

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

VERÔNICA AMORIM REZENDE

**(IM) POSSIBILIDADES DE ACESSO À ATENÇÃO À SAÚDE NO COTIDIANO DA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

BELO HORIZONTE

2013

Verônica Amorim Rezende

**(IM) POSSIBILIDADES DE ACESSO À ATENÇÃO À SAÚDE NO COTIDIANO DA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

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

Área de Concentração: Enfermagem e Saúde

Linha de Pesquisa: Planejamento, Organização e Gestão dos Serviços de Saúde e de Enfermagem

Orientadora: Profª Drª Cláudia Maria de Mattos Penna

Belo Horizonte
2013

R467i Rezende, Verônica Amorim.
(Im) Possibilidades de acesso à atenção à saúde no cotidiano da Estratégia Saúde da Família [manuscrito]. / Verônica Amorim Rezende. -- Belo Horizonte: 2013.
126f.: il.
Orientadora: Cláudia Maria de Mattos Penna.
Área de concentração: Enfermagem e Saúde.
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.

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

NLM: W 76

Verônica Amorim Rezende

(IM) POSSIBILIDADES DE ACESSO À ATENÇÃO À SAÚDE

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem. Área de Concentração: Enfermagem e Saúde. Linha de Pesquisa: Planejamento, Organização e Gestão dos Serviços de Saúde e de Enfermagem.

Aprovada em

.....
Cláudia Maria de Mattos Penna, Prof^ª Dr^ª, EE-UFGM
Orientadora

.....
Maria José Menezes Brito, Prof^ª Dr^ª, EE-UFGM
1º Examinador

.....
Kênia Lara Silva, Prof^ª Dr^ª, EE-UFGM
2º Examinador

.....
Selma Maria da Fonseca Viegas, Prof^ª Dr^ª, UFSJ-MG
1º Suplente

.....
Andrea Gazzinelli, Prof^ª Dr^ª, EE-UFGM
2º Suplente

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos meus queridos pais, Iberê e Maria de Lourdes, exemplos de honestidade, garra e coragem que me fazem crer na fé, no amor e na sensibilidade. Obrigada por dedicarem suas vidas à minha.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pelo amparo e proteção, conduzindo-me às minhas escolhas e realizações.

Ao meu irmão, Luis Otávio, pelo apoio e contribuição.

À Professora Doutora Cláudia Penna, pelas valiosas contribuições ao meu texto. Seus saberes em muito contribuíram para o meu crescimento profissional.

À Professora Doutora Roseni Sena, pelos primeiros passos instigando-me à reflexão e à busca por aprimoramento.

À professora Doutora Maria Jose Cabral Grillo, pela disponibilidade, apoio e incentivo.

À Marisa Medeiros, pelo profissionalismo e por compartilhar vivências nesse momento de finalização do trabalho.

Aos membros do Núcleo de Pesquisa em Cotidiano, Cultura, Educação e Saúde (NUPECCS), pela convivência enriquecedora de conhecimento.

Aos amigos que compartilharam das alegrias e angústias. Por suas acolhidas, pelos momentos de descontração, torcida e compreensão nas ausências. Sintam-se abraçados, cada um de vocês.

À Assistente Social, Marly, por acreditar em meu sonho, apoiar e permitir que pudesse realizá-lo.

À Equipe Verde (Salatiel, Fatinha, Rosi, Juscélia, Marilde, Elza e Shirley), pelo carinho, apoio, incentivo e por tornarem o trabalho mais prazeroso e gratificante. As percepções de vocês sobre o cuidado com o usuário e o senso de responsabilidade de cada um, fazem com que nossos encontros se transformem em aprendizados diários.

À Livia Leni e Luisa Storino, pelos momentos de “socialidade”, incentivos e compartilhamento das vivências que o mestrado nos trouxe.

Aos colegas de trabalho, pelo convívio diário, por atuarem nos momentos de minha ausência e por terem auxiliado em meu amadurecimento.

Aos participantes da pesquisa, que gentilmente contribuíram para a realização desse estudo.

Aos usuários, que nos inspiram e fazem com que busquemos novos modos de fazer saúde.

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

O termo *acesso* ou *acessibilidade* abrange as dimensões geográficas e sócio-organizacional, tendo caráter qualitativo multifacetado. Estudo de caso qualitativo, visando analisar o acesso à atenção à saúde na perspectiva de dois gestores, doze profissionais de saúde e onze usuários, sujeitos do estudo. Cenários: duas Unidades Básicas de Saúde (UBS) da Regional Norte do município de Belo Horizonte. Os termos da Resolução CNS-196/96 foram observados e os dados coletados por entrevista individual com roteiros semiestruturados, foram submetidos à análise de conteúdo temática, sendo organizados nas seguintes categorias: A Estratégia Saúde da Família e suas tecnologias operacionais: limites e potencialidades para o acesso à saúde; A oferta (des) centralizada de ações e serviços e o fazer cotidiano: o prescrito e o real; Trilhas para o Acesso à atenção à Saúde. Os sujeitos consideraram a Estratégia Saúde da Família (ESF) como organizadora do acesso à atenção à saúde, reduzindo iniquidades e avançando na ampliação do acesso. Evidenciaram condições cotidianas que podem limitar o direito à saúde formalmente instituído, por expressarem incoerências e discordâncias na prática. Denotou-se uma política centralizadora que resulta em (im)propriedades organizacionais e processos avaliativos que buscam produtividade e metas estabelecidas por indicadores de saúde; pacotes de oferta predefinidos burocraticamente que interpõem barreiras aos usuários; oferta pouco programática que contempla especialmente a demanda espontânea; e ciclo de produção marcado por demandas voltadas à priorização de consultas médicas, medicamentos, exames e encaminhamentos para especialidades. Os usuários encontram modos de acessar os serviços estabelecendo posturas de passividade ou de reatividade. O acolhimento e o vínculo expressam-se como tecnologias potencializadoras e inclusivas ao aproximarem os usuários dos profissionais de saúde/serviços por meio de relações afetivas, possibilitando maior interação e resolução. Conclui-se que o acesso é fundamental para a efetivação do direito à saúde; que a sua qualidade depende de vários atributos para a redução dos entraves cotidianos; e que conhecer o olhar dos que ofertam e buscam a atenção, é relevante para desvelar as (im)possibilidades de acesso aos serviços.

Palavras-chave: Acesso aos Serviços de Saúde. Saúde da Família. Sistema Único de Saúde. Atenção Primária à Saúde.

REZENDE, V.A. Access (Im)Possibility to Health Care in the daily Family Health Strategy 2013. 126 f. Dissertation (Master in Nursing) – Nursing College, Minas Gerais Federal University. Belo Horizonte, Minas Gerais, 2013.

The term access or accessibility covers the geographical and social organizational dimensions, which have a multifaceted qualitative character. It is a qualitative case study, aiming at the analysis of the access to Health Care on the perspective of two managers, twelve health professionals and eleven users, subjects of this study. Scenarios: two Health Basic Units (HBU) of the North of Belo Horizonte city. The terms of CNS-196/96 Resolution were observed and the data were collected through individual interview with semi structured scripts and were submitted to the thematic content analysis. The subjects have considered that Family Health Strategy (FHS) organized health care access, reduced inequities and went towards enhancing the access. They showed the everyday conditions which can limit the right to health formally put in place as they express inconsistencies and disagreements in practice. A centralizing policy is noticeable, this results in organizational (im)properties and evaluative processes looking for productivity and goals established by health indicators; offer packages predefined in a bureaucratic way which rise barriers to the users; a few programmatic offer which contemplates specially the spontaneous demand; and a production cycle characterized by demands focused on the prioritization of medical consultations, medicines, medical examinations and referral to specialists. The users find ways to access the services establishing passive or reactive attitudes. The reception and the bond show to be technologies which strengthen and include as they approach the users to the health care professional/services through affective relationships, making possible a greater interaction and resolution. We concluded that the access is fundamental to turn effective the right to health care; its quality depends on many attributes for the reduction of daily barriers; and knowing the look from those who offer and seek health care is relevant to disclose the (im)possibilities of access to the services.

Key words: Access to Health Care Services. Family Health. Unified Health System. Primary Health Care.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
1.1	CONSIDERAÇÕES INICIAIS	13
1.2	A GÊNESE DO ESTUDO	14
1.3	OBJETIVO	18
2	REFERENCIAL TEÓRICO	19
2.1	ACESSO EM SAÚDE: UM CONCEITO POLISSÊMICO	19
3	PERCURSO METODOLÓGICO	25
3.1	ABORDAGEM TEÓRICO-METODOLÓGICA	25
3.2	UMA APROXIMAÇÃO AOS CENÁRIOS DA PESQUISA	27
3.3	SUJEITOS DA PESQUISA	31
3.4	INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS PARA A COLETA DE DADOS	31
3.5	ANÁLISE DOS DADOS	32
3.6	ASPECTOS ÉTICOS	33
3.7	PERFIL DOS SUJEITOS DE PESQUISA	34
	3.7.1 Gestores e Profissionais de Saúde	34
	3.7.2 Usuários	37
4	ACESSO À ATENÇÃO À SAÚDE NO COTIDIANO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	39
4.1	A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E SUAS TECNOLOGIAS OPERACIONAIS: LIMITES E POTENCIALIDADES PARA O ACESSO À SAÚDE	39
	❖ A ESF como organizadora do acesso à atenção à saúde	39
	❖ Acolhimento e vínculo: dos discursos aos modos de fazer no dia a dia	44
	❖ Eu subo o morro, mas eu chego lá... ou não!	58
4.2	A OFERTA (DES)CENTRALIZADA DE AÇÕES E SERVIÇOS E O FAZER COTIDIANO: O PRESCRITO E O REAL	62
	❖ Oferta programada de ações e serviços: acesso inclusivo ou excludente?	62
	❖ Demandas espontâneas <i>versus</i> o desejo e o fazer cotidiano em saúde	70
	❖ A centralidade da gestão municipal: interferências no acesso	78
4.3	TRILHAS PARA O ACESSO À ATENÇÃO À SAÚDE	86
	❖ Acessibilidade possível	86
	❖ A (não) complementaridade entre o público e o privado: qual escolher? Ou não?	93
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	99
	REFERÊNCIAS	104

(continua)

(continuação)

APÊNDICES	116
A – Roteiro semiestruturado de entrevista com Gestores	117
B – Roteiro semiestruturado de entrevista com Profissionais de Saúde	118
C – Roteiro semiestruturado de entrevista com Usuários	119
D – Termo de Autorização	120
E – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Usuários)	121
F – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Profissionais de Saúde) ...	122
G – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Gestores)	123
ANEXOS	124
A – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG	125
B – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte	126

LISTA DE FIGURAS E QUADROS

Figuras

1	Distritos Sanitários de Belo Horizonte	28
2	Índice de Vulnerabilidade Social da Regional Norte de Belo Horizonte	29

Quadros

1	Bairros pertencentes à Regional Norte de Belo Horizonte	28
2	Perfil dos Gestores e Profissionais de Saúde, de acordo com a atuação profissional	36
3	Perfil dos Usuários segundo as condições sociodemográficas	38

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica de Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
COEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IVS	Índice de Vulnerabilidade Social
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NOB	Norma Operacional Básica
NUPECCS	Núcleo de Pesquisa em Cotidiano, Cultura, Educação e Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PMAQ	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNH	Política Nacional de Humanização
PSF	Programa Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UPA	Unidade de Pronto-Atendimento

“O real não está na saída nem na chegada: ele se dispõe para a gente é no meio da travessia”.

João Guimarães Rosa (1986, p.26-52)

1 INTRODUÇÃO

Um encontro é talvez a mesma coisa que um devir ou núpcias. É do fundo dessa solidão que se pode fazer qualquer encontro. Encontram-se pessoas (e às vezes sem as conhecer nem jamais tê-las visto), mas também movimentos, idéias, acontecimentos, entidades. Todas essas coisas têm nomes próprios, mas o nome próprio não designa de modo algum uma pessoa ou um sujeito. Ele designa um efeito, um zigzague, algo que passa ou que se passa entre dois como sob uma diferença de potencial... (DELEUZE; PARNET, 1998, p.6)

1.1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Este estudo se inscreveu na trajetória de minhas vivências pessoais e profissionais relacionadas ao Sistema Único de Saúde (SUS). Compreendo que há uma íntima relação entre o sujeito e seu objeto, vivenciada em momentos ricos, em que ele apreende e se posiciona frente ao objeto que deseja investigar, estabelecendo diálogos silenciosos que se interrelacionam com a realidade vivenciada.

Nesse caminho, durante a graduação, aproximei-me do campo da pesquisa como bolsista de iniciação científica, o que permitiu momentos críticos e reflexivos sobre a gestão, a assistência e a formação em saúde, além de contato com a assistência proporcionada pelo ensino clínico e estágios curriculares realizados. Essas experiências propiciaram não só aprendizado, mas o encontro com inúmeras superações e dificuldades presentes no campo laboral em saúde.

Alguns anos depois de concluída a graduação em Enfermagem, inseri-me no Núcleo de Pesquisa em Cotidiano, Cultura, Educação e Saúde (NUPECCS) da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (EEUFMG), que vinha desenvolvendo o projeto de pesquisa: “Acesso e Resolutividade: a perspectiva de quem busca e oferta a atenção”, cujos objetivos eram: compreender o acesso à saúde e a resolutividade dos serviços de saúde na perspectiva dos usuários de unidades de saúde de municípios de Minas Gerais; além de estabelecer relações entre acesso à saúde e resolutividade dos serviços de saúde.

À época, já atuava como enfermeira da Estratégia Saúde da Família (ESF) no município de Belo Horizonte, o que tornou este estudo um subprojeto da pesquisa mencionada ao ingressar no mestrado acadêmico na EEUFMG. Cabe salientar que um município de grande porte, como o de Belo Horizonte, por possuir uma extensa dimensão territorial com uma complexa rede de serviços, possui características e especificidades que podem conformar o acesso aos serviços de saúde de forma diferenciada dos demais municípios de Minas Gerais.

Nesse espaço, deparo-me continuamente com os encontros e (des)encontros no acesso dos usuários ao sistema de saúde, o que trouxe maior implicação com o objeto de pesquisa.

Ainda, apresento-me como usuária do sistema público de saúde, o que me permitiu vivenciar situações conflitantes que trouxeram novos questionamentos buscando guiar a superação das práticas estabelecidas.

Os caminhos percorridos até então, e o contato diário com o serviço e seus usuários, aliados à reflexão sobre o agir em saúde, conduziram-me ao encontro de inquietações a serem respondidas, originando este estudo.

Considero que o objeto de minha pesquisa esteve sempre comigo, de forma latente mas ainda pouco nítido difuso e fragmentado. No trabalho de campo, a cada entrevista, foram resgatadas associações com a realidade vivida, desencadeando um processo constante de transformação, enquanto aprofundava o estudo. A cada momento, o tema tornava-se mais claro, conciso e robusto, sinalizando a sua pertinência e oportunidade. Ao estar imbricada nessa trajetória, vivi momentos ricos, críticos, porém, não menos difíceis e inquietantes.

1.2 A GÊNESE DO ESTUDO

O acesso aos serviços de saúde tem sido objeto de análise na literatura internacional, e considerado como relevante aspecto para a elaboração de políticas públicas de saúde e discussões sobre os sistemas de saúde (GULLIFORD; MORGAN, 2003; KNIGHT, 2005; KOPACH et al., 2007; MORGAN, 2008; FURTADO; PEREIRA, 2010; BLOCH et al., 2011).

No Brasil, o sistema de saúde conforma-se como Sistema Único de Saúde (SUS), que adota a ESF como modalidade adequada aos princípios do SUS (universalidade da atenção à saúde, equidade e integralidade) e o espaço da Atenção Primária à Saúde (APS)¹ ou Atenção Básica à Saúde (ABS), como nível essencial na estruturação e consolidação do modelo e do sistema propostos (QUEIROZ, 2008; CAVALCANTI, 2009).

Os serviços de atenção primária, de urgência e emergência, de atenção psicossocial e especiais de acesso aberto, são considerados portas de entrada às ações e serviços de saúde. Contudo, o acesso universal e igualitário será coordenado pela APS, que deverá avaliar os riscos individuais e coletivos, o critério cronológico e as especificidades dos indivíduos (BRASIL, 2011b). Apesar disso, é importante considerar que o acesso não deve ser restrito a

¹ Apesar do conceito da APS ser amplamente utilizado internacionalmente com sua expansão por meio da Organização Mundial de Saúde (OMS), no Brasil a APS adquiriu diversos sentidos como a “extensão de cobertura”; “nível de atenção”; “porta de entrada”; “seletividade” e, por fim, Atenção Básica em Saúde (ABS), o que trouxe uma sobreposição conceitual em que ora são apresentados como sinônimos e ora como opostos entre si (MELO, 2009). Em 2011, a Política Nacional da Atenção Básica, reconhece os dois termos como equivalentes (BRASIL, 2011a).

este nível assistencial, mas se manifestar em todos os níveis assistenciais, pois os usuários apresentarão, ao longo de suas vidas, necessidades de saúde específicas que não serão resolvidas somente por este nível de atenção (STARFIELD, 2002).

Considera-se que a melhora do acesso à APS pode ampliar os resultados alcançados e, ao mesmo tempo, favorecer os outros níveis do sistema de saúde, proporcionando eficácia e eficiência na assistência prestada (MACINKO, 2007). Nesse sentido, existem evidências de que a adoção da ESF e da APS no Brasil possibilitou diversos avanços na atenção à saúde, tais como: melhoria dos níveis de saúde da população, redução da mortalidade infantil, aumento na esperança de vida ao nascer e vinculação dos usuários a uma equipe, o que permite maior e melhor acompanhamento dos mesmos (BRASIL, 2006). Um dos aspectos que permitiram esses resultados foi à ampliação do acesso aos serviços de saúde (OLIVEIRA *et al.*, 2008; SOUZA; HAMMAN, 2010).

Giovanella e Mendonça (2008) apontam que, em 2007, a ESF ampliou sua cobertura para mais de 90% dos municípios, e o atendimento para cerca de 87 milhões de pessoas, o que se refere a 46% da população. Já os dados do Ministério da Saúde, de 2009, indicam cobertura de 51% da população brasileira pela ESF em 94% dos municípios (BRASIL, 2009), o que denota avanços na cobertura da assistência à saúde. Isso se tornou essencial para a ampliação do acesso por meio da ESF (BRASIL, 2006). No entanto, estudos nacionais demonstram que ainda é preciso avançar nas discussões sobre o acesso aos serviços de saúde no país (ASSIS, JESUS, 2012; BAHIA, 2012).

Dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) apresentados no ano de 2008 apontam que, dentre às pessoas que buscaram atendimento de saúde, 25,2 milhões foram atendidas na primeira ou na última procura, perfazendo 98,0%. Revelaram também que entre 1998 e 2003 houve uma melhora expressiva em vários indicadores de acesso analisados. Mesmo com este alto índice de acesso, a PNAD apontou que ainda existiam no Brasil importantes limitações de acesso aos serviços de saúde.

A PNAD revelou ainda a proporção de pessoas que tinham necessidades e não procuraram o serviço de saúde nas últimas duas semanas, segundo o motivo de não procura, sendo consideradas: 20,5% por não possuírem recursos financeiros, 18,6% pelo local de saúde ser distante ou de difícil acesso, 13,6% pelo horário incompatível, 17,6% pelo atendimento demorado, 9,2% porque o estabelecimento procurado não dispunha de especialista, 0,4% porque achavam que não tinham direito, 2,0% porque não tinham acompanhante, 2,7% por não gostarem dos profissionais de saúde e 15,6% por outros motivos.

Já na proporção de pessoas que procuraram o atendimento nas últimas duas semanas e que não foram atendidas na primeira procura, segundo o motivo de não atendimento, os usuários revelaram: 39,6% porque não conseguiram vaga ou senha, 34,4% porque não havia médico na unidade, 3,0% porque não havia dentista atendendo, 6,3% porque não havia serviço ou profissional habilitado, 3,5% pelo fato de o serviço ou equipamento não estar funcionando, 0,4% por não haver profissional ou serviço, 4,9% pela espera prolongada, e 7,7% outros motivos (IBGE, 2008).

Pode-se dizer que vários estudos já abordaram o acesso aos serviços de saúde com bases quantitativas (MENDONZA-SASSI; BÉRIA, 2003; BÓS; BÓS, 2004. TRAVASSOS; VIACAVAL, 2007; DUTRA, 2009, VIEIRA, 2010; VIACAVAL, 2010).

Ainda, como estratégia política do país, em 19 de julho de 2011, foi instituído pela Portaria nº 1.654 GM/MS, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), após discussões das três esferas de gestão do SUS, Ministério da Saúde, gestores municipais e estaduais, representados pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). O objetivo do programa é induzir a ampliação do acesso e melhoria da qualidade da APS, com maior conformidade aos princípios desse nível de atenção, aumentando sua resolutividade e a satisfação dos usuários, sendo a avaliação de desempenho feita por meio do monitoramento e atendimento a 47 indicadores de saúde, que envolvem acompanhamento de doenças crônicas, pré-natal, puericultura, entre outros; e a avaliação em relação à reorganização da assistência, por meio de pesquisas *in loco* e de satisfação dos usuários (BRASIL, 2011c; BRASIL, 2011d). O município de Belo Horizonte faz parte de um dos 112 municípios do Estado de Minas Gerais (13,13%) que pactuaram a implantação do PMAQ.

No entanto, a avaliação do acesso implica na análise de várias dimensões que envolvem subjetividades, podendo ficar limitado ao se pautar somente em indicadores de saúde e dados quantitativos. O conceito de acesso pode ser considerado complexo e envolve discussões e abordagens diferentes, de acordo com o tempo e espaço empregados (TRAVASSOS; MARTINS, 2004). Desse modo, o reconhecimento de sua característica multifacetada, que lhe denota ampla gama de interpretação, é essencial na organização dos serviços, com vistas a reduzir as barreiras desse direito garantido formalmente (SANTOS; ANDRADE, 2012).

Considera-se que, embora o acesso aos serviços de saúde esteja legalizado constitucionalmente, e presente nas políticas públicas de saúde com a ampliação da cobertura populacional por meio do aumento da rede física instalada e da oferta de ações e serviços,

ainda não tenha alcançado a magnitude necessária ou desejada, já que necessita de vários atributos que perpassam por aspectos qualitativos. A oferta, por si só, não conduz a um acesso oportuno e adequado. Ademais, a presença de aspectos garantidos em termos legais, nem sempre se expressa em mudanças práticas por haver características do sistema e do cotidiano do serviço que podem modular ou determinar o acesso à atenção à saúde.

Com base na prática assistencial, parte-se do pressuposto de que a oferta definida pelo nível macropolítico e as ações desenvolvidas pelas equipes de saúde da família, podem não estar em concordância com a perspectiva dos usuários, promovendo barreiras limitadoras ou impeditivas de acesso à atenção à saúde. Se o pressuposto for verdadeiro, o princípio de acesso universal é reinterpretado na prática, muitas vezes como excludente, expresso pela oferta de serviços limitantes; logo, pode se apresentar um descompasso entre a legislação vigente e a prática diária.

Nesse contexto, compreender o acesso à atenção à saúde, do ponto de vista daqueles que o vivenciam em um nível singular, permite perceber divergências e incoerências cotidianas, que fazem com que muitas vezes se estabeleçam barreiras impeditivas e/ou limitadoras do acesso à atenção à saúde. Considera-se que os usuários são atores essenciais para qualificar o sistema de saúde, ao expressar suas experiências, preferências e expectativas que adquirem ao vivenciar o acesso no cotidiano do serviço. Além disso, deve-se levar em consideração, também, os demais atores envolvidos no processo finalístico do sistema, gestores e profissionais de saúde.

Assim, de um lado está a população, com suas necessidades e demandas de saúde; de outro, os profissionais de saúde, inseridos em um contexto micropolítico, responsáveis diretos pela resolução dos problemas; e o gestor, que busca a implementação de práticas sanitárias em conformidade com as políticas públicas de saúde. Cabe salientar que o micro-espço está inserido em um “macro”, que é estruturado pelo modelo de atenção à saúde e pelas políticas públicas de saúde.

Neste estudo, micropolítica define-se como o conjunto de relações que envolvem os vários atores organizacionais, que formam uma rede complexa, móvel e mutante. No entanto, ao mesmo tempo, possui uma estabilidade que determina a “realidade organizacional” que pode ser objeto de estudo e intervenção. Conforma-se como um campo marcado por disputas, dissensos e afetos por envolver valores, projetos e interesses diversos dos atores envolvidos. Nesse nível é produzido o cuidado, o que faz com que os usuários sejam parte central da micropolítica das organizações de saúde (CECILIO, 2011).

Mediante essa discussão, ressaltam-se alguns questionamentos que necessitam de reflexão e aprofundamento: Como o acesso dos usuários à saúde tem se configurado no cotidiano das equipes de saúde da família? Como os gestores, profissionais das equipes de saúde da família e usuários percebem o acesso à atenção à saúde?

Para esse estudo, acredita-se que a discussão sobre o acesso, em nível singular, pode subsidiar a identificação e a priorização de problemas, reorientar estratégias de intervenção e interferir na prática cotidiana, desenhando um novo “fazer” em saúde, ainda que compreender seus limites e possibilidades permita evitar o estabelecimento de ações reiterativas e tradicionais, ou seja, em que o sujeito age na realidade por meio de uma reprodução de múltiplas tarefas que possuem um caráter instrumental e pouco inovador.

Considerando que estamos envolvidos em um sistema cujos caminhos de acesso ainda devem ser discutidos, desvelados e compreendidos, pretende-se colaborar com a reflexão acerca do tema e oferecer subsídios para a construção de propostas que otimizem e ampliem este acesso.

1.3 OBJETIVO

Analisar o acesso à atenção à saúde em Unidades Básicas de Saúde do município de Belo Horizonte, sob a ótica do gestor local, profissionais de saúde e usuários.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 ACESSO EM SAÚDE: UM CONCEITO POLISSÊMICO

“Porque o problema é exatamente construir uma ordem
ainda invisível de uma desordem visível e imediata”
(Rubem Alves, 2008, p. 22)

O termo *acesso* interpõe-se com o de *acessibilidade*, sendo conceituados de modos diferenciados por alguns autores. Segundo o Dicionário Houaiss da língua portuguesa (HOUAISS, 2001, p. 52), *acesso* refere-se ao “ato de ingressar, entrada, ingresso; possibilidade de chegar a, aproximação, chegada; possibilidade de alcançar algo”; e *acessibilidade*, à “qualidade ou caráter do que é acessível; facilidade na aproximação, no tratamento ou na aquisição”.

Este último conceito converge para o proposto por Donabedian (1973), que utiliza o termo *acessibilidade* como uma qualidade de ser acessível, ou seja, envolve o grau de facilidade para que as pessoas cheguem aos serviços, de acordo com suas características. Starfield (2002), apesar de considerá-los ambíguos, aponta que há complementaridade em seus significados. Para a autora, o *acesso* confere a percepção da *acessibilidade*, enquanto que a *acessibilidade* remete às características da oferta, como sua localização e horários ofertados. Por não haver consenso na literatura, neste estudo os dois termos serão empregados como sinônimos.

O *acesso* aos serviços de saúde pode ser entendido como um dos principais elementos para a produção de um impacto positivo sobre o estado de saúde do indivíduo ou da comunidade (LIMA *et al.*, 2007). Pode ser considerado a primeira etapa a ser ultrapassada pelo usuário quando ele busca a solução de suas necessidades de saúde (MATUMOTO, 1998). Assim, é o eixo de entrada do usuário ao serviço de saúde para obter os resultados esperados (STARFIELD, 2002).

O conceito de *acesso* vai além do simples e puro conceito de porta de entrada e facilidade geográfica aos serviços de saúde. Donabedian (1973; 1988) o associa à oferta de recursos e ações de saúde em relação às aspirações da população. Nesse sentido, deve-se reconhecer que a avaliação da necessidade de saúde que os usuários fazem, difere daquela dos profissionais de saúde. Salienta-se que as barreiras que se interpõem ao *acesso* não são apenas de origem espacial, mas também psicológica, econômica, informativa, social, organizacional, temporal, entre outras. Assim, esse princípio corresponde não só ao aspecto geográfico, mas também ao sócio-organizacional. O aspecto sócio organizacional agrupa todas as características dos recursos que não são de caráter espacial, que facilitam ou criam obstáculos

para os clientes obterem atenção. Inclui também o aspecto temporal como uma característica da organização social, juntamente com os atributos espaciais que se encontram diretamente ligados. As horas que o serviço se mantém aberto, por exemplo, influenciam diretamente na capacidade dos clientes, especialmente trabalhadores, de receber atenção.

Para Donabedian, a concretização do acesso consiste na utilização do serviço, e não só em sua existência. Considera-se, portanto, que os serviços possuem características que facilitam, dificultam ou impedem o seu uso pelos clientes potenciais.

Além disso, leva em conta não apenas a entrada no serviço, mas a continuidade do cuidado no processo de atenção. Em 2003, o autor passa a considerar que a acessibilidade ao cuidado de saúde é um importante determinante da qualidade deste, e o conceitua como a capacidade de obtenção de cuidado de forma fácil e conveniente, quando necessário.

Penchansky & Thomas (1981) revelam o conceito como amplo, em que alguns autores o consideram como a entrada nos serviços de saúde, e outros, como o uso destes serviços, e propõem uma representação taxonômica para o acesso. Os autores propõem também um conjunto de dimensões que envolvem a adequação entre os clientes e o sistema de saúde, que são apontadas a seguir: disponibilidade de recursos; acessibilidade (adequação geográfica); acomodação ou adequação funcional; capacidade financeira/ capacidade de compra e aceitabilidade.

Estas dimensões são descritas da seguinte forma: a disponibilidade relaciona-se aos tipos de serviços existentes, seu volume em acordo com o volume de clientes e o tipo de suas necessidades; a acessibilidade refere-se à localização da oferta em relação aos clientes, envolvendo os recursos para o transporte, à distância e o tempo de deslocamento; a acomodação, ou adequação funcional, relaciona-se ao modo como a oferta está organizada para o atendimento aos clientes, como o sistema de agendamento e os horários de funcionamento, em relação à capacidade dos clientes de se acomodarem a estes fatores e identificarem sua conveniência; a capacidade financeira (*affordability*) remete aos custos do prestador, o pagamento necessário para a entrada dos clientes e a capacidade destes pagarem; por fim, a aceitabilidade, envolve a aceitação dos provedores de prestar os serviços aos clientes, assim como, das atitudes dos clientes em relação aos profissionais de saúde e às características do serviço. A aceitabilidade envolve características que incluem sexo, idade, condições socioeconômicas e culturais do provedor e do cliente, assim, como a cobertura proposta ao cliente.

Em outro estudo considerado relevante para a análise do acesso, Frenk (1985), a partir da proposta de Donabedian (1973), afirma que a disponibilidade e o acesso estão relacionados

à acessibilidade, porém diferem entre si. A acessibilidade vai além da disponibilidade de recursos ao compreender suas características, que podem facilitar ou dificultar o seu uso por clientes potenciais. Os obstáculos para a procura e obtenção de cuidados podem ser ecológicos, financeiros e organizacionais, o que é conceituado como resistência do serviço. Os ecológicos (ou geográficos) relacionam-se à localização da atenção à saúde, considerando a distância e o tempo de deslocamento; os financeiros concernem à relação entre o preço proposto pelo provedor e a capacidade de pagamento dos usuários; e os organizacionais remetem às características do sistema e do serviço, como o tempo de espera e a dificuldade para realizar um exame. Já a capacidade da população para superar esses obstáculos remete ao poder de utilização dos serviços.

Cabe considerar que, para o autor, os estudos de utilização diferem daqueles que envolvem a acessibilidade, pois estes não se relacionam apenas às características da população e dos recursos, mas sim ao ajuste entre essas características. Em outros termos, relaciona-se à capacidade de os indivíduos buscarem e obterem a atenção, relacionando a perspectiva de quem oferta e de quem procura os serviços de saúde.

Muitos estudos atentam para a dimensão da utilização dos serviços de saúde que tem interferências de aspectos sociodemográficos, como o nível de renda, a escolaridade, o sexo, a idade, os conhecimentos e atitudes frente às doenças e a disponibilidade de recursos. Alguns autores enfocam como relevantes os aspectos sociodemográficos; outros, a disponibilidade de recursos (LORA, 2004).

Dever (1988) *apud* Lora Peres (2004) considera o conceito de acessibilidade tal como proposto por Donabedian. Para o autor, a acessibilidade se configura um dos aspectos de análise da utilização dos serviços, assim como os organizacionais e a disponibilidade de recursos. Propõe-se a interrelação entre acessibilidade geográfica (distância, tempo e custo de deslocamento), acessibilidade temporal, que relaciona a dimensão do tempo para o uso dos serviços e acessibilidade social, que inclui os conceitos de aceitabilidade e disponibilidade financeira, formulados por Pechansky e Thomas (1981).

De acordo com Andersen et al. (1983, p. 51), o acesso é definido como “o conjunto de dimensões que descrevem a entrada potencial e real de um dado grupo de população no sistema de cuidado de saúde”. Nesse sentido, apontam os autores que o acesso deve ser medido por meio de sua utilização, ou seja, quanto maiores os custos de utilização, menos acessíveis serão os serviços de saúde. Significa dizer que a utilização dos serviços pode ter impacto negativo se ele não estiver aliado à qualidade dos cuidados ou procedimentos eficazes.

Andersen et al. (1983) e Andersen (1995), ao realizarem um estudo sobre a utilização dos serviços, teorizam um modelo conhecido como “Modelo Comportamental”, em que o uso dos serviços relaciona-se à predisposição dos indivíduos, à fatores capacitantes e às necessidades de saúde. Nesse modelo, o acesso é composto por dois elementos: “acesso potencial” e “acesso realizado”. O “acesso potencial” sofre influência de fatores individuais predisponentes (gênero, aspectos culturais e demográficos) e de fatores capacitantes, considerados os meios disponíveis aos usuários para receberem os cuidados que possibilitam ou impedem o uso. O “acesso realizado” (uso) inclui os fatores predisponentes, as necessidades de saúde e o contexto da política de saúde e oferta dos serviços. Além disso, associa-se o conceito de acesso à organização dos serviços, em relação à entrada e continuidade da atenção. Considera-se que há equidade no acesso quando o que determina as variações na utilização são aspectos demográficos e de necessidades de saúde. Ao contrário, quando as variações são decorrentes da estrutura social, da renda e das crenças dos indivíduos, se estabelece uma situação de iniquidade. (ANDERSEN; NEWMAN, 1973).

Giovanella e Fleury (1996) consideram que na relação do usuário com os serviços de saúde, deve-se estabelecer a análise para buscar compreender como o direito de acesso à saúde se expressa no cotidiano. A categoria central para análise dessas relações remete ao acesso. As autoras discutem a conformação do acesso aos serviços de saúde ao longo da história, sob a perspectiva de quatro modelos teórico-explicativos: economicista, sanitarista planificador, político sanitarista e de representação social.

O modelo “economicista” relaciona-se à distinção entre os diferentes grupos populacionais em relação ao consumo de bens e serviços, e à organização da oferta e demanda de acordo com esse padrão. Assim, o Estado organiza a oferta de serviços a partir das relações dos modos de produção e consumo. A gestão e o planejamento em saúde consideram o Estado como um fornecedor que possui a capacidade de oferta, e o usuário como um consumidor que demanda pelos serviços, de acordo com seus padrões de consumo.

O modelo “sanitarista planificador” está ligado ao “planejamento normativo reformado”, em que os sanitaristas gerem e planejam a serviço do Estado com vistas à garantia de localização, distribuição de recursos em um sistema integrado de serviços de saúde, baseados na demanda dos usuários. O aparelho burocrático do Estado estaria, então, pautado na epidemiologia, administração e saúde pública, por aspectos que envolvem conceitos de eficácia, eficiência e efetividade.

O modelo “sanitarista politicista” discute o acesso a partir da consciência sanitária adquirida pela população, que passaria a compreender os determinantes sociais do processo

saúde/doença e a forma com que se organizam as práticas em saúde para atender as demandas.

Por fim, no modelo da “representação social”, o acesso passa a ser compreendido por sua dimensão simbólica, em que são inerentes os valores, significações dos indivíduos e coletividades imersos em uma cultura e história.

A partir da análise dos modelos de saúde que aproximam a conformação do acesso aos serviços de saúde, pode-se inferir algumas dimensões explicativas: a econômica, que abrange a oferta e a demanda dos serviços de saúde em relação aos modos de produção; a técnica, que relaciona as facilidades e os obstáculos para a utilização dos serviços de saúde, e a organização e planejamento da oferta dos serviços de forma resolutiva; a simbólica, que discorre sobre as representações sociais acerca do processo saúde/doença e a forma como os serviços de saúde se organizam para atendê-las; e política, que envolve as políticas públicas de saúde e os modelos de atenção à saúde.

Unglert (1987) também considera que o acesso dos usuários é essencial para prestar uma assistência à saúde eficiente. Seu trabalho aborda o acesso relacionado às características geográficas essenciais para a distribuição dos aglomerados, com a análise das necessidades da área adscrita em confronto com os recursos locais, tendo em vista possibilitar um melhor planejamento que respeite as variáveis econômicas, sociais, geográficas e melhorias dos indicadores de saúde. Este mesmo autor, em estudo publicado em 1990, define o acesso sob quatro dimensões:

- Geográfico: distância a ser percorrida entre a residência do usuário e os serviços de saúde, o tempo de deslocamento e os obstáculos físicos que devem ser transpostos ao longo do trajeto.
- Funcional: relaciona os tipos de serviços ofertados pela UBS e sua compatibilidade com as demandas dos usuários/comunidade, como os horários de funcionamento e a qualidade do atendimento prestado.
- Cultural: analisa a relação de respeito pelos serviços de saúde aos hábitos e costumes que envolvem especialmente o processo de saúde/doença. Desse modo, envolve normas e técnicas que se adequem aos hábitos da população.
- Econômico: considera o vínculo da oferta de serviços ao sistema de pagamento por parte dos usuários, como as dificuldades para obter medicamentos e o ônus gerado pelas necessidades de utilizar meios de transporte para chegarem às unidades de saúde. Essa proposta de análise da acessibilidade corrobora a autora e Fekete (1996), que publica um trabalho sobre essa categoria de análise poucos anos depois.

Hortale et al. (2000) consideram que o acesso constitui-se em quatro dimensões:

participação, autonomia, qualidade e equidade, o que o torna uma “categoria valor” norteadora de políticas e de um objetivo a ser alcançado pelas organizações de saúde. Na opinião dos autores, “o acesso é fundamental no sistema de saúde, independente das justificativas que possam ser dadas para sua não efetivação” (HORTALE et al., 2000, p. 62).

Ainda, Travassos e Martins (2004), em revisão bibliográfica sobre o acesso, diferenciam os conceitos de acesso e de utilização; assim, o acesso refere-se a uma dimensão do desempenho dos serviços associados à oferta. Não devem ser avaliados os cuidados recebidos. Apesar disso, a interpretação do acesso como uma oportunidade de uso dos serviços é aceita e expressa como uma condição positiva do acesso (TRAVASSOS; VIACAVA, 2007; THIEDE; McINTYRE, 2008). Neste sentido, O’Donnell (2007) aponta que esses dois lados para a avaliação do acesso, na prática, não são separados facilmente.

Ao considerar as discussões anteriores, pode-se dizer que a questão do acesso aos serviços de saúde envolve a relação estabelecida entre serviços de saúde e usuários, considerando o ajuste entre quem oferta e busca a atenção à saúde. Sendo assim, a experiência de acesso dos usuários aos serviços tem uma relação direta com a capacidade de serem contempladas as suas expectativas e necessidades de saúde, garantindo-se-lhes o direito à saúde.

3 PERCURSO METODOLÓGICO

3.1 ABORDAGEM TEÓRICO-METODOLÓGICA

Para a compreensão das várias interfaces que envolvem o acesso, adota-se a estratégia de um estudo de caso com abordagem qualitativa, em que o objeto é considerado uma representação singular da realidade.

A opção metodológica parte das concepções e visões do pesquisador e deve ter coerência com o objeto de estudo. Optou-se pela abordagem qualitativa por envolver questões instigantes que abrangem momentos de encontro e/ou (des)encontro do acesso à atenção à saúde, as quais não podem ser mensuradas por ultrapassarem a objetividade nos modos em que são compostos.

A avaliação dos serviços encontra-se também envolvida por aspectos subjetivos. Entende-se que os serviços de saúde constituem-se espaços de práticas técnicas, políticas ou sociais, onde interesses e racionalidades se modificam a cada momento. Deve-se somar, então, elementos metodológicos capazes de apreender aspectos culturais, sociais, políticos e econômicos característicos dos sujeitos e do espaço. Pode-se apontar que o sucesso ou não de um determinado serviço está relacionado a valores, culturas e ideologias dos atores envolvidos (DESLANDES, 1997).

A abordagem qualitativa preocupa-se em trabalhar com os significados, hábitos, atitudes, crenças e valores, o que corresponde a aspectos mais profundos do comportamento humano, das relações e dos fenômenos, que não podem ser reduzidos a dados quantificados (MINAYO, 2002; MARCONI; LAKATOS, 2011). Sendo assim, a opção pela pesquisa qualitativa fundamenta-se tanto em encontrar sentido no fenômeno estudado, quanto interpretar os significados que cada indivíduo confere a ele, por meio de sucessivas e progressivas aproximações até a compreensão do objeto, sendo todos os dados da realidade relevantes para o estudo (LUDKE; ANDRÉ, 1986; CHIZZOTTI, 2003). Essa relação implica em uma expressiva partilha com indivíduos, fatos e locais para extrair o que é visível e oculto nos significados do fenômeno estudado (CHIZZOTTI, 2003).

O pesquisador é próximo ao objeto investigado, o que contrapõe à idéia de neutralidade, e parte, muitas vezes, de sua realidade para buscar respostas aos seus questionamentos (LUDKE; ANDRÉ, 1986). Assim, reconhecemos o objeto quando nos tornamos parte dele. Reforça-se essa afirmativa ao trabalhar com um tema cuja vivência permite-me perceber sua relevância. Esta relevância consiste no fato de que um problema se constitui como de pesquisa quando primeiramente apresenta-se como inerente à vida prática (MINAYO, 1994).

A opção pelo estudo de caso deveu-se ao fato de permitir apreender profundamente uma realidade complexa e contemporânea em seu contexto de vida real, a partir do ponto de vista daqueles que a vivenciam, mostrando as contradições aparentes e ocultas (YIN, 2005). Ademais, possibilita explicar causas de determinado fenômeno, sendo que as situações tornam-se mais complexas à medida que se aprofunda o estudo (TRIVINOS, 1992).

Nesse sentido, requer que o pesquisador possua habilidades para apresentar as diferentes dimensões da situação, com abertura às novas descobertas, reorientando o estudo de acordo com os fenômenos revelados (LUDKE; ANDRÉ, 1986; BECKER, 1999), possibilitando-lhe incluir fontes de dados e informantes que possam enriquecer a compreensão do fenômeno em estudo (YIN, 2005).

O estudo de caso pode ser utilizado para a compreensão de fenômenos em níveis individuais, coletivos, sociais, organizacionais, com a preservação das características significativas do evento (YIN, 2005). No caso presente, busca-se o nível singular, considerando a variedade de significados que os atores atribuem à experiência cotidiana do acesso à atenção à saúde.

Segundo Stake (1998), o estudo de caso refere-se à investigação de um caso em sua particularidade e singularidade, compreendendo-o dentro de importantes circunstâncias. Gil (2002) destaca que o fenômeno deve ser estudado de forma profunda e exaustiva, tendo como vantagens: permitir desvelar questões inesperadas o que aponta o conhecimento como algo inacabado; construir conhecimento profundo e amplo sobre o objeto com diferentes pontos de vista em uma dada situação a fim de evitar reducionismos; permitir intervenções; utilizar linguagem acessível; jogar luz sobre o fenômeno em estudo, de modo que o leitor possa compreender novos sentidos, ampliar suas experiências ou confirmar o que já sabia. Assim, os estudos de caso permitem fornecer informações relevantes que podem ser usadas para medidas de natureza prática ou política (LUDKE, ANDRÉ, 1986; ANDRÉ, 2005).

Nessa perspectiva, o estudo de caso qualitativo permite analisar as relações causais

(...) entre intervenções e situações da vida real; o contexto em que uma ação ou intervenção ocorreu ou ocorre; o rumo de um processo em curso e maneiras de interpretá-lo; o sentido e a relevância de algumas situações-chave nos resultados de uma intervenção. (MINAYO, 2006, p.164)

Desse modo, justifica-se a utilização deste método por entender que analisar o acesso à atenção à saúde, a partir dos atores envolvidos (gestores, profissionais de saúde e usuários), é considerado como fenômeno complexo.

Optou-se pelo estudo de caso único, considerado o município de Belo Horizonte, por entender que os modos que configuram o acesso à atenção à saúde fazem parte do cotidiano

dos cenários estudados, que partilham o mesmo território, sendo o caso estudado dotado de profundidade e relevância. Segundo Yin (2010, p.72), tem-se como objetivo neste tipo de estudo, “captar as circunstâncias e as condições de uma situação diária ou de um lugar comum”.

3.2 UMA APROXIMAÇÃO AOS CENÁRIOS DE PESQUISA

Este estudo foi realizado em duas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município de Belo Horizonte/MG. O fato de estar inserida nesse contexto, implicada com a realidade local motivou a desenvolver a pesquisa nesses cenários.

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população de Belo Horizonte, em 2010, era de 2.375.444 habitantes, o que corresponde à densidade de 7.177 habitantes por km² (BELO HORIZONTE, 2011a).

O município de Belo Horizonte organiza-se em nove Distritos Sanitários (Figura 1, a seguir) com espaços geográfico, populacional e administrativo definidos. Cada Distrito constitui-se por cerca de, 15 a 20 UBS e suas respectivas áreas de abrangências, pelas Unidades de Referência Secundárias (URS), além de rede hospitalar pública e contratada (BELO HORIZONTE, 2011b).

Para fins deste estudo, foi eleita como cenário a regional Norte, que apresenta um quadro de contrastes em que se encontram, de um lado, bairros com população de melhor poder aquisitivo e infraestrutura urbana, e de outro, uma população carente, residente em bairros e vilas com baixas condições de moradia (BELO HORIZONTE, 2012). De acordo com o Censo (IBGE, 2010), apresenta um total populacional de 210.964 habitantes, com maior predominância das faixas etárias de 20 a 49 anos.

Figura 1 – Distritos Sanitários de Belo Horizonte

Fonte: Prefeitura Municipal de Belo Horizonte (PBH), 2012

O Distrito Sanitário Norte inclui 45 bairros, conforme apresentado no Quadro 1, abaixo.

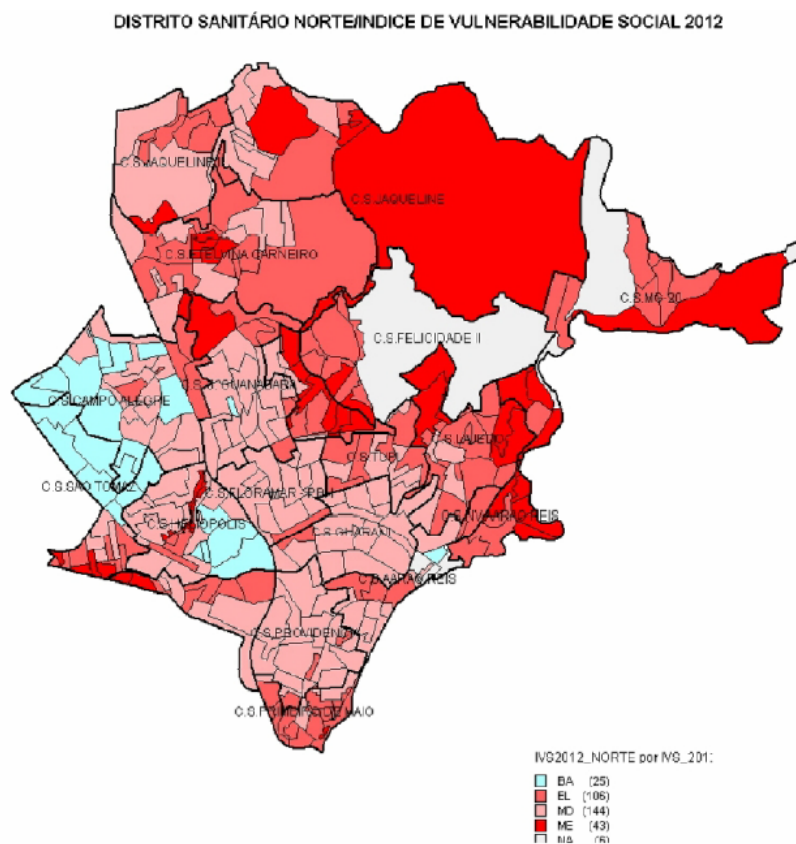
Quadro 1 – Bairros pertencentes à Regional Norte de Belo Horizonte
Aarão Reis; Bacurau; Biquinhas; Boa União Primeira Seção; Boa União Segunda Seção; Campo Alegre; Conjunto Floramar; Conjunto Providência; Etelvina Carneiro; Floramar; Frei Leopoldo; Granja Werneck; Guarani; Heliópolis; Jaqueline; Jardim Felicidade; Jardim Guanabara; Juliana; Lajedo; Madri; Maria Teresa; Mariquinhas; Minaslândia; Mirante; Monte Azul; Novo Aarão Reis; Novo Tupi; Planalto; Primeiro de Maio; Providência; São Bernardo; Ribeiro de Abreu (parte); São Gonçalo; São Tomáz; Satélite; Solimões; Tupi A; Tupi B; Vila Aeroporto; Vila Clóris; Vila Minaslândia; Vila Nova; Vila Primeiro de Maio; Xodó-Marize; Zilah Spósito

Fonte: Prefeitura de Belo Horizonte, 2013

De acordo com a classificação do Índice de Vulnerabilidade Social (IVS) do Censo de 2012, a Regional apresenta os riscos médio, elevado e muito elevado, com uma população de 94.119, 71.047 e 29.089 habitantes, respectivamente (BELO HORIZONTE, 2012). Este índice é considerado um indicador composto, ou seja, associa vários indicadores sociais capazes de evidenciar as desigualdades socioeconômicas em um espaço delimitado. Apresenta os seguintes componentes: saneamento, habitação, educação, renda, sociais/saúde (óbitos por doenças cardiovasculares em população de trinta a cinquenta e nove anos, óbitos em população menor de setenta anos, óbitos em menores de cinco anos e chefes de família de dez a dezenove anos) (BELO HORIZONTE, 2003).

Segue-se a Figura 2, que apresenta o Índice de Vulnerabilidade Social da Regional Norte de Belo Horizonte.

Figura 2 – Índice de Vulnerabilidade Social da Regional Norte de Belo Horizonte



Fonte: Prefeitura de Belo Horizonte, 2012

A Regional Norte possui dezenove Centros de Saúde, uma Unidade de Pronto Atendimento Norte, uma Central de Esterilização, um Centro de Controle de Zoonoses, um Laboratório de Zoonoses, uma Farmácia Distrital, um Centro de Convivência, oito Academias da Cidade, um Centro de Especialidade Médicas (CEM Norte) e um Hospital Maternidade Sofia Feldman (BELO HORIZONTE, 2012). Apresenta um total de 67 equipes da ESF e uma equipe transitória, de acordo com o IVS (2003). As UBS escolhidas estão inseridas nesse cenário sociodemográfico.

Um dos cenários (cenário 1) é referência para 15.018 habitantes, conta com quatro equipes da ESF e uma equipe do Programa de Agentes Comunitários (PACS). Apresenta, de acordo com o IVS (2012), as seguintes características: uma área de médio risco (10.666 habitantes); elevado risco (3.323 habitantes) e muito elevado risco (833 habitantes).

O outro cenário é referência para 8.846 habitantes, de acordo com o Censo realizado em 2010, e conta com três equipes da ESF. Os usuários vivem em uma área que, de acordo com o IVS (2012), tem as seguintes características de risco: médio risco (8.156 habitantes) e elevado risco (690 habitantes).

Cabe salientar que tanto a classificação de vulnerabilidade quanto a população inserida no território, envolvem processos dinâmicos que se modificam a cada momento.

As equipes são compostas por um médico, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e quatro Agentes Comunitários de Saúde (ACS); ainda, apresentam Equipes de Saúde Bucal (compostas por cirurgiões-dentista, Agentes de Saúde Bucal e Técnico em Saúde Bucal); médicos de apoio às Equipes de Saúde da Família (pediatra, ginecologista, clínico geral); auxiliares de enfermagem de apoio; profissionais da equipe de zoonoses (composta por Encarregado de Zoonoses, agentes endêmicos de dengue e de leishmaniose). Conta, também, com o apoio da Equipe de Saúde Mental Básica (atualmente composta por uma psicóloga), e com uma Equipe de Saúde Mental Complementar que possui um psiquiatra infantil, um fonoaudiólogo, um assistente social; um terapeuta ocupacional, que conferem apoio matricial às Equipes de Saúde da Família da regional Norte. Além disso, conta com a contribuição de profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

O NASF foi implementado pela Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008, do Ministério da Saúde, e tem como objetivo ampliar as ações da atenção básica através do apoio às equipes de saúde da família por profissionais de outras categorias profissionais, como: nutricionista, psicólogo, farmacêutico, terapeuta ocupacional, educador físico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, psicólogo e assistente social (BRASIL, 2008).

3.3 SUJEITOS DA PESQUISA

Os sujeitos do presente estudo foram dois gestores, doze profissionais de saúde e onze usuários que vivenciam o acesso à atenção a saúde no cotidiano do desenvolvimento da Estratégia Saúde da Família do município, construindo realidades sociais diferenciadas.

Como critérios de inclusão para os gestores e trabalhadores de saúde, adotou-se o fator tempo de trabalho de, no mínimo, um ano de atuação no serviço e a voluntariedade de participação no estudo. Foram incluídos profissionais vinculados às equipes da ESF (médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e ACS) e de apoio a estas equipes (enfermeiro, assistente social, ginecologista, clínico geral ou pediatra). A equipe de saúde da família em que a pesquisadora está inserida, foi excluída devido à conflitos de interesse. Ainda, as equipes do NASF não foram incluídas por não estarem lotadas em todas as UBS, sendo cada uma, referência para três Unidades. Os gestores e profissionais de saúde foram convidados em seus horários de trabalho nas UBS. Salienta-se que, no momento da coleta de dados, duas equipes do cenário dois estavam sem lotação de médicos da ESF.

Quanto à participação dos usuários, foram estabelecidos como critérios de inclusão: ter idade mínima de 18 anos, ser cadastrado na unidade de atendimento há, no mínimo, um ano, e utilizador dos serviços. Este último critério visou garantir um tempo mínimo de vinculação ao serviço. Como critério de exclusão, levou-se em conta o fato de o sujeito possuir vínculo de cuidado com a pesquisadora, devido à sua atuação profissional em um dos cenários. Não foram considerados como critérios de exclusão: distinção de gênero, de classe social e possuir plano de saúde, porém, estes usuários deveriam utilizar também os serviços prestados pela UBS. Os usuários foram abordados na sala de espera, quando buscavam atendimento.

Após concordarem em participar da pesquisa na qualidade de sujeitos, puderam escolher o momento e o local da coleta de dados.

3.4 INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS PARA A COLETA DE DADOS

Para a captação dos dados deste estudo, foi utilizada como fonte primária a técnica de entrevista individual com roteiros semiestruturados. Nas entrevistas foram utilizados roteiros específicos para os gestores, os profissionais de saúde e os usuários (APÊNDICES A, B, C, respectivamente).

A entrevista representa uma das fontes mais relevantes de dados para os estudos de caso (YIN, 2005). Constitui técnica de natureza interativa que valoriza os significados que os sujeitos dão aos fenômenos da vida cotidiana; ou seja, permite o acesso às opiniões, crenças e

valores que as pessoas atribuem a si, às relações e ao mundo circundante (FRASER; GONDIM, 2004; MARKONI; LAKATOS, 2011). A entrevista permite que o interlocutor fale do que está acessível à sua mente. O que se busca não é estabelecer relações de causa e efeito e sim compreender uma realidade complexa com as multidimensões que dela fazem parte (FRASER; GONDIM, 2004). Quanto ao roteiro semiestruturado, trata-se de instrumento que permite ao interlocutor trazer novas questões e temas, por meio de interrogativas que funcionam apenas como guia norteador, sendo então, construído de forma flexível (MYNAIO, 2006).

Assim, optou-se por essa técnica de coleta de dados, que possibilita apreender todas as perspectivas possíveis, com liberdade e espontaneidade. As entrevistas ocorreram individualmente, sendo realizadas em local e horário predeterminados pelos sujeitos e, com permissão prévia dos mesmos, foram gravadas para garantir a confiabilidade das informações obtidas.

O número de participantes não foi definido *a priori*. O término da coleta de dados se fez a partir da saturação dos dados, ou seja, quando se obtém um número de entrevistados que passam a reincidir nas informações, sem desconsiderar os conteúdos significativos para o estudo (MINAYO, 2006), exceção feita em relação aos gestores locais de cada cenário. Considera-se que as pessoas que vivem em um mesmo espaço tendem a reproduzir disposições similares; assim, os resultados individuais podem representar os significados grupais dentro de um contexto específico (FRASER; GONDIM, 2004).

3.5 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados primários foram tratados e analisados por meio da técnica de análise de conteúdo temática. Para Bardin (2008, p.44), esta técnica é definida como

[...] um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.

A análise de conteúdo tem como finalidade ir além dos significados manifestos nas falas, por meio de procedimentos especializados e científicos que permitem apresentar inferências sobre os dados em um determinado contexto, e nesse sentido, busca relacionar significantes e significados nos dados (MINAYO, 2006). Na análise de conteúdo temática o tema representa uma unidade de significação que se liberta de um texto ao ser analisado segundo os critérios relativos à teoria que guia à leitura (BARDIN, 2008).

A análise dos dados consistiu em três etapas, propostas por Bardin (2008): pré-análise; exploração do material e tratamento dos dados obtidos e interpretação.

A pré-análise consistiu na organização do material. À medida que as entrevistas foram concluídas, procedeu-se à transcrição de cada uma, armazenando-as em arquivos referentes a cada cenário e sujeitos de pesquisa, considerando a distinção entre gestores, profissionais de saúde e usuários, para que pudesse auxiliar na formação de um sentido para o conjunto de proposições. Após, foi realizada leitura “flutuante” do material coletado, retomando o objetivo da pesquisa.

No segundo momento, exploração do material, o material empírico foi submetido a uma leitura aprofundada, recorte, classificação, elaboração de “unidades de significados” e transformação destas unidades em temas. Por fim, no tratamento dos dados obtidos e na interpretação, ocorreu uma discussão entre o material empírico e o referencial teórico, sendo apresentada a compreensão realizada em relatório final, considerando que o produto é sempre provisório (BARDIN, 2008).

Para preservar o anonimato dos sujeitos, os dados foram codificados com as letras *E* para gestores e profissionais de saúde, e *U* para usuários, seguidas em ambos os casos da identificação numérica em relação à ordem de realização das entrevistas. Não foram atribuídas distinções por categoria profissional e cenário de pesquisa, por não ter sido a distinção considerada um critério relevante para a análise dos dados.

Ressalta-se que o fato de o estudo ter sido realizado em cenários onde a pesquisadora atua como profissional de saúde acarretou, por um lado, a possibilidade de reduzir possíveis constrangimentos dos participantes diante da presença de um pesquisador desconhecido, o que poderia gerar riscos de modificarem seus comportamentos; por outro, exigiu da pesquisadora uma postura crítica e reflexiva diante dos discursos apresentados, de modo a superar a “familiaridade” com o objeto e permitir um grau de “estranhamento” acerca da realidade analisada.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

Todas as etapas desta pesquisa estiveram em concordância com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, que dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 1996), o que exigiu a sua aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG e pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (CEP-SMSBH), conforme Pareceres CAAE-0571.0.203.000-09 (ANEXO A) e 06610203410-11A (ANEXO B), respectivamente.

Os dois gestores, convidados a participar do estudo, receberam carta individual com termo de autorização para realizar a pesquisa nos cenários (APÊNDICES D), sendo informados, assim como os demais sujeitos, sobre o interesse, justificativa, objetivo e finalidades da pesquisa. Após concordarem em participar, assinaram os respectivos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICES E, F, G) antes da realização das entrevistas, enfatizando a sua inserção voluntária na pesquisa.

Foi solicitada a autorização de cada um para a gravação da entrevista, com o que ambos anuíram. Além disso, foi-lhes explicado que a qualquer momento poderiam se desligar do estudo sem qualquer prejuízo, assegurando-se-lhes o sigilo e a confidencialidade quanto às informações fornecidas, seguindo as determinações da Resolução CNS-196/96 já citada.

A devolutiva dos resultados do estudo se dará por meio da publicação de artigos em periódicos científicos e outros meios adequados, apresentação em eventos, assim como nos cenários estudados e outras UBS do município, junto aos gerentes, profissionais de saúde e usuários, por intermédio das comissões locais de saúde, o que garantirá o retorno social da pesquisa.

3.7. PERFIL DOS SUJEITOS DE PESQUISA

3.7.1 Gestores e profissionais de saúde

No Cenário um, foram entrevistados um gestor(a) e cinco profissionais de saúde. Em relação ao gestor(a) e aos profissionais de saúde, foram contempladas as seguintes categorias: um médico, três enfermeiras, uma auxiliar de enfermagem e um ACS.

Quanto ao tempo de formação, quatro gestor/profissionais de saúde possuíam dez anos ou mais de formação; um entre cinco e dez anos de formação; e um não possuía formação profissional específica. Em relação ao tempo de atuação na ESF, quatro gestor/profissionais possuíam dez anos ou mais de atuação na área e dois profissionais, entre cinco e dez anos. Com relação à formação profissional, três profissionais possuíam especialização em Saúde da Família; um tinha formação na área hospitalar e dois não possuíam formação específica.

No Cenário dois foram entrevistados um gestor(a) e sete profissionais. Como categorias dos profissionais de saúde, foram contempladas duas enfermeiras, um médico de apoio, duas assistentes sociais, uma auxiliar de enfermagem e dois ACS. Em relação ao tempo de formação, quatro gestor/profissionais possuíam mais de vinte anos de formação; dois profissionais entre cinco e dez anos de formação, e dois não tinham formação específica. Quanto à atuação na ESF, três gestor/profissionais possuíam entre quinze e vinte cinco anos de atuação; três profissionais, entre dez e quinze anos de atuação; e dois profissionais com

atuação entre dois e cinco anos. Já em relação a cursos e capacitações, dois possuíam especialização na área hospitalar, sendo um com mestrado em gestão, dois com especialização em Saúde da Família, sendo que um está em fase de formação, e outro também possuía curso na área de gestão; um participou de curso introdutório à ESF.

Percebe-se, pelo exposto, que tanto os gestores quanto a maioria dos profissionais tem amplo tempo de atuação na área, visto que foram inseridos antes ou concomitantemente à implantação da ESF no município de Belo Horizonte. Além disso, muitos possuem formação específica para atuação na ESF.

O Quadro 2, a seguir, apresenta a síntese das características descritas.

Quadro 2- Perfil dos gestores e profissionais de saúde, de acordo com a atuação profissional

Sujeitos	Categoria Profissional	Tempo de formação (em anos)	Tempo de atuação na APS/ESF* (em anos)	Especialização/Mestrado
Cenário 1				
E1	Enfermeira	29	22	Saúde da Família
E2	Médico	10	10	Medicina da Família e Comunidade /Mestrado Saúde Pública
E3	Enfermeira	15	10	Saúde da Família
E4	Enfermeira	18	5	Hospitalar
E5	ACS	-	12	Curso de Capacitação dos ACS
E6	Aux. de Enfermagem	6	6	-
Cenário 2				
E7	Enfermeira	5	4	Em curso de Saúde da Família
E8	Pediatra	25	21	-
E9	Aux. De Enfermagem	25	17	Curso Introdutório Saúde da Família
E10	ACS	-	11	Curso de Capacitação ACS
E11	ACS	-	11	Curso de Capacitação ACS
E12	Enfermeira	7	2	Especialização Hospitalar
E13	Assistente Social	25	10	Especialização hospitalar e mestrado em gestão
E14	Assistente Social	27	21	Gestão e Saúde da Família

*Alguns sujeitos de pesquisa já atuavam na APS antes da implantação da ESF no município
 Fonte: Consolidação da coleta de dados

3.7.2 Usuários

Participaram do estudo onze usuários, sendo nove do sexo feminino e dois do sexo masculino. Na distribuição de faixa etária, um tinha entre 20 e 29 anos; quatro entre 40 e 49 anos; cinco entre 50 e 59 anos; e um acima de 60 anos. Em relação ao estado civil, cinco eram casados; quatro se declararam solteiros ou separados; e dois, viúvos. Os números de residentes no domicílio foram os seguintes: um reside sozinho; quatro moravam com uma pessoa; cinco, com três a cinco pessoas; e um, com seis pessoas.

Quanto à escolaridade, um usuário declarou-se analfabeto; dois possuíam ensino fundamental incompleto; três, ensino médio completo; dois, ensino médio incompleto; dois, superior completo em processos gerenciais e biblioteconomia; e um, superior incompleto (educador(a) social).

Como ocupações/atividades de trabalho, os entrevistados declararam ser: um aposentado, um artesão, um biblioteconomista, um comerciante, um gerente comercial, um pedreiro, uma doméstica, uma costureira, um desempregado e dois do lar.

Cabe esclarecer que a escolha dos usuários foi aleatória, não havendo pretensão ou distinção na escolha dos sujeitos de pesquisa. Considera-se que essas características são relevantes para a manifestação e satisfação sobre a forma de experimentar o serviço, expressando posicionamentos diferenciados, de acordo com o contexto no qual estão inseridos.

O Quadro 3, a seguir, foi elaborado para auxiliar na identificação das características descritas.

Quadro 3 – Perfil dos usuários, segundo as condições sociodemográficas

Sujeitos	Sexo	Idade	Estado Civil	Escolaridade	Ocupação/Atividade profissional	Número de residentes no domicílio
U1	Feminino	68	Víuva	Analfabeta	Aposentada	Sozinha
U2	Feminino	58	Casado	Ens. Médio Incompleto	Artesã	Dois
U3	Feminino	43	Casada	Superior Completo	Biblioteconomia	Três
U4	Feminino	58	Casada	Ens. Médio Completo	Do lar	Seis
U5	Masculino	40	Separada	Ensino Fundamental Incompleto	Pedreiro	Três
U6	Feminino	28	Solteira	Superior Completo	Gerente comercial	Quatro
U7	Masculino	58	Casado	Ens. Médio Completo	Comerciante	Dois
U8	Feminino	58	Viúva	Ens. Médio Incompleto	Costureira	Dois
U9	Feminino	48	Casada	Ens. Fundamental Incompleto	Doméstica	Cinco
U10	Feminino	43	Solteira	Ens. Superior Incompleto	Desempregada	Dois
U11	Feminino	52	Solteira/ Separada	Ens. Médio Completo	Do lar	Três

Fonte: Consolidação de dados empíricos coletados

4 ACESSO À ATENÇÃO À SAÚDE NO COTIDIANO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

4.1 A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E SUAS TECNOLOGIAS OPERACIONAIS: LIMITES E POTENCIALIDADES PARA O ACESSO À SAÚDE

Esta categoria discute o papel da implantação da ESF na organização do acesso à atenção à saúde, considerando que para sua operacionalização adotam-se estratégias que podem ser consideradas potencializadoras para a garantia desse direito formalmente instituído no País. Porém, na prática, apresentam-se limites que devem ser objeto de reflexão para reduzir as possíveis resistências ao uso dos serviços.

Para a compreensão do tema, a categoria foi subdividida em três subcategorias, apresentadas e discutidas a seguir:

- ❖ A ESF como organizadora do acesso à atenção à saúde;
- ❖ Acolhimento e vínculo: dos discursos aos modos de fazer no dia a dia;
- ❖ Eu subo o morro, mas eu chego lá... ou não!

❖ A ESF como organizadora do acesso à atenção à saúde

Nota-se que foi consensual nos discursos dos gestores e profissionais de saúde, a ampliação do acesso à atenção à saúde após a implantação da ESF:

O acesso é... ultimamente eu tenho achado assim, muito grande... porque mudou muito. Igual ao SUS... a Saúde no SUS... tem mudado muito ..mas não sei se é por causa da melhoria... mas em muitas coisas, melhorou... eu tenho achado o acesso muito grande ultimamente... depois do PSF.

(E₉)

O facilitador para o acesso do usuário ao Centro de Saúde, eu acho que é o Programa Saúde da Família.

(E₁₂)

Eu acho que a Estratégia do PSF, ela abriu muito as portas da unidade... para facilitar esse acesso.

(E₁₄)

A ESF pode ser considerada um dispositivo que permitiu abrir as portas das UBS, fazendo com que o ingresso dos usuários no serviço fosse ampliado e houvesse melhoria das condições de acesso aos serviços:

Atualmente eu acho que o acesso à atenção primária melhorou muito, porque são várias formas de acesso que o usuário tem ... que a gente organiza... tem a direta, a demanda espontânea, que ele

chega solicitando por atendimento ou por busca ativa que você faz um agendamento inclusive na própria residência do usuário... perguntando o dia que seria o melhor para ele vir e o horário, por exemplo prevenção do câncer: a gente já faz assim, na casa do usuário, ou por outro serviço ... ou vem pela atenção secundária ou pelo nível hospitalar... e principalmente para o agudo... que é 12 horas de atendimento para o usuário...

(E₁)

Nota-se que, para além do atendimento da demanda espontânea, facilita-se o acesso ao organizar a demanda, com agendamentos a domicílio de acordo com a conveniência dos usuários, ampliação de horário para atendimento no caso de agudos. É possível perceber, também, que há um esboço de um cuidado em rede, no momento em que a UBS não se estabelece como única porta de entrada, ao receber encaminhamentos de outros níveis de atenção e não apenas da demanda espontânea.

As melhorias são reconhecidas quando comparadas ao tempo anterior a implantação da estratégia:

(...) depois da criação do PSF ...desse programa... a gente vê que o acesso melhorou muito ... Na minha percepção, tem melhorado cada dia mais... quando a gente pára pra pensar em alguns anos atrás, e não são muitos anos... em que esses usuários, eles tinham que enfrentar uma fila... eles tinham que pegar uma senha...

(E₆)

Eu acho que se a gente considerar esses 21 anos em que eu trabalho na atenção básica, eu acho que melhorou muito o acesso. Porque no início, quando eu comecei a trabalhar aqui ... é ... as pessoas vinham , enfrentavam fila, vinham de madrugada... porque era uma escolha é... por quem chegasse primeiro. Quem chegasse primeiro ia ser atendido. Não por quem necessitasse mais. Então , com o passar do tempo foi mudando muita coisa (...)eu acho que melhorou muito... porque antes, quem era atendido, era quem fosse mais esperto , chegasse... tivesse mais possibilidade de vir de madrugada... tinha aquele negócio de pagar gente para ficar na fila... sabe, eu acho que hoje é mais humanizado... é mais... técnico até... a escolha.. para atendimento...

(E₈)

Bem, melhorou muito... há uns anos atrás era bem pior... tinha fila, pessoal vendia lugar na fila, eu já frequentei o centro de saúde aqui... sou usuário também, moro próximo do centro de saúde, muitas vezes quando eu precisava vir aqui ... muitas vezes tinha que comprar um lugar na fila ...você comprava um lugar na fila, a pessoa guardava o lugar pra você, marcava com pedra .. marcava com blusa, isso era o que? ... de madrugada, 3 horas da manhã ,4 horas da manhã, a pessoa dormia aqui no centro de saúde para conseguir uma vaga... hoje em dia, contando que é desde a época

que eu conheço o centro de saúde... até hoje.. melhorou. Nessa organização acabou com aquela coisa de filão , de marcar consulta, de cobrar a consulta, de as pessoas terem que guardar lugar para o outro. O pessoal trabalhava aqui no modelo antigo, qualquer pessoa, a pessoa podia sair lá do outro estado e vir pra cá, e ela consultava, não tinha vínculo com a comunidade.

(E₁₁)

O acesso à atenção à saúde é apresentado como limitado e seletivo antes da implantação da ESF, pois mesmo os usuários que necessitavam de atendimento, não o alcançavam. O serviço atendia àqueles que chegassem primeiro, sem considerar a necessidade de saúde afetada e a demanda apresentada. Para ter garantia de atendimento, os usuários enfrentavam longas filas durante as madrugadas, horas de espera, e até mesmo a compra de senhas na fila para obter atendimento médico. Nessa condição, o acesso marcava-se por uma disputa em que os mais “fortes”, “espertos” e/ou aqueles que detinham poder de compra, eram premiados com uma vaga de atendimento baseada no caráter assistencial. Apresenta-se com isso, um contraponto entre o acesso oportuno e o possível, o que traz à tona as dimensões de “acesso potencial” e “acesso realizado”, propostas por Andersen et al. (1983) e Andersen (1995), de acordo com as possibilidades de utilização dos serviços de saúde. O término das filas enfrentadas pelos usuários foi um marco de transição entre um acesso limitado e a possibilidade de ingresso nos serviços de saúde de forma mais equânime. Outro aspecto apresentado refere-se à vinda de moradores de outros territórios, que recorriam ao serviço sem a presença de vínculo.

Dessa forma, após a implementação da ESF, há o reconhecimento de que houve mudança positiva que resultou na garantia de acesso a atenção à saúde. Isso demonstrou que havia uma demanda reprimida ao ter oportunizado a utilização do serviço de forma ampliada. Além disso, os discursos dos profissionais de saúde que vivenciaram as mudanças decorrentes deste processo de implementação, demonstram que além da ampliação do acesso aos serviços, houve humanização no atendimento.

De fato, a falta de acesso representava iniquidades no sistema de saúde, evidenciando a relação das desigualdades sociais no acesso aos serviços de saúde. Pode-se inferir que aqueles indivíduos que possuíam menor renda e dependiam de atendimento em saúde, enfrentavam constrangimentos, condições limitadoras e até mesmo impeditivas de acesso. O reconhecimento dessas desigualdades entre as pessoas foi contemplado pela Constituição de 1988 e remete ao princípio da equidade do SUS.

As iniquidades em saúde referem às diferenças evitáveis, indesejáveis e injustas o que

traz dimensões éticas e sociais (WHITEHEAD, 1992 *apud* ESCOREL, 2008). Enquanto isso, a equidade em saúde é compreendida não como igualdade, mas sim, como reconhecimento das diferenças entre as pessoas, o que culmina em ações diferenciadas para indivíduos com necessidades singulares (FORTES, 2008). Associa-se, desse modo, aos direitos das minorias, e tem sido operacionalizado especialmente em duas dimensões: condições de saúde e acesso e utilização dos serviços de saúde (ESCOREL, 2008). Apesar dos avanços obtidos com a implementação da ESF, estudos como os de Travassos e Costa (2008) e de Andrade et al. (2011), evidenciam que as desigualdades em saúde ainda persistem nos grupos de menor renda.

Ainda como possibilidade de avaliação da ampliação do acesso, nos últimos anos aponta-se que houve melhorias nos indicadores de saúde, como exposto no discurso de um entrevistado:

Quando eu comecei a trabalhar, nós tínhamos 300 crianças desnutridas... inclusive de grau 3, que a gente chamava anteriormente... que é o grave... de grau grave... eu tinha 86 crianças desnutridas graves... era muito grande... hoje, aqui no Centro de Saúde, nós temos pouquíssimas crianças desnutridas leves... Isso é um dado real...outra coisa: as crianças... diminuiu o número de óbitos das crianças... ... e por aí você avalia que o acesso com certeza melhorou...

(E₁)

Há consenso entre os profissionais no sentido de que as condições de saúde dos indivíduos melhoraram por terem alcançado atendimento em saúde. Pode-se dizer, então, que a perspectiva de mudança positiva no cenário de saúde se faz presente, o que torna a ESF reconhecida e legitimada entre eles, confirmando que a redução dos riscos à saúde e de agravos por meio da garantia de direito à saúde é condição essencial para o exercício da cidadania, e contempla o princípio de acesso universal aos serviços, conforme prevê a Constituição Federal de 1988.

Diversos estudos evidenciam que a ESF tem alcançado um impacto positivo no contexto de saúde do Brasil (MACINKO; SOUZA, 2009; MACINKO; GUANAIS; SIMÕES, 2007; ROCHA; SOARES, 2009; AQUINO; OLIVEIRA; BARRETO, 2009). Dentre os motivos para o alcance desse resultado, está à ampliação do acesso dos usuários aos serviços de saúde (LEAL; TOMITA, 2006; SOUSA, 2008; OLIVEIRA et al., 2008; VIACAVA, 2010; ASSIS; JESUS, 2012), o que corrobora os achados da presente pesquisa.

Além da ampliação do acesso, contempla-se que os princípios e diretrizes do SUS ocorrem na prática cotidiana dos serviços, a partir da ESF:

O programa de saúde da família mesmo... mas o programa de saúde da família eu acho que deu uma oportunidade de acesso... eu acho não ... com certeza ele deu uma garantia de acesso maior... eu acho que os princípios e diretrizes do SUS começaram a ser cumpridos depois do PSF... onde ele preocupou mais detalhadamente com cada um... e é ...essa construção...

(E₁)

Considera-se que houve não só maior oportunidade de acesso, mas também que as diretrizes do SUS que consagram a universalidade, equidade e a integralidade, além dos princípios de descentralização, regionalização, hierarquização e participação social, puderam ser contemplados de forma detalhada com essa estratégia.

Infere-se que a universalidade da atenção, a equidade e a integralidade estão imbricadas. O sentido da garantia de acesso universal permitiu que aqueles que não tinham direito à saúde, por serem considerados “desiguais”, pudessem ter oportunidades de inclusão, sendo direcionadas ações mais próximas e efetivas às suas necessidades, o que pode culminar em um atendimento integral. Assim, formalmente, todos passaram a ter direito à saúde, independente de suas condições sociais contribuindo para a redução daquelas “desigualdades” entre os indivíduos.

Concorda-se que o SUS, com seus princípios e diretrizes, é uma estratégia relevante para combater as desigualdades em saúde e avançar no sentido de promover qualidade de vida aos usuários, mesmo que diante de dificuldades na implantação de um sistema de caráter universal e equitativo em um país marcado por desigualdades de toda ordem. No entanto, o SUS possível é aquele que se faz no cotidiano dos serviços de saúde (SOUZA, 2009). Ainda, a integralidade integrada aos demais princípios, permite superar tais contradições ao pressupor as interações entre usuários e profissionais, sem perder a perspectiva de garantir a universalidade, desde que aliada à integridade e à dignidade das condições humanas (VIEGAS, 2010).

Dessa forma, tendo em vista estabelecer a integralidade na prática cotidiana dos profissionais, algumas estratégias foram adotadas; significa dizer, parafraseando Merhy (2005), que constituem as tecnologias leves presentes nas relações interpessoais profissional - usuário e permeiam o fazer em saúde. Entre elas, o acolhimento e o vínculo encontram-se presentes nos discursos dos profissionais de saúde.

❖ **Acolhimento e vínculo: dos discursos aos modos de fazer no dia a dia**

A análise dos discursos permite captar a relevância do acolhimento e vínculo como diretrizes operacionais no cotidiano da APS que mostram uma relação direta com a possibilidade de ampliação do acesso:

...e hoje principalmente porque já não existe mais essa limitação de atendimento que a gente tinha antes...eles tem essa liberdade de procurar o serviço a qualquer hora do dia... pra todo mundo e o tempo todo... se eles estiverem precisando.. eles vão ser acolhidos.

(E₆)

... acho que tem que ter uma sensibilidade dos trabalhadores nesses acolhimentos. Por exemplo, chegou adolescente pra qualquer trabalhadora, assistente social, auxiliar, enfermeiro, deve atender, escutar, porque ele não volta depois. Não atendeu naquela hora, perdeu porque ele não volta mais... E se a gente for pensar nós temos que fazer uma escuta dos usuários que procuram a gente.

(E₁₃)

Há, portanto, o reconhecimento de que o acolhimento é uma estratégia potencial para a garantia de acesso aos serviços de saúde, quando o trabalhador assume uma postura acolhedora frente ao usuário que o procura, a qualquer momento. Portanto, reafirma-se a universalidade do acesso de forma inclusiva e ilimitada, desde a chegada do usuário, que deve ser atendido, escutado por qualquer trabalhador, o que confere certa aproximação com o serviço; caso contrário, podem ocorrer perdas.

Segundo Franco et al. (1999), o acolhimento permite evidenciar a forma e os critérios de acessibilidade aos quais os usuários estão submetidos nos serviços. Como diretriz operacional da ESF pretende atender a todos os usuários garantindo acesso universal; reorganizar o processo de trabalho para a atuação de uma equipe multiprofissional e qualificar as relações entre profissional e usuários por meio de parâmetros de cidadania e humanitários.

Nesse sentido, os discursos dos usuários demonstram a relevância de dimensões inerentes à lógica do acolhimento, que qualificam a relação com o profissional:

Eu considero assim, a gente chegar, todo mundo em ordem. Nós também, elas tem que ter respeito e ordem, o que chegar na frente... então ali elas tem que passar ninguém na frente da gente, porque eu acho que o pobre e o rico é tudo uma coisa só. Vai passar um, mais limite que a gente, é pobre é velho, então mas até por enquanto, agora está indo até mais bem, pelo respeito.

(U₁)

Facilidade, o povo precisa disso, e ainda mais o atendimento humanitário que aqui, além de ser o profissional da saúde, ele ainda é muito humano. Porque eu acho que isso é 50% da saúde. Tá bom... Isso... e as pessoas, o atendimento aqui, em geral, é bom ...a maioria.

(U₂)

Primeiro eu passo na portaria , depois na recepção, aqui me trata bem e lá também me trata, não tem ignorância não! E se tiver, também eu ignoro (risos)... Mas eles me trataram super bem aqui, uma beleza, sempre fui bem vinda aqui, toda vida! Não tem nada a reclamar. E no Hospital D que arrumaram pra mim. Acho que isso ajuda muito pra gente ter vontade de voltar no lugar e sentir que tudo foi resolvido. Bom, tem uns 40 e ... 45 anos que eu frequento esse posto aqui , não tem nada a reclamar não.

(U₉)

Para além da técnica esperada quando se busca um serviço, as dimensões subjetivas tais como respeito, ordem, atendimento humanitário e bom tratamento perfazem metade da atenção à saúde desejada. Nota-se que a percepção de ser bem tratado perpassa por todos os espaços por onde transita, o que pode resultar na vontade de retorno e na sensação de resolução das demandas apresentadas, com conseqüente formação de vínculo. Pode-se inferir que se evidencia um resgate da cidadania, do usuário cidadão.

Barbosa et al. (2013) consideram que a acessibilidade revelada na postura profissional deve ser mantida em qualquer condição, sendo que a escuta e o diálogo entre usuário e profissional de saúde ocupam um lugar de relevância para definir a utilização e o acesso à atenção à saúde. Dessa forma, por meio do acolhimento, pode-se estabelecer relações de confiança entre usuário, profissional de saúde e serviço, o que possibilita o estabelecimento de vínculo:

Eu acho que o serviço só melhora as ofertas de qualquer ação que você quiser fazer....qualquer atividade, atendimento... Primeira coisa é a disponibilidade e o interesse do profissional. Não é o diploma que mede... Claro que você tem que tem o profissional capacitado para o atendimento. Mas não adianta ele ser só capacitado. Ele tem que ter perfil para o atendimento. Ele tem que gostar de saúde pública. Ele tem que sentir satisfeito. Porque não existe um incentivo tão grande financeiro para o atendimento na saúde pública. (...) Agora...eu acho que é essencial... se você tiver amor pelo que você faz, você já caminha mais de 50% no que você vai fazer. Amor , interesse, boa vontade. Aí você acaba responsabilizando. Então essa responsabilização, essa vinculação, depende disso. E isso reflete pro usuário. Porque senão você não vincula. Você finge que vincula. Não é mesmo, finge. Você tem uma área determinada pra você, mas você não preocupa com isso. A gente sabe que existe. Aqui eu vejo uma vinculação muito grande dos profissionais. Tem problemas,

tem. Tem conflitos internos também essa rotatividade de profissionais... é... você hoje provar um número de profissionais que você precisa... de apoio por exemplo... é um profissional fundamental você ter o profissional de apoio ...para que você responsabilize mais aqueles os profissionais de enfermagem ... a essa vinculação... essa responsabilização... a esse acompanhamento do usuário...

(E₁)

Como eu estou na minha equipe há muito tempo, a minha enfermeira também...então, a gente tem um vínculo muito próximo, os usuários quando passam mal , eles tendem a procurar o centro de saúde, até pelo vínculo que foi criado pela equipe...

(E₂)

...A gente tem que ter vínculo com eles. Os usuários. A gente tem que ter vínculo com o usuário. Isso ajuda. Facilita o acesso dele. Eu percebo que é o ACS, e o auxiliar de enfermagem... eu acho que eles tem muita propriedade e conhecem muito hoje a questão da história das famílias , para além da doença e para além do que eles trazem de problema e isso é importante. Eu acho que esses dois profissionais eles conhecem muito da questão da história das pessoas, eles se preocupam com isso. E acho que o enfermeiro também. O médico às vezes eu sinto que tem menos vínculo, eu acho que ele roda mais dentro da atenção primária... eu acho que ele tem mais rotatividade e menos vínculo. Então assim, de facilidade de acesso eu tenho a dizer que tem essa questão de organização no programa de saúde da família, esse conhecimento que se tem maior hoje dos usuários...esse vínculo.

(E₁₃)

Os encontros entre profissionais de saúde e usuários que se estabelecem no cotidiano, por meio da estratégia do acolhimento, podem promover o estabelecimento de relações de afeto que conduzem a produção de vinculação ao serviço. Nota-se que o tempo é um aliado na construção do vínculo, pois se conhece melhor o usuário, o que torna o serviço como referência quando alguma necessidade é afetada. Isso permite ampliar o acesso à atenção à saúde. Quanto maior a rotatividade de um profissional em uma equipe, menor a possibilidade de criação de vínculo, que deve ser estabelecido por meio do conhecimento do contexto de vida dos usuários e de suas situações de saúde atuais, sendo permeado pela criação de laços afetivos.

Assim, vínculo significa algo que ata ou liga as pessoas, de forma interdependente, sendo, portanto, apontado como um princípio norteador da APS e da ESF para o estabelecimento de laços de corresponsabilidade e compromissos entre profissionais de saúde e usuários (BRASIL, 1999; STARFIELD, 2002; JORGE et al., 2011). Por meio de sua

constituição pode-se desenvolver relações de confiança e de co-responsabilidade que vão além da doença (MATOS; PIRES, CAMPOS, 2009).

Destaca-se, então, o acolhimento e o vínculo como estratégias que possibilitam, no encontro entre trabalhador de saúde e usuário, ampliação das ações para além da estrutura operacional com relações de responsabilizações por meio da escuta, empatia, diálogo, amparo, negociação, para enfim, haver tomada de decisão. Nesse contexto, todos os sujeitos podem executar um trabalho com interação social, horizontalidade, flexibilidade e criatividade, em que são produzidas relações de vínculo, o que garante maior acesso (FRANCO, 1999; SOUZA et al., 2008; COELHO; JORGE, 2009).

Reconhece-se, portanto, nessa construção de vínculo, a importância da inserção do Agente Comunitário de Saúde (ACS), além dos outros profissionais da equipe, que pela proximidade, conhecimento e interação com a comunidade, facilitam o acesso:

Eu acho que foi o Agente, a inserção do Agente Comunitário de Saúde, logo que formou o programa de saúde da Família. O agente sabe onde que tá o paciente, onde que ele mora, quem que é, a mãe , o pai, o irmão, quem nasceu , quem morreu, quem chegou , quem saiu... então hoje, a unidade básica de saúde... a melhora total foi o agente comunitário de saúde (...) E o agente também, indo todas as vezes na residência, indo todos os meses naquele endereço, mesmo que seja casa de aluguel ou não, ele já vai cadastrar automaticamente... aí a pessoa já sabe, já tem a equipe, fala assim, ó... veio um paciente que chegou novo na área... Então eu acho que o acesso melhorou 100% por causa do Agente ... o Agente Comunitário ele formou. Ele é um elo entre as equipes... e o acesso melhorou 100% e pode melhorar mais ainda por causa do Agente comunitário.

(E₅)

Considera-se que o modo de trabalho do ACS apresentado, possui estreita relação com o vínculo, advinda do convívio contínuo que mantém com a comunidade, confirmando-o como um elo entre a equipe e a população adscrita.

Assim, pode-se dizer que se estabelece uma relação estreita entre o acolhimento e a escuta qualificada para a construção de vínculo, com a conseqüente ampliação do acesso à atenção à saúde; ou seja, quanto maior o vínculo com a comunidade, menores serão as barreiras apresentadas pelo serviço. McIntyre e Mooney (2007) *apud* Travassos (2008) apontam que as relações de confiança são essenciais para a equidade no acesso, e caso não sejam efetivadas na prática, ampliam suas barreiras.

Porém, mesmo que uma postura acolhedora seja observada na maioria dos profissionais e perceba-se a existência de vínculo, nem sempre eles ocorrem no cotidiano do

trabalho, como foi relatado:

Tem vezes que eu encontro umas que são muito boas e eu sou bem atendida. Encontro umas que dão mais atenção à gente, mas tem dia que você chega que tem umas que não sei bem quem é, que não dá atenção não.

(U₁)

Mas há pouco tempo, quando eu vinha, era... eu não gostava do atendimento. Era um atendimento assim, como se a gente tivesse devendo favores.

(U₂)

A partir dos discursos, pode-se inferir que uma postura acolhedora depende de cada trabalhador, independente de quem seja. Parece que o fato de terem ocorrido mudanças na postura dos profissionais, interferiu em um novo modo de fazer em saúde, que passou a ser visto como de "favor" ao direito de atendimento, quem sabe... Todavia, é possível questionar de que forma essa escuta, definida como atenta e qualificada, tem sido operacionalizada no dia a dia dos serviços:

Eu sinto dificuldades algumas vezes em informações. Dentro do próprio sistema e no posto... Bom, às vezes de informação que eu vejo aqui que as vezes o pessoal aqui fica meio desinformado. Fica buscando informações.

(U₁₀)

Denota-se que, para o processo relacional profissional-usuário ocorrer de forma satisfatória, é necessário, além de uma escuta adequada, o conhecimento de informações que possam atender àquilo que o usuário demanda quando busca o serviço. Caso contrário, conforme relatado, a escassez de informações em saúde pode gerar conflitos e dificultar as relações entre ambos:

*Muito bonitas no papel! HumanizaSUS... HumanizaSUS... tudo bem! Vamos humanizar o SUS! Mas vamos humanizar, vamos integrar também as pessoas... falta aquela informação entre os profissionais e com os usuários... O usuário às vezes ele não vem aqui caçar uma confusão. O usuário não quer brigar! Na maioria das vezes, 90% do usuário Cri Cri.. porque caçou confusão... Mas às vezes também o que acontece aqui que as vezes a pessoa tem razão! As vezes a pessoa veio ali porque o funcionário marcou pra ele e depois o sistema engoliu o exame da pessoa ... a pessoa bate o pé falando que marcou ... e o funcionário bate o pé falando que não marcou! (...)
Então eu acho que falta uma melhoria na ferramenta de trabalho do servidor e mais informação!*

(E₁₁)

Isso pode fazer com que o a Política Nacional de Humanização (PNH) não se operacionalize na prática e se consolide apenas como uma carta de intenções. Há de se repensar sobre a confiabilidade do sistema tecnológico de informações no cotidiano do trabalho em saúde, ele pode facilitar, mas não deveria se tornar soberano. Desse modo, a comunicação pode potencializar ou limitar o acolher em saúde e, conseqüentemente, o acesso e a humanização em saúde.

A PNH propõe a valorização dos sujeitos implicados no processo de produção à saúde (gestores, profissionais de saúde e usuários), incluindo o acolhimento aos seus modos de fazer, ao permitir adquirir sentido às orientações clínicas, políticas e éticas (BRASIL, 2010). Alguns estudos evidenciam que a boa comunicação é relevante no processo de acolhimento, e que a impessoalidade na relação profissional / usuário pode levar ao descontentamento e à sensação de estar (des)acolhido, ressaltando que a atenção e o respeito são necessários para a garantia do acesso (RAMOS; LIMA, 2003; JORGE; COELHO, 2009).

Para além das questões de acolher como postura dos trabalhadores o acolhimento é também percebido como um elemento para a organização do trabalho desenvolvido pelas equipes da ESF por meio da demanda, conforme observou um profissional:

Eu acho que o acolhimento é uma das portas, talvez seja a porta que seja mais tranquila assim...porque é um horário que você tá ali só pra fazer aquilo entendeu? Você disponibiliza aquilo ali.O médico também está naquele horário pra poder ...e assim, todo atendimento é feito. Se ele... se a enfermeira resolve... ela dá um jeito de resolver. Senão, ela encaminha pro médico. Ele dá seguimento pro atendimento inteiro. É muito mais fácil, é um horário que você sabe que existe um medico ele vai ser atendido se ele tem necessidade mesmo. Se for necessário encaminhar esse paciente a gente encaminha... atendimento de urgência idem, entendeu?...

(E₇)

Reconhecido como uma porta de entrada ao serviço, quando os profissionais disponibilizam tempo específico para o atendimento, resolve-se a demanda ou encaminha-se, dependendo da necessidade que se apresenta, o acolhimento:

...primeiro que o atendimento é o tempo todo... tem os horários de organização de demanda espontânea... que é uma certa forma de organizar essa chegada do usuário... qualquer momento em que ele passa mal ...ele tem acesso à unidade.. passa por uma avaliação... uma triagem pela auxiliar de enfermagem, passa pela enfermeira e passa pelo médico.. acho que o acesso, até então, é muito tranquilo.

(E₂)

Na prática, torna-se um processo de triagem, com horário predefinido pela equipe, voltado para a solução de demandas espontâneas, que por meio da avaliação estabelece um fluxo hierárquico de atendimento, considerado tranquilo. Essa perspectiva atende a uma forma de organização do serviço e caso não esteja aliada a uma postura acolhedora neste e em outros momentos do dia, pode-se inferir que haja uma interferência negativa ao acesso dos usuários à atenção a saúde. Brehmer e Verdi (2010) consideram que o espaço do acolhimento no dia a dia pode incorrer em conflitos éticos e limitações de acesso se não ultrapassar os limites técnico-operacionais.

De acordo com documento publicado pelo Ministério da Saúde sobre acolhimento, independente do modo como ele é compreendido, é essencial remeter à maneira como ele se apresenta nas práticas cotidianas (BRASIL, 2011e). Assim, cabe considerar que a predefinição de dias e horários para o acolhimento por equipe, pode interferir no acesso dos usuários à atenção à saúde:

... eu mesmo com o caso... com urgência... trabalhei até meio dia. Vim à procura porque tá doendo demais, gostaria pelo menos uma hora eu fosse atendido e saísse daqui sem dor, há tanto tempo...O problema é que eu vim do trabalho. Que já é uma hora e meia. Aí soltou o curativo e eu queria fazer só o curativo, aí já me passaram pra amanhã. Vou ter que faltar de novo.

(U₅)

Eu acho um pouco complicada essa divisão que é feita por equipe, porque nem sempre vai tá prestando atendimento pra equipe que é correspondente. Então eu acho que isso não deveria acontecer. Acho que deveriam ser analisados os casos de um jeito diferente pra ter atendimento pra todos no geral. Eu acho que talvez seria melhorar essa questão. Se existe a divisão por equipe igual te falei, ela pode... ela é uma ideia bacana. Mas eu acho que pode ser trabalhada melhor pra atender todos os usuários. Acho que ela deve ser modificada. Hoje do jeito que ela tá, assim, atuada, não tá atendendo todo mundo não! (...) Você vem e não consegue atendimento. Você tem que voltar no outro dia. Isso dificulta muito. Às vezes não dá pra você conciliar! Às vezes você tem um tempo, vem pra conseguir atendimento e às vezes você não consegue e aí você tem que voltar de novo no acolhimento. Não tem como. Saiu corrido do trabalho, teve aquele tempinho e poder vir.

(U₆)

...vem e marcam consulta e tudo. Mas falam ...Ah, porque você não veio no acolhimento, no horário do acolhimento? Às vezes eu não venho, o menino tá prostrado dentro de casa, tá passando mal, as vezes ela não tá aguentando nem levantar naquela hora. Ninguém marca horário pra adoecer não. Por que tem que ser as 10 horas? Se você chega um pouquinho mais tarde ou passa. Porque você não vem no acolhimento? Estranho. Pra mim é muito estranho. Por que você não veio? Porque foi naquela hora que eu tava passando mal , ou já estava passando mal e eu não dava conta de ir naquela hora no posto...

(U₈)

Constata-se que, se de um lado, o acolhimento enquanto modo de organização do serviço, com horários e espaços predeterminados, facilita o trabalho cotidiano das equipes da ESF, de outro, face à imprevisibilidade do adoecimento, apresenta-se como um aspecto dificultador de acesso à atenção a saúde.

Nesse sentido, pode-se dizer que o acolhimento responde a diferentes dimensões do acesso a partir da visão dos profissionais de saúde e dos usuários. Para os trabalhadores de saúde, apresenta-se enquanto técnica, o que nos traz a dimensão de “acomodação ou adequação funcional”, proposta por Penchansky e Thomas (1981), que envolve a forma como a oferta está organizada para o atendimento aos clientes, como os horários disponíveis e a capacidade de adequação dos usuários a esses aspectos, identificando sua conveniência. Enquanto isso, para os usuários, os horários propostos relacionam-se à dimensão da disponibilidade que discute os serviços existentes em concordância com as suas necessidades de saúde.

Expressa-se o desejo, por parte dos usuários, de flexibilização desse modo de “acolher”, para que seja ampliada a garantia de acesso e haja maior resolução de suas demandas e necessidades de saúde. Apesar do reconhecimento de que a divisão por equipe para atendimento é uma “idéia bacana”, é necessário mudanças na organização no trabalho em saúde; ou seja, ainda há aspectos que precisam ser revistos em busca de melhorias da acessibilidade, pois se os “casos” se diferem, as maneiras de atendê-los deveriam também ser diferentes:

... o problema é que muitas vezes a pessoa vai ao centro de saúde e não acha, por exemplo... Às vezes ela vai lá procurar uma receita, ah , tem que passar pelo médico ... aí vai ...ah não tem médico, ah tem que passar pelo enfermeiro e tem o acolhimento em tal horário ... aí a pessoa não tá naquele horário ... a pessoa largou o horário de serviço dela...faltou pra vir cá pra resolver o problema dela...aí tem uma barreira que é a questão da equipe , que às vezes a pessoa é da equipe X... a equipe X só tem aquele horário de acolhimento ... a pessoa perdeu horário de serviço todo, ela não consegue a

receita... foi criada aquela barreira, aí a pessoa vai embora pra casa meio revoltada porque não conseguiu e perdeu horário de serviço ... aí a pessoa marca, às vezes consegue negociar com o patrão dela... e marca pra outro dia... aí ela vem aqui e ela consulta a enfermeira , mas ela não consegue pegar o remédio X porque o médico tem que carimbar e não tem o médico da equipe ...e não tem outro médico também que possa carimbar. Então, a pessoa já tem outro problema ali. Outro problema administrativo assim, mas na área deles...

(E₁₁)

Desse modo, a divisão estabelecida por equipe para organização do atendimento, torna-se um entrave ao acesso quando a normatização se sobrepõe ao acolhimento ao promover idas e vindas dos usuários, muitas vezes sem resolução de suas demandas. Percebe-se, portanto, a presença de ruídos na relação estabelecida entre profissionais de saúde e usuários, contrários à ideia desse tipo de acolhimento, visto que da forma como tem sido efetivado na prática, não permite o ingresso de todos aqueles que recorrem ao serviço, o que se contrapõe ao princípio de universalização. Para mudança dessa lógica, foi sugerido que o acolhimento ocorresse em dois turnos:

É lógico que não deixa de atender...isso não acontece. Mas eles observam o caso...e avaliam e dependendo mandam voltar no acolhimento. Mas pelo que eu vejo assim, pelo que eu já consultei, pela manhã é muito tumultuado. Porque tem acolhimento, a maioria das consultas são marcadas no período da manhã e a tarde fica um pouco mais tranquilo. Então porque não distribuir isso? Por que o acolhimento tem que ser feito só de manhã? Pode ser estruturado. Às vezes mais de uma vez no dia, pra dar oportunidade pra mais pessoas. Tem aquele horário restrito. Porque não pode ser feito mais de uma vez. Já que é tão tumultuado pela manhã, por que não pode ser um pouco mais tarde também, á que o posto fica mais vazio no período da tarde ?

(U₆)

Nota-se o reconhecimento de que o atendimento acontece, mas questiona-se a normatização preestabelecida, que restringe horários a um período do dia e limita o atendimento, do ponto de vista do usuário, permitindo inferir que, apesar de todo o discurso advindo do SUS, de se pensar em uma lógica de atenção à saúde usuário-centrada, como proposto por Merhy (1998), ainda apresentam discordâncias. Assim, pela lógica profissional:

Hoje a gente tem um acesso indiscriminado... todo mundo que chega ao Centro de Saúde ele é acolhido de alguma maneira... e é... priorizado... são priorizados aqueles casos que são mais urgentes, mais importantes... de acordo com a avaliação que a gente faz aqui no Centro de Saúde. Então esse conceito novo de acolhimento...de

atender os agudos...que é uma coisa relativamente nova... pra nós aqui...que a qualquer hora que o paciente , o usuário chega ao centro de saúde, alguma resposta ele vai ter, mesmo que seja pra voltar num outro momento... Mas ele vai ter uma resposta, ele vai ter um acolhimento da demanda dele...

(E₈)

Percebe-se que o acesso se efetiva de modo indiscriminado, já que todos os usuários são acolhidos e priorizados de acordo com a gravidade do quadro apresentado. Na perspectiva de quem oferta a atenção, isso permite que eles obtenham alguma resposta às suas demandas, mesmo que seja o retorno em outro momento. O acolher dos usuários que apresentam quadros agudos mostra-se como um "conceito novo", considerado pelos profissionais de saúde como uma estratégia de inclusão. No entanto, ao ser realizada a escuta dos usuários, há seleção e priorização daqueles considerados agudos ou não, ocasião em que os últimos são encaminhados para uma agenda ofertada pelo serviço:

...você não deixa de atender o agudo mesmo não tendo profissional... porque ele é priorizado em relação aos outros, para outros profissionais independente da equipe ..os profissionais sabem a quem eles devem dar acesso, mas as condições atrapalham.

(E₁)

Eu tenho que parar e pensar...deixa eu ver o que é importante. Então a gente ainda está naquela fase, eu não dou conta de tudo, então tenho que selecionar...eu não tenho recursos humanos suficientes... eu vou fazer uma escuta o dia inteiro, mas tenho que saber o que é agudo de verdade. Agudo de verdade, mas não é agudo de verdade. Ele vai ter que voltar. E na hora em que ele voltar, eu vou ter que definir numa agenda... Então, eu tenho que pegar essa agenda e pegar o que não pode esperar...porque eles vem pra tudo...o tempo todo... com uma demanda que muitas vezes não é a necessidade dele naquele momento... e isso dificulta... sobrecarrega...porque muitas vezes, eu não tenho recursos humanos suficientes.

(E₁₄)

Devido à limites estruturais como escassez de recursos humanos e fragilidade na gestão e gerência, no cotidiano de trabalho, as queixas agudas são priorizadas. Os demais casos são “encaixados” nas agendas, por meio da “classificação de risco” feita por enfermeiros e médicos, sendo considerado que nem sempre os motivos de procura dos usuários remetem às suas reais necessidades de saúde, expressas por eles nesse momento.

Os profissionais de saúde, mediante seu conhecimento técnico e científico, definem e padronizam suas condutas como forma de organização do seu trabalho, sendo apontado o estabelecimento de fluxos. Atende-se àqueles mais graves, enquanto os demais são incluídos nas horas programadas pelas equipes da ESF. Com isso, elabora-se e legitima-se, por parte de

quem presta a assistência, expressões como “agudos de verdade”, que representam um desajuste entre a noção de adoecimento dos usuários e a avaliação dos profissionais de saúde.

Assim sendo, o acolhimento dos casos considerados agudos apresenta um caráter de dualidade entre profissionais de saúde e usuários:

... esse acolhimento de casos agudos vai ser um facilitador por um lado ... facilita muito a vida do usuário. Para nós, que trabalhamos aqui ...é bom e é ruim ao mesmo tempo. Assim, ruim no sentido de que a gente tem que organizar mais o nosso trabalho assim, porque fica muito sobrecarregado.

(E₈)

A abertura de atendimento ao “agudo” facilita o acesso do usuário, porém, gera uma pressão que conduz à sobrecarga de trabalho para os profissionais de saúde. Expressam-se, então, relações dicotômicas que devem ser consideradas e avaliadas, porém voltadas ainda para as questões dos profissionais.

É reconhecido que "o acolhimento de casos agudos" se caracteriza como um avanço nos cenários estudados, o que faz com que se modifique a lógica de oferta limitada de consultas, além de possibilitar a priorização de atendimento por meio da avaliação de riscos e vulnerabilidades. No entanto, percebem-se incoerências e discordâncias sobre a forma como esse acolhimento tem sido operacionalizado na prática, o que pode fazer com que uma estratégia proposta para a inclusão passe a se apresentar de forma excludente.

O acolher, se não estiver aliado a uma postura de negociação aberta e conciliadora, com condições de trabalho adequadas à abertura à demanda, pode se transformar em uma prática voltada à queixa. Os profissionais definirão as condutas a partir das demandas e de acordo com seus conhecimentos técnicos a fim de, naquele momento, viabilizem ou não o acesso às consultas médicas, e isso pode ser confundido com uma lógica de pronto atendimento, em que se classificam os modos de ingresso ao serviço. Aqueles que não se incluem nestes critérios, muitas vezes enfrentam situações de constrangimento e não se sentem acolhidos pelo serviço, o que preserva o acesso como limitado, como ficou expresso nos discursos dos usuários.

Esses achados corroboram Brehmer e Verdi (2010), que apontam em seu estudo o acolhimento como sinônimo de urgência, dada uma situação imediata, o que faz com que muitas vezes os usuários não obtenham o atendimento agendado. Segundo as autoras, os usuários passam a ser acolhidos desde que suas demandas sejam consideradas importantes e passíveis de solução naquele momento. Assim, reduz-se o acolhimento a mais uma atividade do serviço. Além disso, discute-se a precariedade das estruturas físicas e a escassez de

profissionais, que representam obstáculos para a prática do acolhimento.

Merhy e Franco (1996) e Cecílio (2012) apontam que a organização para o atendimento dos “agudos” em situações de sofrimento, pode auxiliar na legitimação da UBS como porta de entrada do sistema de saúde. O não acolhimento destes usuários pode estabelecer incursões deles em busca de serviços que contemplem e solucionem suas necessidades de saúde sentidas e percebidas, como as unidades de pronto atendimento, em situações que poderiam ser resolvidas pelo nível da APS. Porém, considera-se que transformar os serviços de saúde em “unidades de porta aberta” sem criar condições adequadas para que as equipes dialoguem com essa demanda, pode configurar práticas que se travestem em novos discursos, mas que concretamente apresentam uma clínica do tipo “queixa-conduta” (GONÇALVES, 1994; CAMPOS, 2003).

É preciso extrapolar essa noção ao realizar uma escuta não só das queixas, mas que haja flexibilidade nos modos de produzir saúde, considerando as necessidades apresentadas ou não ao serviço, o conhecimento que se formará da situação de cada sujeito nesses encontros e a busca de resolução, se for possível. Isso não descarta a relevância da definição em agendas programadas e dos grupos prioritários, mas que seja visto como prosseguimento do cuidado, e não como barreira à sua realização.

Segundo Verdi (2010), o acolhimento pode estar ameaçado pela tecnificação o que se contrapõe à humanização dos serviços e aos valores éticos em saúde. Diante disso, faz-se necessário corrigir as burocracias geradas no atendimento para haver o devido acolhimento dos usuários:

Acho que a gente ainda tem muitas burocracias que precisam ser melhoradas.. Então eu vejo isso. Eu vejo que por um lado tem essas facilidades da questão do quanto melhorou... mas acho que nossos serviços ainda tem muitas burocracias que ainda precisam diminuir ainda, sabe...da questão de... pra que esse usuário ele se sinta mais acolhido de verdade mesmo... não esse acolhimento formal que a gente fala, naquele horário. Mas que ele seja acolhido e que ele possa vir à hora também que não seja só na rigidez da gente só enquanto serviço e no interesse só nosso de trabalhador. Tem que ser centrado no usuário.

(E₁₃)

Reafirma-se, portanto, o acolhimento como estratégia relacional do fazer cotidiano em saúde, para além de seu aspecto normativo e organizador, considerado rígido e burocrático. O usuário deve ser reconhecido como central no processo de produção do cuidado, para que ele se sinta realmente acolhido e tenha a liberdade de expor aquilo de que realmente necessita, ou mesmo para que se possa apreender o que está velado em seu motivo de procura.

Percebe-se, então, nos discursos apresentados, a presença de mais de um significado e sentido relacionados ao acolhimento, seja como modo relacional ou como instrumento para a organização do processo de trabalho das equipes da ESF, o que demonstra perspectivas e intencionalidades diferenciadas. Assim, há um distanciamento entre o discurso proposto de acolhimento e os modos de concretizá-lo no dia a dia. Cabe ressaltar, porém, o papel da gestão em estabelecer condições favoráveis para que se efetivem as práticas em saúde.

Tesser et al. (2010) afirmam que o acolhimento possui duas dimensões: uma, que implica na avaliação de riscos e vulnerabilidades, com eleição de prioridades que não devem se voltar somente a consultas médicas; outra, que envolve uma postura ética, empática e humana. A primeira pressupõe ampliar o acesso, ao reduzir a burocracia do serviço; a outra visa melhorar a postura dos profissionais, permitindo diferenciar necessidades maiores e menores em tempos de cuidado.

Os autores consideram ainda que:

(...) tal proposta depende de uma abertura dos profissionais para um compartilhamento de responsabilidades e decisões, respeitados os "núcleos de competência" de cada profissão, mas flexibilizando os rituais típicos de consultas e procedimentos, de decisão clínica e de avaliação de risco/vulnerabilidade. Quanto mais flexíveis e versáteis os profissionais, quanto mais diversificadas e pouco ritualizadas suas ações, quanto mais misturadas e trabalhando juntas as pessoas, quanto mais aberto e acessível o serviço a todos os tipos de demanda, maior a possibilidade de a equipe imergir no mundo sociocultural de sua área de abrangência, de trocar saberes pessoais e profissionais, de realizar melhor o Acolhimento e garantir o acesso. O que não significa perder de vista grupos prioritários, fazer busca ativa, vigilância e promoção da saúde. (TESSER et al., 2010, p. 3620)

No entanto, gestores e profissionais de saúde apontam dificuldades em relação à corresponsabilização dos usuários em seu cuidado. Os discursos a seguir, remetem a uma divergência e/ou discordância na percepção dos direitos e deveres em saúde:

Ainda a gente está naquela fase dos direitos... então ele tem direito a tudo ... mas o dever dele ainda não está explícito para ele...

(E₁)

Muitas vezes a gente consegue fazer mais.. o que o pessoal quer de mim ... As vezes eles cobram tanta coisa... por exemplo, nas visitas domiciliares... o usuário cobra muito assim, que a gente faça coisas por eles que não é coisa nossa, querem que a gente marque consulta, quer que a gente faça coisa que é obrigação deles..

(E₁₀)

A linha do acesso, eu acho que o que mais me incomoda enquanto profissional... Não que eu seja uma excelente profissional. um exemplo! Não, porque eu entrei agora. O que me incomoda, não tá nem tanto relacionado com o serviço de saúde em si, o acesso. Mas o que me incomoda, implica nesse acesso (...) Se é de acordo com a legislação: A saúde é um direito de todos e um dever do Estado, por outro lado a população acha que é só dever do Estado e dever eles não têm nenhum. Por isso eu acho que a sobrecarga, o adoecer em excesso, de acesso ao centro de saúde. Não que seja barrado, de jeito nenhum. Mas eu acho que as pessoas são muito pouco instruídas, muito pouco educadas para isso.

(E₁₂)

Eu acho que o básico hoje, e que a população não entende... ele aprendeu o que ele tem direito, mas ele ainda não é co-responsável, ele não se sente co-responsável. Ainda é uma luta da gente para conquistar.

(E₁₄)

Os discursos enfatizam que os usuários recorrem excessivamente aos seus direitos e apresentam pouca implicação no que diz respeito aos seus deveres, ou seja, na co-responsabilização do cuidado. Evidencia-se, em alguns momentos, uma responsabilização dos usuários pela dificuldade de acesso ao serviço de saúde, o que leva a refletir em como estabelecer vinculação e, conseqüentemente, permitir o acesso adequado com relações discordantes como as apresentadas. Considera-se que as relações de confiança estabelecidas de forma bilateral são essenciais para a garantia de acesso à atenção à saúde.

Contrário a isso, os discursos evidenciam uma relação unilateral, em que o usuário se apresenta em uma condição de passividade diante de profissionais de saúde que se encarregarão de legitimar e se responsabilizar por sua saúde, o que contradiz a noção de vínculo.

A constituição do vínculo depende de movimentos duplos entre profissionais e usuários em que se estabelecem compromissos bilaterais, o que conduz a uma tarefa nem sempre fácil de ser realizada. Estabelece-se uma transferência de afetos que podem ser positivos ou negativos. Afetos traduzem apostas feitas a partir da história de cada um e da imagem que o serviço e os profissionais produzem, sendo consoantes com sentimentos imaginários. Quando positivos, podem auxiliar na realização de uma travessia e na construção de autonomia. A construção da autonomia se faz quando ambos conseguem lidar com suas relações de dependências e co-produção. Nesse sentido, a atitude co-responsável necessita de contrato mútuo, evitando dissonâncias no cotidiano em busca de atingir um objetivo comum. Ao contrário, quando se transferem afetos negativos, com sentimentos de desvalorização,

afasta-se a possibilidade de vinculação (CAMPOS, 2002; CAMPOS, 2007; JORGE et al., 2011).

Se acolhimento e vínculo são construções cotidianas para o fazer em saúde, constituem-se estratégias de organização das ações em que se mostram possibilidades e entraves em relação à universalidade do acesso. Assim, a divisão organizacional por área de abrangência, ou seja, a dimensão geográfica, também precisa ser considerada. A discussão do acesso geográfico também se faz objeto de reflexão deste estudo em que se consideram os limites e as potencialidades dessa dimensão.

❖ **Eu subo o morro, mas chego lá... ou não!**

A proximidade entre a residência dos usuários e as UBS, além do curto tempo de deslocamento despendido para o alcance do serviço, são apontados como aspectos facilitadores do acesso à atenção à saúde, especialmente pelos usuários:

O facilitador principal é ter o posto no bairro. Quase todos os bairros de elevado risco ou muito elevado risco tem um bairro ..um centro de saúde na porta da casa do paciente... nós, por exemplo, temos muitos pacientes que tem convenio mas preferem vir ao posto , principalmente quando estão passando mal... porque aqui está mais perto. Entendeu? Então um dos fatores que facilitam o acesso é estar perto da casa deles...

(E₃)

Da minha casa aqui é tranquilo, bem tranquilo.

(U₆)

Não, eu me sinto bem, da minha casa até aqui. Tem a subidona forte pra subir aí. Mas a gente passando mal, a gente vem.

(U₈)

Não, até que onde eu moro, eu moro na rua D, dali aqui, questão de 4 segundos, que é perto, é perto sabe? Porque eu ando depressa! Chego rápido! 4 segundos assim eu falo é porque ela fica na moleza...

(U₉)

...Eu moro perto. Eu moro duas ruas abaixo daqui. Então eu moro próximo eu não tenho essa dificuldade. A minha mãe sim, ela ter, pra ela vir aqui é difícil, de locomoção mesmo. Mas já é um problema dela, não é daqui...

(U₁₀)

Percebe-se que mesmo com a presença de barreiras geográficas decorrentes de obstáculos naturais, como morros altos, muitos usuários, inclusive os que possuem planos de saúde, consideram esse aspecto positivo face à proximidade da UBS, embora os portadores de

dificuldades de locomoção sejam de alguma forma prejudicados durante o seu deslocamento até a Unidade de atendimento. Essa noção remete ao acesso geográfico proposto por Unglert (1990), em relação à distância a ser percorrida entre a residência do usuário e os serviços de saúde, e os obstáculos físicos que devem ser transpostos no decorrer do trajeto.

Pode-se dizer, portanto, que os estudos desenvolvidos a respeito corroboram esses achados ao destacar que a proximidade da UBS, mesmo com barreiras geográficas, é uma facilidade para o usuário no que diz respeito à busca de atendimento à saúde (LIMA et al., 2003; AZEVEDO; COSTA, 2010).

No entanto, apesar de a maioria dos discursos ter apresentado como facilidade este acesso geográfico, a divisão de alguns setores censitários que definem as áreas de abrangência das UBS de referência, é exposta por gestores e profissionais de saúde como incoerente e inadequada:

...outra dificuldade que a gente vê às vezes é a área de abrangência. Quando você tem proximidade de outra área que não é da sua unidade, outra área de abrangência muito próxima ao centro de saúde, esse acesso pela comunidade é entendido como se fosse negado. Assim, coisas de controle, não agudo. Então por exemplo aqui é muito próximo do bairro D. Então você atravessa a rua, está no bairro D... a área de abrangência do Centro de Saúde D. Essa população acha que tem o direito de consultar aqui pela proximidade... eles tem muita dificuldade até hoje em entender porque existe área de abrangência. Por mais que você explique. Atualmente, inclusive, tem um grupo de pessoas fazendo manifestação lá para a gerente do Distrito, pedindo para vir para cá. Porque eles consideram que é longe o centro de saúde D para eles. Só que eu tenho usuários na minha área de abrangência, que andam no mínimo dez quarteirões. E é morro, é aclive e declive... aclive e declive... e eles também, só tem até menos quarteirões para ter acesso da área de abrangência do outro centro de saúde. Essa questão da área de abrangência, eu acho às vezes mal dividida. É demorada essa questão de ligar muito aos setores censitários do Censo, pela área do IBGE, prejudica às vezes o acesso...

(E₁)

Mas eu vejo a questão da área de abrangência como um fator dificultador... por exemplo, a nossa equipe está no entorno do Centro de Saúde, então eles tem um acesso pra eles é privilegiado... mas aí a gente tem uma população que é mais distante...a do bairro D, por ser uma população mais carente ... o acesso é até mais difícil... eu vejo essa questão da divisão da área de abrangência às vezes como um ponto que dificulta... por causa da dificuldade dos usuários, é o que eu vejo mesmo.

(E₆)

Nota-se a existência de situações nas quais, além de haver má distribuição espacial de alguns setores censitários, não se contempla a forma espontânea de apropriação do território pela população, o que conduz a uma definição inadequada das UBS de referência, além de conflitos entre o serviço e a comunidade, o que interfere diretamente no acesso dos usuários.

Apontam-se manifestações da comunidade local que reivindicam ao Distrito Sanitário de referência a redefinição da área de abrangência, sob a justificativa de que alguns usuários precisam se deslocar por vários quarteirões onde existem aclives e declives para poderem acessar a UBS de referência, mesmo havendo uma unidade mais próxima de seu local de residência. Isso faz com que o acesso aos serviços seja percebido pelos usuários como negado, pois aqueles que residem no entorno da UBS são privilegiados em relação aos que precisam transpor essas barreiras. Vargas et al. (2011) também evidenciaram, em seu estudo, condições de discordância como as apresentadas.

Pode-se afirmar, portanto, que a movimentação da comunidade para requerer mudanças na forma em que está disposta a divisão da área de abrangência, expressa a desigualdade de acesso vivenciada e percebida pelos usuários. Assim, ao assumir a divisão censitária, a Unidade pode corroborar a redução do acesso:

Ao mesmo tempo, eu acho que essa organização é como se virasse pro usuário e falasse assim, você só pode ir aqui, você não pode ir em outro lugar. Eu não sei até que ponto que a gente também enquanto trabalhador, enquanto participando desse sistema, do quanto à gente tem o direito de falar pra eles assim... você vem só aqui e não vai em outro lugar... Ou você só tem esse, ou só isso pra te oferecer. Então eu acho que isso dificulta muitas vezes...

(E₁₃)

Há questionamentos sobre o direito dos profissionais de saúde no sentido de imprimirem certas normatizações que não permitem a escolha dos usuários frente às decisões que lhes são impostas. Assim, estabelecem-se regras em que o usuário precisa se enquadrar ao que é estabelecido, o que pode limitar ou mesmo impedir a garantia do seu direito de acesso ao serviço de saúde.

É importante, porém, enfatizar que a proposta de definições territoriais da área de abrangência baseia-se nos setores censitários definidos pelo IBGE e na discussão com as equipes locais de trabalho, que devem avaliar, dentre outros aspectos, o perfil epidemiológico, de demanda e a população atendida (UNGLERT, 1999; BELO HORIZONTE, 2003). No entanto, essa definição que considera um mapeamento geográfico por setores censitários pode apresentar incoerências práticas, se não forem conciliadas a avaliação espacial do território e a

apropriação de seu uso. Impõe-se aos usuários uma divisão por setores censitários que podem distanciar, ao invés de aproximar a comunidade do serviço. Assim, uma proposta idealizada para permitir que os usuários enfrentem menos barreiras de acesso geográfico para o alcance das UBS, na verdade, pode se tornar contraditória se não houver uma efetiva discussão a respeito com o gestor local, os profissionais de saúde e os usuários.

Outro aspecto que deve ser considerado refere-se às escolhas (ou não) de atendimento, que esbarram nessa divisão por área de abrangência:

...usuário fica um pouco restrito porque ele tem a área de abrangência dele. Então ele não pode ser atendido onde ele quer, ele é atendido aonde ele é designado para ser. Isso aí pro lado, pensando no usuário é um dificultador pra ele. Porque às vezes ele não se dá bem com um determinado profissional, ou ele prefere ser atendido por mulher e o profissional da equipe dele é um homem e ele não quer. Ou vice versa. Então, assim, às vezes a unidade de referência dele não é tão próxima da casa dele, apesar que tem a área de abrangência tentando fazer com que todos tenham um acesso mais facilitado mas muitas vezes isso não acontece por outros motivos, estruturais lá. Na hora de dividir as áreas de abrangência. Então, tem essa questão também. Então, eu acho que não sei como falar como a gente poderia fazer isso. Talvez se estruturasse de uma outra maneira. Talvez esse aspecto deixar... a escolha do usuário ... não sei, até completar uma equipe. Não sei como poderia ser feito isso.

(E₈)

O discurso aponta que a divisão por área de abrangência, com designação prévia do local e dos profissionais de saúde de referência para o atendimento dos usuários, pode interferir de forma negativa no acesso à atenção à saúde.

Infere-se que o usuário, com essa organização geográfica, fica limitado em seu direito de escolha, o que pode ser um entrave para o estabelecimento do vínculo. Reforça-se que a relação profissional / usuário, que inclui questões como a empatia, o tratamento dispensado, as questões de gênero e os estigmas, interferem na vinculação e, conseqüentemente, no acesso deste último; ou seja, designar previamente a equipe de referência para todos os usuários pode impor barreiras de acesso, fazendo com que possam não recorrer aos serviços de saúde que lhes foram definidos, traçando em determinadas circunstâncias caminhos alternativos para a utilização dos serviços.

O espaço delimitado e definido geograficamente extrapola-se por subjetividades presentes nas relações entre aqueles que o habitam diante daqueles que produzem o cuidar em saúde nas quais perpassam emoções, afetos e símbolos. Com isso, ressalta-se que o acesso pode ser fácil geograficamente e, no entanto, não ser o determinante na escolha do usuário

pelo serviço, sendo essencial a vinculação ao serviço. Considera-se que as relações estabelecidas entre serviço, profissionais de saúde e usuários podem facilitar ou dificultar a garantia do direito de acesso à APS. Esse achado corrobora alguns estudos que discutem a relevância dessas relações para a escolha do serviço (RAMOS; LIMA, 2003; LIMA et al., 2007). Desse modo, a acessibilidade geográfica e a vinculação estão intimamente relacionadas, o que pode aproximar ou distanciar os usuários no cotidiano dos serviços.

Cabe ressaltar que se considera relevante o uso do instrumento de base territorial para a organização assistencial dos serviços, desde que seja estabelecido um processo comunicativo com o serviço e a comunidade. Nesse sentido, emergem discussões em relação ao pacote de oferta proposto pelo nível macropolítico que pode conduzir a (im)propriedades organizacionais no acesso à atenção à saúde, o que será discutido na próxima categoria.

4.2 A OFERTA (DES)CENTRALIZADA DE AÇÕES E SERVIÇOS E O FAZER COTIDIANO: O PRESCRITO E O REAL

Esta categoria discute a oferta de serviços proposta de modo (des) centralizado, seja pelo nível macropolítico ou pelas equipes da ESF, que ao ser operacionalizada gera convergências e divergências no acesso à atenção à saúde. Cria-se, então, um ciclo de produção em saúde que pode apresentar tensionamentos com as demandas espontâneas apresentadas nos serviços. Nesse contexto, emergem discussões sobre os processos avaliativos desses modos de operar a saúde, que têm por objetivo avaliar o acesso dos usuários aos serviços de saúde.

Para melhor organização e discussão do tema, a categoria foi subdividida em três subcategorias, a saber:

- ❖ Oferta programada de ações e serviços: acesso inclusivo ou excludente?
- ❖ Demandas espontâneas *versus* o desejo e o fazer cotidiano;
- ❖ A centralidade da gestão municipal: interferências no acesso.

❖ **Oferta programada de ações e serviços: acesso inclusivo ou excludente?**

Os discursos de quem presta a assistência apontam para a existência de uma proposta ampliada de oferta de ações e serviços, conforme cada linha de cuidado, como a saúde da criança, da mulher, do adulto e do idoso:

Eu acho super inteligente as ofertas que a gente hoje tem pra oferecer pro usuário Eu acho que a oferta é a necessária. Se você pegar todas as necessidades, saúde da mulher, do adulto, da

criança, do idoso, tabagismo, saúde mental, NASF. Você vai ver que ela engloba uma oferta muito grande de serviço que atinge a linha do cuidado, desde quando você nasce até quando você morre. Inclui aí egresso hospitalar, bolsa família. Então assim, você trabalha com a vulnerabilidade das famílias, você trabalha desde quando você nasce até quando você morre. Então você tem uma oferta muito boa de programas, de protocolos de atenção mesmo, de assistência em qualquer faixa etária...

(E₁)

Eu acho que o serviço ele oferta dá um cardápio bom de serviço. Só que tudo que a gente oferta tem um critério. A gente oferta mamografia, tem um critério pra mamografia. A gente oferta preventivo tem um critério pra preventivo... tem um critério pra fazer preventivo... isso aí não é o problema. O problema é que o usuário vem com uma demanda, que não é não condiz com a oferta do serviço. A mulher quer fazer mamografia com 35 anos, sem critério nenhum. E isso o sistema não comporta. A mulher, a menina quer fazer preventivo com 15 anos, porque começou há 2 meses começou a ter relação. Então isso é uma coisa que o serviço não comporta. Então como a gente tem um volume muito grande de pacientes à gente tem que ter um critério mesmo pra poder marcar, pra gente poder está atendendo, porque senão a gente não dá conta também... não tem recurso e a gente não consegue atender...

(E₃)

As ofertas propostas aos usuários são coerentes com as necessidades apresentadas ao longo de suas vidas, estabelecidas as linhas de cuidado com vistas às intervenções sobre as vulnerabilidades apresentadas pelas famílias. No entanto, muitas vezes os modelos propostos pelos serviços não possuem similaridade com as aspirações dos usuários, ou seja, percebe-se que há um distanciamento entre o modo como eles percebem suas necessidades de saúde e as demandam, em relação à lógica do pacote de oferta proposto à APS pelo nível macropolítico. Aponta-se, com isso, que são estabelecidos critérios que norteiam os profissionais de saúde para a oferta das ações aos usuários, dentro de recursos considerados limitados. A partir dessa lógica, os profissionais de saúde recorrem a esses instrumentos para a garantia de acesso dos usuários, buscando aplicá-los e adequá-los no cotidiano:

É... todos são utilizados. A gente não deixa de utilizar nada. Nem um protocolo. A gente tenta aplicar todos os protocolos de classificação de risco, de regulação de consulta para garantir acesso...

(E₃)

Acho super válidos os programas, muito válidos. Saúde da mulher eu acho interessante se você for seguir a risca, acho interessante hipertensão, diabetes do jeito que foi montado, é... saúde da criança também, interessante a questão da política de humanização... o máximo! Não sei se chega a completar tudo (...) tem programas

bacanas, que tão bem estruturados, tem programas que precisam melhorar. Acho que talvez o hipertenso é um protocolo que precisa melhorar, eu acho que o protocolo ele não é totalmente ... a teoria, ele não vai bater com a prática porque ele não vai dar conta...não consegue atender..e tem programas que eu acho que não cola, eu acho que é muito político assim.Acho que num foi feito mesmo pra você promover saúde do jeito que tem que ser na estratégia...

(E₇)

...eu acho que pelo menos a gente procura adequar o atendimento referenciado de cada protocolo , seja de criança , seja de mulher, seja de idoso, de hipertenso , diabético. A gente procura! Não creio, por mim , que seja 100% em todos. Porque não é. Até mesmo porque cada profissional tem a sua dificuldade. Mas eu vejo que há uma melhoria crescente. A cada dia. Mesmo porque a gente tem reciclagens, nós temos as oficinas e isso tudo ajuda, ajuda, nesse meio. A capacitação auxilia na prestação do serviço dentro do que é oferecido no centro de saúde.

(E₁₂)

Evidencia-se que, apesar de muitos desses instrumentos serem bem estruturados e relevantes, persistem em algumas situações certa dificuldade de entrosamento entre teoria e prática. Pode-se apreender que muitas vezes os profissionais de saúde não conseguem colocar estes instrumentos em prática de forma integral, seja por dificuldades individuais ou pelo fato de que esses instrumentos não se familiarizarem com a prática, o que faz com que sejam necessárias adequações cotidianas. Aqui é importante lembrar que a aplicação destes instrumentos pode ser beneficiada por meio da capacitação profissional.

Nota-se que há o reconhecimento de que alguns protocolos não conseguem suprir a realidade de saúde apresentada nos serviços, além de não se aproximarem da noção de promoção à saúde, aspecto que deveria ser conduzido pelas equipes da ESF. Como justificativa, há a referência ao cunho “político”que pode assumir em sua elaboração, o que pode conduzir a sentimentos contraditórios em relação à sua aplicabilidade e ao impacto que poderão proporcionar na saúde dos usuários.

Considera-se, ademais, que no cotidiano dos serviços de saúde surgem situações que nem sempre poderão ser contempladas pelos protocolos e linhas guias, e que por esta razão não devem possuir caráter totalitário, sendo necessário em muitas circunstâncias adequá-los e modificá-los de acordo com cada contexto. Além disso, a oferta de ações e serviços que se efetiva somente pela lógica dos protocolos e linhas guias, pode apresentar um caráter biológico e preventivista, conformando-se de modo pontual e fragmentado, distanciando-se da proposta de promoção à saúde.

Ainda, nos modos como estão estabelecidos os protocolos, vale apontar restrições a

algumas ações que podem ser desenvolvidas pelos profissionais das equipes da ESF, o que conduz a encaminhamentos para especialidades, muitas vezes desnecessários:

Tem algumas outras coisas que podem facilitar e melhorar que eu acho que talvez tenha que ser repassados e repensados pela secretaria. Alguns exames por exemplo que a atenção primária não pode pedir, que na verdade não deveria haver nenhum impedimento. Às vezes tem até a disponibilidade mas não é disponível pra atenção primária (...) por exemplo, se eu precisar de um paciente que tem um raio X de tórax uma imagem que me é sugestivo por exemplo de um câncer ou de uma neoplasia qualquer ou de uma outra doença, eu não posso pedir uma tomografia computadorizada de tórax, sendo que isso é disponível na rede, eu tenho que encaminhar pro pneumologista, pro pneumologista pedir. E isso já leva um tempo maior as vezes pra você passar pro pneumologista pra depois ele conseguir fazer o exame e retornar. Às vezes se tivesse se a atenção primária tivesse acesso a todos esses exames facilitaria bem. Já que existe protocolo pra tudo, não existe, cria! Se o grande problema é muito discurso da prefeitura, da secretaria que isso não é possível porque alguns profissionais acabam pedindo demasiadamente sem critérios, cria-se critérios então! Só criar os critérios e divulgar pra atenção primária então, que a gente pede segundo os critérios. Isso facilitaria muito(...) Então você cria uma rede burocrática que às vezes dificulta...

(E₂)

Considera-se que há necessidade de ampliar a governabilidade de ações, prevista nos protocolos para autorizar, por exemplo, a solicitação de exames que só podem ser emitidos pelos demais níveis assistenciais, mesmo que tenham sido identificados os critérios clínicos no nível da APS. Com isso pode-se desburocratizar e ampliar o acesso ao sistema, com maior efetividade do serviço.

Há reconhecimento da existência de alguns recursos, porém, o modo como estão disponíveis é questionado. Remete-se à expressão “rede burocrática”, que é permeada por critérios muitas vezes limitadores, que dificultam o acesso à atenção à saúde. Segundo Frenk (1985), para o serviço ser considerado acessível, é necessário não só a disponibilidade de recursos, mas as suas características que podem facilitar ou mesmo dificultar o seu uso pelos clientes potenciais. Pode-se dizer que há uma crítica em relação a como os protocolos estão estabelecidos, com busca de maior autonomia para resolução das condutas terapêuticas e, conseqüentemente, com vistas à ampliação do acesso à saúde. Nesse sentido, percebe-se o caráter normalizador, racionalizador e de controle das ações dos profissionais de saúde pelo Estado, para evitar o excesso do uso de recursos e a adequação a essas ações e fluxos

estabelecidos, considerados propostas verticalizadas. No entanto, apesar do poder instituído e exercido sobre os profissionais de saúde, há movimentos de resistência e questionamentos às normatizações, em busca de maior autonomia e poder de ação, com vistas a garantir um atendimento qualificado e resolutivo.

A regulação estatal formal orienta-se por leis, protocolos, linhas guias e regulamentos, utilizados como estratégias para monitorar recursos, evitar o excesso de oferta e prevenir condutas inadequadas. Nesse sentido, a regulação do acesso por meio de fluxos estabelecidos previamente, é considerada uma maneira de orientar os processos de programação e planejamento assistenciais, com a implementação de ações mais eficientes e eficazes (BRASIL, 2007).

No entanto, por meio da análise dos discursos, percebem-se contradições em relação a essa lógica que traz à tona questões para discussão. Se por um lado uma vez que os protocolos facilitam e direcionam o trabalho cotidiano dos trabalhadores de saúde com um discurso de inclusão; de outro apresentam um caráter limitador e excludente, ao considerar todos os usuários iguais, sem levar em conta seus aspectos subjetivos e as singularidades de cada situação apresentada nos serviços de saúde.

Para Campos e Campos (2009) propõe-se a redução de custos e o aumento da eficácia de trabalho dos profissionais de saúde retirando-se-lhes a capacidade de decisão sobre o próprio trabalho. De fato, os protocolos não devem possuir uma pretensão totalizante e generalizante das ações em saúde, podendo produzir uma exclusão subjetiva ao colocar em igualdade os indivíduos por intermédio das doenças, sem considerar as particularidades de cada sujeito (MOREIRA, 2007; RIBEIRO et al., 2008).

Os protocolos são ferramentas, e não receitas, sendo necessário colocá-los sob constantes análises. Deve-se questionar qual tipo de problema é necessário resolver e refletir se as soluções se adequam às realidades (MALTA; MERHY, 2010). Desse modo, a definição dos protocolos deve ser discutida e aceita pela equipe de trabalho, com o objetivo de estabelecer uma aproximação entre o que é embasado cientificamente e o que é necessário em cada situação (WERNECK *et al.*, 2009).

Elaboram-se critérios norteadores estabelecidos pelas linhas programáticas, muitas vezes elaboradas de modo normativo e verticalizado, o que pode, em determinadas circunstâncias, dificultar o acesso à atenção à saúde. Essas normas, ao se reproduzirem no cotidiano de trabalho desenvolvido pelas equipes da ESF, são passíveis de produzir barreiras ao acesso dos usuários.

Diante disso, a procura pelo serviço não necessariamente garantirá acesso à atenção à

saúde, conforme as demandas dos usuários aos serviços, como se percebe nas falas a seguir:

Pra que eles não mandou, agora eles vão mandar, ou eles manda, algumas das coisas tem que fazer porque eu não aguento mais. Esperar você entende... porque eu peço , oh ... Eu to sentindo , Oh... a dor do pé, já tá aqui em cima , eu vou falar pro cê que pra levantar tá difícil. Já tá fazendo aqueles nó, aqueles caroço... aí eles passam aqueles remedinho e pronto. Pra mim não tem nada resolvido ainda. Entrou outra médica aí, o que tava aí foi embora. Não aguento mais sentir dor, deve ter uns cinco meses , é muito olha... setembro, outubro,...foi em setembro... e eu to do mesmo jeito até hoje, não resolveu nada pra mim. Porque eles não me mandam pro médico que olha os osso.

(U₁)

Tem 5 meses que meu filho morreu, só agora foi marcado um psicólogo pra mim. Os meus netos precisando. Não marcou. Isso mesmo vindo... tá lá dentro da sacola. Tenho um papel de outro posto... pra ele vim aqui. Até hoje nada. Eu pergunto pra ela, pra enfermeira e não dá em nada porque ela fala que eles não são pra psicólogo.

(U₈)

Assim, acho que tudo isso que fala que a saúde tá mais fácil... outro dia passou no jornal, Ah, se tá precisando de dentista passe no posto, basta ir no posto. Você tem toda uma burocracia, você tem que ir , esperar... E não sei o que, hoje tá mais fácil sim. Mas não é aquilo que o povo fala... basta ir no posto! Basta ir que você é atendido. Não basta.

(U₁₁)

Os depoimentos deixam entrever que os usuários não compreendem os motivos das recusas apresentadas pelo serviço, o que conduz a ruídos entre o serviço, os profissionais de saúde e os usuários. As necessidades afetadas dos usuários não se resumem ao "cardápio" oferecido pela ESF, o que interfere na resolutividade das demandas apresentadas e, conseqüentemente, promovem uma redução do acesso. Os critérios predefinidos criam obstáculos aos usuários, e podem ser vistos como “burocráticos”, principalmente, quando é necessário encaminhamentos às especialidades, o que produz um gargalo na continuidade do cuidado. A continuidade do cuidado relaciona-se ao acompanhamento de um problema de saúde específico e a sucessão de eventos entre as consultas e mecanismos de informações que subsidiem o processo de atenção à saúde de forma ininterrupta (STARFIELD, 2002).

Franco e Merhy (1998) apontam que há uma focalização das intervenções em saúde por meio do arranjo da oferta pautada em uma “cesta básica de saúde e serviços”, que padronizam o processo saúde doença e conferem os padrões de acesso. Remete-se o básico ao

sentido pejorativo. Enquanto isso, Hartz e Silva (2005) questionam em que medida os recursos existentes são suficientes para atender a população alvo, e Viegas e Penna (2013) corroboram essas idéias ao questionarem a garantia de acesso universal se a oferta é pautada em cotas, considerando que o SUS apresenta-se com limites ao se demarcar em um contexto caracterizado por recursos escassos em que a racionalização, ordenação e regulação preponderam sobre as necessidades de saúde dos usuários e serviços.

Diante disso, não adianta ir ao "posto", pois a realidade diverge da publicização feita pela mídia em relação às facilidades de acesso, quando comparada às reais possibilidades de ingresso no serviço como um todo. Apesar de uma maior facilidade no acesso atualmente, o que se percebe é que ele se restringe à unidade onde o usuário encontra-se adscrito, porém, ainda persistem barreiras quando as respostas dependem de outros pontos da rede de atenção.

Os conflitos que emergem entre as necessidades dos usuários e dos serviços que se organizam para satisfazê-las, consiste em uma problemática crítica nos serviços públicos de saúde, cujos critérios de racionalidade “massificam” a atenção à saúde e “burocratizam” o acesso, o que traz obstáculos à utilização dos serviços naquelas situações aparentemente mais simples, que para o usuário são de complexa e imediata necessidade (AZEVEDO, 2007). Nesse sentido, vem à tona a discussão da normatização proposta pelas equipes da ESF, que pode apresentar um caráter excludente de acesso aos serviços de saúde:

...Mas assim é... às vezes também eles mudam regras aqui dentro, agora mesmo eu to com uma receita da minha mãe que ela , peguei uma vez o remédio e foi dado como vencida, e eu vou ter que trocar a receita sendo que das outras vezes, eu pegava três meses com a mesma receita. Com o mesmo estilo de receita. Vim e vou ter voltar de novo por isso. E ela que é idosa, vai ficar uma semana sem remédio, porque só tem horário pra marcar, pra olhar isso, na semana que vem. Por um erro que não foi meu. Eles podiam rever as normas nesses casos.

(U₁₀)

Nota-se também a percepção de rigidez e burocratização nos fluxos e normas propostos pelas equipes da ESF para a oferta de ações e serviços programados, sem considerar as singularidades de cada usuário, na maioria das vezes.

Assim, a partir da análise dos discursos, pode-se dizer que há uma proposta de pacote de serviços ofertados de forma verticalizada. Nesse sentido, pode-se remeter à noção de cesta de serviços, em que há focalização das ações e seletividade dos usuários. Desse modo, os profissionais de saúde procuram incluir as necessidades e demandas destes usuários no pacote de oferta estabelecido previamente, muitas vezes sem discussão e/ou interação com

a comunidade.

Aqueles usuários que não se enquadram no pacote de oferta proposto pelos serviços, enfrentam barreiras limitadoras ou até mesmo impeditivas de acesso à atenção à saúde, o que denota um caráter prescritivo e excludente. Elaboram-se normas que segmentam o direito de acesso a determinados grupos, e esse contexto se afasta dos princípios de universalidade e de integralidade do SUS. Ressalta-se que esses instrumentos são relevantes para a operacionalização dos serviços de saúde, mas caso não sejam produzidos processos dialógicos com os gestores locais, profissionais de saúde e usuários, podem se traduzir como relações discordantes. Com isso, permite-se que se estabeleça uma ressignificação programática de forma a atender as singularidades dos sujeitos.

De acordo com Freire (2005) programar a oferta com definição de grupos prioritários, é útil e necessário, mas pode-se correr o risco de tentar capturar a realidade de modo que só o imaginário protocolado é que tem presença, o que limita os próprios programas como tecnologias de cuidado válidas e relevantes. Com isso, a oferta de portas de acesso para todos aqueles que recorrem aos serviços de saúde, não deve ser desconsiderada; ou seja, pode-se eleger grupos prioritários, mas não se deve transformá-los em exclusivos, sob uma ótica focalizante (MALTA; MERHY, 2010).

Assis et al. (2003) afirmam que o acesso aos serviços de saúde pode apresentar-se de forma excludente, seletiva e focalizada. Excludente, por se basear na lógica do mercado e condicionar a prestação de serviços à contenção de gastos, o que prejudica a qualidade do atendimento; seletivo, por apresentar uma desigualdade no acesso em função do poder de compra dos usuários; e focalizado, por restringir o atendimento a certos serviços e programas.

Esse modo de operar a atenção à saúde antecipa aos gestores, profissionais de saúde e usuários um agir característico que, muitas vezes, não produz as divergências necessárias à elaboração de novas ferramentas para o trabalho, mas sim, um dissenso pautado em angústias e queixas que envolvem tanto a perspectiva de quem oferta, quanto a de quem busca a atenção (OLIVEIRA et al., 2009). Assim, a oferta programada contrapõe-se à demanda espontânea, que também geram conflitos nos serviços de saúde (GIL, 2006).

Desse modo, essa lógica de produção da oferta a partir da padronização do processo saúde/doença, pode produzir dissensos em relação à oferta organizada e as demandas espontâneas em saúde, que muitas vezes produzem um ciclo convergente para a lógica do procedimento centrado, o que certamente resultará em ruídos nas relações estabelecidas entre serviços, profissionais de saúde e usuários, assunto que será discutido na próxima subcategoria.

❖ **Demandas espontâneas versus o desejo e o fazer cotidiano em saúde**

O atendimento à demanda espontânea é um relevante fator que dificulta o desenvolvimento das ações de prevenção e promoção da saúde, enquanto a interação entre os profissionais, além da análise e do planejamento de ações, são reconhecidos e apontados como a essência da ESF:

...a gente trabalha além do horário que é determinado... e às vezes deixa de fazer algumas coisas que seriam muito interessantes porque a gente tem uma sobrecarga de serviço, fazer uma regulação, fazer um planejamento, fazer análise hoje... hoje você ter tempo para você analisar o que você faz... talvez prejudique inclusive o acesso... porque às vezes você podia estar dentro da sua análise, da sua pesquisa... observando pontos que talvez você teria que modificar muito mais rápido do que alguns que vem sendo oferecidos pela prefeitura, ou pelo governo... essa análise eu acho fundamental.

(E₁)

... na verdade o que eu acho é que hoje PSF tá atendendo tanta demanda espontânea... tantas coisas que ele não consegue fazer o que é primordial.. a prevenção... porque o PSF é pra fazer a prevenção.. prevenir a doença ... e acaba que você não tem condições... você não tem tempo disponível pra tá realizando essa função.. os médicos tão sobrecarregados... hoje a médica não pode participar da reunião de saúde mental de tanto agudo que tinha na unidade... Então acaba que esse sistema vai entrando em falência. Você não consegue fazer as prevenções.

(E₄)

Eu acho que demanda excessiva é uma coisa que compromete... porque você não consegue fazer uma coisa de... tanta qualidade. É assim, chega uma hora em que você está cansada, você não tem como absorver isso tudo... na sua agenda não cabe tudo que você precisa fazer. Você acaba que não consegue atender ao programado, porque você tem que ficar ali.

(E₇)

A sobrecarga de trabalho compromete a reflexão sobre a prática pelos gestores e profissionais de saúde, apesar de ser apresentada como um esforço e envolvimento para produzir um atendimento qualificado. Esse contexto é apontado como um aspecto que pode comprometer a qualidade do acesso, mas vale aqui resgatar o pensamento de Freire (1996) no sentido de que a reflexão crítica sobre os próprios modos de fazer, possibilita movimentos no cotidiano de trabalho que promovem superações e permitem a elaboração de novos ciclos.

Assim, as demandas espontâneas são expostas como excessivas e inadequadas. Esse contexto conturbado faz com que sejam relegados a segundo plano, ações que poderiam auxiliar na melhoria do acesso para que este se concretizasse com menos divergências e discrepâncias.

Nota-se, então, que a oferta de ações e serviços proposta pelas equipes de saúde da família, centra-se especialmente no aspecto assistencial e de atendimento à demanda espontânea e, de certa forma, a organização das agendas programadas molda-se a partir das dela:

Em relação às demais atividades que o posto oferece... consultas de ginecologia, pré natal , elas vão surgindo a medida que a gente vai detectando no atendimento mesmo... na organização de demanda ... ginecologia ..a gente tem os horários , as agendas bem definidas na equipe... mas elas sempre são moldadas de acordo com a demanda.. então eu tenho as minha vagas de ginecologia.. mas se não teve procura de ginecologia .. mais clínica.. a gente vai ser ocupada por outra coisa ... a gente tem isso esquematizado, mas não é fixo ...a gente trabalha muito com demanda mesmo... organizando as nossas atividades de acordo com as demandas mesmo ...

(E₂)

Eu acredito que a maior parte da demanda que chega aqui é espontânea... a grande maioria mesmo... a gente tem alguns usuários que vem encaminhados de outros serviços .. mas esses, eu acho que esses, a gente pode até contar porque eles são em menor número mesmo...mas a nossa grande demanda é espontânea.

(E₆)

Emergem nesse contexto conflitos na operacionalização das ações com a configuração de duas dimensões de organização do trabalho (planejado e não planejado), consideradas divergentes entre si, em que há priorização de uma em detrimento da outra. Garantem-se facilidades no acesso dos usuários às suas demandas, porém, apresentam-se sentimentos de sobrecarga de trabalho e, em alguns momentos, de descrença no sistema de saúde que parece estar em “falência”.

Além disso, as demandas espontâneas dificultam o planejamento e a programação de ações porque iriam de encontro às necessidades de saúde dos usuários no território e, por conseguinte, comprometeriam a garantia de um acesso qualificado.

Evidencia-se que o modo como tem se efetivado a oferta de ações pelas equipes da ESF, privilegia a lógica das demandas presente no ideário da população. Além disso, a lógica de busca dos usuários por atendimento à APS relaciona-se com perspectivas individuais, centradas no modelo biomédico de tratamento e cura de agravos de saúde.

.... acho que a procura dele é médico centrado, ele está super agarrado na doença, a gente está tentando sair disso mas não consegue ... não tem capacidade, não tem jeito... nessa demanda que a gente faz, fazer uma prevenção é quase impossível... eu acho que talvez não se atenda ao que eles querem. Talvez a prioridade para o

usuário não seja pro profissional.... ou pro profissional que não seja uma prioridade... pode ser um problema mas não é prioritário. Não sei... mas acho que é isso!

(E₇)

A gente está tentando chegar num ponto de equilíbrio.. o usuário, ele não entende muito ainda a necessidade do controle , da prevenção... não é isso que é o mais importante pra ele... ele acha que o mais importante é ele ser atendido no agudo. Na hora da doença aguda...ter acesso nessa hora... e a gente na verdade.. como centro de saúde, como unidade de atenção primária a saúde.. o que é mais importante mesmo é esse atendimento... essa prevenção... esse cuidado... esse outro tipo de atendimento que a gente vai direcionando para o usuário no momento em que ele não está agudizado. Então, assim, tem um pouco de divergência entre o que a gente quer ofertar... e o que o usuário está querendo receber. Mas eu acho que isso é o processo mesmo. A medida que a gente vai fazendo ... o usuário vai entendendo essa importância desse cuidado primário.. eu acho que a tendência é dele gostar disso ... e entender essa importância e tudo.. e ficar uma coisa mais fácil... direcionando a urgência mais para a UPA mesmo .. e a gente ficando mais com esse cuidado básico, primário.

(E₈)

Nota-se que há divergências entre aquilo que a APS deve e pode oferecer e o que a população quer receber quando busca o serviço de saúde. O interesse desta recai sobre um atendimento imediato, frente às situações agudas, não reconhecendo em muitas circunstâncias a relevância do controle e da prevenção de agravos. Frente a isso, há predominância do modelo médico hegemônico, em que a produção da clínica volta-se a um caráter instrumental, de intervenção no corpo anatomopatológico e sobre a doença que é manifestada. Tal concepção faz com que o atendimento médico seja considerado pelos usuários como um condicionante para a percepção se houve ou não garantia de acesso à atenção à saúde:

...e essa questão da concepção de saúde ser muito ligada à consulta médica... até que a população já reconhece os outros profissionais... mas ainda tem esse fator dificultador... ele acha que a saúde dele só vai melhorar quando ele passar na consulta médica... e quando esse acesso não é garantido... você pode fazer qualquer entrevista que na cabeça dele o acesso não existe... ele pode ter tido acesso já com a enfermeira, ele pode ter feito resultado de exame.. um exame ter dado tudo negativo.,... ele já pode ter recebido alta de outro lugar... mas se ele tiver na cabeça dele ... na necessidade sentida dele que precisa de um médico ... não adianta... não existe acesso nenhum que ele vai colocar que ele tem... que ele teve acesso...

(E₁)

Olha, eu acho que isso varia muito de centro de saúde pra centro de saúde... mas a entrada dele no sistema é bem mais facilitada onde tem médico... onde não tem médico, fica tudo difícil... está muito vinculado... o acesso deles agora está muito vinculado ao médico... o acesso tá muito fácil, onde tem médico. Onde não tem médico, está muito limitado. Onde tem médico, ele pode ter acesso mais fácil, muito fácil. Então, o número reduzido de médico é um dificultador do acesso.

(E₃)

A maioria dos usuários busca muito é consulta, médico ... eles buscam isso.. por mais que você queira ...não estão precisando ..o negócio é buscar uma consulta .. é médico. ..tem os momentos difíceis ...como agora está passando... que é a falta de médico ... e assim, às vezes a pessoa precisa só de uma escuta.. mas a maioria da pessoas, elas querem médico... não adianta você convencer que não precisa.

(E₁₀)

Eu venho para consultar no médico...

(U₄)

Sempre consegui o atendimento médico e sempre foi bom. Nunca tive, não tenho a reclamar não.

(U₁₀)

Fica evidente que, mesmo com a oferta de outras ações e serviços, o usuário vem à UBS em busca de atendimento médico, independente do que precisa. Consulta médica torna-se, então, sinônimo de acesso. Assim, a escassez de médicos na UBS é considerada um aspecto dificultador para a sua garantia. Isso pode fazer com que o enfermeiro seja pouco reconhecido como profissional de saúde, e até mesmo desvalorizado pelos usuários:

Eu acho que o atendimento melhor, por parte do usuário ali, quando é o médico que faz.... é bom... mas quando faz a enfermeira... eu vou falar a verdade, os enfermeiros tudo com nariz lá em cima.

(U₇)

Já passou pelo acolhimento e a menina falou que ela vai passar pelo enfermeiro. Quer dizer, o caso dela é para ir para o médico. Não é para ir para outro enfermeiro olhar. Você entendeu? Venho quando estou doente. Ela não está aqui à toa. Entendeu? Então, tem que ser melhorado, a pessoa tem que saber tratar.

(U₈)

Nota-se a crítica em relação à postura do enfermeiro e ao tratamento prestado, e o elogio às consultas médicas. Além disso, justifica-se que o agravo à saúde necessita de atendimento médico, e não do enfermeiro. Pode-se dizer que ao assumir o papel de regulador

do acesso à consulta médica, o enfermeiro pode tornar-se reconhecido pelos usuários de forma deturpada e pouco valorizada.

Infere-se, desse modo, que os usuários apresentam a noção do espaço da APS, como local de cura de agravos. Além disso, reconhecem certos produtos de caráter prescritivo que são produzidos no atendimento, a exemplo da execução de procedimentos e obtenção de medicamentos, como condicionantes da solução de suas necessidades de saúde.

A banalização por consulta médica dificulta muito pra gente, por qualquer coisinha eles vem. Teve uma gripe ontem e hoje ele já quer consulta, quer medicamento. Isso tudo é dificultador. Isso tudo acaba congestionando o sistema.

(E₃)

Bom, eu quero que eles mandem fazer o ultrassom, ou a chapa... e pedir todos os exames que eles quiserem pedir que eu faço.

(U₁)

...o que eu quero deles é... por exemplo, um fortificante, ele está passando agora por esse... essa mudança de clima, sem ter problema nenhum. Se ele... eu cheguei até a pensar, se eles dessem um fortificante pras crianças que vem, chega aqui com tosse, chega aqui gripada. Não necessitaria de dar muita medicação. Que durante esse... comecei dar a ele esse fortificante em abril e durante todo esse período de mudança de tempo, ele não está tendo nenhum tipo de gripe, de tosse, nada, e às vezes é coisa simples de resolver.

(U₃)

Eu vou mais para consultar com o médico e pedir exame de rotina. Graças a Deus não tenho nenhuma doença crônica, não tenho que fazer nenhum controle. Então vou mais para rotina.

(U₁₀)

Nota-se que o “Raio X”, o “fortificante” e o “exame de sangue” assumem um sentido de solução de suas necessidades de saúde, o que transmite aos usuários uma sensação de segurança e cuidado, aspecto abordado no estudo de Oliveira et al. (2008), que afirmam que muitos atribuem o consumo por consultas médicas à resolução de suas demandas, reafirmando uma visão médica ainda presente na atenção à saúde. Para os referidos autores,

o mercado impõe o consumo de tecnologias e subtrai da compreensão do usuário a noção do que traduz uma necessidade necessária e uma necessidade de mercado. Além disso, determina essa situação no campo da saúde a hegemonia do modelo technoassistencial biologicista (onde a organização do trabalho consiste basicamente no consumo de tecnologias duras) e sua influência sobre a população durante séculos, resultando em uma percepção e compreensão de que o consumo de tecnologias (exames, procedimentos e tratamentos sofisticados) significa acesso à saúde. (Op.cit., p. 104)

A herança desse modelo tecnoassistencial biologicista remete a uma história secular, frente aos vinte e poucos anos do SUS. Segundo Foucault (1977), a socialização da medicina teve como objeto inicial o controle do Estado sobre as epidemias das cidades no século XVIII, com a estruturação da medicina estatal, urbana, e da medicina do trabalhador, que provém do processo de industrialização. Para a sociedade capitalista, o corpo biológico era o mais importante. Assim, passa a existir a materialidade do poder sobre o corpo dos indivíduos, em que “o corpo é uma realidade biopolítica, a medicina é uma estratégia biopolítica” (FOUCAULT, 1977, p. 5).

A medicina tradicional redefine seu papel e surgem as normalizações em saúde com discursos morais sobre hábitos cotidianos e princípios de higiene. Essas normalizações passam a redefinir alguns eventos considerados naturais e fisiológicos, como necessários de intervenções e práticas especializadas, sendo redescritas em termos e consumos médicos (ILLITCH, 1975 *apud* COSTA et al., 2006).

Em 1910 foi divulgado o relatório de Flexner, nos Estados Unidos, que teve como sustentação o paradigma voltado para elementos biologicistas, curativistas, preventivistas, com foco na assistência médica e hospitalar. O setor saúde do Brasil foi influenciado profundamente por esse paradigma, que se manteve legalmente instituído e praticado até 1988, época em que ocorreu a Reforma Sanitária Brasileira.

Durante anos apresentou-se com um impacto positivo e alcance de resultados significativos. Porém, ao longo dos anos, o setor saúde entra em profunda crise estrutural, dando início a diversos movimentos para sua superação (SHERER et al., 2005). Reconhecia-se que o modelo hegemônico possuía elevados custos assistenciais, com dependência de uma alta tecnologia (SILVA; ATHAYDE, 2008).

Assim, de forma breve, pode-se dizer que ao longo de vários anos no campo da saúde houve, por um lado, melhoria das condições de saúde da população com aumento da expectativa de vida; por outro, desenvolveu-se uma sociedade medicalizada, aumento de dependência da população em relação a drogas, tecnologias, comportamentos e medidas prescritas e reducionistas, conduzindo os usuários a uma atitude de passividade em relação a esse saber, na maioria das vezes (NOGUEIRA, 2003). Trata-se de uma herança sociocultural segundo a qual vigora a noção de que os indivíduos podem alcançar bem estar, desde que sua vida esteja controlada e regulada cientificamente (SINGER et al., 1988).

Tal realidade, na concepção dos usuários, também elevou os hospitais à condição de espaços privilegiados e detentores de poder no processo de produção da saúde:

... eu pensei que ia ser por ordem de chegada, tudo aí... ordem de chegada, está sentindo dor, se aqui não tem recurso, manda a gente logo pro Hospital X, ou manda pro Hospital Y, ou manda... ou pede alguns exames, é isso que eu queria. É isso. Mandar lá pro Hospital X.

(U₁)

Pelo fato de os hospitais possuírem maior aparato de insumos de alta tecnologia, perpassa pelo imaginário da população que tais recursos podem solucionar seus problemas de saúde com mais agilidade. Da mesma forma que ao serem encaminhados pelo atendimento hospitalar ou de urgência, passam a exigir prioridade em seu atendimento:

...quando você devolve um usuário do hospital... ou da UPA para a atenção primária ... ele chega aqui como se fosse prioridade... muitas vezes ele não é prioridade ... mas como ele chega de um serviço de urgência, ele acha que tem que ser atendido no mesmo diae por mais que você explique para ele... você pode esperar... ele não espera... ele tem essa exigência sentida.

(E₁)

Portanto, a percepção de acesso por parte dos usuários, é permeada pela atenção à doença aguda e ao tratamento de agravos, que foram cultural e historicamente construídos, o que representa o caráter simbólico do acesso à atenção à saúde, e talvez possa influenciar nos procedimentos efetuados pelos profissionais:

...vários pedidos de exames desnecessários que vem de outros locais... então assim, eu preocupo muito com esse negócio de ficar livre do usuário... o usuário pede você dá... você já tentou .. já explicou ... já explicou pro usuário que não é por aí... Então, você acaba induzindo o usuário a fazer outros procedimentos que não é nem o necessário... é isso nós temos ainda muito na rede como um todo...(E₁)

Os pedidos de exames feitos em demasia conduzem a um ciclo de produção da oferta com o mesmo caráter de consumo, o que dificulta a mudança de uma lógica pautada no aspecto patológico e de procedimentos. Franco e Merhy (2005) consideram que o simbólico também está presente no ideário dos trabalhadores de saúde, que também operam por meio do modelo biomédico, fazendo surgir uma convergência da produção da oferta com a produção de procedimentos.

Inicia-se, com isso, um paradoxo em que há uma oferta excedente de procedimentos e um elevado absentismo, por várias ordens que seriam pouco justificáveis, como a demora no agendamento, a “solução” do seu problema de saúde, a desvalorização do “cuidado”

promovido. Isso pode gerar um acúmulo de procedimentos avaliados inadequadamente, além de um elevado absentismo, tempo e gastos desnecessários:

...Para os encaminhamentos ... para as especialidades, para os exames mais elaborados está tendo entrave por causa do volume grande de paciente, e ... aquela hora que você estava perguntando... aquilo que eu te falei da conscientização... conscientizar também a respeito das consultas que são perdidas. Porque eles vem com uma demanda de check up. Aí você faz o check up em 300 pacientes, só 200 vem buscar o resultado.. entendeu?... você faz... você manda 300 para o especialista, só 70% é que vai... só 70% que busca o resultado do exame. Então assim, aqueles 30%, eles estão é... aumentando o volume e o tempo de quem está precisando. O volume de quem está atendendo e o tempo de quem está precisando. É desnecessário e... e assim. O profissional perde tempo, perde tempo o laboratório, gasta dinheiro... o auxiliar que está colhendo o sangue, o papel... até o papel está gastando... e o paciente não está dando o menor valor. Então isso é uma coisa que tem que ser conscientizada.

(E₂)

Nota-se ao mesmo tempo uma desvalorização em relação aos procedimentos, como se a sua solicitação ou execução agregasse valor à saúde, ainda que não tenham sido avaliados. Desta maneira, a racionalidade gerencial que conforma oferta *versus* o procedimento centrado, subordina ou ignora os constantes desvios e estranhamentos que podem emergir das práticas em saúde, a fim de proporcionar uma forma segura e previsível de funcionamento dos serviços (OLIVEIRA et al., 2009). Isso conduz a ruídos na assistência, entre profissionais de saúde e usuários, já que o processo de produção em saúde é complexo e sua eficácia depende de ações que envolvem tecnologias e processo de trabalho relacional, em que os aspectos socioculturais não devem ser renegados, já que são essenciais à compreensão das ações e à conformação das instituições de saúde (FRANCO; MERHY, 2005; PINHEIRO; LUZ, 2005).

No entanto, não se pretende com isso afastar e/ou deixar de valorizar os procedimentos, mas reconhecer as subjetividades presentes nos encontros em saúde para abrir as possibilidades de superação de situações típicas em que os usuários se apresentam aos serviços com suas queixas e encontram respostas preformatadas, enquanto modo operante que pode se fechar no encontro com o outro (OLIVEIRA et al., 2009).

Considera-se que o foco das ações desenvolvidas pelas equipes da ESF não devem apresentar como eixo principal as queixas/demandas, mas buscar o equilíbrio tendo como norte as necessidades de saúde dos usuários. Assim, a análise dos discursos evidencia que a ESF não conseguiu superar o modelo tecnoassistencial hegemônico, centrado no aspecto médico, biológico e preventivista, o que corrobora a lógica de busca de atenção por parte dos

usuários, construída historicamente.

Apesar disso, na prática cotidiana, um entrevistado observou um movimento de mudança, ainda que incipiente, por parte dos usuários, no reconhecimento de outros profissionais como atores no processo produtivo da saúde:

Hoje com o PSF ... com o programa de saúde da família ele dá uma reviravolta no processo... onde que engloba todos os outros profissionais... vê a importância de cada profissional e o usuário começa a perceber que não é só o médico que vai resolver o problema dele... as vezes é o nutricionista.. o enfermeiro.. é o psicólogo ... então existe todo um... um equipamento,... um grupo multiprofissional pra resolver o problema do usuário... então, essa valorização já começou a mudar um pouquinho ...ainda é pouco... mas começou...

(E₁)

A ESF é apontada como um relevante dispositivo que tem auxiliado na mudança desse ideário em direção a um ambiente produtor de cuidado, em que há participação de outros atores e compartilhamento de saberes.

Infere-se que os gestores e profissionais de saúde, ao evidenciarem os conflitos e as angústias que emergem a partir dessa lógica, percebem a necessidade de sua inversão, o que exige refletir sobre a política estratégica para a mudança do padrão assistencial.

Filho e Figueiredo (2009) consideram que os modos de produção de saúde, assim como os modos de gerir e de se apropriar do trabalho, são indissociáveis. Além disso, apontam que as diretrizes estabelecidas pelos serviços são inerentes às políticas que direcionam os âmbitos da gestão e da atenção à saúde. Assim, surgem reflexões produzidas pelos gestores e profissionais de saúde sobre a gestão e os processos avaliativos que impactam diretamente a conformação da oferta de serviços aos usuários.

❖ **A centralidade da gestão municipal: interferências no acesso**

Frente à diretriz de descentralização relacionada à gestão dos três níveis de governo - federal, estadual e municipal - que têm com o SUS, responsabilidades compartilhadas, cabe ao município, pelo maior conhecimento das particularidades e diversidades da população, formular, adaptar políticas e implantar a rede de serviços necessários à realidade de saúde local. Espera-se com isso, melhorias na participação de todos no que tange à avaliação e fiscalização dos serviços e ações de saúde implantados. A ideia é quanto mais perto, mais se conhece, para melhor intervenção local; mas as decisões, mesmo no município, carecem ainda de maior participação dos atores que estão no cotidiano dos serviços, interferindo no acesso:

Funcionários nós temos... mas assim qual que é nossa demanda? ... e o que você está fazendo? ... E o que eu acho que prejudica muito hoje o que você está fazendo... a Secretaria tem uma tendência de padronizar para uma cidade inteira o que é necessário... então, por exemplo... ela falou que todos os centros de saúde teria que ter 5 profissionais de apoio... independente do que cada unidade produz e qual é a demanda que ela tem, e se ela está organizando ou não... eu acho que tinha que ser dividido em relação a necessidade de cada um... então, assim, por exemplo, o Centro de Saúde D tem X de população... hoje ela tem um acompanhamento de todas as Equipes... e todas as equipes tem acompanhamento de cada um desses da linha do cuidado ... do usuário... ela precisa de um maior... e você provando qual que é a relação de número de profissionais e atendimentos ... e não só atendimentos ... organização... porque eu posso atender desvairadamente aqui o mesmo paciente, e não é esse o meu alvo... eu tenho que atender conforme um planejamento que me é exigido... se eu tenho saúde da mulher e eu tenho X mulher.. eu tenho que fazer citopatológico de tantas mulheres... então, eu tenho que ter controle...desse indicador... se eu estiver demonstrando isso... esse acompanhamento. ... e essa necessidade, eu teria que ter um número de profissionais diferenciado.

(E₁)

Considera-se que há uma padronização da oferta para todo o município, sem levar em conta as características da população e os modos de produção e organização de cada serviço. Todavia, um planejamento em saúde, mesmo padronizado pela Secretaria Municipal de Saúde, deveria considerar a produtividade local e adaptar seus indicadores para cada realidade interferindo, por exemplo, no quantitativo humano de cada serviço. Infere-se, portanto, que as UBS são submetidas a regras de produção igualitárias e ao cumprimento de metas sem considerar a necessidade real da população adscrita a cada serviço.

Apresenta-se, com isso, uma crítica à política centralizada, restritiva, que pode se mostrar distante das necessidades apresentadas pelos serviços, e também das necessidades de saúde dos usuários:

...é suficiente as políticas de saúde em relação às necessidades? Ainda não são. Existe todo um teórico muito bom... mas que hoje na prática nem tudo ainda consegue atender no global... A política de saúde ainda não conseguiu ter uma não uniformidade de atendimento... que não pode ser... que tem que ser de acordo mesmo com a vulnerabilidade de acordo com a necessidade do usuário...nela vem melhorando a medida do tempo... mas tem algumas outras atividades que você começa a fazer... que você vê que é importante e que eles mudam todo o processo de trabalho... é importante mudar o processo de trabalho... ver o que está dando

certo e ver o que precisa ser modificado mas dentro das necessidades de saúde e não em cima das políticas... não é o que você promete, é o que é o desejável para aumentar a qualidade de vida das pessoas...

(E₁)

As políticas de saúde são restritivas... talvez um pouco do que a gente tenha na teoria...é muito perfeito ...é sempre muito perto do ideal... eu não vejo a gente conseguindo colocar isso em prática no dia a dia... eu acredito que são vários fatores... eu acho que ainda as políticas elas restringem ainda.. assim... vem de cima...

(E₆)

Nota-se um tensionamento entre o planejamento central, ainda restritivo, e a produção de saúde local, o que interfere no processo de trabalho e dificulta uma autoavaliação do serviço com vistas a mudanças que pudessem influenciar na qualidade de vida das pessoas.

Viegas (2010) considera que os gestores locais podem avaliar e programar as ações em saúde de acordo com a problemática da população pela qual são responsáveis. No entanto, há uma burocratização e uma verticalidade percebidas, por falta de integralidade entre as esferas da gestão. Nesse contexto, os gestores responsabilizam-se por conduzir o sistema, fazer com que a lógica organizacional do SUS se cumpra e, ao mesmo tempo, contemplem seus princípios e diretrizes; mas para isso, dependem de decisões superiores a fim de que possam implementar as ações e serviços de saúde. Com isso, segue-se o "princípio" comum da Saúde Pública em que há centralização na formulação e descentralização na execução, o que conduz a concepções de que a avaliação da micropolítica se faz a partir de indicadores externos, vindos de "fora" e pouco interativos com o cotidiano de trabalho (CECÍLIO, 2011).

Os efeitos de uma avaliação externa, verticalizada e pouca interativa com a realidade dos serviços, podem ser observados concomitante à coleta de dados da presente pesquisa. No mesmo período entre o planejamento e a execução do projeto, implementou-se no município o Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). Como dito anteriormente, trata-se de um programa que pretende induzir a ampliação do acesso e a qualidade da APS com a utilização de um leque de indicadores para monitorar e avaliar o alcance de metas (BRASIL, 2011). Alguns entrevistados teceram considerações a respeito desse processo avaliativo:

Tem hora que eu fico meio perdida.. muitos dados .. eu concordo com os dados que eles tão pedindo a gente.. as coisas que tão pedindo a gente.. mas tem hora que tem coisa que eu não concordo muito não.. não concordo.. eu acho que é .. é mesmo política mesmo... não preocupado com o usuário ..preocupado mais em mostrar os ...os.. como é que fala o governo deles (...) como

trabalhador eu achei que .. igual , falar a verdade... eu achei muito trabalhoso ..mas deu uma claridade muito do meu trabalho que a gente faz.. a gente registra.. a gente tem uma noção mais... mais ampla do que a gente faz.

E₁₀)

É tipo assim, alguns programas que vieram, por exemplo esse PMAQ que chegou ... ele melhorou muito porque se você parar pra pensar, tinha coisas que você não imaginava ali... oh eu tenho por exemplo ...150 hipertensos... e o mais engraçado... eu só tinha 120... cadê os outros 3? O PMAQ tá falando que eu tenho mais 30 aqui. Noh , fulano era hipertenso e não me falou . Ciclano ali, oh! Hipertenso também porque... eles pegaram do sistema e integraram e mostraram pra gente. Olha tá aqui. Então, essas políticas, por exemplo, do PMAQ melhorou muito o serviço (...) Mas se for olhar que tanto de dado, vem cá fulano, vem cá, ciclano... ACS ... me dá esse dado aqui , me dá esse dado ali... o PMAQ está aí e o que eles vão fazer com esses dados? Nós temos uma pilha de dados aí, eu por exemplo, estou informatizando boa parte dos meus dados. Mas e aí, o que vão fazer com esses dados? Nós temos uma pilha de dados por aí. Eu, por exemplo, estou informatizando boa parte dos meus dados, que até uma vez eu te mostrei. Depois disso aí o que nós vamos fazer com esses dados? Vai ficar guardado? Vai ser usado? Vai melhorar a saúde? Vai tipo assim, vai colocar em prática isso daí... Isso daí vai melhorar, vai contratar mais profissional, vai aumentar a oferta de consulta? O que vai fazer com esses dados? Nós vamos pegar ele, e descobrir que eu tenho , que tinha 120 e agora eu tenho, por exemplo, eu tenho 150 hipertensos e aqueles 30 que eu não consegui, que eu não consigo contato com eles... ou eles não querem, não tem tempo, trabalho.. e daí ? Tudo bem! Eu tenho 150 ... eu tenho mais esses 30 ... vai chamar eles? Ou eles vão ficar só no número, vão ficar eles guardadinhos lá como se fosse um dado...

(E₁₁)

Apesar do reconhecimento de que o processo avaliativo proposto pelo PMAQ permite ampliar a identificação de usuários cujos diagnósticos não eram reconhecidos pelas equipes da ESF, com maior conhecimento da área e do trabalho executado, cria-se a expectativa sobre a finalidade dos resultados encontrados. Emergem sentimentos de conflito e descrença na utilidade das informações geradas, o que transmite a sensação de um trabalho que não possui objetivo, aplicabilidade e que poderá não desencadear melhoria na saúde dos usuários e nas ações e serviços ofertados. Remete-se, com isso, ao cunho político que a avaliação em saúde deixa denotar.

Além disso, podem se apresentar conflitos éticos quando alguns usuários não revelam seus diagnósticos e recusam o tratamento de saúde que lhes é prescrito. Os profissionais de saúde passam, então, a ser responsabilizados por inseri-los em um monitoramento e na execução de ações, mesmo não sendo escolha dos usuários. Isso ocorre por ser necessário contemplar metas de cobertura e indicadores de saúde da maneira que for necessária, podendo

infringir padrões éticos no processo de produção do cuidado.

Pode-se constatar que há uma construção normativa, utilitarista, que se pauta em uma avaliação quantitativa cujo objetivo é cumprir pactuações, em detrimento do que é produzido pelos profissionais de saúde em seu cotidiano de trabalho, o que leva à normatização, controle e regulação sobre as condições de vida da comunidade.

Hartz e Silva (2005) afirmam que as avaliações em saúde podem produzir informações tanto para a melhoria das intervenções em saúde quanto para a ampliação do acesso e efetividade do serviço. No entanto, Cecílio (2011) considera que os indicadores “duros” são pensados pelo nível central, assumidos pela gestão local e “destrinchados” pelas equipes locais, muitas vezes em um processo burocrático que pode dificultar o trabalho com a avaliação em saúde. Cumpre-se, desse modo, um gerenciamento de ações em saúde que, apesar de reconhecido, foi questionado por um dos entrevistados:

Fica nesse ‘gerencialismo’ do serviço hoje.. nessa questão de ... pedindo produtividade, produtividade, ...mas, e a qualidade do sistema? Que é o que a gente tem que avaliar isso...é isso.

(E₁₃)

Torna-se evidente que a cobrança por produtividade afasta-se da avaliação pela qualidade do sistema de saúde, considerado um aspecto que deveria ser enfatizado. Pode-se dizer que há questionamentos sobre a aplicabilidade da avaliação quantitativa em determinadas situações e o tipo de impacto que poderá promover na qualidade de vida dos usuários.

Isso traz reflexões sobre o modo como os serviços de saúde se conformam para a oferta de ações em saúde, a partir desta lógica gerencial. Defende-se a saúde dos usuários, mas pode-se imprimir um controle sobre seus modos de conduzir a vida. Pode-se dizer que o modo de gerir e avaliar o acesso à atenção à saúde está voltado para padronizações verticalizadas que, muitas vezes, voltam-se para o monitoramento e busca ativa por patologias, com vistas à melhoria dos indicadores de saúde, o que pode indicar uma visão de medicalização da saúde.

Ceccim (2007) e Cecílio (2007) consideram o risco do ‘gerencialismo’ das ações por meio da lógica de produtividade, que pode enquadrar os profissionais e usuários em normas e valores rígidos e, assim, interferir no protagonismo dos trabalhadores e usuários em relação à produção das ações em saúde. Denota-se, nesse sentido, uma postura gerencial de fiscalização e prescrição dos serviços (SANTOS FILHO; FIGUEIREDO, 2009). Santos (2012) aponta que esse processo pode acarretar um engessamento das ações em saúde e uma desmotivação dos

profissionais de saúde, especialmente no cumprimento de ações que não fazem parte das metas estabelecidas por meio dos indicadores epidemiológicos.

Ao contrário dessa lógica, não se pode avaliar o acesso somente pela quantidade, mas sim pela qualidade dos serviços ofertados:

Mas a gente não pode avaliar pelo número só... não podemos esquecer de ver acesso só pela quantidade, mas pela qualidade... que também você pode abrir a agenda e ofertar 100 consultas e eles não ter resolatividade... não podemos esquecer da resolatividade...você está atendendo um profissional... é igual a consulta médica.... Aquele doutor é ótimo porque ele gasta 40 minutos com você ... a cada paciente que ele atende... e o outro atende tudo em 10 minutos... não é pela quantidade de horas... isso ao longo da minha vida eu percebi muito isso muito grande... eu já vi gente que demora 40 minutos com o usuário e não resolveu o problema do usuário... que é o famoso cozinhar.... você está cozinhando. Mas não fica pronto e não vai ficar pronto... e eu já vi profissionais atenderem em 10 minutos e terem uma resolatividade em diagnóstico em tratamento muito maior do que o de 40 minutos que não saiu ainda e não conseguiu ainda nem fazer o diagnóstico... então a gente não pode esquecer de ver a qualidade. Não adianta você ofertar e não ter resultado. Você pode ampliar o acesso, você pode fazer 10 visitas domiciliares mas se você não resolveu qual que é... pode ser até em partes... em prioridades.. mas se você não resolver a prioridade que mais incomoda ou que tem maior necessidade de acordo com a gravidade... esse acesso é mínimo... não adianta você abrir o centro de saúde todo dia e ofertar 500 consultas por dia e não saber orientar o usuário que não vai tomar o medicamento.... então essa questão do acesso é extremamente questionável (...) e hoje a gente trabalha muito com números... não adianta. Eu posso atender, eu posso fazer as 8 consultas de pré natal, posso fazer puerpério, posso atender o menino... mas se eu não pedir o VDRL dessa mulher essas 8 consultas vão pro ralo... a qualidade do serviço e pequena...entendeu? pela gravidade do que você vai ter... então, você tem que pensar pelos dois lados, tanto do número de população que você tem que atender e ser responsável, quanto pela qualidade do serviço que você está oferecendo....

(E₁)

Ampliar a agenda de consultas ofertadas não necessariamente conferirá acesso à atenção à saúde, se esta não estiver aliada a um serviço resolutivo. Percebe-se que os modos de prestar atendimento envolvem interações entre trabalhadores de saúde e usuários, o que pode interferir nos resultados obtidos e, conseqüentemente, no acesso à atenção. Assim, o atendimento quantitativo às demandas é questionado, se não houver qualidade no serviço prestado:

Eu acho que tem esse discurso de hoje que a gente está fazendo centenas de não sei quantos, não sei quantos e não sei quantos de demandas, isso pra mim não resolve. Tem qualidade disso tudo que

a gente está fazendo? Tem garantias de acesso realmente pra quem está precisando? Então eu acho que a gente tem que pensar nessa linha aí (...) Eu acho que é essa questão de...o que ele procura e o que ele tem realmente de efetivo em termos de assistência, sabe. De quanto que ele sente que é realmente é cuidado dentro desse sistema. Eu acho que tem isso. Nós estamos indo pras conferencias até hoje, depois desses anos todos de SUS pra discutir acesso e qualidade do serviço. Então como é que nós, o quanto que nós avançamos. Mas estamos até hoje discutindo a questão do acesso. E a nossa briga é pelo acesso mesmo. Porque o usuário quando ele entra pra dentro do serviço ele faz até uma avaliação melhor, mas e até quando ele chegar, não é?

(E₁₃)

Reforça-se que a oferta quantitativa, por si só, não garante que os usuários obtenham efetividade na assistência prestada; ou seja, a necessidade de haver resolutividade da atenção prestada fica evidente, relacionando-a diretamente ao acesso à atenção à saúde. Além disso, questiona-se se está sendo promovido o acesso aos usuários que realmente necessitam do serviço. Considera-se ser esse apontamento um relevante indicativo da qualidade do acesso ao sistema de saúde, como afirmado por Hortale et al. (2000).

Nota-se que há um discurso gerencial que busca responder as demandas, o que entra em discordância com as discussões que têm se efetivado nas Conferências em Saúde, demonstrando a relevância da análise do acesso aos serviços na atual conjuntura de saúde.

Essa noção contrapõe-se ao processo avaliativo do PMAQ exposto pelos profissionais de saúde. A análise dos discursos torna evidente que o acesso não deve ser avaliado somente pela lógica do número de consultas, procedimentos e resultados, sendo necessária uma avaliação por processo de saúde, em que se valoriza o que é desempenhado pelas equipes da ESF em seu cotidiano de trabalho, integrando o modo como se perpetuam as relações entre o serviço, os trabalhadores de saúde e os usuários. Isso corrobora a ideia de que seja refeita e aprimorada a oferta de atenção à saúde. Assim, deve também ser contemplada a perspectiva qualitativa de avaliação em saúde.

Cabe salientar que isso não afasta a relevância dos processos avaliativos quantitativos e das pactuações para o alcance de metas. Ao contrário, o que se pondera é que sejam complementares e integradas, com estímulo à autonomia das equipes da ESF, para que possam contribuir com práticas que reduzam as barreiras de acesso aos serviços de saúde.

Correa et al. (2011) apontam que não se obtém acesso à saúde somente pelo volume de atendimento à demanda, ou mesmo pelo número de portas de entrada, mas sim, pela qualidade do atendimento prestado. Nesse sentido, pode-se dizer que para haver qualidade no cuidado, é essencial que sejam contempladas as dimensões *acesso* e *efetividade*, pois estas compreendem

todas as demais (CAMPBELL; ROLAND et al., 2000). Assim, considera-se que há necessidade de processos mais descentralizados de avaliação do cuidado (CECILIO, 2011).

Merhy (2012) propõe uma discussão de como gerar intensividade na produção de cuidado no encontro estabelecido entre profissionais de saúde e usuários. De acordo com o autor, este momento deve elaborar afetos, implicação e aposta de que a vida do outro vale a pena. Essa implicação não é capturada por um mecanismo de gerenciamento que opera e compartilha planilhas de indicadores. É preciso que os processos de implicação adquiram dimensão pública, sendo reconhecidos pelos sujeitos envolvidos. Junto a isso, deveriam se apresentar às extensividades das redes. Para tanto, considera-se que sejam estabelecidos arranjos comunicativos, abertos e democráticos compostos por pares equivalentes. Nesse sentido, evidencia-se a necessidade da escuta dos profissionais de saúde e dos usuários, para estabelecer a proposta de oferta de ações e serviços em conformidade com as necessidades do serviço e dos usuários, como relatou um entrevistado:

Então, assim, eu acho que é... se fossemos mais ouvidos , nós que trabalhamos no centro de saúde, na atenção primária, os projetos, as coisas que eles enviam pro centro de saúde, seriam mais , mais bem aproveitadas (...) É tudo uma coisa que vem.. pouco.. apesar de ser participativo e tudo mas vem da secretaria de saúde.. vem de cima. Então eu acho que tem uma vontade de reestruturar essa atenção(...) E eu acho que seria importante, ouvir mesmo o usuário ... porque as vezes o que a gente oferta , pensando que ta sendo o bom e tudo ... Às vezes pra ele ... ele está.. sentindo falta de alguma outra coisa ...para dar ideia...Eu acho que tem que ouvir quem trabalha no centro de saúde . Nós vamos ofertar serviços a essa população, nós temos que ouvir essa população.. ver o que é lógico, por que nem tudo que eles falarem vai ser muito interessante ou viável e tudo... mas eu acho que ouvindo as diversas partes é que a gente vai chegar num consenso , numa ideia melhor...

(E₈)

Percebe-se que as propostas apresentam-se de modo verticalizado, evidenciando a necessidade de organizar a oferta conforme a perspectiva do usuário, e não só pela lógica profissional, com o fim de promover um acesso ampliado que se aproxime e se adeque às necessidades de saúde dos serviços e dos usuários. Demonstra-se a necessidade de se estabelecer diálogos entre formuladores das políticas de saúde, gestores locais, profissionais de saúde e usuários, visando elaborar um processo participativo em que o direito à saúde se torne de fato concreto.

Considera-se que se os trabalhadores de saúde e os usuários não forem incluídos no espaço da gestão como válidos e equivalentes, limitam-se as possibilidades de acesso à atenção à saúde. Além disso, problematiza-se o centralismo no usuário que se apresenta em

encontros permeados por subjetividades. Assim, pode-se dizer que nos modos de operar e prover a saúde produzem dissensos, muitas vezes pouco reconhecidos e valorizados pela gestão. Isso pode fazer com que se estabeleçam caminhos alternativos para a obtenção do acesso à atenção à saúde, o que será discutido na próxima categoria.

4.3. TRILHAS PARA O ACESSO À ATENÇÃO À SAÚDE

A capacidade de os usuários se adequarem ao modo como a oferta é disponibilizada, é essencial para avaliar a acessibilidade ao serviço. Nesta categoria, os caminhos possíveis para obter a garantia de acesso à atenção à saúde são abordados e discutidos. Estes podem ser produzidos pelos usuários, que podem reagir diante da proposta definida pela gestão ou pelas equipes de saúde da família; pelo uso do dispositivo do controle social; ou mesmo pela procura entre os serviços público e privado, quando possível. A complementaridade entre os serviços público e privado de saúde produz dissensos no acesso à atenção à saúde, que também devem ser considerados. E para organizar a análise da questão, o tema foi subdividido em duas categorias, a saber:

- ❖ Acessibilidade possível
- ❖ A (não) complementaridade entre o público e privado: qual escolher?

❖ **Acessibilidade possível**

Nota-se a presença de consonâncias e dissonâncias entre a estrutura técnico-político-administrativa, a lógica organizacional proposta pelas equipes da ESF e as aspirações e necessidades de saúde dos usuários. Nesse contexto, podem surgir mecanismos de resistência para flexibilizar as normas elaboradas e estabelecidas, por meio de relações de contrapoder exercidas pelos sujeitos envolvidos que, ao não encontrarem respostas satisfatórias, buscam outras saídas para solucionar seu problema de saúde:

Eu vou ter que... ou eu procuro outra unidade do pronto socorro ou vou ter que aguentar em casa com dor Ah, chegar em casa agora é por um medicamento e aguentar a dor até ...segundo ela me informou, eu tenho que voltar amanhã.

(U₅)

Se é norma do posto, tem que ser feita... tudo bem. Só que assim, desde que você está passando mal, você entendeu? igual eu estou com minha filha aí. Ela chegou passando mal. Ela não é de matar de serviço, de ficar à toa. Pessoa trabalhadora.

(U₁₁)

Reconhece-se que a norma estabelecida se cumpra, desde que resolva a "minha" dor; caso contrário, torna-se evidente a necessidade de ter que recorrer a uma unidade de pronto atendimento. Nessa perspectiva, o serviço de urgência se estabelece como uma saída que traz esperança para garantir a resolução da necessidade de saúde afetada. Aparentemente, obedece-se ao poder disciplinar que se utiliza de técnicas para a produção de corpos dóceis, submissos e disciplinados (FOUCAULT, 2005). No entanto, o desejo de acesso faz com que o usuário busque caminhos para se inserir no sistema de saúde, como observou um profissional:

*E o usuário, ele quer o que? Ele busca, ele quer furar algum lugar!
Ele quer tentar entrar. Eu acho que o usuário, ele tenta achar o
lugar que vai resolver o problema dele.*

(E₁₄)

Assim diante da impossibilidade de uma resposta imediata ou de encaminhamento para outro momento, reage-se no sentido de "furar" as imposições normativas, formalizadas e estabelecidas pelo serviço, trazendo à tona a composição de caminhos informais de atendimento. Para Frenk (1985), a capacidade da população para superar os obstáculos dos serviços (resistência) remete ao seu poder de utilização e relaciona-se diretamente com a acessibilidade. A propósito, seguem-se depoimentos:

Eu percebo que é a gestão, o serviço tenta organizar muito essa rede ... nessa organização dos serviços, mas eu vejo que ela é muito necessária. Tem que ter uma organização do serviço. Mas eu vejo o usuário ele entrando por diversas portas. Não só na atenção primária. Então eu vejo quando ele vai pra UPA, a UPA até reclama se somos nós os trabalhadores da ponta que fazemos os encaminhamentos errados, mas o que eu percebo é que o usuário não é bobo. Ele sabe onde ele vai ter resolutividade do serviço. E onde ele vai ter resolutividade é a porta que ele vai entrar. Não necessariamente a atenção básica, a atenção primária... então eu vejo que é desse jeito que ele vai entrando dentro do serviço... mesmo que a gente tente mais, que o gestor tente organizar essa rede, a Secretaria Municipal é do papel mesmo. Mas acho que ele vai entrando pelas portas, acho que ele entra pela porta do hospital também. Se está errado? Mas eu acho que é onde ele vai achando os caminhos para ir sendo atendido.

(E₁₃)

E tem também a questão do público não saber direito a quem se dirigir... se é aqui no Centro de Saúde ou ir para a Unidade de Pronto Atendimento. Muitas vezes eles confundem isso e fazem buscas, para o local errado... que não seria melhor ... que seria ir para a UPA em alguns momentos... mas é difícil mesmo para o usuário saber isso...

(E₈)

Considera-se a premente necessidade de organização da rede de atenção à saúde. No entanto, os profissionais que nela atuam, reconhecem que os usuários recorrem a várias portas de entrada como caminhos alternativos à atenção à saúde, em busca de resolutividade na atenção prestada, ou mesmo quando não “sabem” a qual serviço devem recorrer. A gestão busca estabelecer fluxos de acesso ao serviço, porém, os usuários muitas vezes rompem com essa formalidade proposta ao vivenciar o sistema de saúde. Pode-se dizer que eles também assumem uma posição reativa à normalização estabelecida, com o intuito de obterem a garantia de acesso.

Gerhardt (2006) remete a expressão ‘itinerário terapêutico’ ao processo de busca de solução dos problemas de saúde, o que faz com que os usuários tracem diversos caminhos no sistema de saúde, diante de uma complexa rede de possíveis escolhas. Além disso, podem valer-se de outros meios como estratégias de acesso à atenção à saúde, a exemplo do uso dos recursos de monitoramento e avaliação dispostos por órgãos fiscalizadores estatais, como as Ouvidorias, como se observa a seguir:

... Quando eu não consigo, eu vou atrás dos órgãos a quem a gente possa procurar. Tenho o telefone da Secretaria de Saúde, da Ouvidoria. Tem quem eu posso procurar. Tem que dar um jeito. Eles pegam e ligam pro posto. É o único jeito. É igual essa consulta minha. Agora falaram que não pode passar de três meses. Eu estou sentindo e a médica falou que pode ser uma angina, entendeu? Já fiz o exame e a cardiologia não foi marcado. Então... Quando eu chego, ela já sabe que eu chego pra estourar. Ah, eu já marquei pra você. Eu pedi até pra poder te entregar.

(U₈)

Os usuários conhecem seus direitos e os recursos de que dispõem para reivindicá-los quando há demora na continuidade de sua assistência, principalmente frente ao risco de complicações que possam se agravar. Eles sabem a quem recorrer, e isto significa conseguir acesso:

...atender o usuário... porque hoje o usuário procura o gerente, igual como procura qualquer outro profissional... ele sabe que existe uma pessoa que é o gerente... esse acesso também aumentou muito... quando ele não consegue por uma via ou outra, ele procura o gerente... porque ele sabe que hoje existe uma pessoa responsável que vai ter que responder... vai ter que garantir... então, a divulgação hoje do serviço, ela tem melhorado.. esse acesso da Ouvidoria... então você aponta se você realmente conhece aquele usuário ou não... se você trabalha com ele ou não ... então, isso é uma grande forma de acesso, você não pode esquecer disso...

(E₁)

Atualmente, o gestor local apresenta-se como alguém que facilita o seu ingresso no sistema, além de ser o responsável pela resolução de suas aspirações e necessidades de saúde, especialmente em momentos de contradições e conflitos. Estabelecem-se, então, a partir das suas experiências de encontro ou desencontro de acesso à atenção à saúde, relações de resistência ao poder instituído, produzidas pelos usuários que reagem por meio de estratégias próprias, criadas para garantir o direito de acesso e obter satisfação de suas aspirações. Elaboram-se, assim, processos singulares a partir de sua experimentação no sistema.

Azevedo e Costa (2010) apontam que a população constrói seus conceitos e mecanismos de acesso ao reagir, inúmeras vezes, quando se busca enquadrá-la nos modelos de organização propostos sem a sua participação. Assim, pode-se analisar o acesso a partir da perspectiva de poder. Para Foucault (2005), o poder é constituído nas relações, e em seu exercício emergem resistências contrárias a ele; ou seja, na ação sobre o outro, permanentemente se estabelecem práticas de contrapoder que permitem elaborar novas realidades, sujeitos e objetos. Nesse sentido, o poder é considerado produtivo ao permitir que o indivíduo se posicione diante do que lhe é apresentado.

Cecílio (2012) afirma que os usuários se posicionam em dois pólos: usuário “fabricado” e usuário “fabricador”. O usuário a ser “fabricado” deve ser submisso aos instrumentos de normalização e funcionamento para se adequar ao sistema. No entanto, constantemente há uma transgressão das regras, o que traz à tona a figura do usuário “fabricador”. Há um componente racionalista em que são definidas de forma idealizada as entradas dos usuários no sistema de saúde, a partir dos níveis assistenciais e dos modos de utilização dos serviços. Nesse contexto, ao não seguir essa lógica, a população tem a noção de confusão feita pelos usuários, fruto de ignorância, desinformação ou mesmo má fé, o que deve ser corrigido por ser considerado inadequado. Para Trad e Esperidião (2009), a passividade do paciente cedeu espaço ao consumidor detentor de direitos, certa autonomia e arbítrio, o que se aproxima do que realmente é considerado como usuário.

Maffesolli (1984) *apud* Santos (2012) aponta que a determinação de regras e valores não é total por haver a possibilidade de desvios que manifestam o que se quer da vida. Para isso, os usuários utilizam-se do “jogo duplo”, no qual contestam o limite instituído pelo sistema, fazendo com que contornem de alguma maneira o que lhes incomoda.

Pode-se dizer que a resistência representa, ao mesmo tempo, a possibilidade de autogovernar-se e tornar-se sujeito no processo de produção da saúde. O usuário, ao reivindicar o direito de acesso qualificado, transpõe o espaço de expectador do que lhe é ofertado e constrói seu caminho de acordo com seus desejos e necessidades de saúde

(SHWARTZ, 2010). Nesse sentido, reconhece-se o seu direito de interrogar o sistema para aproximar-se do que realmente lhe interessa:

... Então eu acho que ele tem o direito de interrogar o sistema de saúde e nós temos que ter a capacidade de escutar isso e de suportar isso... não é só ficar justificando, Oh, o SUS não tem perna, nós não damos conta, nós não damos conta... Ah, mas o que, que é isso que nós não damos conta não é? Mas o que é isso não dar conta não é? Então eu acho assim que a gente tem que suportar... É difícil você ter alguém dentro do seu serviço que te interroga. É... mas a gente tem que ter maturidade hoje, já passou do tempo, pra fazer essa escuta, para que realmente sejam eles que falem do que, que eles tão querendo, para que a gente não faça um serviço, é... não sei se seria a palavra certa, descolado, ou um serviço que não é o que ele tem.. do interesse dele...

(E₁₃)

Há reconhecimento da necessidade de questionamento ao que está normatizado para aproximá-lo das reais necessidades de saúde dos usuários, e do serviço, no sentido de aceitar esse posicionamento para qualificar o sistema. Pode-se dizer que essas relações promovem um tensionamento relevante para a modificação das práticas existentes que, muitas vezes, encontram-se cristalizadas e desconectadas das necessidades de saúde sentidas e percebidas pelos usuários.

Campos (1992, p.85) propõe construir uma lógica participativa no SUS, em que se distancie da passividade e permita “reconstruir, destruir, desconstruir toda uma infinita lógica de micropoderes normalizadores, que produzem o conformismo com a miséria, com a violência, com o autoritarismo, com o modelo vigente de apropriação e distribuição da riqueza”. Mas para isso, é necessário que os indivíduos estejam conscientes e com possibilidades para optar pelo uso ou não de determinado serviço (THIEDE; MCINTYRE, 2008). Nesse sentido, o controle social coloca-se como dispositivo essencial para gerar processos de mudanças que ampliem e qualifiquem o acesso:

...eles começam a demandar mais de onde oferece... o acesso e não para onde eles deveriam receber o acesso... entendeu?... que eu falo que o controle social tinha que está intervindo nessa situação. E que acho que é desigual essa questão do que você dá àquele local...

(E₁)

Por isso eu acho que a gente tem que ter uma participação maior, não só a nível dos Conselhos,mas da comunidade, da sociedade de participar pra esse sistema. Porque esse negócio de falar que o SUS não tem perna, não tem jeito não. Eu acho que ele tem que ter as pernas, já está com 24 anos, o SUS... E que por isso que a gente está

falando, da participação da comunidade sabe... Da participação da comunidade e da defesa desse sistema. Que vai ter que ser todo mundo junto. Vai ter que ser essa classe media participando e fazendo essa defesa. Para ele poder ir sobrevivendo cada vez melhor. Não resta dúvida que é um excelente sistema de saúde. Mas precisa de ser mais efetivo para a população brasileira, não é?

(E₁₃)

Expõe-se que os usuários começam a demandar mais dos locais que apresentam menor resistência de acesso ao serviço, e não necessariamente daqueles aos quais eles deveriam recorrer. Isso pode se traduzir em iniquidades de acesso aos serviços. Além disso, considera-se como necessário para a defesa do sistema, a participação da comunidade, inclusive da classe média, para ser produzido um sistema mais efetivo. Nesse sentido, o controle social é exposto como dispositivo que pode dar “voz” à comunidade. Porém, a participação dos usuários em Conselhos e Comissões de Saúde ainda é incipiente, conforme observaram dois entrevistados:

... porque existe controle social... mas ele não está ... culturalmente envolvido em todas as pessoas.... só daqueles que são mais informados, que tem mais acesso ... quando você chama uma comissão local de saúde, quem vem ...são os usuários mais bem informados, que já um nível de conhecimento diferenciado... e que as vezes está reivindicando coisa que não é o que a população toda precisa...

(E₁)

... o usuário também tem a sua deficiência. Que a gente não participa das reuniões , a gente não vem buscar melhorias. A gente só sabe reclamar quando pisa no nosso calo e a gente vai deixando as coisas acontecerem. Então eu acho que também é uma mão dupla aí. Se os médicos não está bom, se o sistema não está bom, o povo também está tranquilo demais. Então a gente tem também que fazer a nossa parte. Participar mais dessas reuniões que tem aqui na unidade pra justamente buscar isso. Buscar, depois não falar. Não, eu participo, eu venho todo mês, eu venho buscar uma melhoria e não vejo isso. Eu reclamei no mês passado e passou um mês e não aconteceu nada. Então eu posso justificar quando eu participo. Depois quando eu não participo, eu reclamo de que? Eu vim aqui reclamar o que, se eu não fiz nada? Então, a gente também tem a nossa parte de culpa nessa questão.

(U₁₀)

O controle social é exposto como parte de um grupo seletivo que possui a informação e busca, muitas vezes, a resolução de interesses individuais em detrimento daquilo que a comunidade necessita. Além disso, se tem havido falhas na forma como tem sido produzida a oferta de saúde, considera-se que os próprios usuários tem parcela de responsabilidade nessa conformação. Revela-se, nos discursos acima, uma postura de autocrítica diante da incipiente

participação dos mesmos nos espaços que possuem para reivindicação de seus direitos e exposição de como tem experimentado o sistema de saúde.

Alguns usuários apontaram a vigilância dos sujeitos que ofertam as ações como forma de controle e monitoramento que permite ampliar a qualidade do acesso, apesar de ainda haver um sentimento de descrença quanto à possibilidade de mudança, como se percebe na fala abaixo:

Eu acho difícil mudar isso, porque... atendimento está desse jeito mesmo que eles vê que não tem muita cobrança, se alguém que está sendo afligido for na justiça, não vai haver muito resultado. Então acaba que as pessoas vão deixando, pra ver o que vai dar não é? Eu acho que devia haver, igual você está aqui fazendo essa pesquisa deveria... isso deveria ser mais persistente pra quem... quando a gente for atendido, eles já atender sabendo que tem alguém vigiando, entendeu. Aí eu creio que o atendimento seria melhor, seria modificado, eles teria mais... é necessidade assim de procurar ver... Então como assim está, pelo menos eu vejo assim... está mais jogado assim na mão deles mesmo, então atende de qualquer maneira.

(U₃)

Percebe-se que, apesar de se apresentar uma postura crítica quanto à forma como o atendimento tem sido prestado, há um sentimento de descrédito em relação àqueles que deveriam representar os interesses da população, o que gera sentimentos de apatia. Considera-se que aqueles que prestam o atendimento, deveriam ser vigiados e cobrados para promover melhorias no serviço. Entre os instrumentos para exercer esse papel, as pesquisas realizadas de forma contínua são expostas como uma alternativa visando impedir que o atendimento seja realizado de qualquer maneira.

Assim, os movimentos de resistência produzidos pelos usuários e os dispositivos de monitoramento, são possibilidades de aperfeiçoamento do sistema de saúde, com vistas à ampliar o acesso e a resolutividade da atenção. Nessa perspectiva, o acesso extrapola o conceito de porta de entrada, configurando dispositivo que permite modificar a realidade por meio da consciência de cidadania, o que requer a participação no controle social para o alcance da universalidade do acesso ao sistema de saúde (GIOVANELLA, 1996; JESUS; ASSIS, 2010). Implica, também, disputas no processo regulatório em um sistema de saúde que considera a doença como mercadoria geradora de valor (SCHWARTZ, 2010).

Assim, é necessário reconhecer que os usuários possuem desejos, protagonismos que conduzem a questionamentos e “desordens” em todas as perspectivas racionais das instituições de saúde. Mesmo com a consolidação de um sistema de saúde bem estruturado, racionalizado por meio de fluxos e protocolos bem definidos, haverá movimentos de

regulação e contrarregulação produzidos pelos sujeitos, a partir de sua experimentação no sistema. Considera-se, portanto, relevante reconhecê-los como parceiros na configuração dos seus mecanismos de acesso e de cuidado, estabelecendo a ideia de co-gestão (CECILIO, 2012). Desta forma, o acesso à atenção a saúde não deve ser compreendido como busca pelo serviço pontual, mas como uma construção que requer participação na gestão e no controle social, conformando as práticas em saúde (LORA, 2004).

Cabe considerar ainda que o sistema de saúde brasileiro conforma-se como um sistema misto, em que o público e o privado se fazem presentes, produzindo desejos ou possibilidades de escolha entre um e outro, à procura de garantia do direito de acesso à atenção à saúde, assunto que será abordado na subcategoria a seguir.

❖ **A (não) complementaridade entre o público e o privado: qual escolher? Ou não...**

O sistema de saúde do Brasil, formalmente de caráter universal, convive com seguros privados de saúde, o que produz segmentação e lhe confere uma característica de dualidade (GIOVANELLA, 2008). Os discursos de gestores, profissionais de saúde e usuários evidenciam a interposição do acesso a bens e serviços de saúde entre o serviço público e o privado:

... é um comentário que eu escuto, que os funcionários às vezes falam assim... o acesso aqui tá muito fácil ... e a gente muitas vezes depara com isso mesmo.. porque nós temos com os pacientes ou com os usuários que tem plano de saúde mas que conseguiram entender que aqui o acesso é mais rápido que o plano de saúde... por exemplo .. direto... de vez em quando eu ligo pra ambulância de plano de saúde pra buscar paciente agudo aqui.... já teve situações desse jeito... ou então já teve situação que o paciente tava aqui e preferiu ir pra nossa rede, do que ir pro convenio... e assim, o que ele percebe... o usuário tem uma percepção muito grande de onde vai garantir o atendimento pra ele... onde que é bom ... onde que se ele chegar independente do horário que se ele precisar de atendimento ele vai ter.. ele rapidinho conseguiu absorver que ele tem uma equipe responsável por ele.... ele sabe... sabe disso tudo ... então ele sente mais seguro quando tem a garantia de que vai ter um retorno ... entendeu?...

(E₁)

Olha eu acho que o acesso ao nosso serviço está bom. Eu acho que se comparada com a rede privada, convênio, eu acho que está num nível muito bom. Às vezes o usuário consegue um exame até mais rápido do que no convênio. Eu acho que dependendo do exame...eu acho que consegue consulta especializada. É por convenio... tem médicos aí que demora até um ano pra marcar uma consulta que às vezes... tem usuário que deixam de usar o convênio pra vir procurar a rede pública. Falam que os médicos são bons e que é... é até mais rápido do que no convênio.

(E₄)

Os que tem planos de saúde, não tem o acesso tão fácil. Aquilo que criticavam muito do SUS também está acontecendo no plano de saúde e ele tem que deslocar. Aqui ele está dentro da área dele. Então ele está... começando a vir. Então, tem gente que tem plano de saúde e que faz a opção de ficar aqui.

(E₁₄)

Percebe-se que os gestores e a maioria dos profissionais de saúde reconhecem a facilidade do acesso à APS, quando comparado ao serviço privado. Nota-se que os usuários buscam a APS mesmo sendo conveniados a seguros privados de saúde, por obterem agilidade na garantia a determinadas consultas médicas e exames, o que demonstra ampliação do acesso a esse nível de atenção. Tal reconhecimento também é expresso por alguns usuários que possuem o poder de escolha entre o público e o privado.

Outros aspectos evidenciados e que influenciam na escolha pela UBS por esse grupo da população, referem-se à proximidade do local de residência e à redução de custos financeiros com o deslocamento para obter atendimento:

...eu não usava o plano do meu marido da empresa, porque aqui é mais fácil para usar do que o plano... não tem que usar o transporte, aí acaba ficando mais caro.

(U₃)

A facilidade no acesso geográfico às UBS conduz a escolhas diante das barreiras financeiras para o uso do transporte, que se marca como um limitador do acesso. Essa discussão remete ao conceito de acesso financeiro proposto por Fekete (1996). No entanto, percebe-se que os usuários que enfrentam obstáculos na garantia de acesso e na resolutividade das ações, conferem qualidade ao sistema privado de saúde e remetem ao imaginário de desvalorização do SUS:

Até que eu não fui mandada pra outro lugar não. Só aqui mesmo. Só que de vez em quando , quando tá muito... já tem um ano que eu operei esse braço. Aí foi particular, aí foi tudo bem.

(U₁)

Acontece que quando aconteceu isso deles quererem internar ele daqui, eu fui e pedi pra não deixar internar. Fui pelo plano, chegou lá, não era nada daquilo que eles queria fazer aqui. O médico receitou um antialérgico, ele tava vomitando, deu uma injeção pra parar de vomitar e foi resolvido o problema. Então, eu vejo assim ,que às vezes é uma coisa simples mas eles acaba dando medicação desnecessária.

(U₃)

Os usuários que possuem poder de compra, e mesmo assim não obtêm resposta às suas necessidades de saúde, recorrem ao serviço privado com o intuito de contemplá-las. Reforça-se, com isso, o caráter de compra do direito à saúde, contrário à universalidade da atenção, além da crença de que o privado possui melhor qualidade.

Essa visão desacreditada do SUS pode associar-se à ampla divulgação de uma imagem negativa do sistema público de saúde pela mídia, deixando à margem as experiências exitosas do sistema. Não significa dizer que não devam ser expostos os problemas; ao contrário, devem ser ampliados os debates para identificar as suas causas e os seus responsáveis, desde que isso não obscureça as experiências inovadoras desenvolvidas no serviço público, que visam à defesa da saúde e da vida. Reforça-se, com isso, o caráter de compra do direito à saúde, contrário à universalidade da atenção, além da crença de que o privado possui melhor qualidade (COHN et al., 2002; PAIM; TEIXEIRA, 2007).

Entretanto, tal realidade perpassa por uma complexidade de aspectos que superam o imaginário da Saúde Pública, sendo relevante ressaltar que as vivências prévias com o sistema, assim como as influências culturais trazidas por cada indivíduo interferem na relação com o acesso aos serviços de saúde.

Nesse contexto, os seguros privados de saúde ainda são objeto de desejo dos usuários a fim de que consigam obter atendimento às suas necessidades de saúde sentidas e percebidas:

...eu acho que quem tem um recursozinho tem que sair pra não morrer com dor, tem que sair e pagar particular , que não está fácil para o pobre ...Mas se falar que é caro, se falar que precisa pagar, eu pago.

(U₁)

... muitas vezes eu já recusei aqui e quis largar tudo para procurar particular , sabe? Porque eu não tive o atendimento adequado. Eu cancelei o plano de saúde, senão eu ia.

(U₇)

As limitações financeiras impactam negativamente nas possibilidades de acesso. O pagamento aos serviços particulares e/ou os planos de saúde, configuram escolha necessária nesse contexto para a resolução de suas demandas, o que representa iniquidades na atenção à saúde.

Dados apontam que a afiliação dos usuários a planos de saúde no município de Belo Horizonte, representa 54% da população total, sendo considerada mais alta do que a população brasileira (29%), de acordo com a PNAD (COSTA et al., 2012). Porém, muitos dos que possuem seguros privados de saúde não tem cobertura completa dos serviços de saúde

necessários, o que também conduz a uma dupla utilização do sistema de saúde, isto é, do público e do privado, uma dualidade que se reflete na organização do processo de trabalho em saúde desenvolvido pelos profissionais da ESF, por terem de garantir acesso universal à saúde que vise o atendimento pautado no princípio da equidade:

É lógico que na hora de organizar o meu serviço , eu tento organizar pela equidade. Quem não tem plano de saúde vai ser sempre aquele que eu vigiar mais, que eu vou procurar mais. Mas pela diretriz da universalidade. Todos tem direito do mesmo jeito. Então se ele faz a opção de vir aqui ele vem. E tem aqueles planos de saúde, que faz uma consulta ou uma coisa outra, mas que não dão atendimento completo. Então ele usa o SUS e usa o plano de saúde. Eu acho que a tendência é eles irem desligando dos planos de saúde e virem para o SUS. Até pela perda de poder aquisitivo, e na hora que ele olha o custo benefício... o mesmo tempo que ele está esperando no plano de saúde ele está esperando agora no SUS também. Então pra que ele vai pagar. É uma tendência.

(E₁₄)

Aqueles usuários que não possuem seguros de saúde devem ser monitorados e vigiados pelas equipes da ESF, porém, considera-se que pela diretriz da universalidade, todos tem direito de acesso ao serviço público de saúde. Assim, percebe-se que há uma utilização do SUS e dos planos de saúde de modo alternado.

Cabe refletir, porém, em como se configuram essas relações entre profissionais de saúde e usuários que possuem planos de saúde:

...Então eu vejo sabe que o trabalhador quando é um usuário que tem um poder aquisitivo melhor, ele pensa assim... Ah, o SUS plus... que chegou! O SUS plus... eu acho que o usuário ele é único, se ele tem plano de saúde, não tem plano de saúde, não interessa! Entrou pro nosso sistema, direito de cidadania garantido na Constituição Brasileira, garantido pelo artigo 198, não tem jeito, entrou ele vai participar do sistema de modo geral. Não vejo assim, lógico que ele gostaria de ser tratado com um quarto, não é... não ficar numa enfermaria... a gente percebe isso! Do desejo dele, mas eu acho que ele tem que ser tratado como qualquer outro usuário do Sistema Único de Saúde, ele tem o mesmo direito que outro usuário tenha, apesar de ter o plano de saúde, se vai ter essa decisão... que eles tomam de que... vai depois é...o que ele usufrui dentro do sistema, depois isso vai ser ressarcido pro sistema único de saúde? É uma outra história que... é uma decisão que eles tão tomando...que o plano faça um ressarcimento dessa questão do uso dentro do SUS ... mas pra mim um cidadão que tem os mesmos direitos garantidos na Constituição Brasileira...

(E₁₃)

Evidencia-se que, mesmo sendo o direito constitucional de acesso ao sistema, de caráter universal, existem ruídos nas relações entre alguns profissionais de saúde e usuários que, embora possuindo seguros privados de saúde, recorrem aos serviços do SUS. Surgem, então, expressões como “SUS plus” para identificar os usuários que recorrem às duas modalidades de atenção à saúde.

Essas contradições reproduzem desvalorização e descrença também por parte de alguns trabalhadores de saúde, que se refletem na busca da garantia de direitos de acesso por meio de reivindicações por seguros privados:

E eu acho que infelizmente nós os trabalhadores, nós falamos muito mal do sistema que nós construímos... Então assim, a gente não faz essa defesa.... Então isso eu acho que prejudica muito no sistema de saúde. Se a gente perguntar para os ACS assim ... quantos de vocês acreditam no SUS, no que vocês tão divulgando aí fora, e tudo, será quantos que acreditam que de fato é efetivo ... será que SUS é esse que a gente está construindo não é? Então eu acho que tem essa descrença... e que SUS que é esse que nem nós, trabalhadores, não queremos usar esse sistema ...então o que é isso? O quanto a gente vai para as conferências e fica pedindo querendo. Se é um SUS que nem nós acreditamos nele, como é que fica então a credibilidade para a população brasileira?. Então eu penso assim, para ele funcionar da questão do que a gente tem, eu acho que ainda falta muita coisa.

(E₁₃)

Ao restringir o acesso qualificado à atenção à saúde, a universalização da atenção torna o sistema ambíguo e desarticulado como um todo, o que conduz as forças corporativas e hegemônicas a buscarem seguros privados de saúde como um sistema adicional para a garantia de acesso aos serviços de saúde. Nesse sentido, o acesso apresenta-se desigual e seletivo, permeado pelo poder de compra dos usuários (JESUS; ASSIS, 2003).

Pode-se dizer que a partir do poder de compra dos usuários, expressam-se caminhos alternativos entre os sistemas público e privado de saúde em busca de cuidados qualificados. Tais caminhos marcam-se pelas experiências dos usuários no sistema de saúde, que conduzem à noção do espaço que poderá lhes garantir acesso e resolutividade às suas demandas e necessidades de saúde.

No entanto, cabe salientar que a sobreposição dos sistemas público e privado de saúde, com a concorrência existente entre ambos e a privatização da compra, pode comprometer o acesso universal à APS e também a crescente exigência de coordenação desse nível da atenção, como afirma Bahia (2012, p. 2879):

Assim, a privatização não é um pano de fundo e sim o principal vetor de restrição de acesso, incluindo, paradoxalmente, parcelas consideráveis de indivíduos vinculados a planos menos abrangentes. Portanto, a profundidade e a extensão dos desafios contemporâneos do SUS requerem que as tensões entre o público e o privado sejam explicitadas e incluídas nas avaliações de políticas de saúde. Dimensões relacionadas com o acesso como confiança de obter cuidado quando necessário, que remetem a perspectivas de atendimento em sistemas públicos abrangentes e qualificados, podem contribuir para discernir valores, práticas e concepções envolvidas com a passagem da população no sistema de saúde público e privado.

Desse modo, o SUS tem se constituído e legitimado como um sistema focalizado e paralelo ao sistema suplementar. Essas contradições trazem questionamentos que devem ser aprofundados em novas e futuras discussões.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

“(...) os olhares são sempre provisórios: prendem a realidade num momento, filtram-na como as lentes de agora e, quando alteram uma trajetória de conduta importante na vida, promovem uma aprendizagem significativa... quando sensibilizam-se para novas leituras e re-significações re-estabelece-se a dinâmica da vida...”

(Komatsu)

O acesso em saúde pode ser considerado como elemento fundamental para a efetivação do direito à saúde. A qualidade do serviço de ser acessível é fundamental para a formulação de políticas públicas de saúde, e envolve uma discussão complexa inerente a uma multiplicidade de dimensões que abrangem os aspectos geográfico e sócio-organizacional. Desse modo, para haver ampliação aliada à qualidade no acesso, faz-se necessária uma série de atributos para que se estabeleçam caminhos que reduzam os entraves que se apresentam no cotidiano dos serviços públicos.

A abordagem qualitativa adotada neste estudo, possibilitou a apreensão e a discussão dessas dimensões no cotidiano dos serviços de saúde que operam por meio do eixo da APS, utilizando como estratégia a Saúde da Família. Conhecer o olhar daqueles que ofertam e buscam a atenção, apresentou-se como elemento relevante para ir ao encontro das (im) possibilidades de acesso presentes nos serviços, o que permitiu contemplar o objetivo da pesquisa.

Apesar de se apresentarem de forma consensual os avanços obtidos no acesso à atenção à saúde após a implantação da ESF, não se pode deixar de realizar uma análise crítica do modo como essa estratégia vem sendo legitimado no cotidiano e dos desafios enfrentados pelos atores nele envolvidos (gestores, profissionais de saúde e usuários). Ainda se evidenciam situações conflitantes que fazem com que na prática, o acesso seja considerado como relevante objeto de análise e discussão, havendo uma reconfiguração do princípio do acesso universal.

É preciso considerar que o acesso em saúde não se restringe à extensividade de coberturas, em que se propõem agendas repletas de consultas e exames que podem não ser alcançados pelos usuários. Para sua garantia, deve-se extrapolar esse eixo, o que fica evidente na análise dos dados.

Emergem no cotidiano, estratégias potencializadoras para a garantia de acesso que devem ser ressaltadas e repensadas para que se efetivem cada vez mais nas práticas de saúde. No entanto, evidenciam-se também barreiras limitantes ou impeditivas de acesso à atenção à saúde, que precisam se tornar evidentes para possibilitar uma reflexão crítica que permita sair

do espaço de acomodação em direção a um processo dinâmico em que as respostas e as mudanças aconteçam gradualmente.

Neste estudo, o acesso apresenta-se mediado por uma oferta que se conforma a partir de uma lógica centralizada, normatizadora e protocolizadora, que se norteia muitas vezes pelo aspecto biológico, preventivista e curativista. Pode-se dizer, a partir dos discursos, que há um ciclo de produção em saúde já que os usuários, por sua vez, não validaram o modo como a APS deve se nortear, recorrendo à priorização de consultas, medicamentos, exames e encaminhamentos para especialidades.

Apesar disso, há o reconhecimento dos profissionais de saúde acerca da existência de ruídos nesta lógica que faz com que se apresentem nos serviços, o que conduz à desmotivação, sobrecarga de trabalho, sentimentos contraditórios e conflitantes. Exerce-se, nesse sentido, tensionamentos práticos que produzem dicotomias e polarizações entre gestores, profissionais de saúde e usuários. Em vários momentos, aqueles que prestam a assistência apontam as excessivas demandas por atendimento, que acabam por restringir e dificultar o desempenho e o avanço nos resultados das equipes e dos serviços.

Esse caráter pode ser evidenciado com o jargão expresso pelos profissionais de saúde em um dos cenários: “upanização da atenção primária à saúde”, reconhecido e legitimado no serviço, o que leva à necessidade de refletir sobre o modo como a ESF tem sido operacionalizada no cotidiano dos serviços. Considera-se relevante a prática assistencial nas UBS, desde que estas não se sobreponham às ações de prevenção e promoção à saúde, como proposto pela APS na modalidade da ESF.

Ainda, o que se propõe para o pacote de oferta de serviços, tanto a nível macro quanto micropolítico, faz com que se atribua um caráter uniforme à produção dos referidos serviços, em contraponto às necessidades dos usuários locais. Por sua vez, os profissionais de saúde procuram encaixar estes usuários em um pacote de serviços norteado por critérios limitantes e pouco operativos no cotidiano. Nesse sentido, o aspecto sócio-organizacional torna-se um eixo relevante de discussão no estudo.

Considera-se que há um distanciamento entre aquilo que se pretende ofertar e o que se deseja receber. Assim, pode-se dizer que os usuários que não se enquadram no pacote de oferta predefinido, vivenciam dificuldades de acesso e de resolutividade de suas necessidades de saúde, que expressam desejos de cuidado, atenção, flexibilização de regras, particularização e contemplação de suas aspirações e necessidades de saúde.

Em meio a isso, emergem formas de enfrentamentos frente às limitações de acesso expressas nos serviços que se traduzem, em alguns momentos, em um “jogo duplo” marcado

por estratégias de escape à conformação técnica, política e organizacional proposta. Essa condição faz com que se intensifique a característica de dualidade do SUS. Aqueles que possuem poder de compra de seguros privados ou condições de pagamento a serviços particulares, ingressam em uma busca por acesso à atenção a saúde, recorrendo ora ao serviço público, ora ao privado. Desse modo, o SUS tem se constituído e legitimado como um sistema focalizado e paralelo ao sistema complementar.

Pode-se dizer que a universalidade da atenção oscila entre ações focalizadas e verticais em contraponto àquelas abrangentes e integrais, o que requer uma luta pela democratização da saúde. Torna-se relevante a incorporação de modelos teóricos, calcados em políticas de saúde que incorporem as particularidades de cada local, os quais sejam representados não só pelos gestores locais, mas também pelos profissionais de saúde e usuários. Mas para isso, é necessária uma gestão compartilhada, democrática e participativa, articulada com propostas de gestão que proporcionem estrutura adequada, que favoreça as condições de trabalho dos profissionais e privilegie a ambiência dos serviços aos usuários. Alia-se, nesse sentido, um desenho real do acesso com princípios éticos que centralizam os sujeitos envolvidos na oferta e busca da atenção à saúde.

Considera-se, ainda, que os processos avaliativos em saúde apresentem a perspectiva qualitativa e quantitativa como complementares. Pode-se dizer que a avaliação quantitativa e a pactuação de metas são consideradas relevantes, porém, faz-se necessário realizar uma avaliação qualitativa do acesso em saúde.

O estabelecimento de processos avaliativos como parte da rotina dos profissionais de saúde, permite “refazer” e renovações com vistas à redução das iniquidades de acesso existentes no cotidiano dos serviços de saúde. Os profissionais entrevistados reconheceram que a avaliação e o monitoramento dos dados ampliam o conhecimento do seu trabalho e das características da população pela qual são responsáveis. No entanto, o modo como tem se efetivado na prática, pode incorrer no risco de proporcionar-lhes pouca autonomia para que possam atuar conforme o perfil da população adscrita, o que pode causar uma rigidez das ações em saúde e, com isso, um distanciamento das necessidades de saúde dos usuários. Ainda pode conduzir à desmotivação por parte dos profissionais de saúde, traduzida na perda do valor e do reconhecimento do papel que desempenham como atores no processo de produção do cuidado. Desse modo, pode afetar diretamente o acesso à atenção à saúde, pois se faz necessário o ajuste entre aqueles que prestam a assistência e aqueles que necessitam recebê-la, o que remete às discussões conceituais propostas neste estudo.

A pesquisa também trouxe para reflexão o reconhecimento de estratégias que

contribuem para a efetivação do direito de garantia ao acesso universal em direção à elaboração de vínculos solidários que têm como princípios a defesa da vida. Pode-se dizer que por meio do acolhimento e vínculo se constroem práticas de co-responsabilidade e autonomia.

A postura acolhedora e o vínculo relacionam-se diretamente ao acesso à atenção à saúde. A procura por profissionais competentes, que transmitam segurança e realizem escuta e atendimentos eficazes, influenciam fortemente essa escolha. Ainda, os atendimentos subsequentes, dependem de aspectos relacionados ao vínculo, às facilidades encontradas no acesso e à capacidade resolutiva da atenção. Assim, essa escolha depende da coerência e do padrão tecnológico ofertado em acordo com as demandas e necessidades de saúde da população, assim como pela forma como o usuário é recebido, o que garante um serviço resolutivo.

Sugere-se, a nível local, a flexibilização na oferta programada, permeada por uma postura aberta de negociação e conciliação. Para os usuários trabalhadores, podem ser adotadas formas de agendamento às consultas com os profissionais de saúde de forma diferenciada, como por telefone ou e-mail, ou mesmo a expansão do turno de funcionamento das UBS com a adoção de uma equipe volante que atuará com consultas programadas e ações de prevenção e promoção à saúde, em horários noturnos e finais de semana, para os usuários que estão naquele momento exercendo atividades laborais. Estes usuários podem ser identificados pelas equipes da ESF, evidenciados por sua dificuldade de contato, e repassados para cadastro e acompanhamento nestes turnos. Caso não estejam mais trabalhando, poderão retornar ao seu acompanhamento pelas equipes da ESF, que manterão seus registros com essa distinção. Além disso, poderão ser elaborados *blogs* que divulguem o conteúdo informativo da unidade, além da adoção das salas de espera.

Desse modo, podem ser produzidos e conformados potenciais de acesso à atenção à saúde nas práticas cotidianas. Salienta-se que apesar dos aspectos discutidos, ficou evidente no estudo que apesar das limitações existentes, os cenários inserem-se em um município que possui uma rede estruturada com pontos de atenção, e aparatos de apoio diagnóstico e terapêutico. Além disso, as Equipes da Estratégia Saúde da Família apresentam-se em muitas situações como a porta preferencial de entrada ao sistema de saúde, assim como os serviços especializados e hospitalares que atendem por meio dos pontos de atenção em saúde. Porém, reforça-se a necessidade de reflexão sobre o quanto isso tem se efetivado na prática e se transformado em benefícios aos usuários/comunidade.

Cabe ressaltar também os limites deste estudo de caso que pretendeu focar e

aprofundar situações de uma realidade específica. Não se pode generalizar a realidade de dois cenários analisados como uma característica uniforme de outros cenários, mesmo que apresentem um processo de gestão semelhante a todas as equipes da ESF. No entanto, este estudo pode fornecer subsídios para que se estabeleçam processos de reflexão que permitam repensar e refazer estratégias que promovam melhorias de acesso à população assistida em outros locais que reconheçam e se familiarizem com os resultados da pesquisa.

Além disso, são oportunos e necessários novos estudos que permitam aprofundar as questões apresentadas e analisadas, visto que não se considera o tema e seus resultados como algo acabado e consolidado, mas apenas como o prenúncio de discussões que possibilitem benefícios aos que se utilizam do SUS e aos que nele exercem suas atividades profissionais.

REFERÊNCIAS

- ALVES, R. **Filosofia da Ciência**: introdução ao jogo e suas regras. São Paulo: Brasiliense, 1981.
- ASSIS, M.M.A.; VILLA, T.C.S.; NASCIMENTO, M.A.A. Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática. *Cien Saude Colet*, v. 8, n. 3, p. 815-823, 2003.
- ASSIS, MMA; JESUS, WLA. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 11, p. 2865-2875, 2012.
- AQUINO, R.; OLIVEIRA, N. F.; BARRETO, M. L. Impact of the family health program on infant mortality in Brazilian municipalities. **American Journal of Public Health**, v. 99, n. 1, p.87-93, 2009.
- ANDERSEN, R.M. *et al.* Exploring dimensions of access to Medical Care. **Health Services Research** v. 18, n. 1, Spring, 1983.
- 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.
- 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.
- ANDRADE, M.V. *et al.* **Equidade na utilização dos serviços de saúde no Brasil**: um estudo comparativos entre as regiões brasileiras no período de 1998-2008. Texto para discussão n. 445, CEDEPLAR, UFMG, 2011.
- ANDRÉ, M.E.D.A. **Estudo de caso em pesquisa e avaliação educacional**. Brasília: Liberlivros, 2005. p. 7-70.
- AZEVEDO, A.L.M. Acesso à atenção à saúde no SUS: o PSF como (estreita) porta de entrada. 177 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 2007.
- AZEVEDO, A.L.M.; COSTA, A.M. A estreita porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS): uma avaliação do acesso na Estratégia Saúde da Família. **Interface Comun Saúde Educ**, v. 14, n. 35, p. 797-810, 2010.
- AYRES, J. R. C. M. Care and reconstruction in healthcare practices. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu (SP), v. 8, n. 14, p. 73-92, fev. 2004.
- BAHIA, L. Entradas e bandeiras e o SUS no século XXI. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17 n.11, p. 2876-2880, 2012.
- BARBOSA, S.P.; PENNA, C.M.M; ELIZEU, T.S. O acesso a partir da atenção primária à saúde em três municípios do estado de Minas Gerais: a ótica dos profissionais de saúde. [no prelo 2182/2012]
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Editora 70, 2008.

BECKER, H. S. **Métodos de Pesquisa em Ciências Sociais**. Trad. Marco Estevão e Renato Aguiar. 4. ed. São Paulo: HUCITEC, 1999.

BELO HORIZONTE. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. **Estatísticas e Indicadores**. Belo Horizonte, [s.d.]. Disponível em:

<<http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/comunidade.do?app=estatisticaseindicadores>>.

Acesso em: 22 jun. 2011a.

_____. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. **Distritos sanitários**. Belo Horizonte, [s.d.].

Disponível em: <www.pbh.gov.br/smsa/montapagina/php?pagina-distritos/index.html>.

Acesso em: 22 jun. 2011b.

_____. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. Disponível em: <http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/comunidade.do?evento=portlet&pI>. Acesso em: 20 dez, 2012

_____. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. Intranet. Disponível em: <http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/comunidade.do?evento=portlet&pIdPlc=ecpTaxonomiaMenuPortal&app=intranet&tax=15099&lang=pt_BR&pg=6661&taxp=0&> Acesso em: 20 dez, 2012.

_____. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. Índice de Vulnerabilidade à Saúde, 2003. Disponível em: <http://www.pbh.gov.br/smsa/biblioteca/gabinete/risco2003>. Acesso em: 21/10/2011.

BERTUSSI, D. C.; OLIVEIRA, M. S. M.; LIMA, J. V. C. A Unidade Básica no contexto do Sistema de Saúde. In: ANDRADE, S. M.; SOARES, D. A.; CORDONI JUNIOR, L. (Org.). **Bases da saúde coletiva**. Londrina: UEL, 2001. p. 133-144.

BLOCH, G., ROZMOVITS, L., GIAMBRONE, B. Barriers to primary care responsiveness to poverty as a risk factor for health, *BMC Family Practice*, v. 12, p. 62, 2011.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução CNS 196/96. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, 10 out. 1996. Acesso em: 28/08/2011.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: DAB/SAS/MS; 2006.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria 154 de 24 de Janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2008. Disponível em:

<http://www.saude.gov.br/psf/portarias/NASF.doc>. Acesso em 21/10/2011.

_____. CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **SUS: avanços e desafios**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2006.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIOS DE SAÚDE. Regulação em saúde. Brasília: CONASS, Volume 10, 1 edição, 2007.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. Saúde da Família. **Revista Brasileira de Saúde da Família**, Brasília, n.14, 2007.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Cadernos HumanizaSUS. Formação e intervenção**. Brasília, v.1, 2010.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011a. 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.

_____. Decreto n. 7.508 de 28 de junho de 2011. Distrito Federal, Brasília, 2011b.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria n. 1654, de 19 de julho de 2011. 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://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1654_19_07_2011.html > Acesso em: 02/09/11.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica**, 2011d. Disponível em:

<http://dab.saude.gov.br/sistemas/Pmaq/?pmaq=publicacoes>. Acesso em: 15/09/11.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Acolhimento à demanda espontânea. **Cadernos de Atenção Básica**, n. 28, v. I, Brasília – DF, 2011e.

BÓS, A.M.G.; BÓS, A.J.G. Determinantes na escolha entre atendimento de saúde privada e pública por idosos. **Rev Saúde Pública**, v. 38, p. 113-120, 2004.

BREHMER, L.C.F.; VERDI, M. Acolhimento na Atenção Básica: reflexões éticas sobre a Atenção à Saúde dos usuários. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, supl.3, 2013.

CAMPBELL, S. M.; ROLAND, M. O. et al. "Defining quality of care." **Social Science & Medicine**, v. 51, p. 1611-1625, 2000.

CAMPOS, G.W.S. Sobre a peleja dos sujeitos da reforma, ou da reforma dos sujeitos em peleja. **Saúde e Sociedade**, v. 1, n. 2, p. 79-95, 1992.

CAMPOS, G.W.S. A construção de vínculo, o responsabilizar-se pela saúde da população de uma micro-região, e o encarregar-se de casos singulares. Nov., 2002.

CAMPOS, G.W.S. Por uma clínica reformulada e ampliada. In: _____. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003. p.51-67.

CAMPOS, G.W.S. Comentários sobre analogias e diferenças entre os métodos Paidéia e o "interrogativo"..**Interface**, São Paulo, v. 11, n. 22, p. 345-363, 2007.

CAMPOS, G.W.S.; PAIDEIA CARVALHO, J.M. **Cidadania no Brasil**: o longo caminho. 7. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2005.

CARVALHO, S. R.; CUNHA, G. T. A gestão da atenção na saúde: elementos para se pensar a mudança da organização na saúde. In: CAMPOS, G. W. S. et al. **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 837-868.

CAVALCANTI, M. L. T. Comentários sobre a Estratégia de Saúde da Família e o SUS, suscitados pelo texto de Sousa e Hamman. **Rev Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14 (Supl 1), 1336-1345, 2009.

CECILIO, L.C.O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cad. Saúde Pública**, v.13, n.3, p.469-78, 1997.

_____. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. **Interface** (Botucatu), São Paulo, v. 15, n. 37, June, 2011 .

CECILIO, L.C.O. et al. A Atenção Básica à Saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel?. **Ciênc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, Nov. 2012.

CECILIO, L.C.O. Escolhas para inovarmos na Produção do Cuidado, das Práticas e do Conhecimento: “Como não fazermos “mais do mesmo”?. **Saude Soc**, São Paulo, v 21, n. 2, junho, 2012.

CHIZZOTTI, A. A pesquisa qualitativa em ciências humanas e sociais: evolução e desafios. **Rev Portuguesa de Educação**, Braga (PT), v. 16, n.002, p. 221-36, 2003.

COELHO, M.O.; JORGE, M.S.B. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na Atenção Primária à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 14 (supl. 1), p. 1523-1531, 2009.

COHN, A. **A saúde como direito e como serviço**. 6.. ed. São Paulo: Cortez, 2010. 164 p.

COSTA, M.F.L.; TURCI, M.; MACINKO, J. **Saúde dos adultos em Belo Horizonte**. Núcleo de Estudos em Saúde Pública e Envelhecimento da Fundação Oswaldo Cruz e Universidade Federal de Minas Gerais, 1ª ed., Belo Horizonte, 2012. 120 p.

DELLEUZE, G.; PARNET, C. **Diálogos**. Trad. Eloisa Araújo Ribeiro, São Paulo: Escuta, 1998. 184p.

DESLANDES, S.F. Concepções em pesquisa social: articulações com o campo da avaliação em serviços de saúde. **Cad de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.13, n.1, p.103-107, jan./mar. 1997.

DONABEDIAN, A. The assessment of need. In: Donabedian, A. Aspects of Medical Care Administration: specifying requirements for Health Care. MA, Harvard University Press, 1973.

_____. **A. Los espacios de la salud:** aspectos fundamentales de la organizacion de la atencion medica. Mexico. Biblioteca de La Salud, 1988.

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

DUTRA, I.R. **Acesso e utilização aos serviços de atenção primária à saúde pela população urbana no município de Jequitinhonha, Minas Gerais.** 122p. Dissertação (Mestrado), Universidade Federal de Minas Gerais, 2009.

SCOREL, S. **Os dilemas da equidade em saúde:** aspectos conceituais. 2008. Disponível em: http://www.opas.org.br/serviço/arquivos/sala_2210.pdf. Acesso em: 13/01/13.

ESPIRIDÃO, M.A.; TRAD LAB. Avaliação de satisfação de usuários: considerações teórico-conceituais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1267-1276, jun, 2006.

FEKETE, M. C. **Estudo da acessibilidade na avaliação dos serviços.** Projeto GERUS. Programa de Cooperação Técnica em Desenvolvimento de Recursos Humanos entre o Ministério da Saúde e a Organização Pan-Americana da Saúde. S./1, s./n., 1996.

FELICIANO, K. V. de O. **Aceitabilidade da Equipe de Saúde da Família pela população adscrita.** Projeto Proesf/Componente 3/Estudos de Linha de Base nos Municípios selecionados para o Componente 1. Mimeo. 2005.

FILHO, S.B.S; FIGUEIREDO, V.O.N. Contratos internos de gestão no contexto da Política de Humanização: experimentando uma metodologia no referencial da cogestão. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.13, supl.1, p.615-26, 2009.

FORTES, P. A. C. Reflexão bioética sobre a priorização e o racionamento de cuidados de saúde: entre a utilidade social e a equidade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, Mar. 2008. p. 696-701.

FOUCAULT, M. Historia de la medicalizacion. **Educacion Medica y la Salud**, v. 11, n.1, 1977.

_____. **Vigiar e Punir:** nascimento da prisão. 30. ed. Petrópolis: Vozes, 2005.

FOUCAULT, M. Afterword: The subject and the power. In: DREYFUS, H.; RABINOW, P. **Michel Foucault:** beyond structuralism and hermeneutics. Chicago: University of Chicago Press, 1983. p. 208-226, *apud* VELLOSO, I.S.C. Configurações das relações de poder no serviço de atendimento móvel de urgência de Belo Horizonte. Dissertação (mestrado). 129p. Universidade Federal de Minas Gerais, 2011.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 15, p. 345-353, 1999.

FRANCO, T.B. **Programa Saúde da Família, PSF**: contradições de um Programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial, 1988.

FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. A Produção Imaginária da Demanda e O Processo de Trabalho em Saúde In: PINHEIRO, R. & MATTOS, R.A. (orgs.) **Construção Social da Demanda**. IMS/UERJ-CEPESC-ABRASCO, Rio de Janeiro, 2005.

FRASER, M.T.D.; GONDIM, S.M.G. **Da fala do outro ao texto negociado**: discussões sobre a entrevista na pesquisa qualitativa. Universidade Federal da Bahia, 2004.

FREIRE, R.C. **As ações programáticas no projeto Saúde Todo Dia**: uma das tecnologias para a organização do cuidado. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas. 2005.

FRENK-MORA, J. El concepto y la medición de accesibilidad / Concept of the accessibility measurement. **Salud Pública Mex**, v. 27, n. 5, p. 438-453, 1985.

FURTADO, C; PEREIRA, J. **Equidade e acesso aos cuidados de saúde**. 52p. Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa, 2010.

GUANAIS, F.; MACINKO, J. Primary care and avoidable hospitalizations: evidence from Brazil. **The Journal of Ambulatory Care Management**, v. 32, n. 2, p. 115-122, 2009.

GERHARDT, T. E. Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p. 2449-2463, nov., 2006.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

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

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.

GODDARD, M.; SMITH, P. Equity of access to health care services: theory and evidence from the UK. **Soc Sci Med**, UK, v. 53, p. 1149-1162, 2001.

GONÇALVES, R.B.M. **Tecnologia e organização das práticas de saúde**: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1994.

GULLIFORD, M.; MORGAN, M. **Access to health care**. USA: Routledge, 2003. 240 p.

HAINES, A.; SANDERS, D.; LEHMANN, U.; ROWE, A. K.; LAWN, J. E.; JAN, S.; WALKER, D. G. et al. Achieving child survival goals: potential contribution of community health workers. **Lancet**, UK, v. 369, n. 9579, p. 2121-2131, 2007.

HARTZ, Z.M.A.; SILVA, L.M.V. **Avaliação em saúde**: dos modelos teóricos a prática de avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador, UFBA, 2005.

HORTALE, V. A.; PEDROZA, M.; ROSA, M. L. G. O acesso e a descentralização na análise de sistemas de saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 56, p. 57-66, set./dez., 2000.

HOUAISS, A.; VILLAR, M. **Minidicionário Houaiss da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva; 2001.

ILLICH, I. Nêmesis da medicina: a expropriação da saúde. São Paulo: Nova Fronteira, 1975 *apud* COSTA et al. Naturalização e medicalização do corpo feminino: o controle social por meio da reprodução. **Interface – Comunic, Saúde, Educ**, v.10, n.20, p.363-80, 2006.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD / 2003. **Acesso e utilização de serviços de saúde**. Rio de Janeiro: IBGE, 2005. 169 p.

JESUS, W.L.A; ASSIS, M.M.A. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso aos serviços de saúde: contribuições do planejamento. **Rev Ciência Saúde Coletiva**, v. 15, n. 1, p. 161-170, 2010.

JORGE, M.S.B. et al. Promoção da Saúde Mental - Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, julho, 2011.

KOPACH, R. et al. Effects of clinical characteristics on successful open access scheduling. **Health Care Manag Sci**, v. 10, n. 2, p. 111-124, 2007.

KNIGHT, A.W. et al. Reduced waiting times for GP: two examples of “advanced access” in Australia. **Med J Aust**, v. 183, n. 2, p. 101-103, 2005.

LEAL, R.B.; TOMITA, N.E. Assistência odontológica e universalização: percepção de gestores municipais. **Cien Saude Colet**, v. 11, n. 1, p. 155-160, 2006.

LEWIN, S.; DICK, J., POND, P., ZWARENSTEIN, M., AJA, G. N., VAN WYK, B. E., BOSCHCAPBLANCH, X. et al. (Updated 2009). Lay health workers in primary and community health care. [Cochrane Review]. In: Cochrane Database of Systematic Reviews, 2009 (1). Retrieved August 19, 2009, from The Cochrane Library, Wiley Interscience.

LIMA, M.A.D.S. et al. Acesso e acolhimento em unidades de saúde na visão dos usuários. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, v. 20, n. 1, março, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S01032100200700010000&ng=en&nrm=iso>.

LORA, A.P. **Acessibilidade aos serviços de saúde**: estudo sobre o tema no enfoque da saúde da família no município de Pedreira-SP. 99p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Faculdade Ciências Médicas, 2004.

LUDKE, M.; ANDRE, M. E. D. **A Pesquisa em educação**: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986. 99 p.

LUZ, M.T. **Natural, racional, social**: razão médica e racionalidade científica moderna. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2004

MACINKO, J.; ALMEIDA, C.; OLIVEIRA, E.; SÁ, P. Organization and delivery of primary health care services in Petrópolis, Brazil. **Int J Health Plann Mgmt**, v. 19, p.303-317, 2004.

MACINKO, J.; MARINHO DE SOUZA, M. D. F.; GUANAIS, F. C.; SIMÕES, C.C.D.S. Going to scale with community-based primary care: an analysis of the family health program and infant mortality in Brazil, 1999-2004. **Social Science & Medicine**, v. 65, n. 10, p. 2070-2080, 2007.

MACINKO, J.; MONTENEGRO, H.; NEBOT, A.C.; ETIENNE, C. Grupo de Trabajo de Atención Primaria de Salud de la Organización Panamericana de la Salud. La renovación de la atención primaria de salud em las Américas. **Rev Panam Salud Publica**, v. 21, n. 2/3, p.73–84, 2007.

MAFESOLLI, M. A conquista do presente. Rio de Janeiro: Rocco, 1984. In: SANTOS, T.V.C. **Acesso aos serviços de saúde**: perspectivas de profissionais e usuários. 151p. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem Universidade Federal de Minas Gerais, 2012.

MALTA, D.C. **Buscando novas modelagens em saúde**: as contribuições do projeto vida e do acolhimento para a mudança do processo de trabalho na rede pública de Belo Horizonte, 1993 - 1996. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal Fluminense, 2001.

MALTA, D.C. et al. Perspectivas da regulação na saúde suplementar diante dos modelos assistenciais. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 433-444, 2004.

MALTA, D.C.; MERHY, E.E. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v. 14, n. 34, p. 593-606, 2010.

MARCONI, M.A.; LAKATOS, E. M. **Metodologia científica**. 5. ed. revista e ampliada. São Paulo: Atlas, 2011.

MATOS, E.; PIRES, D.E.P.; CAMPOS, G.W.S. Relações de trabalho em equipes interdisciplinares: contribuições para a constituição de novas formas de organização do trabalho em saúde. **Rev. Bras. Enferm.** [online], v. 62, n. 6, p. 863-869, 2009.

MATUMOTO, S. **O acolhimento**: estudo sobre seus componentes e sua produção em uma unidade da rede básica de serviços de saúde. 219p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem de Saúde Pública), Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP, 1998.

MELO, R.J. **Atenção primária à saúde e atenção básica à saúde**: os discursos ideopolíticos do Ministério da Saúde. 209p. Dissertação (Mestrado em Política Social), Universidade Federal do Espírito Santo, 2009.

MENDONZA-SASSI, R.; BÉRIA, J. U.; BARROS, A. J. D. Fatores associados à utilização de serviços ambulatoriais: estudo de base populacional. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 3, p. 372-378, 2003.

MERHY, E.E.; FRANCO, T. **PSF**: contradições e novos desafios. Conferência Nacional de Saúde On-Line. 1996. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cns.htm>>. Acesso em: 19/07/2011.

MERHY, E.E. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2005.

MERHY, E.E. IV SEMINÁRIO INTERNACIONAL DA APS. Painel "Gestão do Cuidado Compartilhado em Redes de Atenção à Saúde", Rio de Janeiro, 2012.

MENDONZA-SASSI, R.; BÉRIA, J.U. Prevalence of having a regular doctor, associated factors, and the effect on health services utilization: a population- based study in Southern Brazil. **Cad Saúde Pública**, v. 19, p. 1257-1266, 2003.

MILLMAN, M. **Access to Health Care in America**. Washington, DC: National Academy Press, 1993.

MINAYO, M. C. S. et al. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 2002.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 9. ed. rev. São Paulo: Hucitec, 2006.

MOREIRA, M.C.N. A construção da clínica ampliada na atenção básica. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.7, p.1735-1742, jul., 2007.

MOREIRA, R.S., NICO, L.S., TOMITA, N.E. A saúde bucal do idoso brasileiro: revisão sistemática sobre o quadro epidemiológico e acesso aos serviços de saúde bucal. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1665-1675, nov-dez., 2005.

MORGAN, M. What is the goal of access to health care? **J law Med**, v. 15, n.5, p. 742-751, 2008.

O'DONNELL, W. Access to health care in developing countries: breaking down demand side barriers. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 12, p. 2820-2834, dez., 2007.

OLIVEIRA, A. M. G et al. Avaliação em saúde para organização do trabalho na perspectiva do sujeito. In: SAITO, R.X.S. **Integralidade da atenção**: organização do trabalho no Programa Saúde da Família na perspectiva sujeito-sujeito. São Paulo: Martinari, 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório Mundial de Saúde 2008**: atenção primária em saúde: agora mais que nunca [CD-ROM]. [S.l.]: OMS; 2010.

ORTEGA, F. The biopolitics of health: reflections on Michel Foucault, Agnes Heller e Hannah Arendt. **Interface – Comunic, Saúde, Educ.**, v.8, n.14, p.9-20, set.2003-fev.2004.

PAIM, J.S.; TEIXEIRA, C.F. Configurações e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, supl, p. 1819-1829, 2007.

PENCHANSKY, R.; THOMAS, J.W. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. **Medical Care**, v. XIX, n. 2, 1985. Disponível em: <http://www.jstor.org/pss/3764310>. Acesso em: 21/06/2011.

PENNA, C.M.M. **Ser saudável no cotidiano da favela**. Pelotas: Universitária/UFPEL; Florianópolis, SC: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/UFSC, 1997. 156 p.

PIMENTEL, J. **A construção da equidade em saúde junto à população das áreas de riscos elevado e muito elevado**. Ago, 2011. Disponível em: http://cmdss2011.org/site/?post_type=experiencias&p=2893&preview=true. Acesso em: 21/10/2011.

QUEIROZ, E. S. **Atenção em Saúde: a construção cotidiana da integralidade no Município de Catas Altas – MG**. 2008. 90 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, 2008.

RAMOS, D. R.; LIMA, M. A. D. S. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.01, p. 27-34, 2003.

RIBEIRO, G. C. et al. Integração do Programa Saúde da Família com o Programa de Saúde Mental em um Centro de Saúde de Belo Horizonte. In: Política de Saúde Mental de Belo Horizonte, 2008.

SANTOS FILHO, S.B. ; FIGUEIREDO, V.O.N. Contratos internos de gestão no contexto da Política de Humanização: experimentando uma metodologia no referencial da cogestão. **Interface (Botucatu)**, v.13, supl.1, p. 615-626, 2013.

SANTOS, L; ANDRADE, LMO. Acesso às ações e aos serviços de saúde: uma visão polissêmica. **Rev Ciência e Saúde Coletiva**, v.17, n. 11, p.2876-2878, Nov., 2012.

SANTOS, T.V.C. Acesso aos serviços de saúde: perspectivas de profissionais e usuários. 151p. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem Universidade Federal de Minas Gerais, 2012.

SHERER, M. D. A; MARINO, R. A.; RAMOS, F. R. S. Rupturas e resoluções no modelo de atenção à saúde: reflexões sobre a Estratégia Saúde da Família com base nas categorias khunianas. **Rev Interface Comunic., Saúde, Educ.**, Botucatu, v. 09, n.16, p.53-66, 2004.

SCHWARTZ, T.D. et al. Estratégia Saúde da Família: avaliando o acesso ao SUS a partir da percepção dos usuários da Unidade de Saúde de Resistência, na região de São Pedro, no município de Vitória. **Rev Ciênc Saúde Coletiva**, v. 15, n. 4, p. 2145-2154, 2010.

SOUSA, M.F. O Programa Saúde da Família no Brasil: análise do acesso à atenção básica. **Rev Bras Enf**, Brasília, v. 61, n. 2, p. 153-158, mar./abr., 2008.

SILVA, A. C. B; ATHAYDE, M. O Programa de Saúde da Família sob o ponto de vista da atividade: uma análise das relações entre os processos de trabalho, saúde e subjetivação. **Rev. Brasileira Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 33, n. 117, p.23-35, 2008.

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

SOUZA, L.E.P.F. O SUS necessário e o SUS possível: gestão. Uma reflexão a partir de uma experiência concreta. **Rev Ciênc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n. 3, p. 911-918, jun., 2009.

SOUSA, M. F.; HAMANN, E. M. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta?. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232009000800002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 Out. 2010.

STAKE, R.E; FILELLA, R. **Investigacion con estudio de casos**. Madrid: Morata, 1998.

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

TAKEMOTO, M.L.S.; SILVA, E.M. Acolhimento e transformações no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas de saúde de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n.2, p. 331-340, fev, 2007.

TESSER, C.D.; POLI NETO, P.; CAMPOS, G.W.S. Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. **Ciênc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 2013. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000900036&lng=en&nrm=iso>. access on 04 May 2013.

THIEDE, M.; MCINTYRE, D. Information, communication, and equitable access to health care. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 5, p. 1168-1173, 2008.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 02, p. 5190-5198, 2004.

TRAVASSOS, C. MONTEIRO, MS. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L.V.C.; NORONHA, J. C.; CARVALHO, A.I. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2008. p.215-243.

TRAVASSOS, C.; VIACAVA, F. Acesso e Uso de Serviços de Saúde em Idosos Residentes em Áreas Rurais, Brasil, 1998 e 2003. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 23, v. 10, p. 2490-2502, out., 2007.

TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1992.

UNGLERT, C. V. de S.; ROSENBERG, C. P.; JUNQUEIRA, C. B. Acesso aos Serviços de Saúde: Uma Abordagem de Geografia em Saúde Pública. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 21, n. 5, p. 439-446, 1987.

_____. O enfoque da acessibilidade no planejamento da localização e dimensão dos Serviços de Saúde. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 24, n. 6, p. 445-452, 1990.

_____. Territorialização em sistemas de saúde. In: MENDES, E. V. (Org.). **Distrito Sanitário**. São Paulo: Hucitec, 1999. [Cap. 2]

VARGAS, A.M.D. et al. O acesso aos serviços públicos de saúde em área limítrofe entre municípios. **Rev Saúde Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 3, set, 2011.

VÁZQUEZ, M.L. et al. Nível de informação da população e utilização dos mecanismos institucionais de participação social em saúde em dois municípios do Nordeste do Brasil. **Cienc Saude Coletiva**, v.10, supl, p.141-55, 2005.

VIACAVA, F. Acesso e uso de serviços de saúde pelos brasileiros. **Revista Radis**, v. 96, p. 12-19, 2010.

VIEGAS, S.M.F. **A integralidade no cotidiano da Estratégia Saúde da Família em Municípios do Vale do Jequitinhonha – Minas Gerais** [tese]. Belo Horizonte (MG): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem; 2010.

VIEGAS, S.M.F; PENNA, C.M.M. O SUS é universal mas vivemos de cotas. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**; 2011: [online] [acesso 2012 Jul 10]. Disponível em: http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/artigo_int.php?id_artigo=10220

VIEIRA, E.W.R. **Acesso e utilização dos serviços de saúde de atenção primária em população rural do município de Jequitinhonha, Minas Gerais**. Dissertação (Mestrado). 123p, Universidade Federal de Minas Gerais, 2010.

WHITEHEAD, M. The concepts and principles of equity in health. *International J Health Services*, v. 22, n. 3, p. 429-445, 1992. In: ESCOREL, S. **Os dilemmas da equidade em saúde: aspectos conceituais**. 2008. Disponível em: <http://www.opas.org.br/servico/arquivos/sala3310.pdf>

YIN, R.K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

A P Ê N D I C E S

APÊNDICE A - Roteiro semiestruturado de entrevista com Gestores

Entrevista n°: _____

Sexo: _____; Profissão: _____; Cargo: _____;

Tempo de formado: _____; Tempo de atuação: _____;

1. Como você percebe o acesso dos usuários a APS? Quais as facilidades e dificuldades?
2. Como você percebe a relação entre a oferta das ações e as demandas dos usuários?
3. Como as políticas públicas interferem em seu cotidiano como gestor em relação às propostas que envolvem o acesso dos usuários?
4. Gostaria de falar mais alguma coisa?

APÊNDICE B- Roteiro semiestruturado de entrevistas com Profissionais de Saúde

Entrevista n°: _____

Sexo: _____; Profissão: _____; Tempo de formado: _____

Tempo de atuação no município: _____;

1. Como você percebe o acesso dos usuários a unidade básica de saúde? Quais facilidades e dificuldades?
2. Como você avalia a unidade básica de saúde em relação à entrada dos usuários nos serviços de saúde?
3. Como você avalia a relação entre a oferta das ações e as demandas dos usuários?
4. Como você percebe as políticas públicas de saúde em relação ao acesso a APS?
5. Gostaria de acrescentar algo mais?

APÊNDICE C – Roteiro semiestruturado de entrevistas com Usuários

Entrevista nº: ____

Sexo: ____; Idade: ____; Profissão: ____; Escolaridade: ____;

Nº de pessoas da família: ____;

1. Quais as facilidades e dificuldades que você encontra quando precisa de atendimento na unidade básica de saúde?
2. Descreva como você é atendido nesta unidade de saúde.
3. O que você faz diante das dificuldades encontradas no atendimento?
4. O que deveria ser melhorado no atendimento?
5. Gostaria de falar mais alguma coisa.

APÊNDICE D – Termo de Autorização

	<p>UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS</p> <p>ESCOLA DE ENFERMAGEM</p> <p>DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM MATERNO-INFANTIL E SAÚDE PÚBLICA</p> <p>Av. Prof. Alfredo Balena, 190 - 5º andar - Bairro Santa Efigênia</p> <p>CEP.: 30.130-100 - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil</p> <p>Tel.: 3248-9860 FAX.: 3248-9859 E-mail:emi@enf.ufmg.br</p>
---	---

Venho por meio deste solicitar sua autorização para realização da pesquisa intitulada “**Acesso à atenção primária à saúde na perspectiva de gestor, profissionais de saúde e usuários**”. Pretende-se desvelar a perspectiva de quem busca e de quem oferta atenção à saúde. Essa pesquisa está sendo desenvolvida por Verônica Amorim Rezende, orientada pela Profa. Dra. Cláudia Maria de Mattos Penna, no Curso de Mestrado da Universidade Federal de Minas Gerais e representa uma das exigências para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

O estudo tem por objetivo analisar o acesso à atenção primária à saúde na perspectiva do gestor, profissionais de saúde e usuários de unidades de saúde do município de Belo Horizonte. O projeto encontra-se financiado pela FAPEMIG e foi aprovado pelo Comitê de Ética da UFMG e pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Município de Belo Horizonte. Não haverá nenhum pagamento ou ônus aos informantes que serão convidados a participar do estudo. Após ciência e autorização para fornecer os dados para o estudo, será solicitada a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

Garanto que a identificação do cenário de estudo será mantida em sigilo e as respostas fornecidas pelos entrevistados serão utilizadas apenas para fins desta pesquisa. Qualquer dúvida, ou esclarecimento, pode entrar em contato comigo ou com o COEP-UFMG ou CEP-SMSA1.

Após tais esclarecimentos e se estiver de acordo com o mesmo, assine o presente termo, dando sua autorização e consentimento para que a pesquisa possa ser realizada.

Verônica Amorim Rezende

Cidade: _____

Data: ____/____/____

Nome do responsável: _____

Assinatura e carimbo: institucional _____

¹ Cláudia Maria de Mattos Penna – Fone: 3409 9867

Verônica Amorim Rezende – Fone: 3277 6768 ou 3277 6769

Comitê de Ética da Universidade Federal de Minas Gerais: Av. Antônio Carlos, 6627 Unidade Administrativa II - 2º andar - Sala 2005 Campus Pampulha Belo Horizonte, MG – Brasil –31270-901 Telefone: 31 3409-4592

Comitê de Ética da Prefeitura de Belo Horizonte Avenida Afonso Pena, 2336 - 9º andar , Bairro Funcionários - Belo Horizonte – MG Cep 30130-007 Tel: (31) 3277-5309 - Fax (31) 3277-776

APÊNDICE E - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Usuários)

Gostaria de convidar você a participar de uma pesquisa intitulada “**Acesso à atenção primária à saúde na perspectiva de gestor, profissionais de saúde e usuários**” em desenvolvimento no Curso de Mestrado em Enfermagem pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e que representa uma das exigências para obtenção do título de Mestre em Enfermagem. Essa pesquisa é de responsabilidade de Verônica Amorim Rezende, orientada pela Profa. Dra. Cláudia Maria de Mattos Penna, professora da Escola de Enfermagem.

O estudo tem por objetivo analisar o acesso à unidade básica de saúde a partir de sua compreensão, enquanto usuário dos serviços de saúde, ou seja, de que forma você busca e utiliza os serviços de saúde que estão à sua disposição 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 quando vão buscar atendimento no posto; em que situações buscam a unidade de saúde da família; de que forma você se sente recebido no serviço; como você vê o atendimento, quais as facilidades e dificuldades para sua ida ao posto de saúde e contar casos 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.

Espera-se que esta pesquisa possa contribuir para analisar o acesso a atenção básica e buscar melhorias em conjunto com os trabalhadores da saúde para o atendimento, se for o caso. Caso se sinta constrangido de responder alguma pergunta sinta-se a vontade de não responder ou mesmo de retirar seu consentimento.

Sua colaboração é voluntária e o seu nome não vai aparecer. Firmo o compromisso de que suas respostas serão utilizadas apenas para fins desta pesquisa e de artigos que poderão ser publicados, e as gravações ficarão sob minha responsabilidade por um período de 5 anos e depois serão destruídos.

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 que isso afete 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. Você poderá solicitar qualquer esclarecimento com os pesquisadores responsáveis e com os Comitês de Ética em Pesquisa².

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,

Verônica Amorim Rezende

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

Assinatura: _____

Belo Horizonte, ____/____/____

² Claudia Maria de Mattos Penna – Fone: 3409 9867
Verônica Amorim Rezende – Fone: 3277 6768 ou 3277 6769
Comitê de Ética da Universidade Federal de Minas Gerais: Av. Antônio Carlos, 6627 Unidade Administrativa II - 2º andar - Sala 2005 Campus Pampulha Belo Horizonte, MG – Brasil –31270-901 Telefone: 31 3409-4592
Comitê de Ética da Prefeitura de Belo Horizonte Avenida Afonso Pena, 2336 - 9º andar , Bairro Funcionários - Belo Horizonte – MG Cep 30130-007 Tel: (31) 3277-5309 - Fax (31) 3277-776

APÊNDICE F - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Profissionais de Saúde)

Gostaria de convidar você a participar de uma pesquisa intitulada “**Acesso à atenção primária à saúde na perspectiva de gestor, profissionais de saúde e usuários**” em desenvolvimento no Curso de Mestrado em Enfermagem pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e que representa uma das exigências para obtenção do título de Mestre em Enfermagem. Essa pesquisa é de responsabilidade de Verônica Amorim Rezende, orientada pela Profa. Dra. Cláudia Maria de Mattos Penna, professora da Escola de Enfermagem

O estudo tem por objetivo analisar o acesso à atenção primária à saúde a partir da compreensão de gestor, profissionais e usuários da UBS.

Trata-se de uma pesquisa qualitativa e a coleta de dados será realizada por meio de entrevistas. Assim você responderá perguntas sobre como percebe o acesso a atenção primária à saúde, quais as facilidades e dificuldades encontradas no cotidiano, de que forma os serviços estão organizados; se há referência e contra-referência; como você percebe a oferta e a demanda dos 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.

Espera-se que esta pesquisa possa contribuir para analisar os mecanismos de ingresso ou não da população usuária à atenção primária à saúde, 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. Caso haja algum tipo de constrangimento em relação às perguntas, você tem o direito de não responder ou mesmo retirar seu consentimento.

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. 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 solicitar qualquer esclarecimento com os pesquisadores responsáveis e com os Comitês de Ética em Pesquisa³. 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,

Verônica Amorim Rezende

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

Assinatura: _____

Belo Horizonte, ____/____/____

³ Claudia Maria de Mattos Penna – Fone: 3409 9867
 Verônica Amorim Rezende – Fone: 3277 6768 ou 3277 6769
 Comitê de Ética da Universidade Federal de Minas Gerais: Av. Antônio Carlos, 6627 Unidade Administrativa II - 2º andar - Sala 2005 Campus Pampulha Belo Horizonte, MG – Brasil –31270-901 Telefone: 31 3409-4592
 Comitê de Ética da Prefeitura de Belo Horizonte Avenida Afonso Pena, 2336 - 9º andar , Bairro Funcionários - Belo Horizonte – MG Cep 30130-007 Tel: (31) 3277-5309 - Fax (31) 3277-776

Apêndice G - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Gestores)

Gostaria de convidar você a participar de uma pesquisa intitulada “**Acesso à atenção primária à saúde na perspectiva de gestor, profissionais de saúde e usuários**” em desenvolvimento no Curso de Mestrado em Enfermagem pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e que representa uma das exigências para obtenção do título de Mestre em Enfermagem. Essa pesquisa é de responsabilidade de Verônica Amorim Rezende, orientada pela Profa. Dra. Cláudia Maria de Mattos Penna, professora da Escola de Enfermagem.

O estudo tem por objetivo analisar o acesso à atenção primária à saúde a partir da compreensão de gestor, profissionais e usuários da UBS.

Trata-se de uma pesquisa qualitativa e a coleta de dados será realizada por meio de entrevistas. Assim você responderá perguntas sobre como você compreende o acesso a unidade de saúde da família, quais suas facilidades e dificuldades encontradas no cotidiano, como as diretrizes políticas que envolvem o acesso interferem em seu cotidiano. 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 analisar os mecanismos de ingresso ou não da população usuária, a atenção primária à saúde, de forma a caracterizar as situações que permeiam o acesso aos serviços de saúde e buscar estratégias conjuntas com usuários e trabalhadores de saúde para sua melhoria, se for o caso. Caso sinta-se constrangido em responder alguma questão você terá o direito de não responder a pergunta ou mesmo retirar seu consentimento.

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.

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 solicitar qualquer esclarecimento com os pesquisadores responsáveis e com os Comitês de Ética em Pesquisa⁴. 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,

Verônica Amorim Rezende

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

Assinatura: _____

Belo Horizonte, ____/____/____

⁴ Claudia Maria de Mattos Penna – Fone: 3409 9867

Verônica Amorim Rezende – Fone: 3277 6768 ou 3277 6769

Comitê de Ética da Universidade Federal de Minas Gerais: Av. Antônio Carlos, 6627 Unidade Administrativa II - 2º andar - Sala 2005 Campus Pampulha Belo Horizonte, MG – Brasil –31270-901 Telefone: 31 3409-4592

Comitê de Ética da Prefeitura de Belo Horizonte Avenida Afonso Pena, 2336 - 9º andar , Bairro Funcionários - Belo Horizonte – MG Cep 30130-007 Tel: (31) 3277-5309 - Fax (31) 3277-776

A N E X O S

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

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

Projeto nº. CAAE - 0571.0.203.000-09

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

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP analisou e aprovou, no dia 14 de dezembro de 2011, a inclusão do município de Belo Horizonte no projeto de pesquisa intitulado "**Acesso versus resolutividade: a perspectiva de quem busca e de quem oferta atenção à saúde**".

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

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Maria Teresa Marques Amaral', is written over a light blue horizontal line.

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

ANEXO B – APROVAÇÃO NO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA PREFEITURA DE BELO HORIZONTE

Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos

Parecer: 0661.0.203.410-11A

Pesquisadora responsável: Cláudia Maria de Mattos Penna

O Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte – CEP/SMSA/BH aprovou em 18 de abril de 2012, o projeto de pesquisa intitulado “Acesso à atenção primária à saúde na perspectiva de gestor, profissionais de saúde e usuários”, bem como seu Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao CEP um ano após início do projeto ou ao final deste, se em prazo inferior a um ano.



Rosiene Maria de Freitas

Coordenadora Adjunta do CEP/SMSA/BH

Rosiene Maria de Freitas - BM: 34315-7
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa
SMSA/BH