuidado estava então marcado pelo estrangulamento da assistência secundária, com interrupção do fluxo da assistência e do acesso aos serviços de saúde conforme também relatam Erdmann *et al.* (2013) e Rosa *et al.* (2011).

Ao ingressar, como professora substituta, na Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (EEUFMG), em Belo Horizonte e, ao acompanhar alunos no ensino prático em Unidade Básica de Saúde (UBS), notava-se que a forma de acesso aos serviços de saúde era diferenciada daquela observada no interior do estado. Em municípios de pequeno porte, a ESF é reconhecida como Unidade principal para resolver as demandas de saúde, devido a suas unicidades e à maior aproximação entre profissionais e usuários. Nessa realidade, a busca pela assistência ocorre, em geral, por essa porta de entrada, mesmo sendo marcada pela descontinuidade do cuidado devido aos entraves para o referenciamento da atenção. Além disso, o vínculo com os usuários é caracterizado pela interação social, pela comunicação e pela afinidade com os profissionais que conhecem as necessidades de saúde dos

---

<sup>1</sup> De acordo com o Decreto 7508 que regulamenta a lei 8080 a terminologia Região de Saúde é caracterizada pelo “espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde” A terminologia Região Ampliada de Saúde é denominada ao conjunto de Regiões de Saúde próximas e vinculadas a mesma gestão (BRASIL, 2011). Essas terminologias substituíram as antigas nomenclaturas utilizadas de microrregião e macrorregiões de saúde. Desta forma, o município de Diamantina é considerado Região de Saúde, e Região de Saúde Ampliada, por ser cidade polo da Região de Saúde Diamantina e da Região Ampliada de Saúde do Jequitinhonha, que é composta por duas Regiões de Saúde (Diamantina e Turmalina/Capelinha/Minas Novas) (TAVARES, 2013).

sujeitos e da comunidade. Em Belo Horizonte, como esperado por ser a capital do Estado, há maior oferta de serviços de saúde e os usuários buscam assistência em locais que consideram mais fáceis para a inserção no sistema, nem sempre as UBS. Sobre isso, Travassos *et al.* (2006) e Pontes *et al.* (2010) afirmaram que a entrada do usuário no sistema não vem ocorrendo preferencialmente pela APS, como preconizam as políticas que regem o Sistema Único de Saúde (SUS), ou seja, ainda há dificuldades por parte da população de reconhecê-la como porta de entrada preferencial aos serviços de saúde. Sendo assim, cabe aos profissionais orientar a população a buscar assistência inicial em locais cuja oferta de serviço condiz com as necessidades apresentadas naquele momento que, em grande parte dos casos, pode ocorrer pela APS.

Embora ocorram diferenças no acesso aos sistemas de saúde em municípios de pequeno porte e em Belo Horizonte, algumas semelhanças ficam evidentes, como a busca incessante pelo serviço, os benefícios da localização geográfica e o estrangulamento do fluxo da assistência quando é necessária atenção especializada.

Após o período de docência, vivenciei a experiência de ser bolsista de apoio técnico de pesquisa do Núcleo de Pesquisa sobre Cotidiano, Cultura, Enfermagem e Saúde (NUPCCES) no projeto “Acesso versus Resolutividade: a perspectiva de quem busca e de quem oferta atenção à saúde”. A inserção nesse projeto permitiu um maior aprofundamento e discussões sobre o acesso. Diversos debates e reflexões foram essenciais para a abordagem do tema em sua teorização e em suas contradições vivenciadas nas práticas profissionais pesquisadas, considerando, sobretudo, o princípio da integralidade. A integralidade é definida como uma “assistência ampliada, com articulação das ações dos profissionais, em uma visão abrangente do ser humano dotado de sentimentos, desejos, aflições e racionalidades” (VIEGAS; PENNA, 2013a, p.134).

Nos diferentes estudos realizados por integrantes do NUPCCES, ficou evidente a compreensão de acesso que abrange aspectos geográficos, organizacionais, econômicos e relacionais, ou seja, atributos que ultrapassam seu conceito de pautar o termo acesso, apenas com sua característica de cobertura efetiva da ESF. Alguns desses estudos demonstraram, ainda, que o acesso à atenção a saúde deve ser repensado e, conseqüentemente, a APS enquanto porta de entrada ao sistema de saúde, a assistência integral, contínua e longitudinal à população, com disponibilidade de tecnologias e recursos, humanização do atendimento e comprometimento com o processo saúde - doença. (BARBOSA, 2013; BARBOSA; ELIZEU; PENNA, 2013; PENNA, *et al.* 2013; REZENDE, 2013; VIEGAS, *et al.*, 2010; VIEGAS; PENNA, 2013b). Diante de

várias discussões, pesquisas e estudos envolvendo o tema, pode-se afirmar que ainda há lacunas a serem compreendidas, o que sempre traz um questionamento: o que é necessário para que ocorra o acesso integral às ações e serviços de saúde?

Posteriormente, o ingresso no mestrado, foi motivado pelo desejo de produzir mais conhecimentos sobre os desafios e as implicações do acesso ao cuidado em saúde, sob a perspectiva da integralidade. Diante ainda de muitas indagações, propõe-se o presente estudo, sub-projeto da pesquisa supra citada, que busca entender o acesso em um município polo da Região de Saúde do Estado de Minas Gerais, local por onde trilhei meus primeiros passos como enfermeira e onde surgiram minhas primeiras indagações sobre a importância do acesso integral à saúde.

O acesso é definido de diferentes formas, por diversos autores (ANDERSON, 1983; ANDRADE, 2012; ASSIS; JESUS, 2012; SANTOS; STARFIELD, 2002; TRAVASSOS; MARTINS, 2004; UNGLERT, 1990.). Neste estudo, adota-se o pressuposto de que acesso compreende uma dimensão sócio-organizacional do serviço, como a inserção dos usuários na ESF e a capacidade dos profissionais de saúde em resolver as demandas dos usuários entre os diferentes níveis de atenção (UNGLERT, 1990).

Revela-se, portanto, que o acesso aos serviços de saúde perpassa as práticas dos profissionais neles inseridos. Isso permite dizer que as posturas profissionais podem favorecer ou dificultar o acesso aos serviços de saúde pelos usuários e, nessa direção, destaca-se que a vivência desse acesso dá-se de modo diferenciado (ARCE; SOUZA; LIMA, 2011; BARBOSA; ELIZEU; PENNA, 2013; REZENDE, 2013; SOUZA; ROCHA, 2010; VIEGAS; PENNA, 2013b). Diante disso, este estudo teve como objeto o acesso aos sistemas de saúde na perspectiva da Atenção Primária à Saúde.

Ressalta-se que a entrada da população no sistema de saúde deve ser coordenada pela ESF, de acordo com as necessidades de saúde apresentadas, devendo-se oferecer assistência qualificada para a continuidade do cuidado. Nesse sentido, cabe à equipe da ESF desenvolver ações qualificadas e resolutivas, centradas na promoção da qualidade de vida para atender à demanda dos usuários (STARFIELD, 2002). Essa coordenação do cuidado em saúde pode ser realizada pela APS longitudinalmente para facilitar a comunicação, a articulação e a valorização do diálogo aberto entre os diferentes níveis de atenção (MENDES; PESTANA, 2004).

Entretanto, observa-se, no cotidiano da assistência, que a população recorre aos serviços de atenção secundária e terciária em busca de atendimento aos agravos que poderiam ser resolvidos em nível da APS. Muitas vezes, esses atendimentos não são resolutivos, pois não

irão caracterizar o cuidado e a intervenção adequados. Caso isso ocorra, muitas vezes, é um atendimento específico a uma necessidade específica, sem a previsão de uma continuidade e, como consequência, há sempre a possibilidade de reincidência. (AZEVEDO; COSTA, 2010; CECÍLIO, 1997; UNGLERT; ROSENBERG; JUNQUEIRA, 1987). Tal fato pode ser explicado pela ineficiente estrutura organizacional para assistir toda a população cadastrada nas equipes da APS, motivo que tolhe o acesso aos serviços de saúde.

Devido a isso, o estudo buscou a compreensão de que maneira o acesso aos serviços de saúde ocorre no cotidiano dos sujeitos inseridos na Estratégia Saúde da Família de um município sede da Região Ampliada de Saúde; e como os gestores, profissionais e usuários compreendem o acesso aos serviços.

Sabe-se que avanços ocorreram com a assistência da Atenção Secundária e Terciária, para que o município se caracterizasse como polo da Região de Saúde, porém não se sabe como os profissionais da Atenção Primária do município de Diamantina estão trabalhando a assistência à saúde de forma integral na ESF, pois a busca de assistência neste nível é constante e o serviço municipal deve estar preparado para a continuidade da atenção e o cuidado em saúde. Dessa forma, torna-se necessário que a cobertura populacional da ESF seja suficiente para assistir a população municipal e que a organização local seja adequada para ofertar o acesso integral, ou seja, a continuidade do cuidado para os indivíduos nos diferentes níveis de atenção.

Parte-se do pressuposto de que a implantação da ESF de forma consistente e como coordenadora da rede de cuidado à saúde, possa diminuir as dificuldades de acesso aos serviços de saúde parcialmente, pois ainda são necessários uma melhor organização do serviço, profissionais capacitados para resolver as demandas dos usuários e maior conhecimento destes últimos, sobre sua inserção no sistema de saúde. (ASSIS; JESUS, 2012; ALMEIDA; FAUSTO; GIOVANELLA, 2011; JESUS, ASSIS, 2010; BARROS, SÁ, 2010).

Acredita-se que este estudo possa colaborar com a reflexão sobre as diferentes dimensões do acesso como fatores primordiais para a inserção do sujeito no sistema de saúde, a priorização de problemas, a resolutividade das demandas procedentes e a assistência integral do indivíduo.

## **2 OBJETIVO**

Compreender o acesso à atenção primária à saúde na perspectiva de usuários e profissionais da Estratégia Saúde da Família de um município do Vale Jequitinhonha MG.

### 3 REVISÃO DA LITERATURA

#### 3.1 Acesso aos serviços de saúde

É direito do cidadão brasileiro o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de promoção da saúde, prevenção de agravos e recuperação da saúde, nos três níveis de complexidade. Defendido por Lei nacional, o direito ao acesso aos serviços de saúde é a garantia do atendimento à saúde do indivíduo. A Organização Mundial de Saúde (OMS) preconiza, em uma de suas metas, a redução das desigualdades do acesso aos cuidados de atenção primária, sendo essa redução prioridade para os países em desenvolvimento (BRASIL, 2006; BRASIL, 2011a; BRASIL, 2011b).

A conceituação de “acesso” configura-se como desafio na atualidade, pois diferentes autores analisam-no de formas distintas, considerando seus determinantes a oferta e a utilização dos serviços, a demanda dos usuários e a postura do profissional frente ao cotidiano da assistência. O acesso à saúde pode ser definido como um conjunto de fatores que interferem na utilização dos serviços pela população, como barreiras geográficas, infraestrutura física, condições financeiras, além da qualidade e da resolutividade do atendimento pelo profissional de saúde (ASSIS; JESUS, 2012; SAWYER; LEITE; ALEXANDRINO, 2002; TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Alguns autores utilizam, como sinônimo de acesso, o termo acessibilidade, cujo significado expressa “ato de ingressar” e “qualidade do que é acessível” (ASSIS; JESUS, 2012; TRAVASSOS; MARTINS, 2004). A acessibilidade também pode referir-se à localização dos serviços envolvendo o grau de ajuste entre os usuários e serviços, sendo considerados o tempo de deslocamento, a distância e os custos (OLIVEIRA, 2009).

Donabedian (1973) define a acessibilidade sob duas dimensões inter-relacionadas: a sócio-organizacional e a geográfica. Acessibilidade sócio-organizacional refere-se às organizações da oferta dos serviços, como as políticas que consideram os usuários em suas condições sociais, econômicas ou de diagnóstico. Acessibilidade geográfica relaciona-se ao tempo ou à distância até o Centro de Saúde (linear ou espacial), custo de viagem e tipo de locomoção. Para o autor, os aspectos sociais, econômicos e culturais não se relacionam diretamente ao conceito da acessibilidade, ou seja, existem outras características da oferta do

serviço que também interferem nas decisões pessoais dos usuários de buscar ou não assistência nos serviços de saúde. Dessa forma, a decisão de buscar assistência no sistema de saúde cabe somente ao usuário. Temos, também, o conceito de acesso ampliado que, para além da porta de entrada dos serviços, expressa como objetivo o ajuste das necessidades dos pacientes aos recursos utilizados (DONABEDIAN, 1973). Portanto, a acessibilidade inclui a adaptação dos profissionais e dos recursos tecnológicos para melhor assistência e adequação às necessidades de saúde dos usuários.

Andersen (1983, p. 51) define o acesso como “entrada real e potencial” dos usuários nos serviços de saúde. Nesse sentido, o custo e a acessibilidade dos serviços são inversamente proporcionais - quanto menor o custo de utilização, mais acessíveis serão os serviços de saúde. Ou seja, a utilização dos serviços deve estar aliada à qualidade da assistência e à eficiência dos procedimentos.

Em outro estudo, considera-se o conceito de acesso incorporado ao modelo teórico da utilização dos serviços (ANDERSEN, 1995). Esse modelo, denominado “Modelo Comportamental”, agrupa o perfil do modelo de utilização dos serviços de saúde em diferentes pilares: fatores capacitantes, necessidades de saúde e predisposição dos indivíduos. Os fatores capacitantes referem-se à iniciativa do usuário em buscar assistência e a oferta dos serviços, além da capacidade dos profissionais de saúde em desenvolver ações. Os fatores econômicos familiares e a oferta dos serviços disponíveis interferem na capacitação do indivíduo em buscar assistência. O fator de necessidade de saúde refere-se à percepção da saúde pelo usuário ou como está se sentindo, além de considerar a presença de morbidades relacionadas à busca dos serviços e a sua utilização como um fator de necessidade para o usuário e para o serviço. Os fatores de predisposição estão relacionados à individualidade do usuário, ou seja, a suas características individuais, como escolaridade, gênero, idade e raça, que podem potencializar a utilização dos serviços de saúde. Nesse modelo, o autor define o acesso como “potencial” e “realizado”. O acesso “potencial” sofre influência individual e de fatores capacitantes do uso dos serviços. O segundo, “acesso realizado”, representa a utilização do serviço que inclui as necessidades de saúde e sua oferta. O conceito de acesso associa-se, ainda, à organização do serviço em relação à inserção no sistema de saúde e a sua continuidade de cuidado (ANDERSEN; NEWMAN, 1973).

O modelo proposto por Evans e Stoddart, denominado de “Modelo de produção de saúde”, refere-se à saúde e ao uso de serviços de saúde. É caracterizado pela relação causal recíproca entre doença e utilização, com destaque especial à doença como responsável direta pelo consumo do serviço de saúde, ou seja, a saúde ou sua promoção não são enfatizadas como

alicerce de seu modelo. Dessa forma, o autor define que os determinantes de saúde diferem dos determinantes do uso de serviços de saúde, sendo a doença fator relacionado diretamente ao uso dos serviços, e não a saúde (ANDERSEN; *et al.*, 1983; ANDERSEN 1995).

Unglert (1987) define o acesso da população aos serviços de saúde como condição eficiente para a assistência à saúde. O acesso engloba vários significados que podem ser analisados como as características dos indivíduos, a disponibilidade do serviço ou as duas coisas. Pode ainda relacionar os indivíduos com a disponibilidade dos serviços. Esse autor aborda o acesso considerando as características geográficas como de fundamental importância, tendo como desafio a análise das necessidades da área adstrita, em confronto com os recursos locais. Essa análise visa possibilitar um melhor planejamento em termos de localização e dimensão de recursos, respeitando as diferenças econômicas, sociais e geográficas, para favorecer melhorias dos indicadores locais de saúde. O autor enfatiza a localização geográfica por permitir melhorias na qualidade da assistência à saúde para a comunidade.

Esse mesmo autor, em outro estudo (1990), expressa que a localização geográfica e a dimensão do serviço são fatores que interferem na acessibilidade à saúde, sendo essenciais para a garantia do acesso para a população. Sobre essa ideia, Unglert (1990) define o acesso sob quatro pilares:

- Geográfico: distância entre o centro de saúde e o domicílio do usuário. No enfoque geográfico, além da distância, enfatizam-se também os obstáculos que surgem no decorrer do trajeto;
- Funcional: refere-se aos serviços ofertados pela Unidade de Saúde e a sua compatibilidade com a demanda da comunidade, considerando o horário de funcionamento e a qualidade da prestação do serviço;
- Cultural: diz respeito aos hábitos, às crenças e aos costumes locais na inserção do serviço prestado, principalmente no enfoque do processo saúde-doença;
- Econômico: refere-se à oferta da prestação dos serviços de forma equânime, ou seja, direitos iguais de acordo com a necessidade individual.

Vellozo e Souza (1993) apoiam a ideia de que o acesso ocorre a partir de dois aspectos técnicos: o atendimento hierarquizado e planejado dos serviços de saúde e sua disponibilidade segundo sua proximidade. Essa ideia pretende garantir melhor eficiência, resolutividade e transparência no atendimento individual e no acesso aos serviços de saúde pelos usuários. Segundo as autoras, esses aspectos não garantem o acesso, pois ele ocorre a partir de uma divisão da clientela, principalmente quando o médico recebe usuários para atendimento

particular dentro das instituições públicas. Assim, somente a proximidade entre a Unidade de Saúde e o domicílio não é considerada como facilitadora do acesso (STARFIELD, 2002). Isso porque o acesso envolve, além dessa proximidade, fatores como a informação, a qualidade do atendimento, a identificação da clientela com o serviço ofertado e as resistências apresentadas pelo próprio serviço de saúde.

Para Giovanella e Fleury (1996), o acesso é categorizado com abordagens econômicas, técnicas, políticas e simbólicas. Elaborou-se essa categorização a partir dos quatro modelos teóricos propostos pelas autoras. O modelo “economicista” estuda a relação entre a oferta e demanda dos serviços e o consumo de bens e serviços pela população – dimensão econômica. O segundo modelo, denominado “sanitarista-planificador”, está relacionado à organização dos serviços de saúde quanto à localização adequada e à disponibilidade de recursos baseados nas demandas dos usuários – dimensão técnica. O terceiro modelo, “sanitarista-politicista”, discute a consciência sanitária e a organização da população a partir do acesso – dimensão política. E o modelo das “representações sociais” trata o acesso compreendido como disponibilidade, acessibilidade, aceitabilidade e adequação funcional, inerentes à cultura da coletividade – dimensão simbólica.

Fekete (1997) compreende que o acesso não depende somente da disponibilidade de um serviço ou programa em determinado local para sua efetiva utilização. O acesso envolve a organização dos serviços de saúde, que enfrenta obstáculos internos e externos; e a continuidade da atenção, com ênfase nos instrumentos de referência e contrarreferência. Já a acessibilidade relaciona-se à qualidade do atendimento, como a operacionalização de processos avaliativos e a oferta dos recursos disponíveis para atender à demanda.

Outros fatores devem ser levados em consideração e incluídos como facilitadores do acesso, como a identificação do usuário com o serviço, a qualidade do atendimento, a informação prestada e as oposições identificadas – aspectos que interferem no acesso do usuário. A acessibilidade refere-se à oferta do serviço ou à estrutura encontrada pelo usuário; o acesso refere-se à forma como o usuário desfruta do serviço prestado (STARFIELD, 2002).

O acesso ainda pode corresponder à utilização dos serviços aliada à qualidade dos cuidados prestados e à eficácia dos procedimentos, uma vez que a execução direta do atendimento vai além da técnica. Assim, é necessário não somente receber bem o usuário, mas saber resolver e direcionar sua necessidade de saúde de forma compatível com suas demandas imediatas (BARBOSA; ELIZEU; PENNA, 2013; PENNA *et al.*, 2007; REZENDE, 2013; SAWYER; LEITE; ALEXANDRINO, 2002; UNGLERT; ROSENBERG; JUNQUEIRA, 1987).

Travassos e Martins (2004) diferenciam o conceito de uso do conceito de acesso. Para essas autoras, o uso relaciona-se às necessidades de saúde do usuário, das organizações e dos prestadores de serviços, podendo o usuário ter contato direto, como em consultas ou em hospitalizações, ou contato indireto com os serviços de saúde, como em exames e em diagnósticos. Já o acesso refere-se às características dos serviços e aos recursos de saúde que facilitam ou limitam seu uso pelos usuários. As autoras (TRAVASSOS; MARTINS, 2004, p.196-97) explicam que “prevalece a ideia de que o acesso é uma dimensão do desempenho dos sistemas de saúde associada à oferta” e identificam uma tendência na amplitude do conceito incluindo-o aos resultados de cuidados recebidos. Também enfatizam que a saúde é um fenômeno complexo e amplo e não pode ser explicado “apenas” pelo uso dos serviços de saúde.

A partir da discussão apresentada, observou-se que não existe uma unanimidade entre os autores na conceituação dos termos acesso e acessibilidade, mas em linha gerais estes se referem à facilidade de inserção no sistema de saúde e à qualidade da assistência ofertada. Consideram-se aspectos geográficos, funcionais, econômicos, organizacionais e culturais, além da busca do serviço pelo usuário para posterior continuidade do cuidado.

Esses termos diferenciam-se em espaços e em momentos diferentes. Percebemos que ambos se referem à adequação das instituições para receberem seus usuários e à continuidade do atendimento. Cumpre ressaltar a importância de como os usuários chegam até o Centro de Saúde e a forma como são recebidos pelos profissionais até sua referência a atendimentos não ofertados na instituição. Além disso, o acesso aos serviços de saúde continua sendo complexo e às vezes utilizado de forma imprecisa ou pouco clara em sua relação com o uso de serviços de saúde, pois varia conforme o contexto, o tempo, os autores e o emprego variado da terminologia (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

De acordo com Sawyer *et al.* (2002), o primeiro contato com o serviço de saúde é realizado pelo usuário; já os contatos subsequentes são realizados pelos profissionais que irão determinar os recursos necessários para cada atendimento. O desejo dos usuários em buscar assistência no serviço é fundamental mas a continuidade do atendimento depende da organização do serviço.

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2001, p.5) a Atenção Básica<sup>2</sup> é “um conjunto de ações, de caráter individual e coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação”. A Estratégia Saúde da Família faz parte dessa rede de serviços que deve prestar

---

<sup>2</sup> Para Mello, Fontanella e Demarzo (2009) os termos “Atenção Básica”, “Atenção Primária” e “Atenção Primária à Saúde” podem ser utilizados como sinônimos, na maioria das vezes, sem que isso se torne um problema conceitual.

assistência integral e hierarquizada à comunidade local, referenciando os indivíduos a níveis superiores de complexidade tecnológica quando identificada a necessidade. A Atenção Básica é o contato inicial do usuário com a rede de serviços de saúde, tendo as portas abertas para o acesso dos usuários e a utilização dos serviços ofertados. Dessa forma, a organização e o planejamento das ações de saúde poderão ser vivenciados na prática como instrumentos de acesso (FRANCO; MAGALHÃES-JUNIOR, 2006; PENNA *et al.*, 2007; TURRINI; LEBRÃO; CESAR, 2008).

Para facilitar o acesso e a resolutividade das ações em saúde, Cecílio (1997) propõe mudanças no planejamento para propiciar a comunicação entre unidades diferentes e desmistificar o poder da hierarquização. Devem-se efetivar a comunicação em rede, a troca de fluxos verticais com múltiplas entradas; e o Centro de Saúde deve ser referenciado pelas instituições e ser qualificado para o atendimento, garantindo o acesso às pessoas e aos serviços de saúde de forma adequada e humanizada. Além disso, cabe à Atenção Primária articular o acesso dos usuários às tecnologias mais complexas em toda a rede de assistência do SUS. Assim, teremos um sistema de saúde de forma circular e horizontal acessível a toda população.

Cumpramos ressaltar a importância da resolutividade das ações como instrumento final do acesso aos serviços. A resolutividade dos serviços de saúde pode ser considerada tanto como a habilidade do profissional em atender, referenciar e contrarreferenciar o usuário, quanto a sua capacidade de solucionar problemas de acordo com as necessidades de saúde (PENNA; BRITO; PORTO, 2007; TURRINI; LEBRÃO; CESAR, 2008).

Dessa forma, o acesso e a resolutividade estão diretamente ligados a questões de coordenação da assistência e à possibilidade de estabelecer continuidade do cuidado na atenção à saúde, perpassando os diversos níveis de assistência e de serviços de saúde. Ao se considerar que a resolutividade do cuidado depende do acesso dos usuários aos serviços, define-se, neste estudo, o acesso na dimensão sócio-organizacional do serviço, como a inserção dos usuários na ESF e a capacidade dos profissionais de saúde/sistema em resolver as demandas dos usuários, entre os diferentes níveis de atenção (UNGLERT, 1987; 1990). Além disso, no presente estudo, não se fará distinção entre os termos acesso e acessibilidade devido à grande variedade de definições na literatura em que esses ora são tratados como sinônimos, ora com distinções e contraposições. Neste estudo, utilizaremos, com mais frequência, o termo acesso com sua gama de conceitos e sentidos para melhor explicação das ideias.

#### 4 PERCURSO METODOLÓGICO

O método de escolha para compreender o acesso dos usuários no município de Diamantina-MG foi um estudo de caso de abordagem qualitativa. Ao assumir um modo qualitativo, o pesquisador procura fazer com que o pesquisado reviva uma experiência, pois há sempre uma relação entre o fenômeno que se mostra e o sujeito que o vivencia. A abordagem qualitativa apresenta-se como uma possibilidade de escolha na qual o pesquisador lida com categorias analíticas e explicativas que extrapolam os dados quantitativos (MINAYO, 2007).

Para Minayo (2007), as ciências sociais, por se preocuparem com os significados, vêm ganhando força na atualidade por meio do fortalecimento da introspecção do homem e da observação de si mesmo, ressaltando questões que até então passavam despercebidas e, a nosso ver, negligenciadas pelos métodos quantitativistas.

Assim, o estudo de natureza qualitativa deu-se em face da possibilidade de investigação da realidade social para além do observável na superfície e do quantificável. Em relação ao estudo de caso, apresenta-se como estratégia adequada quando se trata de questões nas quais estão presentes fenômenos contemporâneos inseridos em contextos da vida real e podem ser complementados por outras investigações de caráter exploratório e descritivo. O estudo de caso ainda contribui, de forma inigualável, para a compreensão de fenômenos complexos e permite a preservação das características significativas dos eventos da vida real (YIN, 2010).

Lüdke e André (2012) fazem algumas considerações importantes sobre o estudo de caso, em que o conhecimento é uma construção que se faz e refaz constantemente. Os estudos de caso buscam retratar a realidade de forma completa e profunda: o pesquisador busca revelar a situação ou problema em sua totalidade e, portanto, revelar sua multiplicidade e suas dimensões. Além disso, o estudo de caso é definido como uma “categoria de pesquisa cujo objeto é a unidade que se analisa profundamente” (TRIVINOS, 2012, p. 133).

É importante ressaltar que esse tipo de estudo é caracterizado pela investigação aprofundada e exaustiva sobre um ou poucos objetos com vistas a seu conhecimento amplo e detalhado. Isso constitui tarefa praticamente impossível mediante a adoção de outros tipos de delineamento de pesquisa (GIL, 1999). A esse respeito, chama a atenção o fato de o estudo de

caso possibilitar a preservação do caráter unitário do objeto a ser estudado. O estudo de caso é sempre bem delimitado e singular, pois possui um interesse próprio; incide naquilo que se tem de único e constitui uma unidade dentro de um sistema mais amplo (LUDKE; ANDRE, 2012). Nessa perspectiva, o método de estudo de caso foi considerado adequado na presente pesquisa pela real complexidade do “acesso” em questão, sua contemporaneidade e sua inserção no contexto das organizações do setor saúde de Diamantina.

Este estudo é um subprojeto do projeto “Acesso *versus* Resolutividade: a perspectiva de quem busca e de quem oferta atenção à saúde”, financiado pelo Programa de Pesquisa para o SUS (PPSUS) da Secretaria de Ciências e Tecnologia do Ministério da Saúde, conveniado com a Fundação de Amparo e Pesquisa de Minas Gerais (FAPEMIG) e Conselho Nacional de Pesquisa (CNPq), coordenado pela professora Cláudia Maria de Mattos Penna, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais.

#### **4.1 Cenário do Estudo**

O cenário deste estudo foram unidades de saúde do município de Diamantina – MG, localizado no Vale Jequitinhonha.

O Vale Jequitinhonha localiza-se na região nordeste do Estado de Minas Gerais sendo banhado pelo rio Jequitinhonha e seus afluentes. O vale se divide em três regiões: o Alto Jequitinhonha, próxima a nascente do rio e á Diamantina; o Médio Jequitinhonha, região central do vale e próximo á Araçuaí; e Baixo Jequitinhonha, região próxima á foz, à Almenara e próximo ao sul da Bahia (SOUSA, 1997).

Diamantina está situada no Alto Jequitinhonha e é sede da Região de Saúde Diamantina (Figura 1) e da Região Ampliada de Saúde Jequitinhonha (Figura 2). A Região Ampliada de Saúde é composta por 34 municípios, sendo referência para 446.754 pessoas. A Região de saúde Diamantina é referência para 15 municípios (TAVARES *et al.* 2013). Diamantina é o maior município do Vale Jequitinhonha, com uma população estimada para 2013 de 47.647 habitantes, 3.892 Km<sup>2</sup> de área física, oito distritos agregados e 33 estabelecimentos de saúde do SUS. Possui uma incidência de pobreza de 43,66% e apresenta-se com características

de município subdesenvolvido devido principalmente as más condições sanitárias. O sistema de saúde é composto por dez equipes de ESF, sendo três equipes da zona rural, e quatro Programas de Agente Comunitário de Saúde (PACS). É responsável por 67% de cobertura pela Atenção Primária (IBGE, 2013).

A Rede de Assistência á Saúde (RAS) é composta por dois hospitais: a Santa Casa de Caridade de Diamantina, com Pronto Atendimento, Serviço de Hemodiálise e UTI Adulto; e o Hospital Irmandade Nossa Senhora da Saúde, referência em ortopedia, pediatria e obstetrícia, com UTI neonatal e exames diagnósticos de imagens. Contam, também, com o Consórcio Intermunicipal do Alto Jequitinhonha (CISAJE); Rede Cegonha/VIVA VIDA; Rede HIPERDIA, CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), CAPS ad (Centro de Atenção Psicossocial de álcool e droga), Hemominas (Fundação Centro de Hematologia e Hemoterapia de Minas Gerais), SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência) e o Centro de Especialidades em Reabilitação com pessoas com deficiência, sendo referência para o Estado de Minas Gerais. Além das 10 equipes da ESF, 4 equipes do PACS, 3 UBS e 1 regional de saúde municipal, local onde oferta assistência secundária para a população do município(NO).

Figura 1

Localização do município de Diamantina na Região Ampliada de Saúde do Vale Jequitinhonha.



Fonte: Minas Gerais, 2011.

O Estado de Minas Gerais apresenta hoje uma das maiores coberturas de unidades de Saúde da Família (SF), com mais de 85% de municípios atendidos, além de

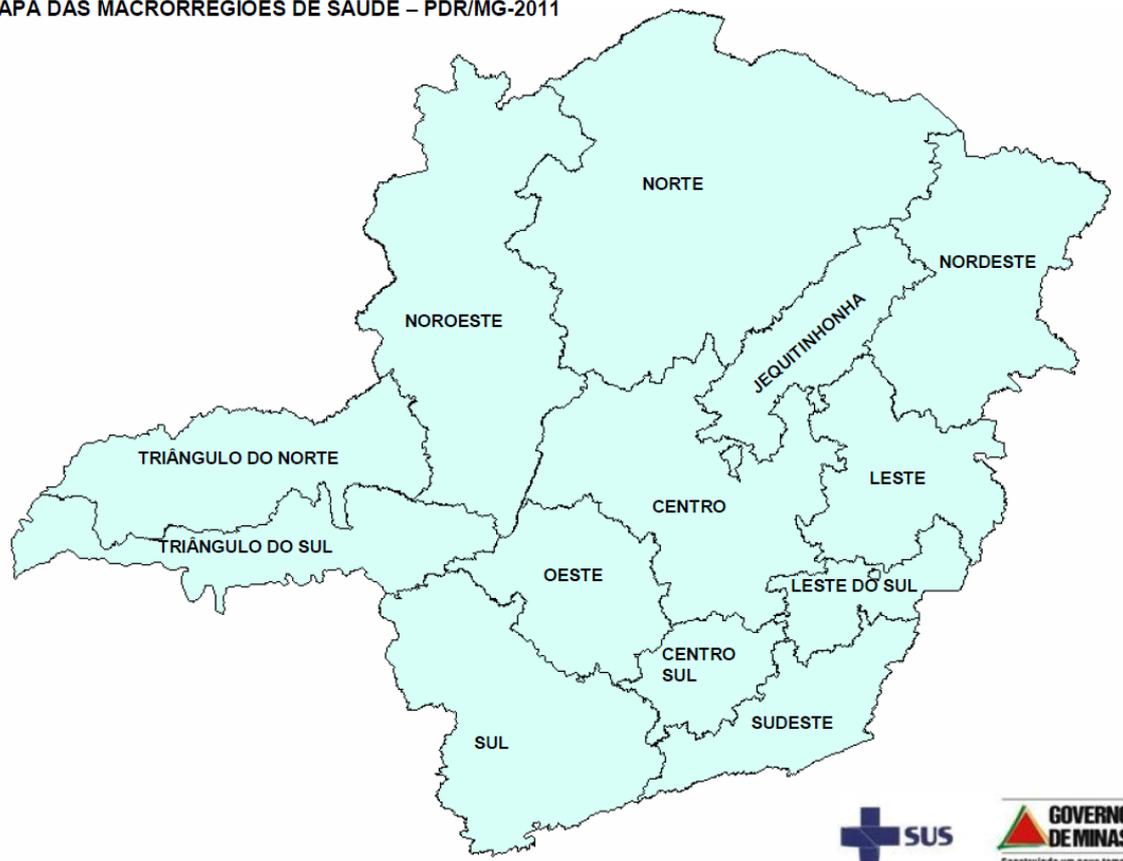
consórcios intermunicipais. Está dividido em 13 Regiões Ampliada de Saúde estabelecidas e 77 Regiões de Saúde. Diamantina é município sede da Região de Saúde e da Região Ampliada de Saúde Jequitinhonha (MALACHIAS *et al.*, 2010; TAVARES *et al.*, 2013).

A Região Ampliada de Saúde do Vale Jequitinhonha tem sede em Diamantina e, é formada pela Região de Saúde de Capelinha/Turmalina/MinasNovas e pela Região de Saúde de Diamantina. O estudo foi realizado na Região Ampliada de Saúde/Região de Saúde de Diamantina, que possui 34 cidades vinculadas a seu município (MALACHIAS *et al.*, 2010; TAVARES *et al.*, 2013 ).

Figura 2

Região de Saúde Ampliada do Jequitinhonha

MAPA DAS MACRORREGIÕES DE SAÚDE – PDR/MG-2011



Fonte: Minas Gerais, 2011, p. 1.

## 4.2 Sujeitos do Estudo

Os sujeitos da pesquisa foram os profissionais de saúde de duas equipes da ESF (médico, enfermeiro, auxiliar e/ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde), os coordenadores da APS e usuários cadastrados na equipe, partindo-se do pressuposto de que possuem visões diferenciadas da forma como ocorre o acesso na APS. A articulação das informações referentes ao acesso entre aqueles que gerenciam, aqueles que oferecem e aqueles que buscam os serviços de saúde tem como proposta compreender o acesso como ferramenta facilitadora ou dificultadora da inserção no sistema de saúde sob diferentes pontos de vista.

As equipes selecionadas são denominadas como equipes Urbana e Mista. A equipe Urbana assiste os usuários que residem em área urbana da cidade e a equipe Mista é assim caracterizada por possuir, em sua cobertura populacional, residentes em comunidades rurais e urbanas de Diamantina, sendo esta terminologia utilizada pelos profissionais, usuários e equipes de saúde.

O critério de inclusão dos profissionais de saúde foi estar inserido em uma equipe de ESF, em que todas as categorias de profissionais aceitassem participar da pesquisa. Intencionalmente, por indicação do coordenador da APS, optou-se em iniciar em uma unidade que assistia população urbana, posteriormente optou-se por uma unidade mista, quando se percebeu a saturação dos dados. As equipes para o estudo estavam de acordo com os critérios de inclusão e foram selecionadas devido à indicação do coordenador local, que alegou que as enfermeiras dessas equipes possuíam maior tempo de serviço na ESF. Os critérios de inclusão para os usuários foram possuir idade superior a 18 anos e ser cadastrado na UBS de atendimento em que o estudo foi realizado. Os profissionais foram convidados a participar da pesquisa em seu setor de trabalho e os usuários, da mesma forma, foram aqueles presentes na UBS no dia da coleta de dados. Houve uma definição que o número de usuários, inicialmente, deveria ser igual ou superior ao número de profissionais entrevistados, determinados pela saturação dos dados.

Quanto aos três coordenadores da APS foram considerados informantes-chaves para a coleta de dados. O informante - chave no Estudo de Caso “é uma pessoa capaz de fornecer informações em razão de características que garantem que ele possui conhecimentos particulares” (POUPART *et al.*, 2010, p. 271). Assim, dois deles, um coordenador em processo

de admissão e o outro se desvinculando do serviço foram identificados em período distinto da coleta de dados e foram incluídos posteriormente.

Os sujeitos dessa pesquisa estão distribuídos conforme o Quadro 1 por garantia do seu anonimato:

QUADRO 1  
Sujeitos de Pesquisa

<b>ESF</b>	<b>Profissionais</b>	<b>Usuários</b>	<b>Total</b>
ESF Mista	7	12	19
ESF Urbana	6	18	24
Coordenador APS	3	-	3
<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>30</b>	<b>46</b>

Fonte: Consolidação dos dados

Como forma de assegurar o anonimato, os coordenadores foram identificados pela letra “C”, os usuários pela letra “U” e os profissionais pela letra inicial da sua função, ou seja, o enfermeiro pela letra “E”, o técnico de enfermagem pelas letras “Te”, o auxiliar de enfermagem pelas letras “Ax”, e o Agente Comunitário de Saúde pelas letras “ACS”. A identificação dos sujeitos foi seguida por numeração de ordem crescente para cada categoria profissional, conforme Quadro 2 e 3 a seguir:

<b>Sujeitos</b>	<b>Profissão</b>	<b>Sexo</b>	<b>Tempo de formado</b>	<b>Naturalidade</b>	<b>Especialização</b>
C1	Enfermeiro	M	2 anos	Gouveia	-
C2	Enfermeiro	F	6 meses	Diamantina	-
C3	Enfermeiro	F	8 anos	Diamantina	-
M1	Médico	M	6 meses	-	-
M2	Médico	M	2 anos	-	-
E1	Enfermeiro	F	11 anos	-	Obstetrícia
E2	Enfermeiro	F	6 anos	-	Saúde Coletiva e Gestão da Clínica
Te 1	Técnico de Enfermagem	F	17 anos	-	-
Te2	Técnico de Enfermagem	F	22 anos	-	-
AX 1	Auxiliar de enfermagem	F	31 anos	-	-
AX 2	Auxiliar de enfermagem	M	15 meses	-	-
ACS 1	Agente Comunitário de saúde	F	-	-	-
ACS 2	Agente Comunitário de saúde	F	-	-	-
ACS 3	Agente Comunitário de saúde	F	-	-	-
ACS 4	Agente Comunitário de saúde	M	-	-	-
ACS 5	Agente Comunitário de saúde	F	-	-	-

Fonte: Consolidação de dados coletados

QUADRO 3  
 Perfil dos usuários segundo condições socioeconômicas

<b>Sujeito</b>	<b>Sexo</b>	<b>Idade</b>	<b>Profissão</b>	<b>Escolaridade</b>	<b>Nº de residentes no domicílio</b>
U 1	F	34	Doméstica	Ensino Fund.(EF) Incomp.	3
U 2	M	63	Lavrador	Analfabeto	2
U 3	F	18	Do lar	Ensino Médio	2
U 4	F	20	Do lar	Ensino Médio	5
U 5	F	44	Quitandeira	EF Incompleto	7
U 6	F	35	Cabeleireira	EF Incompleto	2
U 7	F	31	Cozinheira	EF Incompleto	7
U 8	F	22	Do lar	EF Incompleto	5
U 9	F	49	Do lar	Analfabeto	9
U 10	F	57	Pedagoga	Superior	2
U 11	F	47	Artesã	EF Incompleto	2
U 12	F	25	Do lar	Ensino Médio	4
U 13	F	35	Do lar	Ensino Médio Incompleto	3
U 14	M	24	Servente de pedreiro	Ensino Médio	8
U 15	F	56	Do lar	Analfabeta	1
U 16	F	73	Aposentada	Ensino Médio Incompleto	8
U 17	F	37	Diarista	Ensino Médio	2
U 18	F	31	Professora	Ensino Superior	4
U 19	F	25	Auxiliar de Produção	Ensino Médio Incompleto	4
U 20	F	38	Téc. Enfer. e Radiol.	Ensino Médio	5
U 21	F	59	Do lar	EF Incompleto	3
U 22	M	28	Pintor	Ensino Médio	4
U 23	F	23	Economista	Ensino Médio	6
U 24	F	67	Artesã	Ensino Superior	1
U 25	M	59	Aposentado	EF Incompleto	5
U 26	F	77	Aposentada	Analfabeta	1
U 27	M	21	Pedreiro	Ensino Médio	7
U 28	M	36	Aux. de pintor	Ensino Médio	5
U 29	M	60	Aposentada	Ensino Médio Incompleto	1
U 30	F	36	Trabalha na Fábrica	Ensino Médio	4

Fonte: Consolidação de dados coletados.

### 4.3 Técnica de coleta

O estudo de caso é singular, sempre bem delimitado e procura revelar a realidade de forma profunda e completa, além de utilizar uma variedade de fontes de informação, seja por dados variados, coleta em momentos diferentes, situações variadas ou por diferentes tipos de informantes (LUDKE; ANDRE, 2012). A utilização de diversas técnicas de coleta de dados imprime a profundidade necessária ao Estudo de Caso e sua inserção em seu contexto (GIL, 2009). As técnicas de coleta de dados utilizadas neste estudo foram a observação assistemática e a entrevista.

A observação, na pesquisa qualitativa, possibilita a aproximação do entrevistado com o entrevistador e com o fenômeno pesquisado (LUDKE; ANDRE, 2012). A observação assistemática é uma observação próxima dos fenômenos cotidianos que ocorrem e tende a ser espontânea e seletiva. Nessa técnica, o pesquisador reconhece e registra os fatos da realidade sem a utilização de meios técnicos (MARSIGLIA, 2007; BONI, QUARESMA, 2005).

A realização da observação possibilitou o contato pessoal e o conhecimento das experiências pessoais para auxiliar a compreensão e a interpretação do acesso aos serviços de saúde. O acompanhamento das experiências diárias com os sujeitos também possibilitou a compreensão dos significados que eles atribuem à realidade que os cerca, permitindo reflexões sobre os acontecimentos observados no cenário e no contexto social (LUDKE; ANDRÉ, 2012; MINAYO, 2007; POUPART *et al.*, 2008). As observações ocorreram concomitantemente com a entrevista, sendo realizadas nas Unidades da Saúde da Família selecionadas, quando se registraram situações que ocorreram nos locais e com os participantes da pesquisa, coerentes com o objeto em estudo. A descrição dessas situações fez parte da análise de dados e quando apresentadas na discussão estão identificadas com a sigla NO, indicando as notas de observação que foram realizadas.

A entrevista, de acordo com Dencker (2001), desenvolve uma situação social de interação entre pesquisador e entrevistado que interagem entre si, influenciando não apenas com o uso da palavra, mas também por inflexões de voz, gestos, expressões faciais e manifestações no comportamento que acompanha a comunicação verbal. De acordo com Minayo (1994, p. 114):

A entrevista não é simplesmente um trabalho de coleta de dados, mas sempre uma situação de interação na qual as informações dadas pelos sujeitos podem ser profundamente afetadas pela natureza de suas relações com o entrevistador.

Nesse contexto, a entrevista tem como proposta obter informações sobre o objeto de estudo para possibilitar sua reconstrução. Foi realizada com roteiro semiestruturado composto por perguntas abertas sem condições pré-fixadas pelo pesquisador e pela possibilidade de discorrer sobre o tema (MINAYO, 2007).

As entrevistas ocorreram de forma individual e foram fundamentadas em três roteiros diferentes, cada um para cada categoria de sujeitos (Apêndices D, E, F). Essas foram realizadas pela pesquisadora e duas bolsistas de iniciação científica vinculadas ao NUPCCES, em local e horário pré-determinado pelos entrevistados. Foram gravadas, com permissão prévia, para garantir a confiabilidade das informações.

Foram realizadas em dois momentos distintos, em julho de 2011, com usuários, profissionais e um dos coordenadores da APS. Em um segundo momento, julho de 2012, com outros dois coordenadores. A decisão de retornar a campo e realizar novas entrevistas foi devido às mudanças de governo, que influenciaram alterações na oferta dos serviços de saúde. O município de Diamantina, por ser Região Ampliada de Saúde, no período de um ano, investiu em instituições secundárias e terciárias, com a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Adulto e Neonatal; e Centro de Atenção Psicossocial de álcool e drogas (CAPS ad). Como o estudo ainda estava em processo de realização, julgou-se importante retornar ao município, nesse segundo momento, para identificar se a oferta desses serviços de saúde modificou a busca dos usuários pelo atendimento, o que foi possível constatar por meio dessas entrevistas, que tais modificações não interferiram no acesso à ESF.

As entrevistas foram finalizadas devido a saturação dos dados, avaliada desde o início do procedimento de coleta em processo contínuo de análise. Para Minayo (2007), a saturação ocorre quando um número suficiente de dados é capaz de suscitar a reincidência das informações, sem desprezar conteúdos que possam ser significativos. A constatação das recidivas dos discursos determinou o término da coleta de dados e início do processo de análise.

#### 4.4 O momento da análise

Os dados foram tratados e analisados por meio da técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin (2011). Para a autora a análise de conteúdo “é um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens” (BARDIN 2011, p. 44), ou seja, procura conhecer o que está por trás das palavras ditas. A análise de conteúdo organiza-se em torno de três polos cronológicos: I) pré-análise: leituras sistemáticas dos relatos para organização das ideias; II) exploração do material: momento em que se realiza a sistematização dos dados com codificação e categorização do material explorado; III) tratamento dos resultados obtidos, inferências e interpretação: interpretação dos temas e discussão com a literatura existente, os dados brutos se tornam “significativos, falantes e válidos” (BARDIN 2011, p. 131).

Vale ressaltar que a inferência na análise de conteúdo qualitativa se fundamenta na presença de resultados significativos e fiéis e pode adiantar interpretações dos objetivos propostos (BARDIN, 2011). Para Viegas (2010), inferir é:

“deduzir, de maneira lógica, conhecimento sobre o emissor da mensagem ou sobre o seu meio, uma operação onde o analista admite uma proposição em virtude de sua ligação com outras proposições já aceitas como verdadeiras” (2010, p. 66)

Os resultados encontrados por meio das leituras sucessivas permitiram a organização dos dados em duas grandes categorias que foram nominadas com suas respectivas subcategorias:

- 1- O acesso nas ESFS: uma visão dos usuários e profissionais de saúde
  - Influências geográficas e culturais sobre o acesso;
  - Acesso relacional: afinidades, cooperação e dificuldades;
  - Acesso funcional: um dos caminhos para a organização dos serviços;
  - Como é que a gente vai fazer se não existe determinado material.
- 2- Estratégias para o acesso: acolhimento e resolutividade.
  - Acolhimento como estratégia de continuidade da assistência;

- Resolutividade: a gente quer resolver, mas não consegue

#### **4.5 Aspectos Éticos**

Ao convite, os participantes do estudo foram informados sobre o objetivo da pesquisa, das questões éticas que envolvem estudos com seres humanos, sobre todo e qualquer procedimento e sobre sua liberdade para aceitar ou não participar, conforme a Resolução CNS 196/96. Foi-lhes apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) no ato da entrevista. O Termo foi assinado em duas vias, permanecendo uma via com o pesquisador e outra com o entrevistado (Apêndice A, B, C). Os participantes foram informados sobre a possibilidade de se desligar do estudo a qualquer momento, sem quaisquer prejuízos e lhes foram assegurados o anonimato e a utilização dos resultados somente para fins científicos. (BRASIL, 2000).

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (COEP), Parecer nº ETIC 0571.0.203.000.09 (Anexo A) e pelo Secretário Municipal de Saúde de Diamantina.

## **5 ANÁLISE E DISCUSSÃO**

### **5.1 O acesso nas ESFs: uma visão dos usuários e profissionais de saúde**

O acesso aos serviços de saúde, na visão dos profissionais e usuários do SUS, foi identificado em seus aspectos geográficos, culturais, relacionais, funcionais e econômicos (UNGLERT, 1990). Para melhor compreensão do estudo, optou-se por abordá-los separadamente para que todas as nuances inerentes ao acesso possam ser compreendidas e discutidas em sua totalidade, fundamentada na concepção do acesso de acordo com Unglert (1990).

O acesso aos serviços de saúde é influenciado pela distância que o usuário percorre até a Unidade mais próxima, pela afinidade com os profissionais da equipe e pela disponibilidade de serviços ofertados pela gestão local. Dessa forma, compreender o acesso dos usuários é tarefa imprescindível para a inserção do usuário no serviço e para a continuidade do cuidado, pois diferentes aspectos devem ser analisados e compreendidos em sua complexidade.

Essas ideias serão melhor elucidadas nas subcategorias que foram nominadas como:

- Influências geográficas e culturais sobre o acesso;
- Acesso relacional: afinidades, cooperação e dificuldades;
- Acesso funcional: um dos caminhos para a organização dos serviços;
- Como é que a gente vai fazer se não existe determinado material.

#### **5.1.1 Influências geográficas e culturais sobre o acesso**

Os serviços de saúde devem ter uma localização geográfica privilegiada em relação à residência dos usuários, pois o curto tempo para se chegar à ESF é apontado como facilitador do acesso à atenção a saúde, principalmente para os usuários:

Primeiro, é dentro do meu bairro. Segundo, próximo da minha casa. (U28)

Por causa que eu moro aqui no bairro, tem tudo mais é acesso, conheço o pessoal todo, conheço todo mundo. Então, fica mais fácil pra mim. (U25)

Pelo atendimento gratuito e mais perto de casa. (U14)

Para os moradores da região urbana da cidade, a ESF está situada em local geográfico privilegiado para muitos usuários. A proximidade da Unidade de Saúde com o domicílio dos usuários facilita sua presença em busca de ações desenvolvidas pela equipe, serviços técnicos de saúde e consultas individuais. O acesso, sob o ponto de vista geográfico, deve ser adequadamente planejado pela gestão municipal para que a localização das ESF favoreça o acesso da população aos serviços de saúde (UNGLERT, 1990).

Nesses relatos, a proximidade entre a ESF e o domicílio é um aspecto facilitador para a busca de assistência nessa instituição.

A satisfação dos usuários em relação à distância percorrida entre a ESF e seu domicílio confirma que a ESF é a porta de entrada preferencial dos usuários aos serviços de saúde, que o acesso geográfico é satisfatório para os usuários e auxilia sua inserção na Unidade de Saúde (MENDES *et al.*, 2012).

Unglert (1990) traz contribuições sobre como é importante a localização geográfica da Unidade para a adesão da comunidade em usufruí-la, de acordo com a realidade local pois, quanto mais próximo do domicílio dos usuários, mais efetivo se torna a assistência. (AZEVEDO; COSTA, 2010; LIMA *et al.*, 2007; TRAVASSOS *et al.*, 2000).

Em contrapartida, Costa e Carvalho (2012) abordam que, no contexto individual do usuário que não adere ao cuidado à saúde, a proximidade do serviço até seu domicílio não amplia seu acesso ao serviço, embora estenda a cobertura da atenção à saúde. Tal proximidade não é ferramenta - chave para a adesão e a participação nas ações promovidas pela ESF; entretanto a localização geográfica é um fator facilitador para o usuário que busca assistência à saúde de qualidade. Tampouco a localização inadequada ou desfavorável se apresenta como fator único de não adesão aos serviços de saúde:

Fácil aqui para nós não tem é nada, porque para nós aqui é estrada ruim para vim aqui, longe para vim aqui. Então não tem melhoria quase nenhum, mas o atendimento nos não falamos não. (U3)

A única dificuldade é você sair lá da roça pra vim pra cá, o problema é esse. Roça. É longe, muita poeira, mesmo assim pra mim tá ótimo (risos). O problema é que é longe. (U4)

A distância entre os domicílios e a ESF pode ser elemento dificultador para alguns usuários que enfrentam barreiras físicas e intempéries em busca da assistência local e dificulta o acesso aos serviços, porém não impede a utilização do sistema de saúde<sup>3</sup>. Vargas *et al.* (2011) constataram que a insatisfação dos usuários em relação ao acesso aos serviços de saúde está relacionada principalmente à falta de transporte entre o domicílio e o Centro de Saúde. Para Carvacho *et al.* (2008), as barreiras geográficas de acesso ao serviço de saúde existem, mas não são responsáveis pela não adesão, pois outras dificuldades (administrativas, e falta de informação, por exemplo) também influenciam a busca da assistência. Por isso, percebe-se que a localização da ESF, considerada isoladamente, não impede que os usuários busquem assistência. A explicação estaria na combinação de diferentes fatores.

Assim, outras dificuldades são apontadas:

O transporte, porque agora pra gente vir aqui tá ruim, porque não tem ônibus, não tem nada. Agora pra gente vir aqui ou caminhão ou a cavalo, [...] agora cê imagina a gente aqui na estrada aqui 35 Km andando com as crianças assim nas “carcunda” é muito difícil, prá poder vir até aqui no atendimento. (U8)

A gente tem um problema muito grande de acesso por ser zona rural, então assim, tem vez que dificulta demais [...] tem localidades que não tem ônibus, que tinha ônibus três vez por semana, passou pra uma vez, agora não tem ônibus, então às vez o paciente tem que arrumar uma carona ou uma forma de vim. (Te1)

O acesso geográfico não depende apenas da localização do domicílio e da UBS, mas dos meios de transporte, das condições das estradas e da forma mais viável de se chegar até o serviço de saúde. Para os entrevistados, a dificuldade de acessar o transporte público interfere no acesso aos serviços de saúde, pois atualmente é necessário se deslocar a pé ou a cavalo para se chegar até o serviço de saúde. Taddeo *et al.* (2012), em seu estudo realizado no Ceará, perceberam que o maior obstáculo ao acesso estava na distância do domicílio até a ESF, pois os usuários dependem do transporte público para sua locomoção. A acessibilidade aos recursos de saúde refere-se à disponibilidade e à distribuição social dos serviços; portanto, barreiras geográficas podem ser fatores limitantes para o acesso e sua utilização pelos usuários (OLIVEIRA *et al.*, 2012). Dessa forma, em ambos os estudos, a organização da rede rodoviária municipal é insuficiente para o acesso do usuário por falhas no transporte público.

---

<sup>3</sup> Alguns usuários precisam se deslocar de comunidades distantes para chegar aos serviços de saúde e enfrentam barreiras físicas, de infraestrutura e de falhas no transporte.

Esse fato obriga os usuários a longas caminhadas, o que leva à falta de estímulo e ao cansaço, até sua chegada à Unidade.

Nesse contexto, a intersetorialidade é fundamental para a organização dos serviços de saúde do município. Feuerwerker e Costa (2000, p. 94) definem a intersetorialidade como:

[...] a articulação entre sujeitos de setores sociais diversos e, portanto, de saberes, poderes e vontades diversos, para enfrentar problemas complexos. É uma nova forma de trabalhar, de governar e de construir políticas públicas que pretende possibilitar a superação da fragmentação dos conhecimentos e das estruturas sociais para produzir efeitos mais significativos na saúde da população.

Ou seja, a capacidade dos profissionais trabalharem de forma conjunta os problemas de saúde, mesmo possuindo funções diferenciadas no processo de assistência à saúde. Dessa forma, as ações são voltadas para a solução das maiores demandas e apoio na resolução de problemas de saúde. A perspectiva de atuação da intersetorialidade na saúde tende a expandir devido a seus diversos benefícios para os profissionais em conseguir atender as demandas da população e aos usuários em receberem respostas a suas necessidades de saúde (AZEVEDO *et al.*, 2012).

Assim, é necessária melhor organização das demandas de transporte para facilitar o acesso dos usuários aos serviços. Marques *et al.* (2012) refletem sobre a importância de ações intersetoriais em prol de objetivos comuns, para diferentes setores, que trazem como consequências melhores resultados e maior adesão aos serviços ofertados. A intersetorialidade engloba diferentes dimensões entre os diversos segmentos de organização do município para melhor planejamento das ações e efetivação de seus objetivos (JUNQUEIRA, 1998). Nesse sentido é importante que se desenvolvam ações intersetoriais, como melhor planejamento de transporte, para que o acesso aos serviços de saúde se realize com maior facilidade por sujeitos residentes em locais distantes da UBS.

Da mesma forma, a intersetorialidade das ações nos serviços de saúde e transporte deve ocorrer para que o acesso dos usuários que residem em comunidades dispersas seja facilitado com veículos adequados, estradas viáveis e horários de atendimento compatíveis.

Para minimizar a dificuldade com relação ao transporte público, é necessário melhor planejamento das ações intersetoriais buscando a maior adesão aos serviços de saúde.

Na ESF mista, responsável por comunidades rurais e urbanas, relatos quanto às dificuldades de acesso geográfico são frequentes. A cobertura populacional da ESF engloba um número adequado de famílias; porém sua área de abrangência geográfica é muito extensa e dispersa. As comunidades adstritas a uma equipe localizam-se em áreas geográficas

distantes umas das outras e distantes também do ponto de apoio da equipe e da sede da ESF, sendo necessário o deslocamento dos usuários de cada comunidade e dos profissionais para que o acesso aos serviços seja alcançado.

Como tentativa para resolver a dificuldade da distância entre a ESF e o domicílio dos usuários residentes em comunidades rurais, a equipe da ESF mista viaja duas vezes por semana para áreas rurais para assistir essa população. Cada comunidade possui um ponto de apoio na localidade rural, com pelo menos um Agente Comunitário de Saúde (ACS). Algumas localidades possuem também um auxiliar de enfermagem. Dessa forma, o serviço de atenção à saúde é realizado quinzenalmente pelo médico e pela enfermeira em cada comunidade pertencente à ESF Mista.

Muitas vezes, por a gente trabalhar em uma área muito dispersa, o acesso a esses pacientes é difícil, também o acesso a eles, a gente demora uma hora e meia pra chegar nesses pacientes até o local de atendimento, e esses paciente muitas vezes já andaram a cavalo uma hora, uma hora e meia, a cavalo, ou a pé, então assim o acesso realmente, a gente vê que na zona rural, ele é difícil e a gente não vê uma forma de resolver isso, porque eles moram longe, então eu vejo que isso dificulta muito, às vezes, o nosso trabalho, sabe e do usuário. (E2)

A área de Diamantina é uma área muito grande, tem distrito aqui que fica a 100 quilômetros de distância mesmo, então, acumula bastante serviço, na Secretaria de Saúde, então isso faz com que o serviço fique atrasado. (Ax2)

Pode-se inferir que a saúde é marcada pela descontinuidade do cuidado, pois os profissionais têm dificuldades em acompanhar os pacientes rotineiramente devido à dispersão geográfica da área de abrangência da equipe e devido aos grandes intervalos de tempo entre as visitas dos usuários às Unidades. Dessa forma, o acesso da população dessas localidades aos serviços de saúde é interrompido pela dificuldade de transporte público .

Às vezes o paciente precisava de voltar no médico pra dar continuidade àquele tratamento, ou tá precisando trocar aquele medicamento de alguma forma um hipertenso ou está descontrolado, aí ele vai em outro médico aí ele vai mudar toda a medicação, chega também, sabe, onera o serviço, no sistema, dificulta o próprio tratamento do paciente. (E2)

A distância geográfica percorrida pelos usuários ou pelos profissionais pode ser muito longa; e o usuário pode então, buscar assistência em outros locais. Dessa forma, portadores de patologias que necessitam de acompanhamentos periódicos podem ficar prejudicados, pois sua assistência não é sistematizada da forma preconizada pelo Ministério da Saúde e aí se pode caracterizar a descontinuidade da assistência. Taddeo (2012), em seus estudos, evidencia

a importância de se aperfeiçoar a organização dos serviços de saúde para a implantação de uma rede de saúde integrada que garanta cuidados contínuos.

Nota-se que a distância percorrida pelos usuários até a Unidade de Saúde pode ser um entrave para a continuidade do cuidado, mas não é a única responsável pelo rompimento do fluxo de assistência.

O acesso geográfico também sofre influências de características culturais da população. O acesso classificado como cultural refere-se à “adequação das normas e técnicas dos serviços aos hábitos e costumes da população” (UNGLERT, 1990, p. 445). Para Donabedian (1973, 1988), o acesso associa a oferta de serviços em relação à busca de assistência pela população. Dessa forma, percebe-se que a dificuldade de acesso devido ao deslocamento do usuário é fortalecida pela busca de assistência somente em fases de dor ou alterações clínicas, ou seja, o modelo de assistência centrado no médico também interfere na busca de assistência pelos usuários. Pode-se considerar então que a dificuldade da distância geográfica existe, porém não é a única responsável pelo baixo acesso dos usuários.

Nesse contexto, os aspectos culturais também interferem na busca da assistência. Nota-se que boa parte do atendimento da assistência parte de demanda espontânea.

Quando eu venho... quando eu venho aqui, eu venho pra ser atendida,[...] fazer uma consultazinha. (U26)

A gente sente assim alguma coisa, algumas dores, aí a gente vem no posto, pra vim buscar o atendimento. (U5)

Venho mesmo pra marcar consulta. Para ter mais melhora de vida, é... cuidar bem. (U4)

Eu só venho quando tenho consulta marcada. (U3)

A busca pela consulta individual ocorre, frequentemente, devido aos aspectos culturais e pela importância dada a atendimentos médicos e especializados.

Os aspectos culturais de valorização desses atendimentos fazem com que os usuários busquem a consulta individual constantemente. Esse interesse reafirma o modelo biomédico centrado na doença/cura. Assim, as demandas ao serviço interferem na forma de utilização dos serviços de saúde, devido à busca de resposta frente ao adoecimento. Santos e Penna (2013) também confirmam o interesse dos usuários pela consulta médica como grande demanda de utilização dos serviços de saúde. Para Travassos e Martins (2004), o acesso é

interpretado como oportunidade de uso dos serviços, ou seja, a capacidade do serviço associada à oferta.

O traço cultural da importância dada às consultas individuais refere-se à utilização dos serviços e ao modelo biomédico, centrado na doença e na cura.

Oh, quando a gente tem problema de saúde, primeiro tem que consultar [...] Então, eu procuro o sistema de saúde por isso. (U28)

Tem gente que chega na nossa unidade e faz o seguinte, eu vim marcar uma consulta pra eu pegar um encaminhamento pra eu ir no meu cirurgião, neurologista, cardiologista. (C1)

O aspecto cultural influencia na utilização dos serviços de saúde. Com a herança do modelo centrado na doença, a busca pela assistência ocorre frequentemente em forma de consultas. Para Travassos *et al.* (2002, p. 366), o “uso dos serviços de saúde reflete as diferenças de comportamento do indivíduo perante a doença e as características da oferta de serviços que é disponibilizada.” Em outro estudo, o acesso é interpretado como uma oportunidade do uso dos serviços, resultante do comportamento do usuário que busca o serviço e do profissional que oferta e conduz a assistência (TRAVASSOS, MARTINS, 2004).

É grande a busca de assistência à saúde por consultas médicas em fases agudas da doença; logo, a utilização dos serviços em relação à oferta de assistência individual também é abundante devido à necessidade dos usuários. Dessa forma, a bandeira da ESF que é prevenir doenças fica para o segundo plano das ações em saúde, pois a demanda dos usuários é grande e os profissionais encontram dificuldades em organizar o serviço com assistência programada para facilitar o acesso.

Os aspectos culturais estão enraizados nos sujeitos que reconhecem suas necessidades de saúde somente quando apresentam queixas de dor ou desconforto. Nos tempos atuais, a população ainda busca assistência, na maioria das vezes, em casos de sinais e sintomas de doenças. Tal afirmativa demonstra que a população é imediatista e valoriza muito a consulta individual como resposta a suas demandas. Bosquata *et al.* (2012), em seu estudo sobre acesso na APS, observaram que a busca dos usuários pelos serviços na ESF prioriza as consultas médicas, o fornecimento de medicamentos e a vacinação. Além disso, atividades que compõem a rotina da APS conseguem baixa adesão, como, por exemplo, as atividades de promoção de saúde e prevenção de riscos e agravos. Talvez isso se deva ao desconhecimento de suas vantagens ou à influência cultural de utilização dos serviços que se edifica na imagem do consultório médico.

A visão medicalizada da assistência pelos usuários pode estar arraigada à bagagem cultural da população que acredita que cuidar da saúde se restringe às ações realizadas em assistência individual; dessa forma, a utilização de serviços de saúde em atendimentos individuais ocorre com maior frequência.

O atendimento tá bom. Você querendo, você tira exame, essas coisa é na hora. (U7)

Deixa eu ser feliz... Vou ser bem atendida. O inverno já tá chegando. Aí consulto, eles receitam os remédios, eu tomo. Se eu sentir bem com os remédio, então eu fico feliz. Sendo um remédio que você sente bem. (U26)

A consulta individual está marcada pela “vontade” de realizar exames e tomar medicamentos. Quando o usuário não consegue assistência individual na ESF, encontra outros caminhos para que sua necessidade seja atendida.

É uma busca muito grande pela consulta. O usuário repete isso na coordenação também porque, quando ele não consegue (a consulta) lá na ponta ser atendido, ele vem aqui. Diamantina ainda não conseguiu trabalhar a promoção à saúde. Nesse momento a gente vê uma procura pela consulta médica, entendeu, o paciente o usuário quer ser consultado pelo médico. (C3)

Para o usuário, a consulta individual é primordial na assistência a saúde e deve ser acompanhada de prescrições médicas, realização de exames e encaminhamento para outros profissionais. Esses requisitos são vistos como itens fundamentais do atendimento. Se o serviço atende a demanda de exames e consultas individuais, é considerado “bom” pela comunidade. Ser atendido de forma eficaz simboliza o ato da consulta individual, a disposição de medicamentos e a realização de exames. Percebe-se que o usuário ainda está arraigado ao sistema biomédico centrado na atenção, em que o profissional médico é responsável por todas as demandas do serviço. Essa visão medicalizada da assistência ocorre pelos aspectos culturais da sociedade, ainda se acredita que, para se ter saúde, o mais importante é tratar as doenças em fase aguda e tomar medicamentos. Santos e Penna (2013) constatam que as demandas dos usuários estão pautadas na manifestação das doenças, pois buscam consultas médicas e medicamentos como principal resposta a suas necessidades de saúde.

Quando sente assim qualquer coisa, que às vezes toma assim um remédio caseiro que não sara, que tá mais... já tá ficando mais frequente, aí procurar a assistência, o posto de saúde. (U5)

Interferem também na utilização dos serviços, os hábitos de vida do indivíduo, com suas crenças regionais e o uso de medicamentos naturais, que substituem a busca de assistência na APS pelas práticas caseiras de cuidado da saúde. Ao mesmo tempo, o usuário, quando não resolvido seu problema de saúde, procura atendimento médico na esperança de realizar exames e obter medicamentos em busca da cura. Esse paradigma evidencia bem a postura da população que vive o dilema da assistência médica versus tratamento com produtos naturais. Guerin, Rossoni e Bueno (2012) observaram essa dicotomia no discurso da população.

A saúde, a doença e o tratamento – apesar dos avanços tecnológicos – continuam sendo elementos influenciados diretamente por crenças, percepções, religiosidade, hábitos tradicionais e relação de poder. Neste contexto a população circula entre os âmbitos populares e tradicionais de saúde, construindo itinerários terapêuticos a partir da sua própria experiência em cuidado de saúde, (re)interpretando práticas e informações veiculadas no âmbito dos serviços de saúde, na comunidade e no modelo social vigente para conformar na utilização de medicamento no cotidiano (p.3004).

Diante da busca constante pela consulta médica, seja por hábitos de vida ou crenças, percebe-se que tal atitude interfere no acesso do usuário aos serviços de saúde devido a sua grande demanda. Outros estudos também demonstram que a assistência médica ocorre de forma excessiva sendo uma constante em todos eles (ARRUDA-BARBOSA; DANTAS; OLIVEIRA, 2011; CORRÊA *et al.*, 2011; DIAS-DA-COSTA, 2011; REZENDE, 2013; SANTOS; PENNA, 2013; VIEGAS; PENNA, 2013)

Devido a isso, trabalhar a promoção da saúde, torna-se um grande desafio.

Muitas vezes a gente tá dentro, mas não trabalha como deveria. Você atende como postão, só consulta, consulta, consulta e a gente não consegue promover a saúde. (M2)

Diamantina a gente tá trabalhando prá conscientizar mesmo a população, aqui a gente ainda tem aquela visão medicalizada da assistência, sabe, eu tenho que ter uma consulta médica, se eu não tiver uma consulta médica, não serve (C1)

A busca pela consulta individual toma grandes proporções em que o profissional não consegue priorizar a promoção da saúde e a prevenção de doenças com a população para melhorar o planejamento das ações e o acesso aos serviços. Dessa forma, dificulta-se a organização da demanda espontânea e programada e, conseqüentemente, estabelecer o acesso dos usuários a diferentes serviços de saúde oferecidos pela APS torna-se barreira para os

profissionais. Puccini *et al.* (2012) também observaram tal paradigma em que a demanda não agendada na rede básica é um grande desafio ainda não superado.

A APS é local, também de promoção da saúde e prevenção de doenças, porém a cultura enraizada na população de valorização do profissional médico como detentor da cura impede que a equipe trabalhe de forma multidisciplinar. É uma barreira que deve ser trabalhada pelos profissionais da equipe da ESF, com os usuários e no município em geral, para que a APS consiga obter maior efetividade em suas ações. Mendes *et al.* (2012) observaram, na ESF, um desvio das ações de promoção da qualidade de vida e prevenção das doenças, pois somente 23% das consultas individuais são agendadas, o que caracteriza a visão imediatista da população em resolver problemas de saúde quando sinais e sintomas surgem. Em Diamantina, constata-se também que a adesão à promoção da saúde pelos usuários ainda é uma barreira a ser vencida.

A gente quer promover a saúde, mas isso depende muito das pessoas também. Não só das pessoas, mas lá de cima (Secretaria de Saúde). Porque, assim... por mais que a gente queira fazer, como eu te disse, não tá só nas nossas mãos. Por exemplo, um grupo de planejamento familiar, a gente vai, leva a informação, aconselha, fala “vamos participar gente”, vamos lá fazer o preventivo, tem preservativo, tem remédio, tem a injeção no posto, [...] como que a gente passa essa informação se não... tá tendo isso. (ACS3)

Os sujeitos da área de abrangência da equipe da ESF querem trabalhar a promoção da saúde, mas encontram barreiras para efetivar suas ações. A demanda incessante dos usuários por consultas individuais e a falta de apoio da gestão local são impeditivos para a efetivação de suas ações em saúde. Dessa forma, o serviço procura atender as necessidades da população, mas tem dificuldades em se organizar para oferecer oficinas em grupos, troca de experiências e prevenção de doenças. Além das dificuldades de organização do serviço, existe a barreira da não adesão dos usuários a atividades coletivas:

A gente vem lutando com eles (usuários), até agora assim, com uma equipe do NASF, trabalhar a promoção de saúde, trabalhar em grupo e a gente vê até uma não adesão. [...] É difícil porque temos pacientes que também não vão e fazem o que quer, vão atrás é da receita médica, aquele paciente ainda naquele modelo curativista, ele quer só tratamento mesmo naquele momento. (C3)

A participação da população em ações em grupos operativos é fundamental para que a equipe consiga trabalhar a promoção à saúde e a prevenção de doenças. Para que isso ocorra, é necessário que os profissionais assumam uma postura ativa com desenvolvimento de atividades voltadas para a população para que se sensibilizem sobre a importância de buscar

assistência não somente em casos agudos da doença e sim com mais frequência para que se possa promover a saúde e prevenir o desenvolvimento de doenças. Essas atividades devem ser prioritárias na rotina da ESF para que a comunidade se conscientize de sua importância. Sícoli e Nascimento (2003) definem bem esse conceito da promoção da saúde que “supõe uma concepção que não restrinja a saúde à ausência de doença, mas que seja capaz de atuar sobre seus determinantes” (2003, p. 102). Entretanto estas ações devem ser oferecidas de forma contínua, interativa e participativa. Essas atividades devem estar pautada na qualidade das ações de promoção a saúde.

Atuar sobre os determinantes da saúde significa sensibilizar a população sobre “os fatores” que podem desenvolver a má qualidade de vida e, conseqüentemente, as doenças. Para que essas orientações ocorram, é necessário que a equipe esteja disposta a romper paradigmas e a trabalhar a promoção da saúde de forma efetiva. Deve-se priorizar a realização de oficinas e grupos operativos com a comunidade, proporcionando momentos de interação e diálogo, além das orientações individuais em consultas e visitas domiciliares. Tal postura auxilia a população na identificação de sinais e sintomas que podem desencadear doenças, além de melhorar a qualidade de vida dos sujeitos envolvidos.

Eu venho uma vez ao ano pra ver... igual eu tô querendo fazer esse exame de rotina, fezes, urina, sangue... pra ver como que tá... se tem anemia, se tá com verme.. aí, eu trago uma vez ao ano. Só pra essas coisas assim mesmo. (U20)

A conscientização dos usuários sobre a promoção da saúde pode fazer com que esses busquem assistência de forma contínua; tal postura pode favorecer a organização na marcação de consultas devido a uma queda na demanda espontânea e a maior programação das consultas agendadas. Dessa forma, o acesso aos serviços tornar-se-ia facilitado devido à possibilidade de desenvolver ações de promoção à saúde, prevenção de doenças e assistência individual de forma integral.

Diante do exposto, observamos que, para se ter acesso facilitado aos serviços de saúde, é necessário que a gestão fique atenta à localização da ESF, ao transporte oferecido, à continuidade do cuidado, ao respeito pelos usuários, à adequação do serviço, aos aspectos culturais, à organização do serviço em consultas individuais e ao fortalecimento das ações de promoção a saúde. Os relatos evidenciam que, mesmo com entraves geográficos e de transporte, o acesso aos serviços de saúde ocorre pelos usuários que buscam assistência em sua equipe de referência, apesar da recorrência ser motivada pela consulta individual relacionada à consulta médica. Dificuldades ocorrem; porém a equipe e a população lidam de

forma satisfatória com esses entraves sempre com a esperança de que seus problemas serão minimizados ao longo do tempo. Os aspectos geográficos e culturais interferem na busca pela assistência, porém não são os únicos responsáveis pelo acesso aos serviços. A relação pessoal entre profissionais e com os usuários também influencia na utilização dos serviços, tema que será explorado na próxima subcategoria.

### **5.1.2 Acesso relacional: afinidade, cooperação, dificuldades**

O acesso relacional refere-se à maneira como os usuários são recebidos na Unidade de Saúde que influencia na decisão em aderir ou não às orientações da equipe e ao acompanhamento de suas necessidades de saúde. Devido a isso, é fundamental que a população se sinta acolhida e bem recebida pelos profissionais quando necessitam dos serviços oferecidos pela equipe de saúde. Por isso, a adesão da população a esses serviços está pautada também no acesso relacional, ou seja, a afinidade dos usuários com os profissionais da equipe e ao vínculo criado entre eles (DONABEDIAN, 1973; 1984; STARFIELD, 2002; UNGLERT, 1990).

Nas ESFs do município de Diamantina, percebe-se que o acolhimento é utilizado como instrumentos de aproximação e vínculo entre profissionais e usuários:

No geral, as pessoas elas ficam satisfeitas com a forma de tratar o ser humano.  
(M1)

Eu acho que tem uma turma bem satisfeita com o atendimento aqui no posto.  
(ACS2)

As ações desenvolvidas pelos profissionais de saúde parecem deixar os usuários satisfeitos com o serviço prestado e com a assistência recebida. Dessa forma, sempre que o usuário necessitar de atendimento recorrerá aos serviços da atenção primária devido à boa assistência recebida e à atenção dispensada ao cuidado em saúde:

O atendimento eu acho que é muito bom. Se é uma coisa que você chega ali a pessoa te trata bem, você sai até emocionada ali por ser tratada com carinho, com respeito, com dignidade. (U5)

Eu sou muito bem atendida aqui, toda vez que a gente chega o povo atende a gente com carinho, tem educação prá tratar com as pessoas [...]. Tem paciência com as pessoas. Eu sinto igual uma senhorita, alegre sinto muito alegre. (U8)

Todas as vezes que a gente vem no posto, tem as pessoas prontas pra te atender [...] Então eles estão sempre presente, então é fácil de você procurar informações, eles chegam a ligar pra poder estar procurando informações, é facilidade, do posto com as casa, com as residências. (U10)

A maneira como os usuários são recebidos pela equipe da ESF, facilita o acesso ao serviço. Percebe-se que os profissionais acolhem de forma satisfatória os usuários e demonstram sentimentos de carinho, atenção e respeito. Dessa forma, a população se identifica com a equipe e não demonstra receio ao lidar com suas necessidades de saúde.

A capacidade do profissional de acolher, respeitar, se responsabilizar e resolver as demandas são práticas relacionadas ao acolhimento e ao vínculo construídas entre profissionais e usuários. Tais práticas são denominadas tecnologias leves e são essenciais para a continuidade do cuidado em saúde (MERHY, 2002b).

Essas tecnologias leves do cuidado auxiliam no acesso dos usuários aos serviços de saúde, pois, a qualidade do atendimento prestado pelos profissionais e recebido pelos usuários é mais valorizada do que o número de portas abertas existentes na rede e ao tipo de demanda dessas instituições. Por outro lado, o tempo de espera e a baixa afinidade com profissionais e serviço de saúde da ESF fazem com que os usuários busquem assistência em outros pontos de apoio do sistema com melhor resolutividade. Esse comportamento está marcado como obstáculo do acesso aos serviços de saúde e baixa resolutividade para os problemas da população devido às falhas da APS. Torna-se necessário, no entanto, respeitar os usuários, organizar a demanda, ofertar serviço de qualidade e criar vínculo e afinidade entre profissionais e usuários para que o acesso ocorra de forma integral (CORRÊA *et al.*, 2011; BRASIL, 2010; TRAVASSOS; MARTINS, 2004; SCHIMITH *et al.*, 2011).

Além da afinidade, outras características podem facilitar o acesso devido à confiança e ao vínculo da população com a equipe da ESF.

O PSF já conhece o pessoal que mora na área. Então, facilita muito bem, muito, o acesso. (Te1)

Porque as pessoas que trabalham no posto são pessoas da área. Que moram aqui no bairro. Então, facilita bem aqui o atendimento. Porque tem as pessoas que saem pra fazer visitas nas casas. Então, geralmente são as pessoas do bairro. Aí facilita bem. (U18)

O fato de os membros da equipe residirem na área coberta pela ESF facilita o acesso dos usuários aos serviços, fortalece o vínculo e a comunicação com a população cadastrada pela equipe.

Os diferentes modos de vida da população das periferias urbanas tem se tornado um desafio para os profissionais por não conseguirem uniformizar seus serviços, ou seja, padronizar as ações em saúde, pois tais ações devem ser voltadas para a realidade local dos envolvidos. O usuário refere-se ao ACS quando relata que o fato de morarem no mesmo bairro facilita o acesso aos serviços, o vínculo e a afinidade, pois ambos compartilham dos mesmos problemas sociais da região. Dessa maneira, os usuários se identificam muito com esses profissionais e constroem um elo de confiança e amizade.

O ACS é o principal elo do serviço com a comunidade e pode assumir o papel de “agenciador de encontros”, “intérprete de línguas”, mediador de fronteiras culturais/terapêuticas e facilitador para o acesso aos serviços. O ACS é capaz de escutar e compreender o território da UBS e da comunidade, facilitar a comunicação e a compreensão das patologias e orientar a comunidade assistida. As crenças populares e tratamentos terapêuticos engajados na cultura regional têm influenciado nossa vida social contemporânea e o ACS se identifica nesse limiar de fronteiras e compreende bem esse processo de oscilação entre o saber técnico e o saber popular. O fato de o ACS residir no território da ESF facilita a interpretação e a compreensão das culturas regionais, crenças, afinidades e ponto de apoio aos usuários que reconhecem o ACS não somente como membro da equipe de saúde, mas também como membro da comunidade que está em busca de melhores condições de vida para si e para a população (COSTA; CARVALHO, 2012).

Essa aproximação entre usuários e profissionais permite a identificação de necessidades de saúde relacionadas a aspectos emocionais e sociais.

Eu acho que eles precisam de mais afeto do que de consulta. [...] a gente descobre que ele tá vindo aqui é por causa que ele não tem com quem conversar na casa dele, aí por isso que eles ficam aqui, é uma maneira de sair de casa. (Ax1)

Não é nem tanto a doença, são as faltas internas que criam mil e uma... mil e uma... tá com dor de cabeça, tá com enxaqueca, tá, tô tonta, mas na verdade você sabe que o emocional não tá bom, tá tendo problema com droga, tem problema com a família. (Te1)

Também outro problema da população que a gente tem muito problema com drogadição, muitos pacientes alcoólatras [...] que é um problema também de difícil resolução, às vezes. (M1)

A percepção dos problemas pessoais/familiares facilita a assistência em saúde, pois o indivíduo é assistido de forma integral. O diálogo entre ambos permite maior aproximação, compreensão das demandas oriundas e possibilidade de oferecer apoio e ajuda em contratempos pessoais ou sociais.

É conversa mesmo com as pessoas assim, sobre o dia a dia delas, porque às vezes a gente vira até psicólogo porque tem gente que quer conversar sobre os problemas, chora, desabafa. (ACS1)

Às vezes está sentindo alguma coisa, mas só de conversar ali com a gente, se abrir e tal. Então, elas já se sentem melhores. (ACS3)

Eles chegam aqui desesperados "Ah, estou sentindo isso, estou sentindo aquilo...", aí, você vai conversando com a pessoa, você senta ali, um papinho que você bate com a pessoa você consegue até que, talvez nem melhora, mas talvez aquela dor intensa, aquele mal estar intenso que a pessoa está passando ali naquele momento, você ' pode aguardar mais um dia, dois dias, que consegue. É questão de dialogar mesmo, é questão de você poder conversar, saber da pessoa o que tem, por que a pessoa está sentindo aquilo. (Ax2)

O diálogo é reconhecido como estratégia de aproximação e informação sobre os problemas diários; além disso, é utilizado por alguns membros da equipe da melhor forma possível para que as necessidades de saúde sejam atendidas e conseqüentemente para que a assistência ofertada satisfaça, estreitando as relações de acesso aos serviços.

Pode-se inferir que a comunicação facilita a compreensão das reais necessidades de saúde do sujeito. Em outras palavras, o “encontro” entre profissional e usuário, seja no acolhimento, no domicílio ou em uma conversa informal reduz consideravelmente agravos às queixas e possíveis emergências, devido à comunicação aberta e à orientação de saúde oferecida a esse usuário (STARFIELD, 2002). Por um lado, o diálogo de forma horizontal favorece a compreensão, empatia e adesão às orientações do profissional. Por outro lado, sua dificuldade repercute negativamente na compreensão do cuidado em saúde e na continuidade do cuidado, pois muitos usuários esperam a consulta individual para expor suas dúvidas e angústias relacionadas à doença evidente. A interação clínica depende de que o profissional se aproxime do usuário no momento da consulta para criar vínculo, promover a saúde e orientá-lo a prevenir doenças e complicações de sua doença (TADDEO *et al.*, 2012).

A construção do vínculo entre esses sujeitos influencia na percepção sobre a interferência da dimensão emocional nas necessidades de saúde dos usuários que, muitas vezes, buscam assistência por problemas físicos e pessoais e por necessidade de compartilhá-los com outra pessoa. Dessa forma, alguns profissionais acreditam que desempenham papéis

de psicólogos e amigos desses usuários, sem, no entanto, reconhecerem o diálogo como instrumento terapêutico para essa demanda. A dimensão do ser integral perpassa suas necessidades pessoais, físicas, psicológicas e comportamentais. Infere-se, portanto, que as necessidades de saúde estão baseadas não somente em consultas e medicações, mas em ações individuais que visam atingir a dimensão integral do sujeito.

Trabalhando ainda a ideia da interferência da relação pessoal entre profissionais e usuários nas ações que facilitam o acesso aos serviços de saúde, relatos demonstram sua importância para a oferta do serviço e para o consequente acesso dos usuários. Dessa forma, tornam-se importantes também, para o acesso relacional, a afinidade e a cooperação no seio da equipe de saúde. A boa convivência e o trabalho em equipe devem ser realizados de forma constante para o fortalecimento do acesso aos serviços:

A nossa relação é todo mundo muito bem, ninguém tem problemas aqui não, todo mundo faz seu serviço, todo mundo resolve suas coisas, ninguém tem problemas não. (ACS1)

Cada um já sabe o que tem que fazer. É como estar ajudando toda a equipe pra que o trabalho seja sempre um trabalho bom e continuado. Então, cada um sabendo o que tem que fazer fica mais fácil. (ACS3)

A boa relação entre a equipe favorece o trabalho conjunto:

A gente (a equipe) é até tranquilo, não tem dificuldade não [...] A gente já tá junto há muito tempo. Eu consegui uma certa harmonia. Tá sempre ajudando, um ajudando o outro. (Te1)

Acho que a gente trabalha de uma forma legal assim, bem próximo assim, não tem receio, essas coisas, não tem distanciamento, não tem isso, então, trabalhar em conjunto ali, de forma aberta também, eu chego e converso, tenho um canal de comunicação legal aqui, não tenho problemas não. (M1)

A nossa equipe, graças a Deus, é muito boa, muito unida. E a gente não vê problema. Todo mundo, por saber ou conhecer o bairro, conhecer a área de todo mundo, então uma tá sempre passando informação pra outra. (ACS3)

Para que a equipe consiga assistir os usuários de forma satisfatória, é necessária também uma boa relação entre os profissionais de saúde. Percebe-se que a harmonia e a cooperação são características dos profissionais e das equipes deste estudo. A afinidade entre os membros da equipe favorece para que o ambiente de trabalho seja agradável, que a comunicação seja horizontalizada e a resolutividade seja mais eficaz. Nos estudos de Coelho e Jorge (2009), o respeito mútuo entre a equipe é caracterizado pela união, boa assistência e boa convivência entre profissionais. A união e a compreensão entre os membros da equipe

favorecem a maior produtividade e trazem como consequência melhor desempenho dos profissionais pela capacidade de trabalhar em conjunto, visualizar cada problema em sua totalidade e direcioná-los ao profissional capacitado para encontrar sua solução. Assim, a sobrecarga de trabalho é controlada, a equipe melhora sua eficiência e eficácia e os profissionais se sentem acolhidos pelos membros da equipe; além disso, o ambiente de trabalho torna-se mais agradável e produtivo (COELHO, JORGE, 2009). Percebe-se, assim, a importância da comunicação aberta entre profissionais e com os usuários para garantir soluções para as demandas.

Por um lado, se o trabalho em equipe em harmonia relaciona-se positivamente com o acesso dos usuários aos serviços, em contraposição, as dificuldades que os profissionais enfrentam nesse aspecto, interferem negativamente.

As facilidades e dificuldades na oferta do serviço podem interferir no acesso:

Eu não tenho contato, dentro da Secretaria, qualquer coisa a gente liga a gente pede é porque tem dificuldade. (Te1)

O secretário não me conhece, só eu que conheço ele, ele nunca veio aqui no Posto de saúde, nunca, nunca, eu conheço ele assim, às vezes eu vou na reunião. (Te2)

O acesso pra gente lá com ele (gestor) é difícil por conta disso, nem sempre ele está na cidade e a gente também está aqui embaixo, é muito distante daqui do posto lá na Secretaria de Saúde, são seis quilômetros daqui lá, e eu vou te falar com toda honestidade eu não tenho relacionamento nenhum, nem profissional e nem pessoal com o gestor não. (Ax2)

A comunicação com escuta qualificada, entre as equipes de saúde e a gestão não ocorre como ponto forte para a resolução dos problemas. Os relatos evidenciam que a relação dos profissionais da equipe da ESF com a gestão da APS ocorre esporadicamente. Dessa forma, o acesso ao gestor não se dá de forma contínua e sim com o surgimento dos problemas, quando a solução depende da parceria com a coordenação da APS, o que, em nosso entendimento, influencia na organização efetiva dos serviços ofertados.

Para Raimundo e Cadete (2012), a escuta qualificada deve ser associada à integralidade do sujeito, à relação pessoal, à atitude interativa, para compreender sua história de vida e respeitar sua individualidade. Seu conceito também está inserido na gestão de qualidade, pela sensibilidade e habilidade de comunicação e articulação dos gestores, possibilitando o exercício de uma gestão de qualidade.

Além da escuta qualificada, a longitudinalidade também está inserida como formas de comunicação. Para Starfield (2002, p. 247) a longitudinalidade, “no contexto da atenção primária é a relação pessoal de longa duração entre profissionais de saúde e usuários”. Ter atenção longitudinal é prestar cuidados em saúde, por um período de tempo contínuo. Para que os profissionais consigam trabalhar de forma longitudinal, são necessários apoio e resolução de problemas, em parceria com a coordenação.

A coordenação da APS é o alicerce que mantém as equipes da ESF e deve trabalhar de forma efetiva para que proporcione apoio e ajuda aos profissionais. A comunicação e a relação com as equipes devem existir para facilitar a resolução de problemas e a promoção de ações que favoreçam o vínculo, a continuidade do cuidado e a prevenção de doenças. É fundamental que gestores e equipe mantenham diálogo, comunicação e afinidades para a promoção de ações direcionadas à assistência local e à resolução imediata de necessidades de saúde. A coordenação de ações de saúde no município poderia ser direcionada pelos problemas ocorridos no trabalho cotidiano em saúde dos profissionais e usuários, ou seja, seria pautada pelas reais demandas de cada comunidade, equipe ou usuário.

A relação com a coordenação da APS é primordial para o acesso dos usuários e consequente resolutividade das ações:

Minha relação é de parceria, que eu vejo primeiro porque eu atuei dentro do PSF, mas eu fiquei muito pouco tempo também na coordenação. (C3)

Relação com os gestores é boa, assim, nunca tive problemas não, a gente extremamente tenta direto e são abertas, principalmente o coordenador da atenção básica e até o secretário de saúde, a gente não tem contato no dia a dia e geralmente não é com ele que a gente tenta, é uma pessoa que trabalha na Atenção Básica, então com ela a gente tem um contato bom. (M1)

Outros sujeitos, ao serem indagados sobre a relação com a coordenação da APS, demonstraram uma percepção diferente. Alguns profissionais relatam boa interação com a coordenação, porém com pouca aproximação, ou seja, reconhecem que a coordenação possui várias atribuições e não consegue atender todas as demandas da APS ou as particularidades de cada equipe (NO). Para que isso ocorra, é necessário desenvolver a boa convivência, a comunicação aberta e a interação. É essencial a compreensão sobre a comunicação horizontalizada entre diferentes atores sociais do cuidado em saúde.

O papel do coordenador da APS é fundamental para o planejamento e o monitoramento das ações minimizando os riscos à saúde dos usuários. Para organizar a atenção ofertada, é necessário diferenciar o acesso dos usuários aos serviços para identificar

necessidades, sistematizar o diálogo e utilizar métodos participativos, entre gestores e profissionais, de escuta e atuação pulsante das demandas dos serviços (ASSIS *et al.*, 2003; CAMPOS, 1993; CECÍLIO, 1997; UNGLERT, 1990;).

Dessa forma, a comunicação entre os coordenadores e os outros profissionais deve ocorrer de maneira horizontalizada com melhor visualização dos problemas de saúde, da equidade do acesso para solucionar as demandas que serão classificadas em escala de prioridades com o apoio da coordenação da APS (STARFIELD, 2002). A comunicação, a escuta qualificada e a parceria entre coordenação e profissionais proporcionam melhores condições de trabalho para os profissionais e atendem os usuários com foco em suas necessidades, permitindo a equidade do acesso aos serviços de saúde.

O município possui equipes de APS com diferentes perfis, o que dificulta a coordenação de ações em saúde:

Eu tenho boas equipes, [...] que um coopera com o outro [...] mas também eu tenho equipes que tem problemas, até entre si, conflitos pessoais, (C2)

Infere-se que as diferentes maneiras de trabalhar de cada equipe da ESF dificulta a coordenação das ações de promoção à saúde. Além disso, cada equipe trabalha de forma independente não seguindo protocolos municipais, para que uma boa administração seja realizada. Essa diversidade no trabalho cotidiano das equipes dificulta a padronização de ações definidas para o município (NO). A coordenação dos serviços de saúde refere-se ao conjunto de ações comuns que visam a continuidade da assistência por parte do serviço que está sendo prestado ao usuário, as informações e os encaminhamentos referentes a essa assistência (PEREIRA *et al.*, 2011). É necessário viabilizar a padronização de normas, condutas, orientações e prestações de serviços para as equipes da ESF, pois os encaminhamentos pós APS terão os mesmos fluxos a seguir até a assistência necessária. Desta forma, a organização da rede de assistência pelo coordenador poderá suprir as necessidades de saúde do município.

É uma briga danada, é cada um tentando jogar o seu problema pro outro. O setor de regulação não funciona o problema é da atenção primária, chega na atenção primária, “ah” eu tenho um paciente aqui e eu não tenho uma consulta pro especialista, eu tento educar minha população que tem que esperar quando precisar, chego lá na secretaria o setor da regulação já dá um probleminha, ou dá um jeitinho. É a policlínica que, “ah” a atenção primária que manda muita gente prá gente e não orienta o quê que tem que levar, quando chega lá “ah” que a policlínica só atende quem eles querem, então [...] é cada um olhando o seu lado e esquecendo o sistema como um todo. (C1)

O acesso aos serviços de saúde também depende da resolutividade de suas ações. O município tem dificuldades em resolver ações de saúde quando envolve diferentes prestadores de serviço para a APS.

Infere-se que os conflitos entre os setores da saúde no município de Diamantina dificultam a harmonização das ações de saúde e rompem com o acesso dos usuários que necessitam da continuidade da assistência. Essa postura deve ser modificada para que a coordenação consiga padronizar as ações a serem desenvolvidas em cada Unidade para que o serviço não seja sobrecarregado, a demanda seja controlada e o acesso seja viável.

O processo gerencial e a coordenação da saúde devem dispor dos instrumentos necessários à implementação de políticas voltadas para atender as necessidades da coletividade, da APS e de prestadores de serviço. Para isso, são necessários o planejamento e a elaboração de planos gerenciais que possibilitem o diálogo, o saber técnico e os interesses sociais para atender as necessidades de cada instituição. A coordenação desempenha papel primordial na organização e na comunicação entre setores para a tomada de decisão, porém, planejar em saúde requer conhecer as necessidades sociais e realizar intervenções para o enfrentamento dos problemas constituídos (CAMPOS, 1993). Sendo assim, pode-se considerar como um requisito para o acesso.

A gestão, o planejamento e a comunicação entre coordenadores e prestadores de serviço necessitam de interação para proporcionar a continuidade da atenção e a consequente promoção do acesso aos serviços de saúde. Assim, surgem reflexões sobre a organização dos serviços para que o acesso dos usuários ocorra de forma contínua.

### **5.1.3 Acesso funcional: um dos caminhos para a organização do serviço**

O funcionamento das equipes da ESF ocorre de acordo com as atividades programadas pelos profissionais de saúde e pela demanda dos usuários que buscam assistência. O acesso funcional é definido como a capacidade da Unidade de Saúde em prestar assistência de forma resolutiva aos usuários de acordo com a demanda, horário de funcionamento e qualidade na prestação dos serviços (UNGLERT, 1990). Dessa forma, a

busca de assistência pelos usuários e a coordenação das ações ofertadas pelos profissionais precisam ocorrer de forma contínua.

Neste estudo, as equipes de ESF trabalham com agendas programadas para melhor organização do serviço e consequente acesso dos usuários.

O PSF funciona o dia todo. Funciona de forma de agendamento e com visita de identificação de casa. Então, quer dizer, se existe o agendamento e a identificação, fica mais fácil, porque chega de imediato e você já tem a vaga. (Te1)

Aqui no posto a gente trabalha assim, com consultas marcadas [...] e algumas consultas que a gente chama de consultas de objeto, que são assim quadros mais agudos que a gente precisa resolver mais rápido, então a gente tem esse espaço também então são consultas que são agendadas. (M1)

A gente tem uma agenda, então a gente trabalha em cima de uma agenda, então eu já sei que o dia, por exemplo, na segunda feira eu já sei o que vou fazendo (E1)

Na concepção dos entrevistados, o agendamento das atividades facilita o acesso ao serviço e organiza as demandas dos usuários. Além da assistência programada, os profissionais reconhecem que a equipe necessita assistir também outros usuários que buscam assistência imediata.

A gente tem a demanda programada que são as consultas marcadas com horário [...] e tem uma demanda espontânea que é aquele paciente que chega, no meio do dia, ele é acolhido a qualquer momento, que ele chegar e é encaminhado, se der ou não, ser atendido naquele dia ou ser remarcado pra mais posterior. (M2)

É um atendimento em que eu vou atender uma demanda que está programada, mas também recebendo a demanda espontânea (Te1)

Com a demanda espontânea e programada, o usuário possui uma visão diferenciada do serviço.

O povo daqui ficou muito melhor, cê chega tem hora marcada com consulta, você sabe se vai ser atendida, tá muito bom. (U8)

O agendamento das consultas facilita o acesso dos usuários com organização da assistência e do serviço na equipe da ESF. Dessa forma, tem-se a programação do atendimento agendado para hipertensos, diabéticos, gestantes, idosos, crianças e assim por diante.

Os profissionais possuem atividades programadas e agendadas diariamente e atendem as demandas da população assistida. As atividades desenvolvidas vão de consultas individuais até visitas domiciliares, de acordo com as competências de cada categoria profissional (NO). A organização das ações em saúde é responsabilidade de cada profissional que prioriza àquelas de maior necessidade para cada usuário (BRASIL, 2011c). Os profissionais reconhecem que as ações de saúde devem ser protocoladas pela gestão e devem ser realizadas diariamente sendo de sua responsabilidade definir as necessidades de saúde mais urgentes para priorizá-las, otimizando, assim, a assistência à saúde (NO).

Segundo Machado *et al* (2012) grande parte dos usuários ficam satisfeitos com a assistência recebida quando o atendimento ocorre no dia agendado, quando o profissional trata o usuário pelo nome e quando a sala de espera possui entretenimentos. Tais ações ocorrem pelo planejamento e pela organização da equipe da ESF que realiza o agendamento da consulta e acolhe de forma satisfatória a família no centro de saúde. Almeida, Fausto e Giovanella (2011) também enfatizam a importância de se realizar o agendamento e marcação de consultas, pois tais procedimentos programados são avaliados como facilidade oferecida pelo serviço de saúde, principalmente se comparados à busca de assistência pela demanda espontânea. O agendamento de consultas refere-se também aos serviços ofertados para a população e pela programação das atividades desenvolvidas pelos profissionais de saúde. Cada profissional realiza sua programação diária para que um número maior de demandas seja atendido pela equipe.

Eu chego lá no posto, agilizo a minha sala de vacina, vou fazer a rotina de todo dia pra começar o trabalho e, enquanto isso, o povo vem chegando e eu vou atendendo, é aferição de PA, vacinação, é visita também, quando surge um caso ou alguma coisa, eu vou fazendo tudo dentro dos procedimentos que a gente pode oferecer. (Te2)

O que eu faço aqui é atender o público, é fazer a pressão, o curativo, é esterilizar material, vacina, tudo ... faz serviço de secretaria, faz tudo. Aqui não tem divisão de nada não, é tudo junto. (Ax1)

A realização de visitas domiciliares, aferição de pressão arterial, vacinação, curativos entre outros, são atribuições cotidianas no ambiente de trabalho e não são programadas, pois atendem de forma eficaz a demanda dos usuários dos serviços de saúde. Dessa forma, são organizadas pelo profissional responsável para atender as necessidades e o cumprimento das metas estabelecidas pela Secretaria de Saúde Municipal ao final do mês em curso. Tais ações não sistematizadas são realizadas diariamente para atender as demandas

oriundas da população referenciada. A demanda não agendada na rede básica é um grande desafio ainda não superado, pois a população procura unidades de urgência e emergência para problemas que poderiam ser resolvidos na APS (PUCCINI *et al.*, 2012). Assim, para que a busca do serviço de saúde ocorra de forma eficaz, é necessário que a população adscrita à equipe da ESF conheça as atividades desenvolvidas por ela, assim como os horários estabelecidos e os profissionais responsáveis, para que saiba buscar assistência no dia, horário e local adequados a sua necessidade.

E eu já sei o que eu tenho que fazer, já sei... pela organização do lugar fica mais fácil de você se organizar. Porque se aqui a gente já tá tendo a nossa agenda programada, já tem os dias certos de puericultura, pré-natal, isso tudo, então, quando a gente sai, a gente direciona [...] Então, isso facilita bastante. Não só pra gente tá organizando o nosso serviço, mas pro usuário também saber. (ACS3)

É bem organizado sim, a questão de anotações, a gente tem um livro pra anotar cada coisa. Todo mundo já sabe direitinho as coisas, quando vai implantar alguma coisa um comunica com o outro pra pessoa não ficar perdida, então eu acho que a organização é até boa. (Ax2)

Existem atividades que precisam ser planejadas e programadas para melhor organização do serviço e compreensão da comunidade que busca assistência. O planejamento das atividades diárias controla o fluxo da assistência e assiste um maior número de usuários. As anotações realizadas pela equipe ocorrem como instrumento de comunicação e prestação de contas pelos serviços oferecidos. Dessa forma, fica mais fácil a realização da produção mensal, do controle das atividades desenvolvidas e o conhecimento das maiores demandas da comunidade. A organização do serviço pelos profissionais de saúde tende a trazer muitos benefícios para a equipe e para os usuários:

Sempre elas vão na casa da gente prá olhar pressão, sempre a gente pede prá marcar consulta, aí elas remarcam de uma vez e aí no mesmo dia que elas remarcam prá gente vir, aí a gente é atendida. (U16)

Evidencia-se, portanto, que esse planejamento facilita a organização do serviço para os profissionais da saúde e também para os usuários, que sabem o dia e a hora que determinadas ações são desenvolvidas pela equipe da ESF. Tais condutas trazem como consequência a satisfação dos usuários por conhecerem as rotinas das ações desenvolvidas pela equipe e as maiores demandas dos serviços que podem ser programadas e planejadas para melhor adesão dos usuários.

Entretanto, é preciso atentar para que essa dinâmica, por vezes, não mecanize o trabalho tornando-o com pouca criatividade e automação das ações, pois as atividades descritas pelos profissionais desse estudo demonstram ser aquelas esperadas protocolarmente, o que pode vir a reafirmar a preferência por consultas como visto anteriormente. De acordo com Barbosa, Elizeu e Penna (2013), essa postura habitual do trabalho cotidiano da assistência apresenta alienação, baixa qualidade e processos terapêuticos inconsistentes com relação às demandas da comunidade.

Por vez, a programação das atividades diárias, principalmente na equipe mista de saúde, possui algumas características peculiares:

Na demanda da zona rural é uma demanda assim, tem algumas consultas agendadas, mas a gente vai fazer de tudo, um pouco. [...] É um atendimento em que eu vou atender uma demanda que está programada, mas também recebendo a demanda espontânea (E2)

O agendamento de atividades a serem desenvolvidas na equipe mista se torna mais difícil devido à baixa frequência para a assistência profissional em cada área de responsabilidade.

Mesmo para o profissional de saúde que programa e agenda as ações a serem realizadas, a demanda espontânea existe; e cabe a ele classificá-la como prioritária ou não, e verificar a real necessidade do usuário para essa assistência. Infere-se que o profissional pode “programar” o atendimento à demanda espontânea com a marcação em menor número de agendamentos de consultas individuais e preencher outras conforme a necessidade apresentada. Pode-se dizer que essa ação prevê o bom funcionamento da equipe da ESF, não sobrecarrega o profissional responsável por ela, promove o acesso às consultas, mas seria necessário, também, pensar em ações que estimulassem os usuários a buscar os serviços para prevenção de doenças.

Puccini *et al.* (2012) abordam que a falta de orientação e informação da população para a utilização adequada dos serviços de saúde aumenta a procura por atendimentos imediatos, como em Pronto Atendimento. Sendo assim, é necessário organizar os serviços quanto a suas atividades, comunicar à população sua oferta e sensibilizá-la sobre a importância do autocuidado e sobre a busca adequada da assistência de acordo com a necessidade apresentada. Assim, a população saberia quando procurar o Pronto Atendimento, a UBS e os demais profissionais e prestadores de serviço de saúde. Para que isso ocorra, são necessários organização, planejamento e conhecimento das maiores demandas da população adscrita. Dessa forma, infere-se que o acesso aos serviços na UBS pode estar organizado de

acordo com a realidade e o fluxo da assistência local que possibilita a continuidade dos cuidados e a satisfação dos sujeitos envolvidos.

A dificuldade de que isso ocorra é maior para a equipe mista, devido às características organizacional e geográficas da população adscrita. Como descrito anteriormente há dispersão e quantidade de comunidades a serem cobertas por uma única equipe, que também atende uma parcela da população urbana. Possivelmente, isso influencia na organização do atendimento e faz com que se busque resolver o maior número possível das demandas diárias em cada visita, lembrando que seu próximo retorno ocorrerá em quinze dias. Infere-se que, conseqüentemente, há uma sobrecarga nas atividades desenvolvidas pelos profissionais no atendimento de demandas espontâneas nessas visitas quinzenais, pois não se identificou a programação de ações planejadas para o atendimento dessas comunidades, para além das consultas.

Vale reafirmar que o acesso e as condições de acessibilidade são definidos por abordagens teóricas divididas em dimensões explicativas, entre elas, a dimensão econômica e a técnica conforme descrito por Giovanella e Fleury (1996). Nessa abordagem da Unidade Mista, a dimensão econômica, ou seja, a relação entre a oferta e a procura das ações de saúde, ressalta-se devido à dispersão geográfica de cada comunidade e as dificuldades de transporte. Daí, a equipe busca atender os usuários a partir das demandas existentes, além de programar outras atividades e oferecê-la à população. Por outro lado, ao se tomar a dimensão técnica, também descrita pelas autoras, que se refere à importância da organização e planejamento das ações e serviços de saúde oferecidos quanto a localização adequada e disponibilidade de recursos, tem-se oferecido aquilo que é possível, considerando onde essas comunidades se encontram e os recursos disponíveis, o que nem sempre pode ser satisfatório ou suficiente devido justamente à demanda apresentada e à imprevisibilidade de algumas:

Os dias são muito corridos e a gente atende uma demanda muito grande. Então, acaba que a gente assim, atende muito, eu acredito que a gente trabalha muito, mas então a gente podia organizar melhor pra gente não ter assim, um atendimento tão estressante e ser mais de qualidade, então a gente trabalhar através de uma demanda e através da agenda também. [...] Só que às vezes a programação foge disso, às vezes você tem coisas que não estão programadas, que vão acontecer, igual urgência, [...] reunião [...] atrapalha um pouco a agenda, aí você tem que organizar depois. (E1)

A gente marca as agendadas todo dia e ainda tem uma demanda que eles atendem quando chega. Hoje a organização tá muito boa (Te2)

A busca pela assistência espontânea ocorre nas duas equipes do estudo, ou seja, esse problema não é superado somente pela distância geográfica ou assistência diária para a população como na equipe mista. Pode-se afirmar que os hábitos e costumes dos usuários presentes em seu contexto social, superlota o serviço e dificulta a programação e o planejamento das atividades cotidianas, apesar da afirmativa que essa organização está "boa". É fato que a realização da assistência não programada sobrecarrega as ações desenvolvidas pelos profissionais de saúde e reduz a qualidade da assistência, por terem que atender um maior número de pessoas ao mesmo tempo estipulado para assistir os usuários que estavam com atendimento agendado. Entretanto, reconhece-se a necessidade de um melhor organização das ações com espaços entre os atendimentos a serem preenchidos por essa demanda que surge momentaneamente. É responsabilidade da equipe acolher esse paciente e avaliar sua real necessidade de assistência naquele momento, além de orientar a população sobre a importância do agendamento das ações desenvolvidas na ESF. Dessa forma, espera-se que a organização e o planejamento das atividades possam trazer melhores condições de trabalho para os profissionais e melhor qualidade da assistência para os usuários. Vale ressaltar que as atribuições de cada profissional vão além das ações especificadas pela Secretaria de Saúde até as demandas locais necessárias para a comunidade.

O acesso organizacional está relacionado à forma de organização dos recursos da atenção à saúde como as barreiras internas, externas e a continuidade da atenção. As barreiras internas são compreendidas como o tempo de espera para marcação e obtenção da consulta, horário de funcionamento do serviço, processo de trabalho, vínculo e acolhimento. Já os obstáculos externos remetem aos serviços realizados fora da ESF; e, por último, a continuidade da atenção que está pautada na capacidade de referência e contrarreferência (FEKETE,1997).

Planejar ações em saúde requer adesão da equipe e dos usuários referenciados, pois o planejamento interfere em aspectos individuais ligados à cultura, às crenças, aos valores e às subjetividades. Essa dimensão de análise do acesso é denominada dimensão simbólica em que a representação do sujeito é fundamental para a acessibilidade do serviço devido a sua capacidade de adesão, aceitabilidade e necessidade (ASSIS; JESUS, 2012; GIOVANELLA; FLEURY, 1996). Dessa forma, o planejamento em saúde deve envolver e responsabilizar a comunidade para proporcionar a adesão e a melhoria para a assistência coletiva, processo lento e contínuo que a longo prazo beneficiará os sujeitos envolvidos.

Mesmo com algumas dificuldades em planejar e efetivar as ações pela equipe da ESF, percebe-se que a organização e a sistematização da assistência atendem às necessidades locais de saúde no nível primário.

Eu acho que é bem organizado. Dá certinho o jeito que a gente faz. (Te2)

É um posto que a gente não tem reclamações da população em termos, grandes reclamações em termos de acessibilidade ao posto, então eu acho isso muito importante, porque eles têm um ponto de apoio. (M2)

O nosso serviço a gente procura manter bem organizado, porém sempre tentando melhorar. (ACS3)

A organização dentro do que a gente consegue organizar dentro do serviço ele funciona bem. (M2)

Alguns profissionais reafirmam um bom funcionamento organizacional, dentro daquilo que se consegue realizar, apesar disso não ser definitivo, pois sempre é necessário buscar melhorias. Reconhece-se, portanto, que os usuários parecem estar satisfeitos com a assistência recebida, pois não há grandes reclamações por parte da população que tem ali um ponto de apoio. Entretanto, tal constatação não é unânime entre os profissionais da equipe:

Olha, eu acho que, assim, a gente ainda peca num processo de trabalho, ainda falta. Ainda falta a gente organizar [...] a gente ainda precisa organizar melhor o serviço [...] a gente tem uma certa dificuldade por sair duas vez na semana e estar aqui na segunda, quarta e sexta. (E2)

Da mesma forma, que alguns usuários apresentam outras percepções acerca do atendimento dispensado:

Eu acho o atendimento aqui muito bom. É... Tem dia que demora um pouco porque tem muita gente. Mas, é muito bom. (U22)

O pessoal tem que trabalhar mais, e bem melhor, tem capacidade para isso. Tem que ter vontade. (U13)

Os agentes procurar mais a gente, saber o quê que está acontecendo, porque isso que nelas tão faltando, elas ir mais nas casa da gente, quase não vão. (U19)

Notam-se melhorias na assistência prestada em comparação com épocas anteriores, mas infere-se na capacidade de aperfeiçoamento dos profissionais para imprimir celeridade ao processo de cuidado em saúde, como aumentar o número de visitas domiciliares, diminuir o tempo de espera na ESF e priorizar a organização do trabalho cotidiano em saúde pelos profissionais. Pode-se enfatizar a necessidade de aperfeiçoar o

planejamento das ações e a organização do serviço para a obtenção de melhores condições de trabalho, assistência para a população e acesso dos usuários.

A organização do serviço sustenta-se na capacidade de respostas objetivas aos serviços de saúde com o fortalecimento da porta de entrada e do fluxo da assistência a partir de demandas epidemiológicas, sanitárias e sociais (ASSIS; JESUS, 2012). Em Diamantina, o fortalecimento da porta de entrada do sistema deve ser articulado para favorecer a organização das ações, a assistência local e a continuidade do cuidado em saúde.

O trabalho cotidiano em saúde realizado na equipe mista tem como dificuldade a permanência do médico e do enfermeiro somente três vezes por semana na Unidade de referência. Dessa forma, sobrecarrega as demandas dessas microáreas e dos usuários que vão até a sede em busca de assistência. Mesmo com essa dificuldade, esses profissionais reconhecem que progressos podem ser realizados para melhor planejamento e melhor organização das ações de saúde. Para o fortalecimento e o avanço do trabalho cotidiano da equipe é necessária a prática de reuniões, educação permanente, visitas domiciliares para o planejamento conjunto da execução das atividades desenvolvidas por cada profissional e pela equipe de forma multidisciplinar, sempre com diálogo e respeito à realidade cotidiana (BARBOSA; ELIZEU; PENNA, 2013; BARROS; SÁ, 2010).

Para melhorar a assistência oferecida pela equipe da ESF, é necessário que a rede assistencial da atenção à saúde do município esteja organizada e atenda às demandas da APS. Em Diamantina, a demanda de assistência referenciada precisa de atenção especial:

Nós temos uma fila de espera para exame. Mas, isso já é um problema administrativo da Prefeitura. [...] E, no final, fica aquela coisa presa demais, o paciente não tem acesso ao exame em tempo hábil para de repente solucionar algum problema maior. (Te1)

A gente tem muitos problemas com a questão de exames, que vem pouquíssimos pedidos de exame. (ACS1)

Eles já deixaram muito a desejar sobre pedido de exame [...] a pessoa fica quase 45 dias esperando resultado de exame. Poderia ser mais rápido. [...] Pedido de exame não tem que chega, parece trinta pedidos de exame para o médico por mês, pra atender três mil e tantos usuários. (Ax2)

Em Diamantina a oferta de exames é insuficiente para a demanda local e muitas vezes os usuários relatam não conseguirem concluir seu tratamento devido à demora na busca desses atendimentos, o que onera o serviço como um todo.

A equipe da ESF deve estar organizada para atender e encaminhar os usuários quando necessário, porém muitas vezes, é indispensável a realização de exames laboratoriais e/ou de imagem para que o profissional tenha condições de complementar o atendimento clínico. Essa afirmativa reforça a importância da organização municipal para assistir às demandas e realizar exames e encaminhamentos, quando necessário.

O apoio laboratorial e exames de imagens são instrumentos necessários em diversos casos clínicos para determinar o diagnóstico e assistência do usuário. Além disso, o Ministério da Saúde repassa verbas ao município para que essas demandas de exames sejam resolvidas pelo gestor local de acordo com a realidade da região. O município de Diamantina não possui laboratório municipal e todos os exames laboratoriais e de imagens são terceirizados por laboratórios privados o que gera altos custos e montante reduzido de exames realizados mensalmente, de acordo com a cota municipal. Esse pode ser um dos entraves que originam longas filas de espera.

Acredita-se que, pelo porte do município, há potencial de implantação de um laboratório municipal, pois tal conduta irá controlar os gastos em exames devido à queda de preços e ao maior potencial em realizar um maior número mensal de exames laboratoriais. Esse problema também ocorre em outros municípios em que a insatisfação do usuário está pautada na dificuldade em conseguirem realizar exames solicitados e ao longo tempo de espera, fatores que são marcados como barreiras que limitam o acesso dos usuários aos serviços de saúde (MENDES *et al.*, 2012).

Além da queixa sobre a demora na realização dos exames e na liberação dos resultados, alguns entrevistados apontam outros impeditivos:

Consultei com o médico, o médico me passou, mandou pedir é... pelo SUS, um outro exame pra ver o quê que podia... o quê que pode ser. Tá parado. Aí num adianta eu vim aqui pra mim saber o resultado porque é pelo SUS demora demais. (U26)

Às vezes a gente não tá em condições de pagar e a gente vai procurar o SUS e a gente não é atendido. (U16)

Para os entrevistados, a morosidade dos serviços de saúde da APS ocorre devido ao fato de os exames serem solicitados pelo Sistema Único de Saúde, o que gera demora na obtenção dos resultados. Usufruir dos serviços do SUS é direito constitucional de qualquer cidadão brasileiro, independente de sua condição financeira. Porém, a demora de resposta do sistema é gerada devido à alta demanda da população por serviços de saúde e à baixa oferta

do serviço pelo Sistema. Um desses problemas pode estar relacionado ao subfinanciamento federal. Em 1980, o governo federal repassava 75% do financiamento público na saúde e os estados e municípios, 25%. Porém, desde 1988, os estados e municípios estão assumindo maior participação do financiamento público para 54%, não ocorrendo o mesmo com a União, que repassa somente 46%. Posteriormente, em 1990, para renegociar gastos, os estados e municípios passaram a contribuir com 13% e o repasse foi baseado no PIB (Produto Interno Bruto), sendo um dos mais baixos em comparação com outros países que possuem sistemas públicos de saúde (SANTOS, 2013). Dessa forma, fica explícito que a falta de planejamento e o subfinanciamento se refletem na oferta dos serviços de saúde, assim como na APS, como escassez de exames laboratoriais e de imagem, superlotação dos serviços de saúde e falta de medicamentos básicos.

Além do “desinvestimento de equipamentos diagnósticos e terapêuticos nos serviços públicos da Atenção Básica”, os profissionais de saúde possuem baixa remuneração, planos de carreira precários e limitação de pessoal, tendo, como consequência, grandes filas de espera, agendamento de exames a longo prazo e encaminhamentos sem respostas. Esses problemas afetam a oferta de serviços na APS e conseqüentemente nos demais níveis, transformando o acesso ao serviço em gerador de conflitos e de descontinuidade do cuidado em saúde (SANTOS, 2013).

Por esses e outros motivos, o SUS apresenta-se desacreditado pela população que responsabiliza os profissionais pela assistência, pela morosidade do sistema e sugere maior agilidade para obtenção da continuidade do cuidado, como as marcações de consultas, exames e encaminhamentos. Sendo essa a grande demanda da população que tem baixa resposta e baixa resolutividade dos serviços ainda insuficientes diante das necessidades de saúde.

Em contrapartida ao subfinanciamento, do sistema de saúde, pode-se enfatizar que o superconsumo de exames e procedimentos pelos usuários também são responsáveis pela superlotação da assistência e pela grande demanda das necessidades de saúde dos usuários. Desta forma, a disponibilidade de insumos na saúde será insuficiente para a demanda da população que está em busca de soluções para os problemas de saúde. Um dos critérios para minimizar este fato pode estar pautado na sensibilização e conscientização sobre a importância da promoção a saúde e ações de prevenção de doenças.

Não só aqui na unidade, mas pra Diamantina inteira, que é muito difícil a gente ter acesso a um pediatra. Ou a gente, quando precisa, a gente tem que pagar um preço absurdo ou senão não tem. É só isso que eu achava que poderia melhorar pra todas as unidades. (U6)

Eu escuto a comunidade falar da demora com o especialista, as dificuldades que eles encontram. Chega a demorar um mês, em até 30 dias dependendo da especialidade consegue. (U10)

As consultas menores, por exemplo, a fonoaudióloga eu consegui rápido, [...] agora, os mais especialistas é que é um pouquinho difícil, a fila de espera é muito grande. (U24)

O acesso aos serviços especializados é relatado como um entrave para a assistência integral. Por um lado, os usuários relatam dificuldades na marcação de assistência secundária para a continuidade do acesso – problema este que interfere na assistência à saúde. Por outro lado, os profissionais também reconhecem que tal problema onera o serviço de saúde e a resolução das ações em saúde.

Então, assim, os profissionais trabalham bem, só que não tem, a gente não tem assim, [...] as vagas que a gente precisa a gente não tem, então, assim, a gente quer resolver tudo, mas não dá pra resolver. (ACS1)

O problema é a consulta especializada e exames especializados também, que aí dificulta muito. (Ax2)

Demanda que vem de lá de cima (Secretaria de Saúde), o número de vagas é muito pequeno, muito pequeno. Então, fica difícil, você não consegue atender todo mundo. (ACS3)

Consultas especializadas, o pessoal fica muito tempo na fila de espera, esperando pra poder marcar. (ACS5)

Quando o usuário é referenciado para a consulta especializada, percebe-se grande dificuldade em marcar o atendimento na atenção secundária; logo, o acesso é interrompido quando se necessita da adesão dos demais níveis de atenção. Esse problema merece destaque no município de Diamantina, pois percebe-se que a atenção primária atende as necessidades dos usuários, dentro de suas atribuições e os sujeitos envolvidos nesse processo demonstram satisfação com o atendimento.

Porém, quando a assistência ultrapassa os limites da equipe da ESF, o usuário demonstra dificuldades no acesso aos serviços. Faz-se necessária uma reorganização na rede de atenção municipal para que se consiga atender as demandas oriundas da APS. Para que isso ocorra, deve-se estruturar e organizar melhor as necessidades de saúde da população em relação às consultas especializadas, pois a não adesão rompe com o acesso dos usuários ao sistema de saúde e prejudica a longitudinalidade da atenção em saúde no município. Esse

problema também é identificado por Souza *et al.* (2008) que, em seu estudo, demonstraram dificuldades de referenciamento em três capitais do Nordeste brasileiro.

O Ministério da Saúde e a Sociedade Brasileira de Medicina da Família (SBMF) acreditam que a APS resolve até 85% dos problemas de saúde da população. Porém, para que essa resolutividade ocorra, é necessário que o nível secundário de atenção garanta o acesso a consultas e exames especializados (SERRA, RODRIGUES, 2010), problema esse evidenciado no município de Diamantina.

Vale ressaltar também a importância da administração municipal em detectar os maiores problemas de saúde do município e trabalhar com o objetivo de saná-los com melhor organização das ações em saúde. Além disso, é fundamental a integralidade da saúde não somente com o foco entre profissionais e usuários, mas com visão ampliada como o modo de organização das práticas profissionais, os serviços de saúde e as políticas públicas (QUEIROZ; PENNA, 2011).

Como consequência da dificuldade de agendamento de consultas com especialistas, alguns problemas poderiam ser evitados.

Com relação às consultas especializadas, é... a gente já olha por prioridade. Porque como não tem vaga pra todas, a nossa enfermeira reúne com a gente todo final de mês quando chega a listagem e vê quais são as prioridades, quem tá mais grave, vai primeiro. Então, a gente vai tentando, levar com jogo de cintura a população desse jeito, explicando e tentando passar, isso mesmo pra população, que infelizmente esse mês não deu, mas a gente vai ver o quê que pode fazer o mês que vem, que tinha uma pessoa mais grave. (ACS3)

Algumas especialidades que não têm consulta pra eles, então a gente tem que dar um jeito ou fazer alguma coisa com o que a gente tem aqui. (M1)

O serviço deixa muito a desejar demais, muito, muito, muito. Em relação à Secretaria de Saúde, que a gente depende de ir lá pra poder 'tá' fazendo esse acompanhamento, serviço especializado, porque serviço clínico de enfermagem aqui tem, funciona beleza. (Ax2)

Diamantina, principalmente algumas específicas, oftalmologia, neurologia e até mesmo cardiologia, a gente tem mesmo uma certa dificuldade porque são poucas vagas, muitos pacientes precisando, necessitando desse atendimento e ocorre uma morosidade nesse processo. (M2)

A grande demanda das equipes da ESF para acompanhamento de atendimento especializado vai além do quantitativo ofertado pela Secretaria de Saúde do município. Como consequência, percebem-se superlotação da atenção secundária, demanda reprimida de consultas especializadas e novas demandas devido às necessidades de saúde dos usuários. Nesse contexto, o enfermeiro é obrigado a “selecionar”, entre todas as demandas, qual usuário

será atendido em determinado mês, de acordo com o número de consultas disponibilizadas pela Secretaria de Saúde, no mês em questão, que sempre são insuficientes para as necessidades de cada equipe da ESF. É fato constatado que apesar da universalidade afirmada pelo sistema de saúde, ainda há uma cotização que interfere na continuidade e longitudinalidade da rede de atenção a saúde, conforme afirmam Viegas e Penna (2013b).

Para isso, os enfermeiros se reúnem com a equipe para classificar as maiores “urgências” em atendimento especializado e conseqüentemente encaminhar esses casos. Tal conduta não condiz com os princípios preconizados pelo MS que deve garantir acesso integral aos usuários, igualdade de atenção e integralidade da assistência; porém a realidade da assistência no município de Diamantina demonstra que mudanças na organização dos serviços são necessárias para otimizar a assistência em saúde (BRASIL, 2011a; BRASIL, 2011c).

Uma das coisas que prejudica muito a gente aqui é a demanda que está reprimida, com os especialistas, é uma demanda muito grande reprimida, então [...] as pessoas cobram dos agentes, os agentes ficam numa situação complicada porque não estão nas mãos deles, aí fica aquela questão de espera, aquela espera muito grande, acaba que a população entra em conflito com o agente de saúde e acha que é o agente que não quer marcar. (E1)

Eu mesmo tenho uma fila de espera muito grande dos casos que a gente não consegue resolver, a gente acaba tendo que encaminhar e algumas especialidades também, a gente não consegue. (M1)

Rosa, Pelegrini e Lima (2011), em seus estudos, constataram que 61,3% dos usuários acreditam que o serviço de saúde resolve suas demandas. Para esses usuários a solução de seus problemas está associada a encaminhamentos para marcação de consultas especializadas e programas desenvolvidos pelos serviços da equipe da ESF. Porém a demora em conseguir agendar o atendimento quando este é especializado é marcado como dificuldade do acesso aos serviços.

Erdmann *et al.* (2013), em seus estudos em Florianópolis sobre Redes de Atenção Secundária (RAS), observaram que esse nível de atenção é caracterizado como “gargalo” na efetivação do acesso aos serviços de saúde pelos usuários. Devido a isso, gestores e profissionais de saúde realizaram o mapeamento do serviço com estabelecimento de referências, fluxos e contrafluxos de atendimento para melhor organização da rede. A integração da Atenção Primária e Secundária em Florianópolis ocorreu devido à implantação dos sistemas de informações de regulação e marcação de consultas integradas nos dois níveis de atenção, e a criação de serviços com territórios definidos. Tal sistema melhorou a

resolutividade da APS, o acesso aos serviços de saúde, às consultas especializadas e procedimentos ofertados pela assistência secundária (ALMEIDA *et al.* 2010; ERDMANN *et al.* 2013). Percebe-se então, que a boa relação entre os diferentes níveis de atenção é fator essencial para a resolutividade da atenção a saúde e acesso dos usuários.

Espera-se que o município de Diamantina também se (re)organize para melhor efetividade na integração de ações dos níveis primários e secundários e consequente controle na oferta da demanda de consultas especializadas.

Devia ter médico, para cada caso das pessoas que dependem do SUS, porque a gente já paga e quando a gente chega em determinada idade a gente quer o retorno daquilo que a gente pagou e a gente não tem. (U16)

Às vezes incluir mais especialistas, mais gente pra “aligeirar” um pouco a data pra gente conseguir marcar uma consulta. Eu acho que precisava, [...]. Realmente é só isso que eu tenho que eu vejo que pode melhorar. (U24)

Além da demanda reprimida, que já existe para o atendimento na Atenção Secundária, na RAS de Diamantina, ainda faltam profissionais para compor o quadro de especialistas. Para que essa demanda seja controlada, espera-se a contratação de mais funcionários.

Todo esse quadro apresentado referencia o SUS como um plano de saúde falho em que faltam profissionais especializados para atender as demandas locais, inclusive quando se referem a atendimentos específicos. Os gastos com a saúde estão embutidos em impostos que são pagos pela sociedade, que merece uma assistência de melhor qualidade e mais ágil para atender as necessidades dos usuários. Sabe-se que esse pode ser um entrave administrativo do município que ainda não conseguiu planejar e organizar a conectividade entre os diferentes níveis de atenção, a demanda e a oferta de serviços necessários a cada nível assistencial.

Além disso, o município ainda possui outros problemas relacionados à assistência referenciada.

E acontece até de chegar o paciente chegar no consultório a gente agenda maior dificuldade, dificuldade de vaga, pouquíssima vaga de especialidade. E o médico não levanta nem da mesa pra olhar pro cara. Quer dizer, se você levou, mandou pra lá, é porque não resolvia aqui. Então, quer dizer, aí chegam reclamando, que ele não olhou. E tenta mais vaga. (Te1)

A equipe da ESF ainda enfrenta como problema a assistência inadequada de consultas individuais, ou seja, alguns usuários relatam atendimento de má qualidade em consultas especializadas e não resolução de suas necessidades de saúde.

Além da dificuldade em conseguir agendar a consulta, em alguns casos, o atendimento não resolve a demanda dos usuários e dos profissionais responsáveis pelo acompanhamento na atenção primária. Tal conduta onera ainda mais o serviço de saúde obrigando o mesmo usuário a retornar a outra consulta da mesma especialidade com outro profissional da mesma área. O sistema que já não atende as demandas oriundas da APS ainda tem que se responsabilizar por usuários que buscam um serviço de melhor qualidade, com outro profissional da rede.

Os usuários, nesse contexto, avaliam a assistência médica prestada pelos profissionais de saúde para que suas expectativas sejam atendidas e seu problema resolvido. Donabedian (1982) avaliou a satisfação dos usuários sobre a qualidade da assistência levando em consideração aspectos conceituais como processo, infra-estrutura e resultados como itens essenciais para seu conceito. Em seus estudos, os usuários avaliam a qualidade da assistência em saúde com a resolutividade dos problemas de saúde, sempre considerando a eficácia, eficiência, adequação e equidade das ações, assim como conformidade e legitimidade dos resultados (DONABEDIAN, 1984).

Outro estudo, ao avaliar a satisfação dos usuários em equipes de ESFs rurais, observou que, mesmo sem assistência contínua, a qualidade da assistência foi satisfatória, o vínculo, o diálogo e o respeito entre profissionais e usuários, foram dominantes e avaliados como aspectos relevantes (UCHOA *et al.* 2011).

O presente estudo não tem como objetivo avaliar a qualidade da assistência, porém, reconhece-se para que o acesso ocorra de forma integral, é necessário que o atendimento seja avaliado na visão dos usuários e profissionais (DONABEDIAN, 1982; 1984). O processo avaliativo da qualidade da saúde ocorre mundialmente e tem como proposta avaliar a qualidade da assistência ofertada, pois o atendimento de baixa qualidade atrasa o fluxo de atendimento, rompe com a continuidade do cuidado em saúde e conseqüentemente dificulta o acesso aos demais serviços, sendo necessário retornar aos mesmos instrumentos de atenção, devido à baixa qualificação profissional ou assistencial (ADAMI; ALBUQUERQUE, 1995).

Toda essa discussão apresentada até o momento, culmina em outras dificuldades relacionadas à comunicação, ou a falta dela, representada pelo processo de referência e contrarreferência:

Em termos de serviço, o que atrapalha muito pra mim seria a contrarreferência que muitas vezes a gente não tem. Você encaminha o paciente pro especialista, muitas vezes esse paciente não sabe te dizer o que foi realizado ou que ele tem que realizar e não vem uma contrarreferência, aí a gente fica perdido nesse meio de campo. (M2)

Às vezes a gente tem essa dificuldade da contrarreferência, a maioria dos nossos especialistas, que estão na rede, eles não nos retornam com essa contrarreferência, a gente tem uma maior dificuldade. (E2)

A gente não recebe um, um retorno não, uma contrapartida assim não, isso é uma coisa assim que a gente poderia até conversar depois com o pessoal da coordenação porque isso é uma coisa que realmente a gente não recebe do especialista, ou o paciente vem contando o que aconteceu, ou uma receita, assim, mas dificilmente eu recebo um relatório assim, como é que foi o atendimento. (M1)

Além das falhas de encaminhamento na assistência, representadas pela cotização dos encaminhamentos e que interferem na continuidade da atenção à saúde e no acesso aos serviços, a comunicação entre diferentes níveis de atenção também é apontada como problema. Quando o usuário é encaminhado para a consulta especializada, o profissional que solicita assistência preenche um documento de referência, justificando a necessidade da consulta na atenção secundária (NO). Logo, espera-se que esse usuário, após a consulta, traga outro documento de contrarreferência com indicação do especialista sobre a conduta a ser tomada para a continuidade do cuidado. Porém, tal procedimento não ocorre na prática da atenção. Os usuários retornam a seu domicílio sem a contrarreferência e, muitas vezes, não conseguem explicar as ações realizadas e orientadas pelo especialista para os profissionais da equipe da APS. Dessa forma, a equipe da ESF que convive diariamente com esses usuários tem dificuldade em prosseguir a assistência.

A contrarreferência é um instrumento primordial para a continuidade do cuidado do usuário principalmente quando diferentes profissionais o assistem. É definida como “mecanismo de encaminhamento mútuo de pacientes entre os diferentes níveis de complexidade dos serviços” (SERRA; RODRIGUES, 2010, p. 3580). Se o profissional da APS encaminha o usuário para uma consulta com especialista, significa que suas necessidades não são resolvidas pela equipe da ESF. Como a equipe da APS acompanha cotidianamente os problemas e necessidades de saúde da comunidade, para que a continuidade do cuidado

ocorra de forma eficaz é necessário que o profissional da equipe da ESF receba uma contrarreferência explicando quais condutas foram tomadas na assistência prestada. Essa conduta dá suporte para que a continuidade do cuidado seja contemplada e sanadas suas demandas de saúde proporcionando melhor qualidade de vida e resolutividade das ações em saúde. Esses mesmos autores explicitam a importância da referência e da contrarreferência como papel complementar para assegurar o acesso aos serviços de saúde.

O papel complementar dos diferentes níveis de atenção à saúde remete ao conceito de integralidade, entendida como garantia do direito de acesso dos usuários às ações e serviços dos diferentes níveis de complexidade, com fluxos e percursos definidos e organizados de forma a assegurar a continuidade do cuidado” (SERRA; RODRIGUES,2010, p. 3580).

Ou seja, realizar o encaminhamento dos usuários com instrumentos de referência e contrarreferência é proporcionar a integralidade da atenção e conseqüentemente assegurar o acesso integral aos serviços de saúde para os usuários. Para que isso ocorra, é necessário que o serviço esteja organizado, normatizado e padronizado com instrumentos que facilitem a comunicação entre os diferentes níveis de atenção para a resolução das demandas encaminhadas.

Porém, os relatos evidenciam que a comunicação entre níveis de atenção ainda é falha:

Existe um papel que é o laudo de referência do paciente. Nunca que o médico manda de volta. Mas, normalmente eles (os usuários) passam aqui, ou agradecem. (Te1)

Você encaminha o paciente pro especialista e não vem a contrarreferência, então, como você vai dar seguimento àquele cuidado? E a gente tem essa dificuldade. (E2)

Eles (equipes de referência) não mandam uma resposta, às vezes eles voltam com uns papel e entrega no posto lá, mas às vezes, vem alguma coisa assim - solicito acompanhamento - às vezes só isso, mas não escrevem o quê que aconteceu não. (Te2)

O laudo de contrarreferência deve ser encaminhado sempre que os usuários passarem por diferentes profissionais de saúde, assim como bem explícito sobre as condutas tomadas e orientações para o acompanhamento do sujeito. Porém, tal conduta não ocorre no cenário pesquisado. A ausência da contrarreferência dificulta a compreensão dos profissionais que encaminharam os usuários, sobre a assistência prestada pelos especialistas. O processo

de referência e contrarreferência, a falta de profissionais e sua formação, são avaliadas em relação à resolutividade dos serviços de saúde (SOUZA; ROCHA, 2010).

A comunicação, após o atendimento do usuário, entre APS e a assistência referenciada, muitas vezes, ocorre por intermédio dos próprios usuários:

Às vezes, a pessoa volta pra falar o que aconteceu (com a consulta de encaminhamento), mas às vezes não, aí se você mandou, eu vou na casa saber, se é atendido se o quê que resolveu, quando eles não voltam a gente vai lá. (ACS5)

O paciente, o próprio paciente que passa pra gente o que aconteceu na consulta dele (com o especialista), qual a orientação que o médico deu, tudo, mas pra Unidade aí já não tem mais, mais resposta. Só mesmo o paciente que traz. (ACS4)

Os usuários, às vezes, retornam à APS para relatar o que ocorreu em sua consulta com o especialista. Outras vezes, os ACS vão até seus domicílios para investigar se suas demandas foram sanadas. Há de se ressaltar que essa conduta, tanto do usuário que vai à ESF para relatar os procedimentos a que se submeteu, como do profissional buscar informações sobre estes, revela de certa maneira que há confiança e a cumplicidade no cuidado com a saúde entre usuários e equipe de ESF. A importância desta no cotidiano do cuidado da saúde dos usuários é reforçada pelo vínculo e pela confiança entre os sujeitos envolvidos. Essa postura demonstra a existência de vínculo, respeito e preocupação com a condição de saúde da população. Percebe-se que ambos são envolvidos no processo de saúde em busca de soluções para as demandas apresentadas.

Como já discutido, a relação de vínculo entre usuários e profissionais é quesito importante e evidente que destaca, como eixo primordial para os usuários, a preocupação do profissional de saúde em compreendê-los, o conhecimento da medicação em uso, disposição de tempo suficiente para a consulta, respostas claras às perguntas e continuidade do tratamento, na mesma UBS, pelo mesmo profissional. Esse resultado demonstra que a organização do serviço favorece o vínculo e o acesso aos serviços de saúde (COELHO, JORGE, 2009; PEREIRA *et al.*, 2011).

Além disso, vale ressaltar que o instrumento de referência e contrarreferência é primordial para o acompanhamento do processo saúde-doença do indivíduo e para que o profissional da equipe da ESF, ao receber novamente o usuário encaminhado, saiba as condutas a serem tomadas e como dar continuidade à assistência recebida. Por essas e demais razões, esses documentos devem ser preenchidos de forma clara e concisa para desempenhar

seu papel de comunicação horizontalizada entre diferentes profissionais da saúde (STARFIELD, 2002).

Nota-se, também, que há outras dificuldades quanto às questões de encaminhamento para outro nível de atenção:

Então, o serviço em geral, acho que deixa a desejar muito neste aspecto. Acho que a gente fica sem saber para onde ir assim, porque a gente não tem algo que você possa - como é que chama - saber a quem solicitar e aonde recorrer pra poder resolver este problema ali. [...] A gente fica meio sem saber como referenciar esse paciente, como que a gente faz direito. (M1)

De acordo com o discurso, o fluxo da assistência no município apresenta-se desfragmentado, pois gera dúvidas entre os profissionais em relação a que atitude tomar e para onde encaminhar determinados usuários que precisam de assistência especial. Infere-se que o modelo de atenção proposto apresenta-se fragmentado em suas ações, o que também interfere no fluxo do usuário no sistema.

O município de Diamantina possui 14 Unidades Básicas de Saúde, uma central de regulação de serviços, um centro de atenção psicossocial, nove centros de especialidades médicas, 48 consultórios isolados, um laboratório da saúde pública, uma policlínica, sete unidades de apoio diagnóstico e saúde e dois hospitais, totalizando 201 leitos (BRASIL, 2014). Para considerar a rede de assistência de Diamantina como efetiva, capaz de auxiliar os profissionais de saúde a tomar decisões concretas sobre as condutas com os usuários, é necessário que ela esteja organizada municipalmente, acessível e seja (re)conhecida pelos profissionais para que eles possam usufruir de todas as tecnologias do cuidado. Porém, observa-se no cenário estudado, dúvidas por parte do profissional, sobre qual conduta tomar perante as diferentes situações. Infere-se que tal fato deixa o profissional desmotivado para trabalhar com a APS, pois ele necessita que o fluxo da atenção à saúde funcione de forma contínua para proporcionar acesso integral aos usuários.

A proposta de um modelo pautado na idéia de redes de atenção nos sistemas de saúde produzem resultados positivos como redução da fragmentação da atenção, maior eficiência do sistema, respostas às expectativas dos indivíduos, aumento da produtividade e satisfação do usuário, redução da utilização excessiva de serviços e exames, diminuição do número de hospitalizações e do tempo de permanência, facilitação da utilização, nos diferentes níveis de atenção, do autocuidado (OPAS, 2011).

Há de se considerar três dimensões essenciais para a constituição de rede de atenção à saúde, que são a população, estrutura operacional e modelo de atenção à saúde. A

população é aquela cadastrada e de responsabilidade da equipe da ESF que conhece seu perfil epidemiológico, social e econômico, para que seja possível, realizar ações com conhecimento dos dados da realidade local e de cada indivíduo. Caracteriza-se pela territorialização, classificação por risco socio sanitário, vínculo, condições de saúde e fatores de risco. A estrutura operacional refere-se ao centro de comunicação da APS, pontos de apoio da atenção secundária e terciária, sistemas de apoio farmacêutico, diagnóstico, terapêuticos, sistema logístico de acesso, regulação e transporte e sistema de governança. A última dimensão é o modelo de atenção que organiza o funcionamento da rede e articula as relações entre populações e intervenções do sistema em determinado tempo e em determinada sociedade.

Nessa perspectiva, a administração local do cenário pesquisado busca suprir as necessidades do serviço, conforme os seguintes fragmentos:

O distrito de saúde de Diamantina ele tem vários prestadores de serviço, vários pontos específicos vinculados no serviço de saúde. (C1)

Tem a Policlínica e tem a CISAJE (Consórcio Intermunicipal de Saúde do Alto Jequitinhonha). São esses dois lugares que recebem quando precisa de atendimento especializado. (ACS2)

Além da estrutura operacional de apoio ao serviço da APS, como o CISAJE (Consórcio Intermunicipal de Saúde do Alto Jequitinhonha) e o Viva Vida (Programa de Redução da Mortalidade Materna e Infantil em Minas Gerais) é necessário que instrumentos de comunicação sejam eficazes para o serviço.

A gente tá tendo uma contrarreferência melhor agora do CISAJE, a gente tá tendo, aí eles tão mandando e tudo escrito direitinho, porque tem umas pessoas, que mandam as pessoas vir à gente, então tá sendo muito bom, o CISAJE e o VIVA VIDA melhorou muito isso, mas agora a policlínica ainda não tá, a gente ainda não tem retorno nenhum e não tem contrarreferência nenhuma da policlínica. (E1)

A gente tem o centro VIVA VIDA que agora com eles a gente tá tendo uma referência, então quando a gente encaminha para o centro VIVA VIDA a gente tem uma contrarreferência, tem um impressozinho próprio que eles anotam, e isso tá ajudando a gente. (E2)

A Administração Municipal está se esforçando para melhorar a comunicação entre os profissionais de diferentes níveis de atenção e para aperfeiçoar a assistência à saúde no município, com a implantação de serviços especializados e instrumentos de referenciamento entre os diferentes níveis de atenção.

Mudanças na organização dos serviços estão ocorrendo e os instrumentos de referência e contrarreferência estão sendo preenchidos de forma completa e encaminhados pelos usuários para alguns prestadores de serviços. Tais modificações tendem a melhorar a qualidade da assistência oferecida pelo município e a organizar melhor as demandas e as necessidades de saúde dos usuários. Esses problemas também foram evidenciados nos estudos de Serra e Rodrigues (2010) que enfatizaram a importância do sistema de informação e comunicação com a presença de telefones, computadores em rede, prontuários eletrônicos, sistema de agendamento de consultas e exames, para a organização do serviço, integralidade da atenção e otimização do acesso dos usuários aos serviços de saúde.

Apesar disso, há problemas que persistem:

A central de marcação da Prefeitura [...] não tava funcionando muito bem e a Prefeitura tava até querendo mudar isso agora e já tem até um projeto bem interessante de uma central única de marcação, pra todos os postos, eu acho que vai funcionar melhor por "n" motivos, assim, vai ser assim a partir de agora. (M1)

Na verdade, essas especialidades, aí em Diamantina, algumas especialidades já estão se adequando a isso, até com os novos serviços, tem o Centro Viva Vida e tudo, então a gente tá começando até a ter uma contrarreferência, mas tem algumas especialidades então que a gente não tem esse retorno. (M2)

Eles estão entrando com um outro projeto aí também pras pessoas ficarem... pra ser mais cômodo pras pessoas terem essas consultas especializadas, mas sem ter tanto trabalho, ... e vai ser por emergência, quem precisa ir mais rápido. (ACS3)

Percebe-se que as falhas de comunicação entre os diferentes setores do município ainda existem, porém há relatos de que alguns prestadores de assistência especializada realizam a contrarreferência de forma satisfatória. Tal atitude demonstra que a rede municipal está passando por um período de adaptação e mudanças nos últimos anos, que com o tempo, tendem a melhorar a assistência ao usuário e o acesso à saúde pela população.

A gestão municipal reconhece que os serviços de continuidade do cuidado no município apresentam defasagens. Assim, avanços estão ocorrendo, como a implantação da central de marcação de consultas especializadas para a APS e a contratação de profissionais especialistas. Tais modificações e melhorias entre os diferentes níveis de atenção do município irão proporcionar maior acesso dos usuários tanto na ESF, como em assistências especializadas. Além disso, essas condutas irão proporcionar melhores condições de trabalho aos profissionais devido à organização da rede e ao maior acesso dos usuários aos diferentes serviços do município.

Outro fato que merece destaque refere-se ao crescimento rápido da Atenção Secundária e Terciária, devido ao título de cidade sede da Região Ampliada de Saúde Jequitinhonha. Essa organização estadual nomeando Diamantina referência de 23 cidades da região fez com que a atenção especializada crescesse de forma rápida para atender as demandas oriundas das outras cidades (SILVA, RAMIRES, 2010). Por isso, o maior crescimento do município ocorreu para suprir essas necessidades de saúde em âmbito regional e algumas defasagens na organização dos serviços básicos estão sendo evidenciadas após sua implantação. Porém, percebe-se que mudanças estão sendo feitas para a solução desses problemas e melhorias na assistência aos usuários:

Diamantina, tem especialistas [...] um centro de terapia intensiva que é considerado um dos melhores com o trabalho com a equipe médica, toda essa questão muito bem estruturado. O CISAJE agora com o Viva Vida [...] centro hiperdia [...] outro já contemplado pum CAPS 3, um convênio agora com a faculdade [...] um investimento muito bom e um crescimento. Só que a atenção primária, dentro disso tudo é o que está mais aquém do ideal, então o foco nosso é realmente estruturar, organizar a atenção primária, tornar o mais resolutiva possível. [...] O sistema de saúde de Diamantina ele tem um sistema que ele tem duas funções, ele tem a rede de média e alta complexidade, que tá evoluindo muito [...] acontece que teve um avanço tão grande nessas questões que são coisas básicas como na estrutura de serviço, é, cobertura populacional que é a bandeira da equipe de atenção primária, isso ficou um pouquinho de lado nesse período e agora tá avançando. [...] O grande foco de Diamantina hoje tem que ser estruturação da atenção primária. (C1)

Como todas as atenções estavam voltadas à nova situação local de assistência especializada à saúde, em contrapartida, a assistência das ESF ficou estagnada, ou seja, não houve progressos nem avanços nos últimos tempos, considerando o tempo compreendido entre a coleta de dados até as entrevistas realizadas com os coordenadores no momento em que esses serviços foram implantados.

O crescimento da rede de atenção secundária e terciária colocou o município em destaque na região como polo referência da saúde. Infere-se que esse status trouxe benefícios e prejuízos ao município. Por um lado, os benefícios que estão relacionados ao investimento do Estado em adequar os serviços de saúde para receber uma maior demanda de usuários e a necessidade de contratação de um maior número de profissionais para trabalhar nos diferentes serviços de saúde. Por outro lado, os prejuízos, já que a gestão não estava preparada para que essas mudanças ocorressem de forma tão rápida. Infere-se que, devido a isso, o município revelou problemas como a dificuldade de capacitar os profissionais em tempo hábil, o despreparo para receber um fluxo muito grande de pacientes referenciados por outros

municípios, a desarticulação de comunicação entre municípios e APS e insuficiente orientação para a população municipal sobre qual serviço de saúde buscar em caso de necessidade. Este último problema interferiu no acesso dos usuários aos serviços de saúde, devido à dúvida sobre qual seria a porta de entrada preferencial para suas necessidades de saúde.

Porém, tais problemas levaram a gestão a refletir sobre a importância da organização da rede de atenção para atender o maior número de usuários com qualidade, principalmente no atendimento do Pronto Atendimento e dos setores de apoio da APS. Mesmo o estudo sendo realizado na APS, o problema nos demais níveis de atenção reflete no acesso da ESF pois, para que o acesso ocorra de forma efetiva, é necessário que o fluxo na rede de assistência ocorra de forma contínua.

Aqui atende mais rápido que lá em cima (Pronto Atendimento). (U27)

Vamos supor que a gente tá neste plantão (Pronto Atendimento), nunca bem atendida, porque tá sempre chegando gente e mal cê sai de lá atendida. Então no caso, igual eu tô falando com cê, se você tiver bem doente mesmo aí você é atendida. Depende de como você tá. Porque prá mim a saúde é igual eu falo, se eu não precisasse de médico eu não viria. (U17)

Algumas vezes, os usuários recorrem à assistência do pronto-atendimento do município e não ficam satisfeitos com a assistência ofertada, sempre comparando-a com a assistência da ESF. Tal fato pode estar relacionado ao desconhecimento da população sobre “quando” procurar o pronto-atendimento, ou por quais motivos ocorre essa busca pelo serviço, que pode estar inadequado pelo que é preconizado pelo sistema municipal. Vale lembrar que a porta de entrada preferencial ao serviço de saúde é a ESF e os usuários devem procurar o pronto atendimento somente em casos de urgência e emergência. Falhas de informação, esclarecendo os papéis de cada ponto de uma rede de atenção à população, podem estar prejudicando a compreensão dos usuários sobre o local adequado para a busca da assistência. Devido a isso, faz-se necessário que as equipes de ESF orientem os usuários sobre as funções de cada prestador de serviço e quando buscar assistência em cada um deles, tendo sempre a equipe da ESF como seu elo principal.

Destaca-se assim a percepção que os usuários têm da ESF:

Todas às vezes, eu tô te falando, que eu utilizei aqui do PSF, eu sempre fui bem atendida. [...] Você tá aqui hoje, você tá vendo, aqui é bem tranquilo. Se eu tiver que dar uma nota de 0 a 10 eu dou 9, porque é ótimo. (U20)

Aqui eu sempre fui atendido muito bem. A gente sente melhor, sabendo que tem gente que toma conta da gente. (U22)

Além do bom atendimento, o serviço é caracterizado por outras qualidades:

Eu vou te falar que é receita, num é difícil da gente conseguir, consultas também não, as menina vai na casa da gente e agenda a consulta, então tem muita facilidade, que a gente não encontra isso em consultório não. Num tem nada que poderia melhorar aqui não. (U21)

Eu acho excelente, eu acho que o que eles fazem aqui em relação às pessoas próximas, essa questão de visita, de ser persistente, tem muito, igual. Na verdade nem é pra mim não, porque eu uso esporadicamente, mas quem precisa acha excelente. (U23)

A percepção dos usuários sobre a assistência prestada pela equipe da ESF é diferenciada, ou seja, eles se sentem satisfeitos e acolhidos pela equipe de saúde, sinal que, nesse nível de atenção, a organização dos serviços condiz com a demanda da população, que em sua maioria refere-se à consulta. A assistência oferecida pela equipe da ESF parece ser destaque de “bom atendimento” e “organização” na fala dos usuários cadastrados, pela proximidade em que ela se encontra e, por isso pode-se considerá-la como “porta de entrada” do sistema. A satisfação em serem bem atendidos e terem seus problemas resolvidos reforça a ideia de que o acesso, nesse nível de atenção, pode ser satisfatório.

Em contradição com essa realidade, nos estudos de Pontes *et al.* (2010), a rede básica ainda não é reconhecida como “porta de entrada” ao serviço de saúde devido à incapacidade de identificar as necessidades da comunidade e sua superlotação nos setores de urgência, local definido pela população com maior grau de dificuldade do acesso dos usuários aos serviços de saúde.

Já Sousa e Rocha (2010), relatam que os usuários também se sentem satisfeitos com a assistência recebida pela equipe da ESF, pois é caracterizada pelo atendimento humanizado e de qualidade, que proporciona a criação de vínculo e é organizado de acordo com as necessidades da comunidade.

A organização dos serviços de saúde no município apresenta alguns entraves que podem prejudicar o acesso, como a exagerada demanda espontânea, a insuficiência de consultas especializadas, a carência de exames, as falhas na contrarreferência dos usuários e a necessidade de estruturação da APS. Mesmo com esses problemas, os profissionais da APS conseguem programar suas ações, de acordo com a realidade da comunidade, para que a

assistência atenda as demandas da população. Além disso, buscam atender as necessidades locais por meio da comunicação entre a equipe e a coordenação. Fruto dessa comunicação, a busca pela resolução dos problemas de saúde produz a satisfação da comunidade com o serviço prestado pela equipe da ESF. Por isso, pode-se compreender que o acesso funcional, denominado por Unglert (1990) como oferta de serviços adequada às necessidades de saúde, ocorre de forma efetiva, mesmo com os entraves administrativos e com a demora no atendimento, quando esses usuários são referenciados para os demais níveis de atenção. Afinal, a população de Diamantina busca a assistência e consegue resolver grande parte de suas demandas de saúde. Porém, faz-se necessário também organizar o estoque de insumos para o abastecimento das equipes e o seguimento das ações em saúde, assunto que será melhor discutido na próxima subcategoria.

#### **5.1.4 Como é que a gente vai fazer se não existe determinado material**

Como discutido, o acesso aos serviços de saúde depende de vários fatores como a localização da ESF, a organização da APS no município, a relação entre profissionais e deles com os usuários, o respeito às crenças e costume e os recursos econômicos. O acesso econômico refere-se à capacidade do município em manter as ações de saúde, pois sabe-se que seu financiamento depende de recursos das esferas federal, estadual e municipal. Também é responsabilidade da gestão local administrá-los de forma coerente e adequada às necessidades de saúde para garantir o acesso integral aos serviços de saúde (ASSIS; JESUS, 2012; UNGLERT, 1990).

A oferta de serviços, a compra de material, a estruturação física das Unidades e a capacitação dos profissionais são responsabilidades municipais e garantem o acesso dos usuários. Para permeá-lo é necessário que o município supra essas demandas com a garantia de inserção dos usuários no sistema de saúde.

Porém foram observadas dificuldades em relação ao acesso econômico:

A grande dificuldade que a gente tem é, pelo menos aqui no município, é de material. (Te1)

Como é que a gente vai fazer se não existe determinado material dentro da Unidade, então... é desse jeito. (Ax1)

[...] falta material. (U28)

A falta de material é problema recorrente e traz prejuízos para as ações técnicas dos serviços de saúde.

O curativo, igual, eu preciso, se tem eu consigo, só não consigo se não tiver, se não tiver eu não consigo, mas se tem eu consigo. [...] Se não faltasse a pomada, não faltasse as coisa assim, até bom "pra daná", mas, depois de "não ter, não tem como mudar. (U9)

Aí às vezes a gente vem procurar a gazinha, não tem, ou não pode levar porque não tem esterilizada ainda. (U12).

As dificuldades aqui, não dizendo dos profissionais daqui, direto do PSF, é que assim, materiais não tem. (U13)

Quando a assistência está marcada pela descontinuidade devido à falta de insumos, geram-se perda de mão de obra, gastos com produtos, piora do quadro clínico, como no caso da realização de curativos, e ociosidade do serviço que deverá ser reiniciado e avaliado novamente.

A falta de material na APS onera o serviço, aumenta os gastos municipais e interrompe o tratamento do usuário. Puccini *et al.* (2012) relataram que a insuficiência e a inadequação de recursos da UBS, como escassez de materiais e de recursos humanos e a falta de investimento na medicina preventiva, gera dificuldade de acesso a resultados de exames e baixa qualificação técnica do profissional. Apesar da escassez de insumos acarretar a incapacidade das unidades básicas em responderem às demandas, não garantindo o atendimento ao paciente, ela é consequência do que ocorre na gestão municipal:

As dificuldades que eu acho aqui é o seguinte é que o posto não tem "tudo" essas coisas, igual, você quer fazer um curativo aqui, tem dia que você vai fazer um curativo aqui num tem uma gazinha pra colocar no curativo. Eu acho que isso já não é do posto, já é da Prefeitura. Não tem uma "coisa" pra fazer um curativo. Isso aí que eu acho difícil, não ter as coisas aqui no posto. [...] No meu ponto de vista, eu acho que a Prefeitura que teria que melhorar o posto de saúde, igual eu estou falando com você. Tem dia que a coisa... daqui de dentro do posto, uma coisa simples, uma gazinha não tem, um merthiolate não tem, tem nada pra fazer um curativo. (U25)

Quando falta materiais, alguma coisa, aí a gente também tem que entender que não é responsabilidade do funcionário do posto e sim da administração atual. (U28)

O usuário reconhece que a falta de material não é de responsabilidade desse nível de assistência e, sim, da esfera central. Sabe-se que o financiamento da saúde deve ser assumido pela esfera federal, estadual e municipal de saúde. Cabe ao município priorizar as ações em saúde e distribuir os recursos de acordo com as necessidades da população. A discussão sobre a proporção desigual de investimento em saúde entre as esferas de governo ocorre há mais de uma década. Os municípios ampliaram sua participação no orçamento em saúde para 15%, o Estado 12% e a União repassa somente 3,7%. De acordo com a Proposta de Emenda Constitucional – 29 (PEC), a contribuição do orçamento da União para a saúde deveria aumentar progressivamente até atingir 10% de sua receita, porém, em 2012, sua proposta não foi aceita pelo governo federal que defendia a necessidade de aprovação da Cobrança Provisória por Movimentação Financeira (CPMF) para efetivar seu repasse de 10% destinado à saúde (MARSIGLIA, 2012, BRASIL, 2002).

Nota-se que o país enfrenta um grande desafio para que o financiamento da saúde seja adequado às necessidades da população. O Brasil é um país rico que pouco investe na saúde. Enquanto isso, o povo luta pelo acesso ao serviço de que necessita. Há carência de profissionais, de estrutura física, de material de consumo. A Secretaria Municipal de Saúde é responsável por coordenar e administrar o suprimento de materiais utilizados pela equipe da ESF, sendo de sua responsabilidade prever a quantidade mensal necessária e manter um estoque no almoxarifado que atenda todas as equipes de saúde do município.

Se você me pergunta quantos pacotes de gazinhas você gasta por mês, eu não consigo te falar porque eu não tenho esse controle. E a gente precisa disso pra gente suprir, o almoxarifado, agora tá mudando de local então vai chegar pra mim uma listagem, por período de uma semana e meia, aqui oh... a relação que você precisa você tem isso, coisa quantitativa a qualidade isso depois vai ser direcionada. (C1)

O abastecimento de insumos para o desenvolvimento de ações pela equipe da ESF é responsabilidade da gestão municipal que não ignora falhas na administração atual. Porém, o coordenador está se reorganizando para efetivar o controle de estoque do almoxarifado e o suprimento para cada equipe da APS. Para Viegas (2010), os gestores ou coordenadores podem avaliar e programar as ações em saúde de acordo com as necessidades da população.

Pinheiro-Filho e Sarti (2012) discutem a estrutura da assistência à saúde com base na rede de políticas públicas e no modelo de financiamento adotado pelo SUS que apresenta obstáculos para concretizar sua proposta. A descentralização das políticas sociais no Brasil é marcada pelas desigualdades regionais e pela ausência de infraestrutura fiscal e administrativa

que geram barreiras na gestão no SUS. Além disso, os autores enfatizam que “os princípios do SUS requerem uma rede de prestação de serviço cujo financiamento é caracterizado por elevado custo fixo e baixo custo marginal” (PINHEIRO-FILHO; SARTI, 2012, p. 2983), situação que demonstra o monopólio dos recursos da saúde no Brasil e a dificuldade em garantir acesso integral aos usuários, problema vivenciado também em Diamantina.

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualificação da Atenção Básica (PMAQ-AB) tem como proposta ampliar a capacidade de gestão para a APS e assegurar maior acesso e qualidade. Porém não se sabe de sua real efetividade na prática pois, no momento da coleta de dados, ainda não tinha sido implantado no município. O PMAQ-AB possibilita avaliar o quantitativo de informações referente a cada equipe. Nesse caso, auxilia a gestão no conhecimento do real fluxo de assistência em cada equipe da ESF e no município (BRASIL, 2011d; BRASIL, 2011e).

Diante de um problema de acesso econômico, temos, como alternativa, a organização do acesso funcional para controlar as demandas e o suprimento de materiais, reduzindo, assim, as consequências da falta de material sobre a organização e a efetivação do serviço.

Enquanto a gestão local não consegue controlar o estoque de materiais para que não falem nas equipes, os entrevistados buscam estratégias para minimizar o problema:

Acabou a gzinha aqui, manda, então assim enquanto tem, um vai suprindo o outro (entre equipes da ESF) no que der, enquanto tá dando, porque olha pra você ver, se for depender da Secretaria, é diferente. (Te2)

A gente tem que entender o lado da população, mas o lado também do sistema, que é muita gente. (ACS3)

Tais condutas podem ser necessárias, enquanto forma de manter a continuidade da assistência, porém não deveriam ser usuais, pois acabam por se tornar rotineiras sem estabelecer a devida resolução para o problema. Uma hora é o material para o curativo, em outro pode ser outros insumos mais essenciais para a assistência:

O remédio que a gente necessita sempre tá faltando na Secretaria, que não tem, lá na farmacinha que não tem, uai tudo isso tá faltando. (U2)

Sobre os remédios da farmácia do SUS, que a gente não tá encontrando, os remédios mais caros a gente não tá encontrando. (U16)

Infelizmente medicamento aqui não tem. [...] Antes a gente ganhava a injeção pra gente tomar, essa injeção aqui, só que aqui agora a gente é obrigada a comprar porque não vem mais para o posto, assim este remédio de anticoncepcional. Antes a gente vinha e tinha, agora não tem. (U17)

A falta no suprimento de medicamentos pela farmácia básica é evidenciada como uma das consequências da má administração municipal, pois é responsabilidade da gestão municipal quantificar a medicação enviada do Ministério da Saúde para o município, de acordo com a lista de medicamentos essenciais.

A medicação distribuída na APS é responsável pelo controle de doenças crônicas e fases agudas das doenças. Esses medicamentos são essenciais para a manutenção do bem-estar dos usuários. Quando o usuário não os encontra, muitas vezes deixam de tomá-los e consequências podem ocorrer como crises hipertensivas, hiperglicemias, infartos e outros. Logo, esses usuários irão necessitar da assistência em outro nível de atenção, gerando maiores custos ao município, além do descontrole dos níveis fisiológicos da saúde. Tal fato irá provocar gastos, cuidado e mão de obra em grande escala. Por isso, é fundamental que a gestão trabalhe para melhorar a organização e o consequente abastecimento de medicamentos da farmácia básica, pois sua escassez gera maiores despesas à saúde pública.

Diante disso, muitos municípios trabalham para que esses medicamentos distribuídos na APS estejam sempre disponíveis na rede básica. Alguns estudos demonstram que o desabastecimento de medicamentos não ocorre em alguns municípios do Brasil (ARRUDA-BARBOSA; DANTAS; OLIVEIRA, 2011; CECÍLIO *et al.* 2012; MENDES *et al.* 2012; OLIVEIRA, 2009; PONTES *et al.* 2010;).

Porém, nos estudos de Guerra-Júnior *et al.* (2004), realizados em duas regiões do estado de Minas Gerais, a disponibilidade de medicamentos essenciais no setor público, não somente na APS, é baixa e marcada pela descontinuidade na oferta para a população que geralmente os encontra na rede de farmácias privadas.

O abastecimento de medicamentos na rede básica de saúde do Brasil ainda é descontínuo e merece destaque e atenção pelos gestores públicos, para que a assistência ao usuário ocorra de forma integral, contínua e eficiente quanto ao tratamento proposto pelos profissionais de saúde e traz consequências para o cotidiano dos usuários:

Eu não estou tendo condições nem de comprar mais os remédios. (U11)

Quando, aqui não tem e na Secretaria não tem então tem que correr atrás pra comprar, então o quê que eu faço eu mando pra casa da minha família em vez de pedir ajuda, cada um dá um pouquinho de dinheiro pra trazer, pra comprar aí

eu já compro o tubo pequeno, aí eu compro o tubo pequeno já vem ele pequeno ele custa 14 reais, só que tem que comprar dois tubos pra poder passar nas feridas todas, que um tubo não dá pra passar. (U9)

Como estratégia para a falta de medicação alguns usuários compram, outros recorrem à ajuda dos familiares para sua aquisição e continuidade do cuidado. Destaca-se que a formação da rede social - familiar auxilia no processo saúde-doença devido à ajuda financeira para obtenção de medicamentos em falta na APS, porém, infere-se escamoteia o problema existente. Dessa maneira, o cuidado em saúde é carente de materiais e insumos e nota-se que é fato comum que não causa espanto ou indignação à população que busca recursos de formas diferenciadas para a solução do problema e omite o fato de que é responsabilidade do SUS manter o fornecimento contínuo de medicamentos essenciais.

A conscientização dos usuários sobre a importância da medicação de controle é fundamental para a manutenção da saúde, pois sua carência pode provocar consequências à saúde dos indivíduos:

Você já começou com a sua vida sexual ativa, vamos lá fazer o preventivo, tem preservativo, tem um remédio, tem a injeção no posto, como que a gente passa essa informação se não... você não tá tendo isso. Porque já faz mais, quase um ano, que não tem a pílula no posto, é... já faz bastante tempo que não tem preservativo aqui no posto, porque a gente distribuía muito. [...] Quando pararam de mandar os remédios pro posto, teve uma demanda muito grande de gestante, muito grande, muito grande mesmo. (ACS3)

A falta de acesso aos medicamentos na farmácia básica, gerado pelo abastecimento descontínuo, prejudica o trabalho da equipe de saúde, pois o acesso aos serviços limita as prescrições, orientações e condutas dos profissionais frente às necessidades de saúde dos usuários. Os profissionais se sentem constrangidos em prescrever medicamentos que não se encontram na farmácia pública e que a população não tem condições financeiras para comprar. Investimentos municipais na APS são necessários para melhorar o acesso aos serviços e as condições de vida dos usuários.

A distribuição gratuita do medicamento ajuda no controle das doenças dos usuários; porém, quando ocorrem falhas na distribuição, aumenta-se a demanda espontânea e superlota-se o serviço, dificultando o acesso. Além disso, os profissionais têm maiores dificuldades para a realização de grupos operativos e orientações sobre o uso contínuo da medicação, pois se sentem desconfortáveis em oferecer um serviço que o município não consegue manter gratuitamente.

Além disso, existem outras questões que interferem no acesso as ESF.

É uma unidade que não tem um local adequado, você não tem um local pro paciente, é, isso é, entrar no posto, ter um local prá assentar, aguardar, então o acolhimento muitas vezes ele é feito meio que tumultuado. Então isso às vezes, eu acho que prejudica um pouco, porque o paciente, ele não tem um local prá vim, prá sentar e aguardar um atendimento. (M2)

Eu acharia assim que tinha que ter mais sala, mais médico, porque é muito paciente. (U4)

A inadequação da estrutura física também é relatada pela coordenação que reconhece a necessidade de adaptações.

Dividimos nosso trabalho em três focos de atenção. 1: a estruturação física das Unidades que se você passar e olhar você vai ver que caminha numa condição que ahh... tem unidades que prá eu chegar nelas eu tenho que subir um leque de quase 20 graus. [...] A gente já tem duas Estratégias da Saúde da Família que acredito que até o final do ano a gente consiga inaugurar. (C1)

O acesso vai desde a estrutura da gente conseguir chegar até esse paciente, da estrutura da unidade e de uma rede como um todo. O acesso para mim é a unidade estruturada dos profissionais com o perfil para trabalhar. (C3)

A inadequada estrutura física das unidades para o atendimento da população e para a execução de procedimentos pelos profissionais também é um fardo para a APS. Medeiros *et al.* (2010) discutiram em seus estudos, sobre a importância de investimento nas áreas físicas da UBS, aumento da quantidade de profissionais capacitados e a oferta de alguns procedimentos. Tais atributos são considerados instrumentos essenciais para facilitar o acesso dos usuários.

O município em estudo ainda possui equipes da ESF alocadas em casas antigas e alugadas pela Prefeitura, conforme o início da implantação da ESF no Estado. Esses espaços físicos são inadequados para o desenvolvimento de atividades realizadas pela equipe, onde há sala de vacina, sala de curativo e estoque de materiais armazenado em ambientes improvisados pelos profissionais de saúde. Vale ressaltar que, para a realização de tais procedimentos, é necessária estrutura física apropriada, devido às condições de armazenamento, ao risco de contaminação e ao uso adequado para a realização de procedimentos específicos de saúde. Além disso, os usuários relatam que as Unidades não possuem recepção nem número suficiente de consultórios gerando atraso no horário das consultas médicas e faltam cadeiras e/ou bancos para sentarem (NO).

Infere-se que esses problemas dificultam o acesso e oferecem péssimas condições de trabalho aos profissionais que trabalham em locais improvisados para oferecer os serviços de saúde à população. Conseqüentemente, a qualidade de suas ações também será prejudicada e o acesso integral não será realizado.

As “condições de trabalho e saúde do trabalhador de saúde” é tema ainda muito discutido e analisado por diferentes pesquisadores e requer maior atenção das instituições de saúde em ofertar-lhes melhores condições (DUSSALT; DURBOIS, 2003; ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DE SAÚDE, 2010; WHO, 2006; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005).

Além disso, é necessário que a estrutura física seja adequada para a realização de procedimentos técnicos. Para Medeiros *et al.* (2010), a estruturação da unidade física é fundamental para a melhoria da assistência aos usuários. Em seus estudos, na equipe da ESF, 11,3% classificaram o atendimento como ruim e péssimo devido à insatisfação em relação à estrutura física do local sem relacionar a capacidade do profissional de saúde nesse contexto. Dessa forma, percebe-se que recursos físicos também são fundamentais para o atendimento da população e seu acesso aos serviços.

Dessa forma, torna-se fundamental a oferta de qualidade na prestação dos serviços e a facilidade de inserção na Unidade de Saúde, que deve ter portas de entrada para cadeirantes, facilidade de locomoção e estruturas físicas mínimas para garantir a igualdade do serviço para diferentes protagonistas da atenção à saúde. É importante que a entrada da ESF seja de fácil acesso para a equidade do serviço de saúde, independente das necessidades físicas ou dificuldades de deambulação dos usuários. Reforça-se que escadas na porta de entrada do serviço são vistas como dificultador do acesso para os usuários.

A compreensão da população e profissionais sobre a escassez de materiais e de medicamentos, sobre a estrutura física nas Unidades e o conhecimento dos gestores acerca desses problemas é fato marcante nesse cenário. A população não pode se conformar com essa situação vivida, os usuários devem se unir e lutar por seu direito à assistência à saúde e ao acesso aos serviços (BRASIL, 1990; BRASIL, 2011c). A comunidade deve exercer sua cidadania e buscar solução para seus problemas por meio de conversas e reuniões com os gestores locais, para que priorizem suas ações e recursos financeiros para a estruturação e manutenção da equipe da ESF, com garantia de insumos para a realização de atividades técnicas, estruturação física para os usuários e melhores condições de trabalho para os profissionais inseridos neste contexto social.

A luta popular pelos direitos a saúde, pode ser iniciada em reuniões de bairro com líderes comunitários e posteriormente encaminhada às necessidades vigentes para as reuniões de conselho municipal de saúde, que deve possuir representação partidária, ou seja, 50% de usuários, em relação aos demais membros (BRASIL, 2011b; BRASIL, 1990b). Dessa forma, a Secretaria de Saúde fica ciente das insatisfações em relação aos serviços de saúde ofertados e pode solucionar os problemas apresentados.

O acesso aos serviços de saúde não se resume à inserção do usuário no sistema; isso ficou claro nessa discussão que aponta, como elementos primordiais para o acesso, a oferta de materiais de consumo, a medicação básica para o usuário e a estrutura física da Unidade para realizar melhor organização do serviço.

Tais elementos são primordiais para a continuidade do cuidado, assim como para o controle de patologias crônicas. Estes problemas podem ser solucionados pela gestão municipal que tem como ponto de apoio o financiamento do SUS pelas instâncias municipal, estadual e federal. Basta identificar as prioridades do município e atuar de forma consciente para resolver as necessidades da APS. Dessa forma, o fluxo da assistência será mais organizado e controlado.

Identificar as falhas do sistema é fundamental; porém reconhecê-las e tomar atitudes para ampliar o acesso é necessário para garantir melhores condições para a população. Dessa forma, a interpretação dos resultados nos mostra que o acesso à saúde depende, além de recursos financeiros, de boa administração e gestão coerente dos profissionais inseridos na administração local para que se possa promover a inserção do usuário no sistema, o atendimento de sua demanda e a oferta de diferentes recursos para que suas necessidades de saúde sejam sanadas.

Além disso, para que o acesso integral seja concretizado, é necessário que o acolhimento seja realizado como instrumento de resolutividade das demandas de saúde e que essa resolutividade atinja os diferentes níveis de atenção.

## **5.2 Estratégias para o acesso: Acolhimento e Resolutividade**

O acesso tem dimensões distintas de operacionalização do processo de saúde do usuário para inserção na rede de assistência. O acolhimento na Unidade de Saúde e a

resolutividade dos profissionais são ferramentas de melhoria do acesso e da integralidade da assistência. Pode-se compreender o acolhimento como estratégia de cuidado integral, humanização da assistência, aproximação entre profissionais e usuários, resolutividade das ações, trabalho em equipe e universalidade do acesso (BREHMER; VERDI, 2010; BRASIL, 2010; LIMA *et al.*, 2007; RAMOS; LIMA, 2003; ROSA; PELEGRINI; LIMA, 2011). A resolutividade é o modo de avaliação dos serviços de saúde através dos atendimentos ofertados aos usuários. Considera-se aspectos relacionados a capacidade de atender as demandas e encaminhar casos que necessitam de assistência especializada e ao fluxo de assistência na rede de saúde (ROSA; PELEGRINI; LIMA, 2011; TURRINI; LEBRÃO; CESAR, 2008). Dessa forma, torna-se primordial sua compreensão como instrumentos do acesso aos serviços de saúde.

Estudos sobre o acesso no cotidiano da assistência demonstraram que a maneira como os usuários são recebidos nas Unidades de Saúde – acolhimento – e a capacidade de resolução de problemas pelos profissionais – resolutividade – são quesitos fundamentais para o acesso dos usuários. O acolhimento surgiu em defesa ao SUS e como inclusão social, capaz de realizar mudanças organizacionais, melhorar o acesso, otimizar as relações entre usuários e profissionais e resolver as demandas de saúde. A resolutividade na APS está associada à resposta satisfatória do serviço de saúde às demandas e às necessidades dos usuários (BARBOSA; ELIZEU; PENNA, 2013; MITRE; ANDRADE; COTTA, 2012; MORAES; BERTOLOZZI; HINO, 2011; ROSA *et al.*, 2011).

Diante das discussões feitas até o momento e dos estudos mencionados, os resultados aqui apresentados referem-se a importância do acolhimento e da resolutividade para a efetivação do acesso aos serviços de saúde, organizados em duas subcategorias:

- a. Acolhimento como estratégia de continuidade da assistência;
- b. Resolutividade: a gente quer resolver, mas não consegue.

### **5.2.1 Acolhimento como estratégia de continuidade da assistência**

O acolhimento foi discutido neste estudo como acesso relacional entre usuários e profissionais para a inserção no sistema de saúde. Porém, destaca-o como estratégia de resolução de problemas, agilidade e continuidade da assistência prestada à comunidade.

Considerado, teoricamente, como a habilidade do profissional em receber bem os usuários nos serviços de saúde, ouvir suas demandas e direcioná-los à assistência necessária (MEDEIROS *et al.*, 2010; MERHY, 2002; SANTOS; SANTOS, 2011, SCHIMITH *et al.*, 2011; TRAVASSOS; MARTINS, 2004.). Franco, Bueno e Merhy (1999) relatam que o acolhimento é uma estratégia para o atendimento de todos os usuários que buscam assistência e reorganizar o trabalho cotidiano e o serviço de saúde para oferecer acesso, resolutividade e atendimento humanizado.

Devido a isso, o acolhimento possui valores relacionados ao acesso:

Acolher nem sempre é... dar uma solução imediata, mas é você conversar, procurar saber o que a pessoa está precisando naquele momento e, se tiver uma resolutividade naquele momento, você vai dar. Se não, você vai explicar o porquê que não tem, quando pode dar, essa solução pra pessoa. (ACS3)

Então, esse grupo de caminhada chega, a gente acolhe, cumprimenta, já começa. Eu já direciono pra técnica pra que elas comecem a olhar, aferir a pressão, pra eles irem lá pra fora pra fazer os exercícios pra irem pra caminhada. Se chegar alguém pra consulta, eu já vou, tiro a ficha, já peso, meço essa pessoa e peço pra aguardar, se chega alguém pra vacinação, eu já direciono pra técnica também. Então, o acolhimento é mais ou menos relacionado a isso, sabe, de acolher, conversar, procurar saber o que tá acontecendo, se a pessoa precisa de alguma coisa e tentar resolver. (ACS4)

O acolhimento é realizado de forma correta e satisfatória, satisfatória no seguinte modo, não é aquele o atendimento, o acolhimento que deveria ser perfeito, mais dentro das limitações é um acolhimento que é feito de forma a garantir o acesso para aquelas pessoas. (M2)

O acolhimento realizado está relacionado também ao acesso dos usuários por ser considerado pelos profissionais como a “porta de entrada preferencial” do serviço e ser realizado com qualidade, direcionar a assistência, organizar a demanda e suprir as necessidades de saúde. É também essencial que o usuário se sinta acolhido e bem recebido pela equipe. Dessa forma, os profissionais trabalham com o intuito de resolver grande parte das demandas de saúde da comunidade.

Além disso, planejar a organização e o funcionamento da UBS garante o acesso universal aos usuários e ao serviço, que tem como estratégia acolher, escutar e resolver as necessidades da população (BRASIL, 2009; MORAES; BERTOLOZZI; HINO, 2011;

SCHIMITH *et al.* 2011; VIEGAS, PENNA, 2012). Para que o acolhimento seja essencial, é fundamental que o eixo central da assistência seja o usuário ou a família e por isso, cuidado pela equipe multiprofissional e não somente o profissional médico. Para tanto é necessário que a equipe seja qualificada, harmoniosa e humanizada na oferta do atendimento (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999). Torna-se necessário também que a equipe seja capacitada e treinada para prestar assistência de qualidade.

Aqui é muito bom, por sinal, assim, a gente é treinado, aliás, na semana passada teve reuniões sobre isso, atender o paciente bem, na hora que chegar, atender bem, procurar, às vezes, se não resolver pelo menos dar ele um retorno que vai ser resolvido, não deixar o paciente sair insatisfeito aqui do PSF. (ACS1)

A capacitação dos profissionais da equipe é essencial para a harmonia e a dinâmica do funcionamento do acolhimento pois, dessa forma, todos trabalham uniformemente com foco na solução das necessidades dos usuários.

Almeida, Fausto, Giovanella (2011) observaram que os gestores municipais reconhecem a importância da educação continuada com os profissionais da equipe da ESF em que os médicos e os enfermeiros são responsáveis pela capacitação da equipe que deve ocorrer mensalmente. Em Diamantina, esse fato não foi constatado de forma contínua, sendo relatadas capacitações pontuais, oferecidas pela coordenação da APS do município, aos profissionais da equipe da ESF.

Para Vieira e Santos (2011), o acolhimento possui diferentes potencialidades, entre elas, atividades de educação em saúde que melhoram a adesão terapêutica por maior afinidade com o profissional de saúde e fortalecimento do cuidado com práticas inovadoras para aprimorar a assistência.

Como fruto da capacitação da equipe sobre a importância do acolhimento na ESF, os profissionais tem a compreensão que possuem “respostas” às demandas dos usuários.

O acolhimento é bem satisfatório, eu acho que todo mundo que vem ao posto tem uma resposta, no mais se ele não resolver o problema dele na hora, se não é um caso mais agudo ou alguma coisa mais imediata, ele vai ter uma consulta agendada dentro de alguns dias. (M1)

O acolhimento acontece até normalmente, não tem problema, porque a pessoa que tiver lá na recepção, seja eu, seja agente de saúde, ou outro técnico ou auxiliar de enfermagem que tiver lá a gente vai acolher a pessoa, saber da pessoa do que está precisando, o quê que ela deseja, e a gente vai encaminhar ou pra enfermeira, se for o caso de uma consulta, se for o caso que a gente mesmo pode resolver, que a gente pode estar orientando a pessoa a gente mesmo orienta. (Ax2)

O acolhimento da equipe da ESF ocorre de forma sistematizada e busca resolver as demandas dos usuários. O profissional reconhece suas funções e suas limitações e valoriza muito a comunicação e a orientação. O fluxo da assistência dá-se pelo acolhimento que, nesse contexto, reorganiza o processo de cuidado do sujeito. Uma das propostas do acolhimento está pautada no enfrentamento de problemas demandados e na resolução de necessidades de saúde com o fortalecimento do vínculo e da confiança entre profissionais e usuários (PANIZZI; FRANCO, 2004; SANTOS; SANTOS, 2011;).

A implantação do acolhimento no trabalho cotidiano em saúde da equipe da ESF teve como proposta a organização e a sistematização do serviço da equipe de saúde.

Conseguimos organizar o atendimento, conseguimos organizar, por exemplo, aquela pessoa que está no acolhimento, ela tá ciente do que está acontecendo, então ela vai conseguir falar a mesma linguagem de quem está lá na rua fazendo a visita, então assim, isso a gente conseguiu organizar, então a gente está conseguindo trabalhar até com mais satisfação. (ACS3)

O acolhimento requer capacidade de escuta qualificada, orientação quanto às necessidades de saúde, classificação de demandas mais urgentes, capacidade de resolver os problemas dos usuários, seja por atendimento, consulta ou comunicação e coordenação das ações da equipe de saúde. Com o acolhimento sistematizado, a assistência é equânime entre os profissionais, pois esses são treinados para que possam receber os usuários da melhor maneira possível e atender às demandas de saúde. Além disso, a equipe procura utilizar a comunicação como instrumento facilitador para a interação entre/com a equipe e o acesso aos serviços.

A comunicação horizontal entre os profissionais e com os usuários favorece o acesso aos serviços de saúde, pois eles reconhecem a organização e a oferta dos serviços e buscam assistência de acordo com o funcionamento estabelecido. A conduta dos profissionais em padronizar a comunicação, facilita a adesão dos usuários aos cuidados de saúde e a busca pela assistência, com foco na promoção da saúde e prevenção de doenças, o que é a bandeira da ESF.

Para que o acolhimento seja também uma estratégia de acesso aos serviços, todos procuram seguir os mesmos princípios de comunicação. Dessa forma, a equipe trabalha harmoniosamente em busca de soluções para as demandas dos usuários. De acordo com Medeiros *et al.*, 2010:

[...] acolher não significa a resolução completa dos problemas referidos pelos usuários, mas a atenção dispensada na relação, envolvendo a escuta, a valorização de suas queixas e a identificação das necessidades, sejam estas individuais ou coletivas (2010, p.404).

O acolhimento requer, do profissional, interesse pela necessidade de saúde do usuário, seja ela de cunho emocional, afetivo ou patológico. Para que o acolhimento seja qualificado, é necessário que o profissional realize uma escuta aberta e identifique as maiores demandas dos usuários. Dessa forma, somente o ato de “falar” proporciona tranquilidade e confiança o que favorece maiores possibilidades de resolver as demandas de saúde apresentadas.

Para que isso ocorra, o acolhimento deve ser realizado em todos os contatos diretos com a população.

A gente tá fazendo o acolhimento da seguinte forma, não tem horário marcado, todos os dias faz acolhimento, todas as horas e todas as pessoas fazem acolhimento. [...] Outra coisa o acolhimento acontece também na rua, nas visitas domiciliares, os agentes têm o poder de marcar consultas (E1)

O acolhimento aqui a gente faz a todo momento. O acolhimento aqui é desde as agentes de saúde na casa [...] na Unidade o dia inteiro, a gente acolhe o paciente, a gente escuta, é, então assim, aqui não tem hora nem lugar prá acolher e eu acho que funciona bem e é quando a gente realmente tenta resolver os problemas dos pacientes, é ouvindo mesmo, sempre bate nessa tecla [...]então não tem, uma hora específica, então é toda hora e feita por todo mundo (E2)

O acolhimento é realizado em qualquer horário na Unidade de saúde e em todas as visitas domiciliares, consultas individuais e na chegada do usuário na ESF. Para Espínola e Costa (2006), a visita domiciliar também é um momento para realizar o acolhimento, compartilhar informações entre o profissional e o usuário e promover a saúde com base na realidade local, tendo como eixo fundamental o processo educativo e participativo da população. O acolhimento, então, é realizado nas UBSs e nos domicílios por todos os profissionais da equipe, além de ser considerado como instrumento de coordenação dos serviços de saúde nas Unidades.

O acolhimento ele faz assim, assim porque a gente tem uma pessoa prá ficar, a gente fala que é na mesa, mas na verdade a pessoa ela fica de frente acolhendo, ela vai organizar, por exemplo, chega uma pessoa pra fazer um curativo, ela vai ter que direcionar para o técnico de enfermagem, chega com uma vacina, então para um procedimento técnico ela já vai direcionar para o técnico de

enfermagem. Se for, por exemplo, uma pessoa solicitou uma consulta e a agenda já tá ali lotada para aquele dia, a gente tem as vagas de urgência... (E1)

Aqui no posto, a gente chega aqui, espera aqui um pouquinho, quando, não pode atender a gente eles avisam, manda a gente embora e marca a gente pro outro dia. No mais ele não fica sem falar [...] Se for atender eles mandam a gente esperar e se não for atender eles mandam a gente embora “caçar” outro recurso. (U8)

O profissional escalado para o acolhimento do dia organiza o serviço, direciona a assistência e procura resolver as demandas dos usuários. Ele é denominado pela equipe como “profissional da mesa”, pois fica na recepção à espera das demandas dos usuários e direcionando-os à assistência necessária. Também denominado como assistência primária, o acolhimento é considerado sob diferentes olhares:

É muito bom. Você chega imediatamente as meninas resolvem o problema pra você. Se não der pra resolver na hora, elas dão um jeitinho. Assim, eu acho que todo mundo que chega aqui é atendido pelo médico, pela enfermeira... Ninguém sai sem atendimento. (U20)

Agora você já chega e já vai sendo atendida, tem uns que tem que esperar, num tem um médico, não pode atender, ou então tem um número de pacientes certo. Aqui não, você vai chegando se for um caso urgente ele já vai olhando, aí pra mim eu gosto. (U19)

O acolhimento é considerado como organizador do serviço, com classificação da demanda espontânea. Além disso, a relação usuário-profissional é essencial para a adesão ao tratamento com foco na saúde da família e na utilização dos serviços. É o primeiro contato de aproximação e empatia entre os atores envolvidos no processo de cuidado que facilita o acesso (BARBOSA *et al.*, 2013).

Da maneira como o acolhimento é realizado, organiza-se o trabalho dos profissionais e os usuários são direcionados para determinados setores de saúde de acordo com suas necessidades. O acolhimento altera o trabalho cotidiano de saúde de toda a equipe e reorganiza a assistência (BRASIL, 2010). Isso porque, por um lado, a equipe do acolhimento passa a ser o centro das atividades da UBS e não somente o profissional médico e, por outro, porque os demais profissionais utilizam seu “saber-fazer” com visão multiprofissional para resolver as demandas da população (FRANCO *et al.*, 1999).

Dessa forma, o acolhimento, realizado no domicílio ou pela equipe da ESF, é estratégia fundamental na obtenção do acesso aos serviços, pois acolher é atender bem os usuários, direcioná-los à resolução das suas demandas, utilizar a comunicação como

instrumento de fala e escuta qualificada e (re)organizar o serviço de saúde. Ou seja, todos esses parâmetros são fundamentais para que o profissional receba bem o usuário e conseqüentemente permeie seu acesso ao sistema de saúde. Diante disso, percebe-se que os termos “acesso” e “acolhimento” estão interligados, pois ambos oferecem melhores condições de inserção nos serviços de saúde e na organização das demandas dos usuários que buscam soluções para seus problemas. Porém para assistir os usuários é necessário que a equipe tenha resolutividade em suas ações. Assim, a discussão sobre a resolutividade torna-se fundamental como etapa final e concretização do acesso aos serviços com assistência às demandas de saúde.

### **5.2.2 Resolutividade: a gente quer resolver, mas não consegue**

Para que o acesso ocorra de forma integral é necessário que o usuário insira-se no serviço de saúde e que este atenda às suas demandas até a solução de seu problema, ou seja, a resolutividade do profissional e/ou da organização do sistema de saúde, é considerada como etapa final do acesso aos serviços de saúde.

A gente tem uma resolutividade até, assim que satisfatória, porque a gente vai até muito além, do que a própria Secretaria oferece mesmo. Dentro do possível a gente tenta fazer o máximo e a própria equipe também, todo mundo já tem esse espírito de, vamos resolver. (E2)

Dentro do alcance da gente, uma coisa que a gente pode resolver, aqui, a gente resolve. (Ax1)

Entende-se, portanto, por resolutividade a capacidade funcional do serviço em resolver as demandas de atendimento para a população referenciada. Ela dá-se mediante os resultados obtidos do atendimento ao usuário. Além disso, pode ser avaliada por duas vertentes: dentro do próprio serviço, quando se refere à sua capacidade de atender, referenciar e encaminhar os casos quando necessário para determinar ali a necessidade de saúde do indivíduo; e dentro do sistema de saúde, quando o usuário inicia sua assistência na Atenção Primária e seu problema é solucionado somente em outro nível de atenção. A resolutividade é a capacidade do profissional ou do serviço em atender às necessidades de saúde da população,

mesmo que seja necessário encaminhá-lo a outros setores. É fundamental para a continuidade do cuidado (TURRINI *et al.*, 2008).

Dessa forma, Medeiros *et al.* (2010) relatam que a resolutividade é sinônimo de ação, solução de problemas na própria UBS ou no local que for necessário, pois, quando o usuário busca assistência, espera respostas concretas para suas demandas e ações efetivas que tragam benefícios e satisfaçam suas necessidades.

Os profissionais inseridos no trabalho cotidiano de saúde preocupam-se com a resolutividade das ações ofertadas para os usuários. Em contrapartida, os usuários sentem-se satisfeitos com o atendimento recebido e com a solução recebida para suas necessidades. “A resolutividade é uma maneira de avaliar os serviços de saúde a partir dos resultados obtidos do atendimento ao usuário” (ROSA *et al.*, 2011; p. 346). Ouvindo as queixas dos usuários pode-se organizar para ofertar melhores condições na assistência.

A resolutividade é considerada como instrumento de organização, planejamento e gestão dos serviços.

Em relação a atendimento é ótimo aqui. Você consegue resolver tudo aqui dentro do PSF. (U20)

E sou bem atendido, todas as vezes que eu procurei foi resolvido o problema rápido, consulta, exame, tudo. Fui muito bem atendido, até hoje eu não tenho nada a reclamar. (U29)

Os entrevistados remetem à efetividade da resolução “dos problemas” quando esta depende dos serviços da equipe da ESF. A APS atende as demandas dos usuários e reconhece as necessidades de assistência. Para Barbosa (2013, p. 82), a APS deve “disponibilizar uma variedade de serviços e alcançar um alto nível de desempenho no reconhecimento de demandas da população e reconhecer situações nas quais uma intervenção é necessária e justificada”. Dessa forma, fica a incógnita sobre possíveis dificuldades que o serviço apresenta em relação à resolutividade.

Diante dessa “satisfação” do atendimento ofertado, observam-se posturas diferenciadas.

Aquela demanda reprimida sempre tem. [...] No final um paciente que poderia ter sido resolvido com uma vaga (de especialista) só, ou duas vagas, não teve. (Te1)

A resolutividade do serviço está um pouco - deixando a desejar - defasado um pouco em relação aos grupos. (M2)

A gente quer resolver, mas não consegue. (ACS1)

A gente ainda consegue resolver muita coisa? Consegue. Mas a gente tem que planejar melhor para a gente resolver melhor, para a resolutividade ser melhor. (E1)

Priorizar a organização da equipe da ESF com o acolhimento qualificado e a diminuição de encaminhamento para especialistas são estratégias da equipe de saúde local que buscam melhorar a resolutividade das ações de saúde da comunidade. Porém, a resolução dessas ações não depende somente dos profissionais lotados na equipe da ESF e sim de toda a rede de atenção que assiste as necessidades do município com consultas especializadas, contrarreferências, urgências, atenção hospitalar, exames diagnósticos e outros. Porém, percebe-se que as queixas quanto às falhas do sistema dirigem-se justamente à rede de atenção municipal que apresenta aspectos insuficientes para suprir as necessidades do município.

Um estudo realizado em Porto Alegre constatou que mais de 60% dos problemas de saúde das equipes da ESFs eram solucionados, tendo sua resolutividade associada às atividades desenvolvidas na própria Unidade. Já, quando era necessário referenciar os usuários a outros níveis de atenção, a insatisfação era grande devido à demora do agendamento da consulta (ROSA *et al.*, 2011).

Fato semelhante ocorre no cenário em estudo, pois como mostrado anteriormente, os usuários sentem-se satisfeitos com o atendimento recebido pela equipe da ESF, elogiam os profissionais lotados nas Unidades, porém relatam defasagem no fluxo da assistência quando é necessário acionar a rede de atenção à saúde municipal.

Diante dessas dificuldades, os profissionais usam algumas estratégias.

Você só fica mandando pessoas pro especialista, pedindo exames e a resolutividade na UBS não acontece [...], então hoje nós estamos trabalhando em cima disso, resolver dentro da Unidade. (Te1)

Eu acredito assim, que elas precisam ser mais bem planejadas, a gente consegue chegar à resolução de coisas assim, que a gente tá vendo que tá melhorando, mas, eu acho que se a gente tivesse uma parte mais preventiva, mais promoção, a gente teria mais resolutividade, a gente não ficaria assim só no curativismo. (E1)

Acabou de atender alguém ali que viu que é prioridade, eu vou ligar, eu vou tentar essa consulta com alguém ali de outra Unidade, ou vou ligar pra regulação, a gente sempre tenta fazer isso, ou eu ou o médico ou a própria equipe, então a gente tenta resolver o problema do paciente. (E2)

Acho que no que dependesse da gente aqui como funcionário, nós auxiliares, o enfermeiro, o médico, as coisas seriam resolvidas até prontamente na mesma hora pra pessoa [...] mas independe da gente, um serviço ficar até ter um, ter resolutividade melhor... Que a gente depende demais da Secretaria de Saúde. (Ax2)

Para minimizar a demanda reprimida de consultas especializadas, as equipes da ESF tentam resolver grande parte de seus problemas na própria Unidade e referenciam somente os casos de extrema necessidade. Todas as atividades que dependem dos profissionais da equipe da ESF são resolvidas prontamente pela equipe, porém quando necessitam dos demais níveis de atenção, a assistência é protelada. Dessa forma, espera-se que com o tempo a demanda de especialista que está reprimida regularize-se e os gestores possam adequar o número de consultas por equipe da ESF e a oferta de especialistas. Rosa *et al.* (2011) definem bem a resolutividade na APS: “A resolutividade é quase um sinônimo do encaminhamento para especialistas, o que dá indícios de que a Equipe de Saúde da Família esteja funcionando como uma porta de entrada para o restante do sistema” (2011, p.349).

Dessa forma, infere-se que a resolutividade não ocorre na equipe da ESF de forma efetiva, pois entraves com prestadores de serviço são evidenciados e interferem na continuidade do cuidado. A ESF atua como porta de entrada para os usuários e resolve as demandas da comunidade nesse nível de atenção, porém os encaminhamentos para os outros setores são reprimidos pelo excesso de demanda e pelo déficit de profissionais.

Os profissionais de saúde e a coordenação devem trabalhar harmonicamente com foco na resolução dos entraves administrativos e pessoais existentes no município:

O coordenador da atenção básica só sabe cobrar, fica querendo fazer um milagre aqui, na saúde daqui e que não vai resolver nada. (ACS1)

A gente tem uma relação assim, boa com o gestor, mas eu acho que uma relação só não adianta, a gente tem que ter soluções dos problemas. (E1)

A gente tem uma conversa mais tranquila (com o gestor), não digo resolutiva, pelo menos um diálogo, uma abertura pro diálogo a gente tem. (E2)

A comunicação com a coordenação existe, porém é considerada ineficaz para solucionar os problemas de saúde e resolver as demandas das equipes. É necessário que a coordenação direcione suas atividades para a resolução das demandas da ESF e da APS. Dessa forma, o acesso dos usuários será viabilizado com melhores condições de assistência e acessibilidade, ou seja, é necessário que haja resolutividade de ações por parte da coordenação para responder às demandas da assistência.

Sabe-se da dificuldade em assistir todos os usuários devido à busca excessiva pelos atendimentos especializados e à visão médico-centrada da população que também interfere na resolutividade das ações:

O que mais procura é atendimento especializado, [...] No PSF é isso, ah e tem que ter médico no PSF porque se não tiver não resolve nada.(ACS1)

Eu acho que teria que ter mais médico, [...] a demanda é muito grande, [...] Eu acho que ele seria até melhor avaliado. (U20)

Falta de médicos especializados, urologista, oftalmologista, até geriatra é difícil encontrar aqui. (U23)

A visão centrada no atendimento médico, já citada como acesso cultural, neste momento da reflexão, é abordada como condição que interfere na resolutividade da equipe da ESF que possui como proposta trabalhar de forma multiprofissional ações de prevenção e promoção. Os entrevistados remetem à importância do profissional médico para a solução de seus problemas e até desconhecem a proposta da ESF com o desejo de obterem médicos especialistas nesse nível de atenção. Devido a isso, geram uma superlotação de assistências individuais, a resolutividade das demandas de saúde fica estagnada e os usuários não conseguem resolver sua necessidade de saúde. Diante dessa realidade, deve-se reforçar a importância da equipe multiprofissional no cuidado à saúde, principalmente no acolhimento dos usuários, pois é o momento de realizar orientações sobre suas reais necessidades, valorizar a equipe multiprofissional e resolver as demandas de saúde.

Para Franco *et al.* (1999), a equipe multiprofissional é capaz de resolver problemas de saúde, e não somente o profissional médico. Para isso, o acolhimento deve ser o centro das ações da equipe da ESF que irá permear e distribuir as atividades a serem desenvolvidas de acordo com as necessidades de assistência para diferentes classes profissionais. Dessa forma, o profissional médico não ficará sobrecarregado com consultas individuais e destinará um período do tempo para orientações e grupos operativos.

Porém, mesmo sabendo da dificuldade de trabalhar a promoção da saúde e prevenção de doenças, alguns entrevistados estão atentos ao assunto e buscam orientações para obtenção de melhores condições de vida:

Ah, informação é fácil de adquirir que as meninas estão aí né. (U14)

A gente procura é pra poder melhorar. [...] Minha mãe gosta mesmo é de fazer exercício (U17)

Eu venho aqui para o meu bem-estar. Eu tenho bronquite, eu tenho colesterol alto, triglicéride alto. Aí eu venho por causa disso. (U25)

Buscar saúde, assim prá pessoa ficar boa, assim se tiver com alguma dor se tiver com alguma coisa, tirar dúvida, eu pelo menos venho aqui prá saber a saúde da pessoa. Se eu tiver algum problema assim, sempre venho. (U8)

Alguns usuários já reconhecem a importância da informação e do diálogo com os profissionais de saúde, principalmente quando se remetem à prevenção de doenças e às orientações sobre melhor qualidade de vida. É importante que os profissionais de saúde realizem essa atenção focada na comunicação, em todos os momentos de encontro com os usuários. Dessa forma, a prática do diálogo profissional-usuário proporcionará a orientação do sujeito, a diminuição da demanda e a integralidade do cuidado. Tais fatores proporcionam melhores condições de acesso ao diálogo aberto com os usuários que tendem a buscar os serviços não somente em momentos agudos, mas também para orientações e prevenções de doenças. Consequentemente a assistência irá ocorrer de forma contínua e a solução para as demandas de saúde serão sanadas com maior agilidade (VIEGAS; PENNA, 2013a).

Para que isso ocorra é necessário que o modelo centrado na urgência e a população sensibilize-se sobre a importância da prevenção de doenças e do cuidado da saúde, para que o fluxo da assistência seja controlado:

A gente tem um problema muito grande porque a população é imediatista, quer resolver tudo, rápido, a dor de cabeça de um é mais forte e séria do que a do outro [...] E perante a população ela quer a parte muito de médica, ela quer muito, é, consultas médicas, (E1)

Às vezes fica complicado porque por mais que você queira passar uma informação pra população, a população está muito concentrada em consulta, consulta, consulta, consulta. Por mais que você passa as informações, se não tiver consulta, eles acham que o problema deles não vai ser solucionado. (E2)

Consultas, eles adoram, nem que for pra nada. (Ax1)

Para que a promoção da saúde ocorra é necessária principalmente a conscientização da população sobre sua importância. O modelo médico-centrado enraizado na comunidade, ainda remete a saúde a cuidados médicos. Tais proposições vão de encontro ao modelo atual de integralidade do cuidado que a equipe da ESF desenvolve com a comunidade (BRASIL, 2011b). É então necessária a sensibilização e a conscientização da população sobre a importância da equipe multiprofissional na resolução das necessidades de saúde dos

usuários. A demanda de consulta médica irá se regularizar e a população será melhor assistida pela equipe. Viegas e Penna (2012) relatam que, na concepção dos profissionais de saúde, os usuários do serviço são autônomos, porém a equipe deve inserir sua realidade em ações de integralidade para melhor adesão ao cuidado ofertado. Assim, é essencial que a equipe da ESF trabalhe de acordo com a realidade local e ofereça serviços que atendam às necessidades de saúde desses usuários em busca de soluções para suas demandas.

Diante disso, consideramos que, para se ter resolutividade nas ações de saúde, são necessários um acolhimento de qualidade, ações de promoção à saúde e integralidade do cuidado. O fluxo da atenção terá como consequência a resolutividade em que as necessidades dos usuários serão atendidas em sua totalidade. Para que isso ocorra é necessário que a ESF organize suas demandas e a rede local de saúde atenda as necessidades da população, afinal grande parte dos setores de saúde precisa trabalhar em conjunto para a otimização do acesso aos serviços. Diante disso, temos também como entrave a demanda reprimida, que já é um obstáculo para seu bom funcionamento, afinal a população ainda possui uma visão médico-centrada, que sobrecarrega os profissionais e impede que a equipe trabalhe de forma interdisciplinar. No entanto, alguns usuários reconhecem a importância da promoção da saúde e da prevenção da doença, que é nosso modelo atual de atenção centrado na família. É relevante que a equipe da ESF continue com orientações, acolhimentos e sensibilizações sobre a importância de o usuário buscar assistência preventiva para melhorar sua qualidade de vida. Espera-se que tal postura possibilite a resolutividade das ações e organize o fluxo da atenção proporcionando acesso facilitado aos serviços de saúde.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao estudar o acesso aos serviços de saúde, observa-se que ele ocorre preferencialmente pela equipe da ESF, no cenário do estudo, mesmo com impeditivos geográficos, econômicos e funcionais; geográficos, devido à dificuldade de locomoção e transporte entre comunidades rurais; econômicos, pela escassez de recursos destinados à APS que apresenta-se (des)abastecida de insumos e medicamentos para a continuidade do cuidado; funcionais, pelas dificuldades de fluxo de atenção e grande demanda espontânea, o que dificulta a programação de ações pelos profissionais.

Mesmo com essas características, os profissionais de saúde procuram prover a assistência integral à saúde dos usuários, como por exemplo, atividades agendadas, busca ativa de referenciamentos e o acolhimento em todos os momentos da assistência, entre outras.

A visão dos usuários e dos profissionais sobre o acesso à saúde no município de Diamantina foi além dos aspectos geográficos e materiais. Foi considerado o acesso relacional e funcional como elementos primordiais para a inserção nos serviços. Os sujeitos da pesquisa propuseram ações de melhorias para romper com os desafios encontrados que interferem na qualidade da assistência e na continuidade do cuidado à saúde.

Foi possível observar também, que a população busca o serviço de saúde constantemente para consultas individuais, receitas e solicitação de exames. Essa visão limitada da assistência impede que a equipe da ESF desenvolva suas ações de promoção à saúde e prevenção de doenças o que restringe a continuidade do cuidado. Além disso, superlotam o serviço com demandas espontâneas e limitam o acesso de um número maior de usuários aos serviços. Vale ressaltar a importância do planejamento e a organização das Unidades de Saúde, na rede de assistência municipal como um todo e da coordenação da APS, seja no aspecto financeiro e/ou de recursos humanos, como estratégias para alcançar o acesso com maior resolutividade.

O acolhimento, nesse contexto, foi considerado instrumento facilitador do acesso e da resolutividade do profissional de saúde em dar continuidade ao cuidado e a assistência eficaz aos usuários. Torna-se notável a valorização do vínculo, da afetividade e da empatia como instrumentos primordiais para a inserção no serviço, a busca por assistência à saúde e continuidade do cuidado. O usuário reconhece o profissional proativo que procura atender às demandas, além das limitações contidas na rede municipal. Dessa forma, o acolhimento e a

resolutividade da atenção são essenciais para a efetivação da continuidade da assistência e da complementaridade do acesso.

No nível municipal, perceberam-se dificuldades da administração pública em lidar com as demandas de saúde principalmente da APS, como suprimento insuficiente de materiais e medicamentos, inadequada estrutura física das Unidades e dificuldades em trabalhar de forma intersetorial com os demais pontos da rede do município. Evidenciou-se também a busca por estratégias alternativas para tentar sanar esses entraves e implementar ações de melhorias para a APS.

Além disso, pretendeu-se ampliar, estruturar e organizar melhor as ações desenvolvidas com a APS, pois se reconhece que esse ponto da rede ficou estagnado nos últimos tempos devido à nomeação do município em polo da Região Ampliada de Saúde aos investimentos direcionados somente para os pontos secundários e terciários. Portanto, pretende-se implantar novas unidades de saúde, sistemas de comunicação, capacitar equipes e fortalecer os prestadores de serviço para oferecer assistência de melhor qualidade no município.

Como ponto forte, pode-se destacar que, mesmo com todos esses aspectos limitantes do acesso, os usuários reconhecem a ESF como porta de entrada preferencial do sistema de saúde municipal, além de demonstrarem satisfação com a assistência recebida e avaliarem positivamente o acolhimento ofertado pelos profissionais. Também, reconhecem que as dificuldades de continuidade da atenção estão relacionadas principalmente aos prestadores de serviços (assistências laboratoriais e de imagem) e pontos secundária e terciária da RAS. Algumas alternativas para que esse problema seja sanado, seriam: efetivar o planejamento da demanda desses setores, completar o quadro de funcionários e orientar os profissionais sobre a importância da referência e da contrarreferência para a continuidade do cuidado.

Vale ressaltar a importância da APS como nível assistencial à saúde e como coordenadora do cuidado. Por ser responsável pela porta preferencial aos serviços de saúde, deve-se ofertar acesso facilitado aos usuários e continuidade de assistência às necessidades de saúde. Para que isso ocorra é necessário maior comprometimento e articulação da gestão municipal com foco na melhoria das condições de resposta do sistema de saúde. A realidade observada no município de Diamantina demonstra a necessidade de avanços na APS para que novos padrões de assistência sejam alcançados, como a organização de demandas nos

diferentes níveis de atenção e a valorização da APS como coordenadora da atenção e do acompanhamento dos usuários e das famílias.

Percebe-se que o acesso ocorre de forma ainda muito tímida e restrita para os usuários, porém caminhos e estratégias são traçados para ofertar uma saúde de mais qualidade, por menos tempo de espera, por abundância de materiais e de maior resolutividade das ações.

É preciso considerar que o acesso no cenário estudado, como em muitos outros ainda é tema de muitas reflexões, análises e discussões, pois estão acontecendo mudanças na organização dos serviços e nas propostas de inovações para a assistência.

Um dos limites desse estudo pode ser o fato de se estudar acesso na APS, quando se fala em uma rede de atenção, porém as questões apresentadas no presente estudo mostram possibilidades de generalização, considerando-se os diversos municípios brasileiros que possuem características semelhantes. Além disso, os resultados apresentados instigam investigações futuras que possam buscar compreender as peculiaridades do acesso nos pontos de atenção secundária e terciária da rede, como forma de ampliar o entendimento sobre o fluxo da assistência, entraves e potencialidades do serviço.

O estudo possibilitou reflexões sobre melhoria no acesso operadas no município e propostas de inovação para a otimização da assistência na APS, contudo não tem a pretensão de esgotar essa discussão; ao contrário, pretende assinalar a importância de demais estudos para aprofundar a compreensão do acesso aos serviços no município de Diamantina.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADAMI, N. P.; ALBUQUERQUE, A. M. S. Qualidade dos serviços de saúde: conceitos e métodos avaliativos. **Acta paulista de enfermagem**, v. 8, n. 4, p. 47-55, 1995.

ALMEIDA, P. F.; FAUSTO, M. C. R.; GIOVANELLA, L. Fortalecimento da atenção primária a saúde: estratégia para potencializar a coordenação do cuidado. **Rev panamericana de saúde pública**, v. 29, n. 2, p. 84-95, 2011.

ALMEIDA, P. F.; GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M.; ESCOREL, S. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. **Cadernos de saúde pública**, v. 26, n. 2, p. 286-98, 2010.

ANDERSEN, R. M. *et al.* Exploring dimensions of access to Medical Care. **Health Services Research**, v. 18, n. 1, Spring, 1983.

ANDERSEN, R. M. Revisiting the behavioral model and access to Medical Care: does it matter? **Journal of Health and Social Behavior**, v. 36, n. 1, p. 1-10, 1995.

ANDERSEN, R. M.; NEWMAN, J. F. Societal and Individual Determinants of Medical Care Utilization in the United States. **Milbank Quarterly**, v. 51, p. 95-124, 1973.

ARCE, V. A. R.; SOUSA, M. F.; LIMA, M. G. A práxis da Saúde Mental no âmbito da Estratégia Saúde da Família: contribuições para a construção de um cuidado integrado. **Physis (Rio de Janeiro)**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 541-60, 2011.

ARRUDA-BARBOSA, L.; DANTAS, T. M.; OLIVEIRA, C. C. Estratégia Saúde da Família: avaliação e motivos para busca de serviços de saúde pelos usuários. **Revista brasileira em promoção da saúde (Impresso)**, Fortaleza, v. 24, n. 4, p. 347-354, 2011.

ASSIS, M. M. A.; JESUS, W. L. A. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2865-75, 2012.

ASSIS, M. M. A.; VILLA, T. C. S.; NASCIMENTO, M. A. A. Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, p. 815-823, 2003.

AZEVEDO, A. L. M.; COSTA, A. M. A estreita porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS): uma avaliação do acesso na Estratégia de Saúde da Família. **Interface: comunicação, saúde, educação**, Botucatu, v.14, n.35, p. 797-810, 2010.

AZEVEDO, E.; PELICIONI, M. C. F.; WESTPHAL, M. F. Práticas intersetoriais nas políticas públicas de promoção de saúde. **Physis (Rio de Janeiro)**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1333-1356, 2012.

BARBOSA, S. P. **Acesso na Atenção Primária à Saúde em municípios de uma região de Minas Gerais**. 2013. 134f. Tese (Doutorado em Enfermagem e Saúde) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2013.

BARBOSA, S. P.; ELIZEU, T. S.; PENNA, C. M. M. Ótica dos profissionais de saúde sobre o acesso à atenção primária à saúde. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 8, p. 2347-2357, 2013.

BARDIN, L. **A análise de conteúdo**. 3.ed. Lisboa: Edições 70, 2011.

BARROS, D. M.; SÁ, M. C. O processo de trabalho em saúde e a produção do cuidado em uma unidade de saúde da família: limites ao acolhimento e reflexos aos serviços de emergência. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2473-82, 2010.

BONI, V.; QUARESM, S. J. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. **Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC**, Santa Catarina. v. 2, n. 1, supl.3, p. 68-80, 2005.

BORYSOW, I.C.; FURTADO, J. P. Acesso e intersetorialidade: o acompanhamento de pessoas em situação de rua com transtorno mental grave. **Physis (Rio de Janeiro)**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, 2013.

BOSQUAT, A., GOMES A., ALVES M.C.G.P. Acesso realizado ao Programa de Saúde da Família em área com “alta” cobertura do subsistema privado. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.1, p. 2912-2921, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde **Programa de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2011a. Disponível em: <[http://www.conass.org.br/colecao2011/livro\\_1.pdf](http://www.conass.org.br/colecao2011/livro_1.pdf)>. Acesso em: 1 Out. de 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011b. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, seção 1, nº 204, 24 de outubro de 2011, p. 48-55.

BRASIL. Ministério da Saúde. Decreto nº. 7.508 de 28 de junho de 2011c. Regulamenta a Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência á saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 29 de jun. 2011, p.1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1654, de 19 de julho de 2011d. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) e o incentivo financeiro do PMAQ-AB. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2011c. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1654\\_19\\_07\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1654_19_07_2011.html)> Acesso em: 2 de março de 2013.

BRASIL. **Lei nº 8.080**. Dispõe sobre as condições de promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: 19 de setembro de 1990a. 19p. Disponível em <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>>. Acesso em: 10 Maio 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde.. **Lei 81.42**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, 28 de dezembro de 1990b. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18142.htm)>. Acesso em: 2 Jan. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Núcleo Técnico de Política Nacional de Humanização. **Cadernos HumanizaSUS. Formação e intervenção**. Brasília: Ministério da Saúde, v.1, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comitê Nacional de Ética em Pesquisa. **Normas para pesquisa envolvendo seres humanos**. Resolução CNS 196/96. Brasília, 2000. 17p. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/bioetica/res19696.htm>>. Acesso em: 28 Jun. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2047/GM, de 5 de novembro de 2002. Aprova as **Diretrizes Operacionais para a Aplicação da Emenda Constitucional n. 29/2000**. *Diário Oficial da União*, n. 216. Brasília, 7 de novembro de 2002, Seção I. pp. 50-51. Postado em

<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/Emendas/Emc/emc29.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc29.htm)>. Acesso em 19 Set. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Melhoria do Acesso e qualidade da Atenção Básica**, 2011e. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/sistemas/Pmaq/?pmaq=publicacoes>. Acesso em: 15 Out. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção á Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: DAB/SAS/MS; 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Política Nacional de Humanização**. Brasília, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Sala de Apoio à Gestão Estratégica**. 2014. Disponível em: < <http://189.28.128.178/sage/>>. Acesso em: 09 mar 2014.

BRHEMER, L. C. F.; VERDI, M. Acolhimento na Atenção Básica: reflexões éticas sobre a Atenção à Saúde dos usuários. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 3569-3578, 2010.

CAMPOS, C. E. A. Os inquéritos de saúde sob a perspectiva do planejamento. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 190-200, 1993.

CARVACHO, I. E; MELLO, M. B.; MORAES, S. S.; SILVA, J. L. P. Fatores associados ao acesso anterior à gestação a serviços de saúde por adolescentes gestantes. **Revista de saúde pública**, São Paulo, v. 42, n. 5, p. 886-894, 2008.

CECÍLIO, L. C. O. *et al.* A Atenção Básica à Saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel?. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, vol.17, n.11, p. 2893-2902, 2012.

CECÍLIO, L.C.O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v.13, n.3, p.469-478, 1997.

COELHO, M. O.; JORGE, M. S. B. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 1523-1531, 2009.

CORRÊA, A. C.P.; FERREIRA, F.; CRUZ, G. S. P.; PEDROSA, I. C. F. Acesso a serviços de saúde: olhar de usuários de uma unidade de saúde da família. **Revista gaúcha de enfermagem**, Porto Alegre, v. 32, n. 3, p. 451-7, 2011.

COSTA, S. L.; CARVALHO, E. N. Agentes Comunitários de Saúde: agenciadores de encontros entre territórios. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.1, p. 2931-40, 2012.

DENCKER, A. F. M. **Pesquisa empírica em ciências humanas**. São Paulo: Editora Futura, 2001. 190p.

DIAS-DA-COSTA *et. al*, Utilização de serviços de saúde pela população adulta de São Leopoldo, Rio Grande do Sul, Brasil: resultados de um estudo transversal. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 5, p. 868-876, 2011.

DONABEDIAN, A. **An introduction to quality assurance in health care**. 1st ed. New York: Oxford University Press; 2003.

DONABEDIAN, A. **Aspects of Medical Care Administration**. Harvard University Press, Boston, 1973.

DONABEDIAN, A. **Explorations in Quality Assesment and Monitoring**. Ann Arbor. Michigan: Health AdministrationPress. 1982.

DONABEDIAN, A. **La calidad de la atención medica: definición, método e evaluación**. México. La Prensa Médica Mexicana, 1984.

DUSSALT, G.; DURBOIS, C. Human resourcers for health polices: a critical component in health policies. **Human Resources for Realth**, London, v. 1, n.1, p. 1-16, april 2003.

ERDMANN, A. L.; ANDRADE, S. R.; MELLO, A. L. S. F.; DRAGO, L. C. A atenção secundária em saúde: melhores práticas na rede de serviços. **Revista latino-americana de enfermagem**, São Paulo, v. 21, [08 telas], jan.-fev. 2013.

ESPÍNOLA, F. D. S.; COSTA, I. C. C. Agentes comunitários de saúde do PACS e PSF: uma análise de sua vivência profissional. **Revista de odontologia da Universidade Cidade de Sao Paulo**, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 43-51, 2006.

EVANS, R.G.; STODDART, G. L. Producing health, consuming health care. In: EVANS, R. G.; BARER, M. L.; MARMOR, T. R. editors. **Why are some people health and others not?: the determinants of health of populations**. New York: Aldine DeGruyter; p. 27-64,1994.

FEKETE, M. C. Estudo da acessibilidade na avaliação dos serviços de saúde. In: SANTANA, J. P. de (Org.). **Desenvolvimento gerencial de unidades básicas do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 1997. p. 114-120. (Texto de Apoio).

FEUERWERKER, L. M.; COSTA, H. Intersetorialidade na rede Unida. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v.22, p. 25-35, 2000.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim (MG). **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v.15, n. 2, p.345-353,. 1999.

FRANCO, T.B.; MAGALHÃES JÚNIOR, H.M. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas de cuidado. In: MERHY, E.E. *et al.* (Orgs.). **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2006, p.125-32.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas em pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 1999.

GIOVANELLA, L.; FLEURY, S. Universalidade da Atenção à Saúde: acesso como categoria de análise. In: EIBENSCHUTZ, C. (Org.). **Política de Saúde: o público e o privado**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1996. p.177-198.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M.H.M. Atenção primária à saúde. In: GIOVANELLA, L. *et al.* (Orgs.). **Políticas e sistemas de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

GUERIN, G. D.; ROSSONI, E.; BUENO, D. Itinerário terapêutico de usuários de medicamentos de uma unidade de Estratégia de Saúde da Família. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.1, p. 3003-3010, 2012.

GUERRA JÚNIOR, A. A. *et al.* Disponibilidade de medicamentos essenciais em duas regiões de Minas Gerais, Brasil. **Revista panamericana de salud pública**, Washington, v. 15, n. 3, p. 168-175, mar. 2004.

HERKENHOFF, M. V. G.; BORGES, I. **Diamantina, Plano Diretor Participativo**. Documento técnico. Consultoria Technum, v. 1. 114, 2009.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 2013. Minas Gerais, Diamantina. **Síntese de informações**. Postado em:

<<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=312160&idtema=16&search=mi nas-gerais|diamantina|sintese-das-informacoes>>. Acesso em: 16 Dez. 2013.

JESUS, W. L. A.; ASSIS, M. M. A. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso no serviço de saúde: contribuições do planejamento. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1. P. 161-70, 2010.

JUNQUEIRA, L. A. P. Descentralização e intersetorialidade na construção de um novo modelo de gestão. **Revista de administração pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 2, 1998.

LIMA, M.A.D.S. *et al.* Acesso e acolhimento em unidades de saúde na visão dos usuários. **Acta paulista de enfermagem**, São Paulo, v. 20, n. 1, 2007.

LUDKE, M.; ANDRE, M. E. D.A. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: E.P.U., 2012. 99 p.

MACHADO, M. M. T.; LIMA, A. S. S.; MACHADO, M. F. A. S.; LINDSAY, A. C.; MAGALHÃES, F. B.; GAMMA, I. S. CUNHA, A. J. L. A. Características dos atendimentos e satisfação das mães com a assistência prestada na atenção básica a menores de 5 anos em Fortaleza, Ceará. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 3125-3133, 2012.

MALACHIAS, I.; LELES, F. A. G.; PINTO, M. A. S. **Plano Diretor de Regionalização da Saúde de Minas Gerais**. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2010.

MARQUES, F. C.; RIBEIRO, K. S. M. A.; SANTOS, W. Q. Intersetorialidade: possibilidade de parcerias entre a Estratégia Saúde da Família e a Pastoral da Criança. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 95, p.544-553, 2012.

MARSIGLIA, R. M. G. **Orientações básicas para pesquisa**. In: MOTA, A. E. Et. *al.* Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, p. 383-398. Postado em: <[http://www.fnepas.org.br/pdf/servico\\_social\\_saude/texto3-1.pdf](http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto3-1.pdf)> Acesso em: 1 Fev., 2014.

MARSIGLIA, R. M. G. Universalização do acesso ao Sistema Único de Saúde no Brasil: desafios para a Atenção Primária à Saúde, **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar** (Impresso), São Carlos, v. 20, n. 3, p. 317-325, 2012.

MEDEIROS, F. A.; SOUZA, G. C. A.; BARBOSA, A.; COSTA, C. C. Acolhimento em uma Unidade Básica de Saúde: a satisfação do usuário em foco. **Revista de salud pública**, Bogotá, v. 12, n. 3, p. 402-4013, 2010.

MELLO G. A. FONTANELLA B. J. B. DEMARZO M. N. P. Atenção Básica e Atenção Primária a saúde: origens e diferenças conceituais. **Revista de APS**, v. 12, n. 2, p. 204-213, 2009

MENDES, A. C. G.; MIRANDA, G. M. D.; FIGUEIREDO, K. E. G.; DUARTE, P. O.; FURTADO, B. M. A. S. M. Acessibilidade aos serviços básicos de saúde: um caminho ainda a percorrer. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.11, p. 2903-2912, 2012.

MENDES, E. V.; PESTANA, M. **Pacto de Gestão**: da Municipalização Autárquica à Regionalização Cooperativa. Secretaria de estado de Saúde de Minas Gerais. Belo Horizonte, p.80. 2004.

MERHY, E. E. **Ato de cuidar**: alma dos serviços de saúde. In: Merhy EE, organizador. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec; 2002. p.115-33.

MERHY, E.E. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: HUCITEC, 2002b.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 11ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2007. 407 p.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 3 ed. São Paulo: Editora Hucitec, 1994. 269 p.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Apresentação cartográfica PDR- 2011**. Belo Horizonte. 23 jan. 2013. Postado em: <<http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/APRESENTACaO%20CARTOGRAFICA%20PDR-2011.pdf>> Acesso em 23 Fev. 2014.

MITRE, S. M.; ANDRADE, E. I. G.; COTTA, R. M. M. Avanços e desafios do acolhimento na operacionalização e qualificação do Sistema Único de Saúde na Atenção Primária: um resgate da produção bibliográfica do Brasil. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 8, 2012.

MORAES, P. A.; BERTOLOZZI, M. R.; HINO, P. Percepções sobre necessidades de saúde na Atenção Básica segundo usuários de um serviço de saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 19-25, 2011.

OLIVEIRA, I. B. N. Acesso universal? Obstáculos ao acesso, continuidade do uso e gênero em um serviço especializado em HIV/AIDS em Salvador, Bahia, Brasil. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p.259-268, 2009.

OLIVEIRA, L. S.; ALMEIDA, L. G. N.; GIL, G. B.; CUNHA, A. B. O.; MEDINA, M. G. PEREIRA, R. A. G. Acessibilidade á atenção básica em um distrito sanitário de Salvador. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.1, p. 3047-56, 2012.

ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DE SAÚDE, **Gestão das condições de trabalho e saúde dos trabalhadores de saúde**. Brasília. Ministério da Saúde. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva/UFMG. p. 32. 2010.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **A atenção à saúde coordenada pela APS : construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate.** / Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. p.113.

PANIZZI, M.; FRANCO, T. B. A implantação do Acolher Chapecó Reorganizando o Processo de Trabalho. In: FRANCO, T. B.; PERES, M. A. A.; FOSCHIERA, M. M. P.; PANIZZI, M. (orgs.). **Acolher Chapecó: uma experiência de mudança do modelo assistencial, com base no processo de trabalho**. São Paulo: Hucitec; 2004. p.79-110.

PENNA, C. M. M.; FARIA, R. S. R.; REZENDE, G. P.; VIEGA, S. M. F. Acesso versus Resolutividade: a perspectiva de quem busca e de quem oferta atenção a saúde. **GERAIS: Revista de Saúde Pública do SUS/MG**. v. 1, n.1, p. 123-24, 2013.

PENNA, C. M. M; BRITO, M. J. M.; PORTO, F.; *et al.* Equity and resolution: of theory to construction in daily of health professionals. **Online Brazilian Journal of Nursing** (Embedded image moved to file: pic26962.gif), v. 6, p.1091/283, 2007.

PEREIRA, M. J. B.; ABRAHÃO-CURVO, P.; FORTUNA, C. M.; COUTINHO, S. S.; QUELUZ, M. C.; CAMPOS, L. V. O.; FERMINO, T. Z.; SANTOS, C. B. Avaliação das características organizacionais e de desempenho de uma unidade de Atenção Básica à Saúde. **Revista gaúcha de enfermagem**, Porto Alegre, v. 32, n. 1 p. 48-55, 2011.

PINHEIRO FILHO, F. P.; SARTI, F. M. Falhas de mercado e redes em políticas públicas: desafios e possibilidades ao Sistema Único de Saúde. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.17; n.1; p 2981-90, 2012.

PONTES, A. P. M.; CESSO, R. G. D.; OLIVEIRA, D. C. O.; GOMES, A. M. T.; Facilidades de acesso reveladas pelos usuários do Sistema Único de Saúde. **Revista brasileira de enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 4, p. 574-80, 2010.

POUPART, J. DESLAURIERS, J.P; LAPERRIÉRE, A. PIRES, A. P. **A pesquisa qualitativa: Enfoques epistemológicos e metodológicos**. 2 ed. Petrópolis. Vozes, 2010. p.464

PUCCINI, P. T.; CORNETA, V. K.; SAHYOM, T. Z.; FUENTES, I. C. P.; BOTTA, L. M. G.; PUCCINI, R. F. Concepções de profissionais de saúde sobre o papel das unidades básicas nas redes de atenção do SUS/Brasil. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17; n. 1; p. 2941-52, 2012.

QUEIRÓZ, E. S.; PENNA, C. M. M. Conceitos e práticas de integralidade no município de Catas Altas-MG. **REME: revista mineira de enfermagem**, Belo Horizonte, v.15, n.1, p. 62-69, 2011.

RAIMUNDO, J. S.; CADETE, M. M. M. Escuta qualificada e gestão social entre os profissionais de saúde. **Acta paulista de enfermagem**, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 61-67, 2012.

RAMOS, D. D.; LIMA, M. A. D. S. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 19; n.1; p. 27-34, 2003.

REZENDE, V. A. **(In) Possibilidades de acesso á atenção á saúde no cotidiano da Estratégia Saúde da Família**. 2013. 126f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem e Saúde) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2013.

ROSA, R. B.; PELEGRINI, A. H. W.; LIMA, M. A. D. S. Resolutividade da assistência e satisfação de usuários da Estratégia Saúde da Família. **Revista gaúcha de enfermagem**, Porto Alegre (RS), v.32, n. 2, p.345-51, 2011.

SANTOS, I. M. V.; SANTOS, A. M. Acolhimento no Programa Saúde da Família: revisão das abordagens em periódicos brasileiros. **Revista de salud pública**, Bogotá, v. 13, n. 4, p. 703-716, 2011.

SANTOS, L; ANDRADE, LMO. Acesso às ações e aos serviços de saúde: uma visão polissêmica. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n. 11, p.2876-2878, 2012.

SANTOS, T. V. C. PENNA, C, M, M. Demandas cotidianas na atenção primária: o olhar de profissionais da saúde e usuários. **Texto & contexto-enfermagem**, Florianópolis, v. 22, n. 1, p. 149-56, 2013.

SANTOS, T. V. C; PENNA, C. M. M. Demandas cotidianas na atenção primária: o olhar de profissionais da saúde e usuários. **Texto & contexto-enfermagem**, Florianópolis, v. 22, n. 1, p.149-56, 2013.

SAWYER, D. O.; LEITE I. C.; ALEXANDRINO, R. Perfis da utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.7, n.4, p.757-776, 2002.

SCHIMITH, M. D.; SIMON, B. S.; BRÊTAS, A. C. P.; BUDÓ, M. L.D. Relações entre profissionais de saúde e usuários durante as práticas em saúde. **Trabalho, educação e saúde**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 479-503, 2011.

SERRA, C. G.; RODRIGUES, P. H. A. Avaliação da referência e contrarreferência no Programa Saúde da Família na Região Metropolitana do Rio de Janeiro. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n. 3, p.3579-3586, 2010.

SERRA, C.G.; RODRIGUES, P. H. A. Avaliação da referência e Contrarreferência no Programa Saúde da Família na Região Metropolitana do Rio de Janeiro (RJ, Brasil). **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 3579-3586, 2010.

SÍCOLI, J. L.; NASCIMENTO, P. R. Health promotion: concepts, principles and practice, **Interface: comunicação, saúde, educação**, Botucatu, v.7, n.12, p. 91-112, 2003.

SILVA, C.B.; RAMIRES, J. C. L. Regionalização da saúde em Minas Gerais: Algumas reflexões críticas. **Hygeia, Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, Uberlândia, v.6, n.11, p. 60 – 79, 2010.

SOUZA, C. C. B. X.; ROCHA, E. F. Portas de entrada ou portas fechadas? O acesso à reabilitação nas unidades básicas de saúde da região sudeste do município de São Paulo – período de 2000 a 2006. **Revista de terapia ocupacional**, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 230-239, 2010.

SOUZA, E. C. F. et. al. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n.1, p.100-110, 2008.

SOUZA, J. V. A. **Luzes e sombras sobre a história e a cultura do Vale do Jequitinhonha**. In: SANTOS, G. R. (Org). Trabalho, Cultura e Sociedade no Norte/Nordeste de Minas: Considerações a partir das Ciências Sociais. Montes Claros/MG: Best Comunicação e Marketing, 1997.

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

TADDEO, P. S.; GOMES, K. W. L.; CAPRARA, A. GOMES, A. M. A.; OLIVEIRA, G. C.; MOREIRA, T. M. M. Acesso, prática educativa e empoderamento de pacientes com doenças crônicas. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.1, p 2923-30, 2012.

TAVARES *et al.* Novas perspectivas na gestão para resultados na saúde em minas gerais: a implantação dos contratos organizativos de ação pública de saúde . In:VI CONGRESSO CONSAD DE GESTÃO PÚBLICA, 2013, Centro de Convenções Ulysses Guimarães, Brasília, 2013. Postado em < <http://consadnacional.org.br/wp-content/uploads/2013/05/031-NOVAS-PERSPECTIVAS-NA-GEST%C3%83O-PARA-RESULTADOS-NA-SA%C3%9ADE-EM-MINAS-GERAIS-A-IMPLANTA%C3%87%C3%83O-DOS-CONTRATOS-ORGANIZATIVOS-DE-A%C3%87%C3%83O-P%C3%9ABLICA-DE-SA%C3%9ADE.pdf>>. Acesso em: 7 mar 2014.

TRAVASSOS, C. M. R.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v.20, n. 2. p. 5190-5198, 2004.

TRAVASSOS, C.; OLIVEIRA, E. X. G.; VIACAVA, F. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.11, n.4, p. 975-986, 2006.

TRAVASSOS, C.; VIACAVA, F.; FERNANDES, C.; ALMEIDA, C. M. Desigualdades geográficas e sociais na utilização dos serviços de saúde no Brasil. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n.1, p.133-149, 2000.

TRIVINOS, A. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**. São Paulo: Atlas, p. 175. 2012.

TURRINI, R. N. T.; LEBRÃO, M. L.; CESAR, C. L. G. Resolutividade dos serviços de saúde por inquérito domiciliar: percepção do usuário. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v.21, p. 663-74, 2008.

UCHOA, A. C.; SOUZA, E. L.; SPINELLI, A. F. S.; MEDEIROS, R. G.; PEIXOTO, D. C. S.; SILVA, R. A. R.; ROCHA, N. S. P. Avaliação da satisfação do usuário do Programa da Saúde da Família da zona rural de dois pequenos municípios do Rio Grande do Norte. **Physis (Rio de Janeiro)**, Rio de Janeiro, v.21, n.3, p.1061-1076, 2011.

UNGLERT, C. V. de S. O enfoque da Acessibilidade no Planejamento da Localização e Dimensão dos Serviços de Saúde. **Revista de saúde pública**, São Paulo, v. 24, n. 6, p. 445-452, 1990.

UNGLERT, C. V. S; ROSENBERG, C. P.; JUNQUEIRA, C.B. Acesso a serviços de saúde: uma abordagem de geografia em Saúde Pública. **Revista de saúde pública**, São Paulo, v. 21, p. 439-446, 1987.

VARGAS, A. M. D. *et al.* O acesso aos serviços públicos de saúde em área limítrofe entre municípios. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 3, p. 821-828, july-sept. 2011.

VELLOSO, V. R. O.; SOUZA, R. G. Acesso e hierarquização: um caminho (re)construído. In: BODSTEIN, Regina (org.). **Serviços Locais de Saúde**: construção de atores e políticas. Rio de Janeiro: Relume Dumará, p. 97-115. 1993.

VIEGAS, S. M. F. **A integralidade no cotidiano da estratégia saúde da família em municípios do Vale Jequitinhonha- Minas Gerais**. 2010. 282f. Tese (Doutorado em Saúde e Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010.

VIEGAS, S. M. F.; HEMMI, A. P. A.; SANTOS R. V.; PENNA C. M. M. O cotidiano da assistência ao cidadão na rede de saúde de Belo Horizonte. **Physis (Rio de Janeiro)**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 769-84, 2010.

VIEGAS, S. M. F.; PENNA, C. M. M. A construção da integralidade no trabalho cotidiano da equipe de saúde da família. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v.17, n.1, p.133 – 141, 2013a.

VIEGAS, S. M. F.; PENNA C. M. M. O SUS é universal, mas vivemos de cotas. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 181-90, 2013b.

VIEGAS, S. M. F.; PENNA, C. M. M. O vínculo como diretriz para a construção da integralidade na Estratégia Saúde da Família. **Rev. RENE: revista da rede de enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 13, n. 2, p. 375-85,2012.

VIEIRA, I. M.; SANTOS, A. M. Acolhimento no programa Saúde da Família: revisão das abordagens em periódicos brasileiros. **Revista de salud pública**, Bogotá, v. 13, n. 4, p. 703-716, 2011.

WHO, The global shortage of health workers and its impact. Fact sheet (302), April, 2006. Postado em: <<http://www.who.int/workforcealliance/media/news/newsbulletin/13nov2009/en/>> Acesso em: 4 Nov., 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde** . Tradução Suzana Gontijo. Organização Pan-Americana da Saúde, Brasília, 2005. 60p.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2010. 212 p.

**8 ANEXOS**

**ANEXO A – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – UFMG**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP

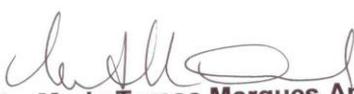
Parecer nº. ETIC 0571.0.203.000-09

Interessado(a): **Profa. Cláudia Maria de Mattos Penna**  
**Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e**  
**Saúde Pública**  
**Escola de Enfermagem - UFMG**

**DECISÃO**

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 02 de dezembro de 2009, o projeto de pesquisa intitulado "**Acesso versus resolutividade: a perspectiva de quem busca e de quem oferta atenção à saúde**" bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.

  
**Profa. Maria Teresa Marques Amaral**  
**Coordenadora do COEP-UFMG**

## 9 APÊNDICES

## Apêndice A

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Usuários)

Gostaria de convidar você a participar de uma pesquisa intitulada “**Acesso versus resolutividade: a perspectiva de quem busca e de quem oferta atenção à saúde**”, sob minha coordenação, Dra. Cláudia Maria de Mattos Penna, professora na Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais.

O estudo tem por objetivo compreender o acesso aos serviços de saúde a partir de sua perspectiva, enquanto usuário dos serviços de saúde, ou seja, de que forma você busca e utiliza os serviços de saúde que estão à sua disposição na cidade e de que forma você percebe como é atendido e se recebe atenção necessária quando precisa.

Para falar sobre isso, você deverá responder algumas perguntas sobre quais as necessidades de saúde que você e sua família apresentam quando vão buscar atendimento na unidade de saúde; em que situações buscam a unidade de saúde e quais não buscam; de que forma você se sente recebido no serviço; como você vê a atenção de saúde, quais fatores facilitam ou dificultam sua ida aos serviços de saúde e contar sobre situações em que você foi bem atendido e outras que não foi. Se você permitir, suas respostas serão gravadas em um gravador para que seja fiel às respostas que você deu quando for transcrevê-las e você poderá escutar se assim o desejar. Se você permitir gostaria de acompanhá-lo em uma consulta, caso o profissional de saúde que o atenda também permita, para observar como ela acontece e anotar em um caderno, chamado de diário de campo, que você poderá ler depois para autorizar sua utilização ou não.

Espera-se que esta pesquisa possa contribuir para compreender de que forma você e sua família, enquanto usuários chegam até os serviços públicos de saúde, como também, o tipo de atendimento e tratamento que recebem, de forma a caracterizar as situações que permeiam o acesso aos serviços de saúde e buscar melhorias em conjunto com os trabalhadores da saúde para o atendimento, se for o caso.

Sua colaboração é voluntária e o seu anonimato será garantido. Firmo o compromisso de que suas respostas serão utilizadas apenas para fins desta pesquisa e de artigos que poderão ser publicados, e as gravações e o diário de campo ficarão sob minha responsabilidade por um período de 5 anos e depois serão destruídos. O seu consentimento em participar desta pesquisa deve considerar também, que o projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UFMG (COEP/UFMG)<sup>4</sup>, local também que você pode fazer contato para ter esclarecimentos, a partir do telefone e endereço abaixo.

Em qualquer momento da pesquisa, você poderá fazer perguntas, caso tenha dúvidas, e retirar sua permissão e autorização para participar, além de não permitir a posterior utilização dessas respostas, sem nenhum ônus ou prejuízo em relação a seu atendimento, nem de sua família pela unidade de saúde. Reafirmo que em qualquer situação seu atendimento não será prejudicado e que você não terá nenhum gasto extra e nem mesmo será pago pelas informações.

Se estiver de acordo e as declarações forem satisfatórias, favor assinar o presente termo, em duas vias, dando seu consentimento para a participação como voluntário dessa pesquisa, sendo que uma cópia ficará em seu poder.

Atenciosamente,

Cláudia Maria de Mattos Penna

Declaro ter recebido informações suficientes e estou de acordo em participar desta pesquisa.

Assinatura: \_\_\_\_\_

---

<sup>4</sup> Contatos: **Comitê de Ética e Pesquisa da UFMG (COEP)**: Av. Pres. Antônio Carlos, n° 6627. Prédio da Reitoria, 7° andar, sala 7018, Bairro Pampulha, Belo Horizonte/MG. CEP: 31270901. Tel: (31) 3409-4592.

## Apêndice B

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Profissionais

Gostaria de convidá-lo(a) a participar de uma pesquisa intitulada “**Acesso versus resolutividade: a perspectiva de quem busca e de quem oferta atenção à saúde**”, sob minha coordenação, Dra. Cláudia Maria de Mattos Penna, professora na Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais.

O estudo tem por objetivo compreender acesso a saúde na perspectiva dos usuários de unidades de saúde e resolutividade dos serviços de saúde na perspectiva dos profissionais de unidades de saúde de municípios de Minas Gerais e estabelecer relações entre acesso à saúde e resolutividade dos serviços de saúde

Trata-se de uma pesquisa qualitativa e a coleta de dados será realizada por meio de entrevistas e observação. Assim você responderá perguntas sobre como é seu dia de atendimento no setor de trabalho, como busca resolver as demandas que aparecem; como é o acolhimento feito as necessidades de saúde da população adstrita; de que forma os serviços estão organizados; se há referência e contra-referência; como é a sua relação com gerencia, equipe de trabalho e usuários. As respostas dadas serão gravadas, se assim for permitido, para ser o mais fidedigno a elas, estando à sua disposição para ouvir, se assim o desejar. As observações ocorrerão durante uma consulta, se você permitir e caso o usuário atendido dê sua permissão, ou em outras atividades e serão registradas em diário de campo, que você poderá ler depois para autorizar sua utilização ou não.

Espera-se que esta pesquisa possa contribuir para compreender os mecanismos de ingresso ou não da população usuária, aos serviços públicos de saúde, como também, o tipo de atendimento e tratamento dispensado, de forma a caracterizar as situações que permeiam o acesso aos serviços de saúde e buscar estratégias conjuntas com usuários e gestores para as melhorias de acesso e atendimento se for o caso.

Sua colaboração é voluntária e o seu anonimato será garantido. Firmo o compromisso de que as declarações serão utilizadas apenas para fins desta pesquisa e veículos de divulgação científica, e as gravações e o diário de campo ficarão sob minha responsabilidade por um período de 5 anos e depois serão destruídos. O seu consentimento em participar desta pesquisa deve considerar também, que projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UFMG (COEP/UFMG).

Em qualquer fase da pesquisa, você poderá fazer perguntas, caso tenha dúvidas, e retirar o seu consentimento, além de não permitir a posterior utilização de seus dados, sem nenhum ônus ou prejuízo. Você poderá contatar também o Comitê de Ética<sup>5</sup> para esclarecimentos. Esclareço também que você não terá nenhum gasto adicional e nem será ressarcido.

Se estiver de acordo e as declarações forem satisfatórias, favor assinar o presente termo, dando seu consentimento para a participação da pesquisa em questão.

Atenciosamente,

Cláudia Maria de Mattos Penna

Declaro ter recebido informações suficientes e estou de acordo em participar desta pesquisa.

Assinatura: \_\_\_\_\_

---

<sup>5</sup> Contatos: **Comitê de Ética e Pesquisa da UFMG (COEP)**: Av. Pres. Antônio Carlos, nº 6627. Prédio da Reitoria, 7º andar, sala 7018, Bairro Pampulha, Belo Horizonte/MG. CEP: 31270901. Tel: (31) 3409-4592.

## Apêndice C

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Gestores

Gostaria de convidá-lo(a) a participar de uma pesquisa intitulada “**Acesso versus resolutividade: a perspectiva de quem busca e de quem oferta atenção à saúde**”, sob minha coordenação, Dra. Cláudia Maria de Mattos Penna, professora na Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais.

O estudo tem por objetivo compreender acesso à saúde na perspectiva dos usuários de unidades de saúde e resolutividade dos serviços de saúde na perspectiva dos profissionais de unidades de saúde de municípios de Minas Gerais e estabelecer relações entre acesso à saúde e resolutividade dos serviços de saúde

Trata-se de uma pesquisa qualitativa e a coleta de dados será realizada por meio de entrevistas e observação. Assim você responderá perguntas sobre como descreve o atendimento em seu município; quais são as relações que mantém com outros municípios, ou seja, de quais consórcios de saúde participa; quais são as políticas e programas mantidos para assistência da população; como as demandas que aparecem são resolvidas; de que forma os serviços estão organizados; se há referência e contra-referência; como é a sua com a equipe de trabalho sob sua coordenação. As respostas dadas serão gravadas, se assim for permitido, para ser o mais fidedigno a elas, estando à sua disposição para ouvir, se assim o desejar.

Espera-se que esta pesquisa possa contribuir para compreender os mecanismos de ingresso ou não da população usuária, aos serviços públicos de saúde, como também, o tipo de atendimento e tratamento dispensado, de forma a caracterizar as situações que permeiam o acesso aos serviços de saúde e buscar estratégias conjuntas com usuários e trabalhadores para as melhorias de acesso e atendimento se for o caso.

Sua colaboração é voluntária e o seu anonimato será garantido. Firmo o compromisso de que as declarações serão utilizadas apenas para fins desta pesquisa e veículos de divulgação científica, e as gravações ficarão sob minha responsabilidade por um período de 5 anos e depois serão destruídos. O seu consentimento em participar desta pesquisa deve considerar também, que projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UFMG (COEP/UFMG).

Em qualquer fase da pesquisa, você poderá fazer perguntas, caso tenha dúvidas, e retirar o seu consentimento, além de não permitir a posterior utilização de seus dados, sem nenhum ônus ou prejuízo. Você poderá contatar também o Comitê de Ética<sup>6</sup> para esclarecimentos. Esclareço também que você não terá nenhum gasto adicional e nem será ressarcido.

Se estiver de acordo e as declarações forem satisfatórias, favor assinar o presente termo, dando seu consentimento para a participação da pesquisa em questão.

Atenciosamente,

Cláudia Maria de Mattos Penna

Declaro ter recebido informações suficientes e estou de acordo em participar desta pesquisa.

Assinatura: \_\_\_\_\_

---

<sup>6</sup> Contatos: **Comitê de Ética e Pesquisa da UFMG (COEP)**: Av. Pres. Antônio Carlos, nº 6627. Prédio da Reitoria, 7º andar, sala 7018, Bairro Pampulha, Belo Horizonte/MG. CEP: 31270901. Tel: (31) 3409-4592.

## Apêndice D

### Roteiro Básico Entrevista Gestores

Entrevista nº

Sexo:

Profissão:

Cargo:

Tempo de formado:

Natural do município:

De que forma foi indicado para o cargo:

1. Como você descreveria o atendimento prestado pelo seu município?
2. Quais são as políticas ou programas oferecidos pelo município?
3. Como descreveria a população atendida?
4. Quais são as demandas dessa população?
5. O que pensa sobre o acesso aos serviços de saúde?
6. De que forma o setor saúde está organizado?
7. Quais são os consórcios feitos pelo município?
8. Como vê sua relação com as equipes de saúde que atendem no município?
9. Como vê as relações entre os setores de saúde?
10. Gostaria de falar mais alguma coisa.

## **Apêndice E**

### **Roteiro Básico Entrevistas Profissionais**

Entrevista n°

Sexo:

Profissão:

Tempo de formado:

Especialização:

Tempo de atuação no município:

Presta atendimento em outro município:

Horas de deslocamento:

Locais de trabalho:

Horas de trabalho/dia:

1. Descreva seu dia de trabalho
2. Quais são as atividades que desenvolve?
3. O que pensa sobre a resolutividade de suas ações? Da equipe? Do serviço?
4. Como você vê a organização do serviço? Da equipe? De seu trabalho?
5. Como você descreveria o acolhimento realizado na unidade?
6. Como vê a população atendida por você? Quais são as maiores demandas que encontra? Como resolve as demandas que aparecem?
7. Como você descreveria a relação com os gestores? Com sua equipe? Com o serviço?
8. Para onde encaminha os usuários quando precisa? Que retorno recebe quando eles voltam dos atendimentos para os quais foram encaminhados?
9. Gostaria de acrescentar algo mais?

## **Apêndice F**

### **Roteiro Básico Entrevistas Usuários**

Entrevista n°:

Sexo:

Idade:

Profissão:

Escolaridade:

N° de pessoas na família:

Faixa etária:

Membro familiar:

1. Quais são os motivos que te levam a procurar atendimento na Unidade de Saúde? E sua família?
2. Como você descreveria a maneira que você é atendido? Como você se sente?
3. O que você pensa sobre esse atendimento?
4. Quais são as facilidades que você encontra quando vai buscar atendimento?
5. Quais são as dificuldades que você encontra?
6. O que você acha que deveria ser melhorado no atendimento?
7. Conte para mim alguma situação em que se sentiu bem atendido ou não.
8. Gostaria de falar mais alguma coisa.