

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**  
**Escola de Enfermagem**

**ACESSO À ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**  
**EM MUNICÍPIOS DE UMA REGIÃO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS**

**SIMONE DE PINHO BARBOSA**

Belo Horizonte  
2013

**SIMONE DE PINHO BARBOSA**

**ACESSO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE  
EM MUNICÍPIOS DE UMA REGIÃO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS**

Tese apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Doutor.

Orientador: Prof. Dra. Cláudia Maria de Mattos Penna

Belo Horizonte  
2013

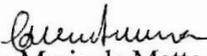
Barbosa, Simone de Pinho.  
B238a      Acesso na Atenção Primária à Saúde em municípios de uma região de  
saúde de Minas Gerais [manuscrito]. / Simone de Pinho Barbosa. - - Belo  
Horizonte: 2013.  
134f.: il.  
Orientadora: Cláudia Maria de Mattos Penna.  
Área de concentração: Enfermagem.  
Tese (doutorado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de  
Enfermagem.

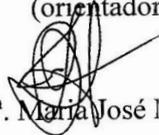
1. Acesso aos Serviços de Saúde. 2. Atenção Primária à Saúde. 3.  
Assistência Integral à Saúde. 4. Pesquisa Qualitativa. 5. Dissertações  
Acadêmicas. I. Penna, Cláudia Maria de Mattos. II. Universidade Federal  
de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. III. Título.

NLM: WA 300

**ATA DE NÚMERO 41 (QUARENTA E UM) DA SESSÃO PÚBLICA DE ARGÜIÇÃO E DEFESA DA TESE APRESENTADA PELA CANDIDATA SIMONE DE PINHO BARBOSA PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE DOUTORA EM ENFERMAGEM.**

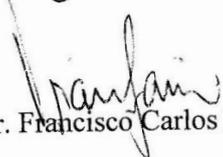
Aos 18 (dezoito) dias do mês de dezembro de dois mil e treze, realizou-se no Anfiteatro da Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, a sessão pública para apresentação e defesa da tese "*ACESSO À ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM MUNICÍPIOS DE UMA REGIÃO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS*", da aluna Simone de Pinho Barbosa, candidata ao título de "Doutora em Enfermagem". A Comissão Examinadora foi constituída pelos seguintes professores doutores: Cláudia Maria de Mattos Penna (orientadora), Maria José Menezes Brito, Helvécio Miranda Magalhães Júnior, Kely César Martins de Paiva e Francisco Carlos Félix Lana, sob a presidência da primeira. Os trabalhos iniciaram-se às 14:00 horas com apresentação oral da candidata, seguida de argüição pelos membros da Comissão Examinadora. Após avaliação, os examinadores consideraram *Simone de Pinho Barbosa, aprovada e apta a receber o título de doutora em enfermagem após a entrega da versão definitiva da tese*. Nada mais havendo a tratar, eu, Grazielle Cristine Pereira, Secretária do Colegiado de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, lavrei a presente Ata, que depois de lida e aprovada será assinada por mim e pelos membros da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 18 de dezembro de 2013.

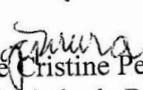
  
 Prof.<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup>. Cláudia Maria de Mattos Penna  
 (orientadora)

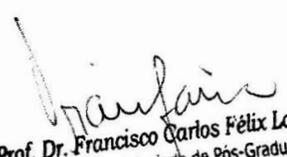
  
 Prof.<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup>. Maria José Menezes Brito

  
 Dr. Helvécio Miranda Magalhães Júnior

  
 Prof.<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup>. Kely César Martins de Paiva

  
 Prof. Dr. Francisco Carlos Félix Lana

  
 Grazielle Cristine Pereira  
 Secretária do Colegiado de Pós-Graduação

  
 Prof. Dr. Francisco Carlos Félix Lana  
 Coordenador do Colegiado de Pós-Graduação  
 ESCOLA DE ENFERMAGEM/UFMG

HOMOLOGADO em reunião do CPG  
 Em 03/02/2014

*Dedico este trabalho ao meu marido **Wesley** que me apoiou e se envolveu de forma incondicional em todos os momentos dinâmicos da minha vida, e, ao meu filho **João Guilherme** que, mesmo antes de nascer, compreendeu a caminhada a que me propus, e que, de forma tranquila, permitiu que eu estivesse aqui, hoje, defendendo esta tese de doutorado e realizando um grande sonho. Este título é nosso.*

*Dedico também aos meus pais, **José Barbosa e Alair** e aos meus irmãos, **Zinha e Lela**, pela estrutura familiar que constituíram, garantindo a mim grandes valores e grandes exemplos, que sustentaram minha trajetória pela vida afora... Se hoje estou aqui, sem dúvida nenhuma, é graças a vocês.*

## AGRADECIMENTOS

*Primeiro a **Deus** que tem estado presente em minha vida em todos os momentos, que tem me guiado, me acolhido, me protegido, me abençoado a cada dia, e que me trouxe até aqui, dando-me alento para conclusão deste trabalho.*

*Ao **meu querido marido**, que me encorajou e me apoiou intensamente para a finalização dessa tese, e ao **meu filho**, razão da minha força e da minha vida.*

*Aos **meus pais** a quem devo todo meu respeito e gratidão pelo que sou. Por tudo que sempre fizeram e pela educação, pelos valores e princípios de vida que me deram.*

*Aos **meus irmãos Zinha e Margarida, Lela e Paulo**, que estiveram ao meu lado, sobretudo nos momentos mais difíceis e que sempre acreditaram na minha capacidade e coragem, mas, sobretudo, no meu jeito de ser.*

*Aos **meus sobrinhos**, inspiração e acalanto de muitas estações, **Aline, Ana Paula, Vinicius e Lucas**. Estudar é uma das maiores grandezas da vida de uma pessoa, alimenta a alma e nos faz desenvolver o melhor de nós mesmos e da melhor maneira possível. Meus amores, essa é a mensagem que deixo para vocês.*

*À amiga e **madrinha Beatriz** que, com seu jeito afável e paciente de ser e de ver a vida, contribuiu intensamente para que eu chegasse aqui da forma como cheguei, sempre me ouvindo por tantos momentos.*

*A **Tia Neuza e Tio Pedro** que me acolheram e me hospedaram em sua casa em BH, fortalecendo-me nas ocasiões em que mais precisei.*

*Às amadas e eternas amigas e irmãs de coração **Shirlei, Débora, Pety, Sandra, Maria da Cruz e Vanusa**, pelo amor, carinho, dedicação e, principalmente, por sempre estarem ao meu lado e torcerem por mim.*

Às queridíssimas “The Doctors”, um grande presente do doutorado em minha vida, **Martinha, Erika, Ana Valeska e Fernanda Lanza**, pelos momentos que passamos e que serão inesquecíveis.

À minha orientadora **Cláudia Penna**, por aceitar caminhar comigo durante esses quatro anos, tempo de tantas demandas e mudanças em minha vida; pelos ensinamentos e por sua brilhante forma de olhar e valorizar o cotidiano das pessoas, influenciando-me e transformando-me em uma profissional capaz de enxergar além do que os olhos podem ver.

Aos companheiros de longa caminhada **Maria da Cruz, Patrícia e Rubens**, vocês são um dos grandes culpados pela minha paixão à saúde pública e coletiva, obrigada por me influenciar de forma tão positiva e por fazer parte da minha história.

Ao estimado professor **Chico Lana**, pelos conselhos, pelas muitas conversas e pelos momentos de trocas de ideias, muitas vezes elucidativas e encorajadoras.

Aos **participantes da pesquisa** e aos **gestores** que permitiram o desenvolvimento deste estudo.

Ao **Centro Universitário do Leste de Minas Gerais** e à **Universidade Federal de Juiz de Fora** que me apoiou também na construção e conclusão deste trabalho.

Aos “meus amados” **alunos** que tiveram sabedoria para avançar e conduzir seus estudos.

Aos **companheiros do Ministério da Saúde** com os quais pude aprimorar meus conhecimentos e também realizar um trabalho coletivo, em especial **Daniel, Dra. Leda e Dr. Helvécio**.

Às minhas alunas bolsista da **FAPEMIG, Taniza e Letícia**, pela colaboração e desempenho no projeto de pesquisa.

Ao mais recente amigo e companheiro de trabalho, **Marcos Alex**, que com seu jeito especial de ser, foi tão compreensível durante a minha caminhada final, o meu eterno agradecimento.

E a todos que torceram por mim e me apoiaram direta e indiretamente de alguma forma, o meu sincero muito obrigada.

“A vida é assim: esquenta e esfria, aperta e  
daí afrouxa, sossega e depois desinquieta.  
O que ela quer da gente é coragem.”

Guimarães Rosa

*Ando devagar, Porque já tive pressa  
E levo esse sorriso, porque já chorei demais,*

*Hoje me sinto mais forte,  
Mais feliz quem sabe,  
Só levo a certeza,  
De que muito pouco sei, ou nada sei...*

*Conhecer as manhas e as manhãs  
O sabor das massas e das maçãs*

*É preciso amor pra poder pulsar  
É preciso paz pra poder sorrir  
É preciso a chuva para florir*

*Penso que cumprir a vida seja simplesmente  
Compreender a marcha e ir tocando em frente...*

*Como um velho boiadeiro levando a boiada  
Eu vou tocando os dias pela longa estrada, eu vou...  
Estrada eu sou...*

*Conhecer as manhas e as manhãs  
O sabor das massas e das maçãs*

*É preciso amor pra poder pulsar  
É preciso paz pra poder sorrir  
É preciso a chuva para florir*

*Todo mundo ama um dia,  
Todo mundo chora  
Um dia a gente chega,  
E no outro vai embora...*

*Cada um de nós compõe a sua história  
Cada ser em si, carrega o dom de ser capaz...  
E ser feliz...*

*Almir Sater*

## RESUMO

Trata-se de um estudo de caso múltiplos, de abordagem qualitativa, com o objetivo de analisar o acesso a partir da atenção primária à saúde na perspectiva de profissionais de equipes de saúde da família e usuários. O termo acesso é compreendido do ponto de vista da busca do usuário por atendimento e sua entrada no sistema de saúde, de como utiliza os serviços e as respostas que são dadas às suas demandas. Os cenários de estudo foram os municípios de Ipatinga, Coronel Fabriciano e Santana do Paraíso, no Estado de Minas Gerais. Participaram da pesquisa 12 profissionais de saúde de diferentes categorias e 12 usuários, sendo quatro de cada município. A coleta de dados ocorreu por meio de entrevistas a partir de um roteiro semiestruturado para cada segmento estudado, gravadas em meio digital e posteriormente transcritas e analisadas pela técnica de análise de conteúdo de Bardin. Os dados foram organizados em duas grandes categorias e suas subcategorias: 1. O acesso em distintos cenários de uma regional de saúde do Estado de Minas Gerais: senso e contrassensos; Ipatinga: insatisfação do todo e unanimidade de fatos; Coronel Fabriciano: dicotomia de olhares; Santana do Paraíso: entre a teoria e a prática. 2. A interrelação dos municípios mediante a retórica do acesso; O acesso na APS e o cotidiano do trabalho: espaçamento entre o desejado e o real; Ampliação do acesso: implicações da organização dos serviços de saúde; Amplificadores para a qualidade do acesso. Como resultado os profissionais demonstraram acreditar que é possível melhorar as condições de trabalho e conseqüentemente da oferta de serviços. O tipo de atendimento e sua complexidade fazem a diferença no tempo de espera e capacidade de resposta do sistema, implicando na qualidade do acesso. Os profissionais dos municípios de Coronel Fabriciano e Santana do Paraíso consideram o serviço organizado e resolutivo, já no município de Ipatinga, existe uma rotatividade de gestão e gerenciamento que dificulta a organização do serviço e o estabelecimento de fluxos e rotinas. Do ponto de vista dos usuários é preciso melhorar a qualidade dos serviços, tanto no âmbito técnico-assistencial, quanto na humanização da assistência. O longo tempo de espera para encaminhamento e seguimento entre os níveis de atenção se mostrou presente em todos os municípios, sendo um dos pontos a ser superado. Os usuários do município de Ipatinga foram unânimes em demonstrar insatisfação com os serviços, principalmente com o atendimento e abordagem ofertados. Em Coronel Fabriciano as opiniões foram heterogêneas quanto à qualidade do atendimento, mas a excessiva espera foi mencionada por todos. Em Santana do Paraíso os principais nós críticos foram as filas para marcação de consulta e o despreparo da equipe para atender a comunidade. Concluiu-se que o acesso à saúde precisa ser repensado, a integralidade da assistência ainda se encontra aquém nos municípios estudados, o que denota a reduzida capacidade dos serviços em dar as respostas que a população necessita, sejam elas a maior disponibilidade de tecnologia, a redução do tempo de espera, ou ainda a humanização do atendimento e do comprometimento ético com o processo de saúde e doença das pessoas que buscam atendimento no SUS.

**Palavras-chave:** Acesso. Atenção primária à saúde. Cuidado integral à saúde.

## ABSTRACT

It is a multiple case study, qualitative approach in order to analyze access from the primary health care professionals from the perspective of family health teams and users. The term access is understood from the perspective of the user search for care and its entry into the health care system, how to use the services and the answers that are given to their demands. The study scenarios were the municipalities of Ipatinga, Coronel Fabriciano and Santana do Paraíso, in the State of Minas Gerais. Participants were 12 health professionals from 12 different categories and users, with four of each municipality. The data were collected through interviews from a semi structured script for each segment studied, recorded in digital media, transcribed and analyzed using content analysis of Bardin. The data were organized into two major categories and subcategories: 1. Access in different scenarios of a regional health state of Minas Gerais: sense and counter sense; Ipatinga: dissatisfaction of all facts and unanimous, Coronel Fabriciano: dichotomy of looks; Santana do Paraíso: between theory and practice. 2. The interrelation of the counties upon the rhetoric of access; access the APS and the daily work: spacing between the desired and actual; Increased access: implications for the organization of health services; Amplifiers for the quality of access. As a result practitioners believe that it is possible to improve working conditions and consequently the offering of services. The type of care and its complexity make the difference in waiting time and responsiveness of the system improving the quality of access. Professionals in the municipalities of Coronel Fabriciano and Santana do Paraíso consider the service organized and decisive. On the other hand, in the city of Ipatinga, there is a management turnover that hampers the service organization and the establishment of flows and routines. From the user's point of view the quality of the services needs improvement, both in technical assistance, as well as in assistance humanization. The long waiting periods for triage and follow up between the levels of attention was present in all of the municipalities, being one of the points to be superseded. The users from Ipatinga municipality were unanimous in demonstrating dissatisfaction with the services, moreover with the care and offering approach. In Coronel Fabriciano opinions were heterogeneous in what relates to care, but the excessive wait was mentioned by all. In Santana do Paraíso, the main critical knots were the queues to set an appointment and the lack of preparation of the team in what concerns care for the community. The conclusion is that the health care needs to be rethought, the integrality of the care assistance is out of the municipalities hands, which means a reduction of care capacity in giving the answers that the population needs, regardless if they relate to technology availability, waiting reduction, or even the caring humanization or ethical commitment to the health or sickness processes of people that chase SUS care.

**Key words:** Access. Primary healthcare. Integrality healthcare.

## **LISTA DE TABELAS**

|  |    |
|--|----|
| TABELA 1: Distribuição da população e do quantitativo de municípios por macros e microrregiões do Estado de Minas Gerais, 2010. .... | 58 |
|--|----|

## LISTA DE QUADROS

|  |    |
|--|----|
| QUADRO 1: Operacionalização do acesso e integralidade. ....                                  | 42 |
| QUADRO 2: Dimensões analíticas da categoria acesso aos serviços de saúde. ....               | 45 |
| QUADRO 3: Caracterização dos profissionais das equipes das UAPS, Minas Gerais,<br>2012. .... | 61 |
| QUADRO 4: Caracterização dos usuários das UAPS, Minas Gerais, 2012. ....                     | 61 |

## LISTA DE FIGURAS

|           |   |    |
|-----------|---|----|
| FIGURA 1: | Atributos da Atenção Primária à Saúde. ....                           | 31 |
| FIGURA 2: | Medidas iniciais do acesso aos serviços de saúde. ....                | 40 |
| FIGURA 3: | Macrorregiões de saúde no mapa do Estado de Minas Gerais. ....        | 57 |
| FIGURA 4: | Regiões de Saúde. Macrorregião Leste e Microrregião de Ipatinga. .... | 58 |
| FIGURA 5: | Região Metropolitana do Vale do Aço. ....                             | 59 |
| FIGURA 6: | Vista aérea do município de Ipatinga (MG). ....                       | 67 |
| FIGURA 7: | Vista parcial de Aparecida do Norte, Coronel Fabriciano (MG). ....    | 77 |
| FIGURA 8: | Praça principal de Santana do Paraíso (MG). ....                      | 83 |

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

|             |  |
|-------------|--|
| Acesita     | Companhia de Aços Especiais Itabira  |
| ACD         | Auxiliar de Consultório Dentário   |
| ACS         | Agente Comunitário de Saúde  |
| AF          | Administração Fazendária   |
| ALMG        | Assembleia Legislativa do Estado de Minas Gerais                               |
| APS         | Atenção Primária à Saúde   |
| CAPS II     | Centro de Assistência Psicossocial II  |
| CCDIP       | Centro de Controle de Doenças Infecto-Parasitárias                             |
| CENIBRA     | Celulose Nipo-Brasileira S/A   |
| CEO         | Centro de Especialidades Odontológicas   |
| CIB         | Comissões Intergestores Bipartites   |
| CIT         | Comissões Intergestores Tripartite   |
| COAP        | Contrato Organizativo de Ação Pública  |
| CPOD        | Dentes Cariados, Perdidos e Obturados  |
| CSAP        | Condições Sensíveis à Atenção Primária   |
| DER-MG      | Departamento de Estradas de Rodagem de Minas Gerais                            |
| E           | Enfermeiro   |
| ESB         | Equipe de Saúde Bucal  |
| ESF         | Estratégia Saúde da Família  |
| GRS         | Gerência Regional de Saúde   |
| HumanizaSUS | Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão no Sistema Único de Saúde |
| IDH         | Índice de Desenvolvimento Humano   |
| LAPA        | Laboratório de Planejamento e Administração                                    |
| M           | Médico   |
| MAC         | Média e Alta Complexidade  |
| MG          | Minas Gerais   |
| MS          | Ministério da Saúde  |
| NASF        | Núcleo de Apoio à Saúde da Família   |
| NUPCCES     | Núcleo de Pesquisa sobre Cultura, Cotidiano, Enfermagem e Saúde                |
| OMS         | Organização Mundial de Saúde   |
| ONA         | Organização Nacional de Acreditação  |

|          |   |
|----------|---|
| OPAS     | Organização Pan-Americana da Saúde            |
| PACS     | Programa de Agentes Comunitários de Saúde     |
| PAS      | Programa de Agentes de Saúde                  |
| PDR      | Plano Diretor de Regionalização               |
| PIB      | Produto Interno Bruto                         |
| PMDB     | Partido do Movimento Democrático Brasileiro   |
| PNAB     | Política Nacional de Atenção Básica           |
| PNH      | Política Nacional de Humanização              |
| PPS      | Partido Popular Socialista                    |
| PPSUS    | Programa de Pesquisa para o SUS               |
| PS       | Pronto Socorro                                |
| PSF      | Programa de Saúde da Família                  |
| PT       | Partido dos Trabalhadores                     |
| RAS      | Redes de Atenção à Saúde                      |
| RENAMES  | Relação Nacional de Medicamentos              |
| RENASES  | Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde |
| RMVA     | Região Metropolitana do Vale do Aço           |
| SAGE     | Sala de Apoio de Gestão Estratégica           |
| SAMU     | Serviço de Atendimento Móvel de Urgência      |
| SARGSUS  | Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão       |
| SUS      | Sistema Único de Saúde                        |
| TCG      | Termo de Compromisso de Gestão                |
| TCLE     | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido    |
| TE       | Técnico de Enfermagem                         |
| THD      | técnico de higiene dental                     |
| U        | Usuários                                      |
| UAPS     | Unidade de Atenção Primária à Saúde           |
| UBS      | Unidade Básica de Saúde                       |
| UNICAMP  | Universidade de Campinas                      |
| USIMINAS | Usinas Siderúrgicas de Minas Gerais S/A       |
| UTI      | unidade de tratamento intensivo               |

## SUMÁRIO

|          |   |            |
|----------|---|------------|
| <b>1</b> | <b>INTRODUÇÃO .....</b>   | <b>17</b>  |
| <b>2</b> | <b>OBJETIVOS .....</b>  | <b>26</b>  |
| 2.1      | <i>OBJETIVO GERAL .....</i>   | <i>26</i>  |
| 2.2      | <i>OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....</i>  | <i>26</i>  |
| <b>3</b> | <b>REVISÃO DE LITERATURA.....</b>   | <b>28</b>  |
| 3.1      | <i>ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....</i>  | <i>28</i>  |
| 3.1.1    | Estratégia Saúde da Família: a porta da APS para entrada no SUS .....                                       | 33         |
| 3.2      | <i>ACESSO À SAÚDE E À INTEGRALIDADE: desdobramentos para o sistema público de saúde.....</i>                | <i>39</i>  |
| 3.2.1    | O acesso à saúde .....  | 39         |
| 3.2.2    | A integralidade da saúde .....  | 46         |
| 3.2.3    | A Política Nacional de Humanização e o reforço à integralidade do SUS .....                                 | 50         |
| <b>4</b> | <b>METODOLOGIA.....</b>   | <b>54</b>  |
| 4.1      | <i>TIPO DE PESQUISA.....</i>  | <i>54</i>  |
| 4.2      | <i>CENÁRIO DA PESQUISA .....</i>  | <i>56</i>  |
| 4.2.1    | O Vale do Aço .....   | 57         |
| 4.3      | <i>POPULAÇÃO DO ESTUDO.....</i>   | <i>60</i>  |
| 4.4      | <i>COLETA DE DADOS .....</i>  | <i>62</i>  |
| 4.5      | <i>ANÁLISE DE DADOS .....</i>   | <i>62</i>  |
| 4.6      | <i>CUIDADOS ÉTICOS .....</i>  | <i>64</i>  |
| <b>5</b> | <b>RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>  | <b>66</b>  |
| 5.1      | <i>O ACESSO NOS DISTINTOS CENÁRIOS DE UMA REGIÃO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS: sensos e contrassensos .....</i> | <i>66</i>  |
| 5.1.1    | Ipatinga: a insatisfação do todo e a unanimidade dos fatos .....  | 67         |
| 5.1.2    | Coronel Fabriciano: a dicotomia dos olhares .....   | 76         |
| 5.1.3    | Santana do Paraíso: entre a teoria e a prática .....  | 82         |
| 5.2      | <i>A INTERRELAÇÃO DOS MUNICÍPIOS MEDIANTE A RETÓRICA DO ACESSO.....</i>                                     | <i>87</i>  |
| 5.2.1    | O acesso na APS e o trabalho cotidiano em saúde: o espaçamento entre o desejado e o real .....              | 87         |
| 5.2.2    | Ampliação do acesso: implicações da organização dos serviços de saúde.....                                  | 98         |
| 5.2.3    | Amplificadores para a qualidade do acesso: a vista de um ponto de usuários e profissionais do SUS .....     | 107        |
| <b>6</b> | <b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>  | <b>114</b> |
|          | <b>REFERÊNCIAS.....</b>   | <b>119</b> |
|          | <b>APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) .....</b>                                 | <b>131</b> |
|          | <b>APÊNDICE B - Roteiros de perguntas para os usuários e para os profissionais .....</b>                    | <b>133</b> |

*Qual o caminho da gente? Nem para frente nem para trás: só para cima.*

*Guimarães Rosa*

## INTRODUÇÃO

## 1 INTRODUÇÃO

O tema acesso vem se configurando como foco central das discussões sobre sistemas públicos de saúde. Dentre os desenhos propostos para a melhoria e avanço do acesso e desenvolvimento de Sistemas de Saúde, observa-se uma crescente expansão de modelos pautados a partir da Atenção Primária à Saúde (APS), compreendida como a principal “porta de entrada” de um sistema de saúde, elegendo o modelo Saúde da Família como um espaço privilegiado de sua operacionalização (STARFIELD, 2002).

Não obstante, é importante destacar que esse estudo é o desdobramento do projeto “Acesso versus resolutividade: a perspectiva de quem busca e de quem oferta atenção à saúde”, financiado pelo Programa de Pesquisa para o SUS (PPSUS) da Secretaria de Ciência e Tecnologia do Ministério da Saúde, coordenado pela professora Dra. Cláudia Maria de Mattos Penna. Cabe ainda mencionar, que essa pesquisa é fruto do encontro da minha história profissional com a oportunidade de participar do Núcleo de Pesquisa sobre Cultura, Cotidiano, Enfermagem e Saúde (NUPCCES), da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, coordenado pela professora supracitada.

Cumprе ressaltar, que compreender o acesso do ponto de vista da oferta e da demanda e também da garantia de integralidade da assistência fez com que me sentisse mais incitada em pesquisar tal tema. Entender como se dá a capacidade de resposta e demanda e verificar os resultados alcançados, revela significativamente a verdadeira postura de um sistema público de saúde, apontando caminhos para o aprimoramento da qualidade das respostas ainda não reveladas.

Esse encontro de afinidades me leva a resgatar os caminhos profissionais que me propus percorrer. Voltando ao ano de 1999, quando me formei, retomo a lembrança de sempre ter assumido um comprometimento ético, em Defesa da Vida daqueles que “chegavam ou não” até mim, ou melhor, até nós (equipe), via a produção de um trabalho chamado Saúde da Família, onde atuei durante os quatro primeiros anos de formada e também em Defesa do Sistema Único de Saúde (SUS). Na ocasião, o promissor Programa Saúde da Família se legitimava como estratégia, e apoiava a elaboração de novas propostas para novos processos de trabalho, com promessas de novos horizontes. Por ali circulei por bastante tempo, no âmbito operacional de gestão, e ainda circulo, hoje, na docência, chegando até o Ministério da Saúde (MS) no Departamento de Articulação de Redes.

Em meio a essa trajetória, muitos desafios foram surgindo e tomando forma: a relação de vínculo com a comunidade, o trabalho em equipe e multiprofissional e sua

integração, a legitimação no cotidiano do trabalho, as imprevisibilidades do dia a dia, o envolvimento e desafios da gestão aos enfrentamentos, e a rotatividade persistente de profissionais nas equipes, que me levaram a uma dissertação de mestrado, que afirmava:

[...] é preciso investir nos profissionais de saúde se realmente se almeja uma saúde diferente, baseada na qualidade de vida. Investimentos em apoio, sejam eles na capacitação, sejam por meio da pesquisa ou em relação a condições laborais mais dignas, são indispensáveis para melhorar a qualidade de saúde prestada à população. Se o trabalho no PSF é empolgante, instigante, por vezes parece insano, crivado pelas contradições, pelo descontentamento e sofrimento gerais. Estabelecer vínculo com suas respectivas comunidades e construir processos de trabalho apropriados para o desenvolvimento social e de saúde dessas populações historicamente desassistidas, requer criatividade, habilidade, envolvimento físico, mental e social da equipe (BARBOSA, 2008, p. 122).

Se, naquela época, delimitei meu território de atuação e operei na implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF) em municípios do Vale do Aço, hoje, depois de 14 anos de carreira, de ter trabalhado no MS, e como integrante do corpo docente de uma Universidade Federal, ministrando a disciplina Atenção Primária à Saúde para o Curso de Medicina, tenho a missão de contribuir na formação de novos atores que sejam capazes de atuar diante das reais necessidades da população.

Em 2009, fui aprovada no programa de doutorado da Universidade Federal de Minas Gerais, com a proposta de estudar sobre o tema acesso, enquanto um subprojeto da pesquisa supracitada e por meio da qual, reitero meu discurso e minha luta. Nesses quatro anos de caminhada, por vezes solitária, contudo profundamente instigante, propus realizar um novo mergulho nos pressupostos relacionados ao acesso aos serviços de saúde, com ênfase na APS, nível em que desenhei a minha trajetória profissional, com o intuito de compreender quais respostas os usuários obtém, diante de suas necessidades ao buscar os serviços de saúde pública.

A escolha pelo Vale do Aço ocorreu em função de ser um espaço por onde circulei, tendo a oportunidade de retornar aos caminhos já trilhados, se constituindo como um compromisso ético com usuários e profissionais de saúde que me ensinaram e que compartilharam comigo tantas histórias. Numa luta para se fazer valer o SUS que queremos, venho buscar compreender por meio da narrativa de usuários e profissionais da APS novos alinhamentos quanto ao tema acesso.

Nessa perspectiva, discorrer sobre acesso provoca em mim uma forte significância, a de que continuo trilhando meu caminho pelas veredas da saúde pública, atrás de certos ideais,

afinal, eu acredito no SUS. Um sistema universal para uma população de quase 194 milhões de habitantes é mérito, é digno e, sem dúvida, ousado. O povo brasileiro clama por direito à saúde de qualidade, desafio esse que não é pequeno, e eu como cidadã brasileira, militante do SUS, totalmente contaminada por esse tema, tenho a missão de ir mais adiante, contribuindo e apoiando esse avanço.

Para tanto, ao falar do tema acesso é preciso compreender que o alcance aos bens e serviços que compõem o setor saúde depende da existência desses bens e serviços e da capacidade de articulação intersetorial da equipe e do próprio sistema, que, ampliando seu campo de cuidados à saúde para adequá-lo ao que determina a lei, necessita identificar parceiros e recursos na comunidade, a fim de potencializar a oferta das ações (AZEVEDO, 2007).

É necessário também entender como está sendo desenhado e quais as diretrizes e normativas que orientam um sistema público de saúde para se tratar a temática do acesso. No caso do Brasil, o sistema público sanitário está organizado a partir da APS, que se constitui ordenadora do SUS e coordenadora da atenção à saúde, responsabilizando-se pelo acesso dos usuários aos serviços, qualidade dos serviços e custos, atenção à prevenção bem como ao tratamento e à reabilitação, que deve ser realizado por meio do trabalho em equipe, possibilitando aproximação à população atendida, abordando os problemas mais comuns da comunidade. É a atenção primária que organiza e racionaliza o uso de todos os recursos, tanto básicos como especializados, direcionados à promoção, à manutenção e à melhoria da saúde (STARFIELD, 2002).

Dos estudos realizados por Travassos (1997), Travassos, Oliveira e Viacava (2006), Porto *et al.* (2007) e Travassos e Castro (2008) e de suas exposições sobre acesso, é imperativo reiterar que por mais acesso que se possa ter aos serviços, por mais que se possa planejar e organizar a saúde, por mais modelos de assistência que se implementem, a execução direta do atendimento é fundamental para a condição do acesso e vai para além da técnica. A utilização de serviços pode ter impacto negativo, se eles não estiverem aliados à qualidade dos cuidados ou procedimentos eficazes.

A principal estratégia de intervenção em saúde no âmbito da APS é a ESF, porta preferencial de entrada no sistema público de saúde. A ESF se contrapõe àquela baseada na segmentação e na especialização da prática profissional e demonstra significativo potencial para resgatar a essência que caracteriza a relação profissional-paciente, a qual não se fundamenta apenas na técnica, mas em todo o processo comunicativo que se estabelece no ato desse encontro (AZEVEDO, 2007).

Além da especialização da prática profissional, o cenário da organização da atenção e da gestão do SUS se caracteriza por intensa fragmentação de serviços, programas, ações e práticas clínicas, demonstrado por vários fatores: (1) vazios assistenciais importantes; (2) financiamento público escasso, fragmentado e baixa eficiência no emprego dos recursos, com redução da capacidade do sistema de garantir a integralidade da atenção à saúde; (3) forma inadequada de modelos de atenção, marcada pelo contrassenso entre a oferta de serviços e a necessidade de atenção, não conseguindo dar seguimento à ascensão dos processos de adoecimento; (4) fragilidade na gestão do trabalho com problemas de natureza revelados pela precarização e carência de profissionais em número e alinhamento com a política pública; (5) pulverização dos serviços nos municípios; (6) pouca inserção da Vigilância e Promoção em Saúde no cotidiano dos serviços de atenção, especialmente na APS (BRASIL, 2010e).

Diante dessa exposição, percebe-se que os desafios são multifacetados e complexos. Para a APS, o desafio é configurar-se com nível de atenção onde se detectam as principais necessidades e problemas da população, além de fornecer respostas à maior parte dessas necessidades, dando seguimento a determinadas demandas que estão em outros níveis de assistência do sistema. O nível de atenção primária se constitui como um eixo da saúde com importantes pontos de atenção na constituição de uma rede de saúde, formada por um conjunto de ações e serviços, articulados em níveis de complexidade distintos com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde; conforme cita o Decreto nº 7.508/2011 que vem homologar a Lei nº 8.080 do SUS (BRASIL, 2011a).

O Decreto nº 7.508/2011 dispõe sobre uma nova forma de funcionamento e organização do Sistema Público de Saúde brasileiro, definindo quais são os serviços de saúde que estão disponíveis no SUS para o atendimento integral dos usuários, por meio das Redes de Atenção à Saúde (RAS), da Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES), da Relação Nacional de Medicamentos (RENAMEs) e do Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP). Além disso, tem como perspectiva ofertar aos usuários mais qualidade nos serviços do SUS e possibilitar o aumento da transparência sobre as responsabilidades dos entes federativos na gestão em saúde (BRASIL, 2011a).

O acesso compõe-se como um dispositivo importante para a análise dos sistemas de saúde e da APS, uma vez que revela dimensões de caráter social e político, necessariamente presentes nas formulações e implementações de políticas de saúde. O conceito de acesso possui quatro dimensões: a geográfica, a econômica, a organizacional e a sociocultural. Nesse estudo, elegeu-se a abordagem relacionada à dimensão organizacional do acesso onde se

descreve “a capacidade que um serviço tem de dar cobertura a uma determinada população, ou o obstáculo a sua utilização, caracterizando uma interação que ocorre no processo de produção de serviços” (HORTALE; CONILL; PEDROZA,<sup>1</sup> 1999 *apud* CARNEIRO JÚNIOR; JESUS; CREVELIM, 2010, p. 711). A ampliação do acesso, a partir dos princípios do SUS, é uma questão que tem sido bastante explorada no contexto nacional, tendo em vista um sistema de saúde que prevê atendimento a todos, mas que não dispõe de recursos para isso (PASKULIN; VALER; VIANNA, 2011).

A qualidade de um serviço de saúde em ser acessível, é condição básica para toda política pública que deve comprometer-se a responder às necessidades sociais, no alcance de seus objetivos e no impacto positivo sobre o objeto de sua intervenção. No caso da política de saúde, em particular, a questão do acesso toma uma dimensão ruidosa, não apenas porque a legislação e as normativas correspondentes enfatizam-no como elemento essencial ao desempenho do sistema, nem do fato de haver uma dívida social enorme nesse campo, mas, sobretudo, porque o “acesso à saúde” envolve dimensões complexas, face à complexidade das necessidades humanas, e à forma como tais necessidades se apresentam aos serviços de saúde (AZEVEDO, 2007).

Desse modo, é possível pensar em uma assistência diferenciada, pautada na integralidade do sistema, conferindo resolutividade às demandas em dois espaços distintos conforme Cecílio (2001), que define os espaços micro e macro os quais se distinguem e se complementam para ampliação do acesso aos serviços de saúde.

Considerando que a lógica da APS se baseia na microespacialização, é importante citar que o espaço micro é a dimensão sócio-organizacional do acesso à saúde, na qual os espaços criados nos serviços fundamentam-se nos encontros entre atores envolvidos no processo, no acolhimento das demandas e nas necessidades dos usuários; que os cuidados dispensados ao longo do tempo tenham continuidade e vínculo e favoreçam a coordenação de cuidados como prática que integra ações e serviços de saúde de forma resolutiva (CECÍLIO, 2001).

Nessa perspectiva, considera-se que as posturas e estratégias adotadas pelos serviços de saúde garantam o acesso universal e equânime das pessoas, mediante adequada

---

<sup>1</sup> HORTALE, V. A.; CONILL, E. M.; PEDROZA, M. Desafios na construção de um modelo para análise comparada da organização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 15, n. 1, p. 79-88, jan./mar. 1999.

interpretação das demandas apresentadas, evidenciando as suas necessidades. Nessa ótica, favorece também à otimização da oferta (STARFIELD, 2002). Cabe salientar, que a utilização dos serviços de saúde representa o centro do funcionamento dos sistemas de saúde, com a maioria dos profissionais, definindo o tipo e a intensidade de recursos consumidos para resolver os problemas de saúde (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

A escuta e o diálogo entre sujeito demandante e profissional de saúde, ocupam um lugar de relevância, uma vez que possibilitam que a intersubjetividade entre em ação, inserindo o usuário no espaço assistencial e conformando um movimento contra as práticas de fragmentação da assistência e de objetivação dos sujeitos, concretizadas em ações mecanizadas e desumanas. Destaca-se que a relação usuário-profissional é também fator preponderantemente importante para definir a utilização do acesso e a adesão ao tratamento. A reorientação dos serviços deve voltar-se na direção da saúde, e não, da doença e balizar-se para a integralidade das ações (BARBOSA; ELIZEU; PENNA, 2013).

Entende-se que a oferta de serviços deve ser oportuna e adequada às necessidades da população, e não depender simplesmente da existência dos mesmos devido à imprevisibilidade dos eventos que ocorrem nos processos de saúde-doença (PENNA, 2009).

O traçado organizacional para o avanço dos serviços de saúde ocorre a partir de pressupostos aliados ao acesso e à capacidade de uso da tecnologia para a saúde. Dentre esses, está um serviço não somente pautado, mas executado na equidade, sendo compreendido a partir das necessidades da população e dos profissionais de saúde (ANDERSEN, 1995).

Para que ocorra a ampliação do acesso aos serviços de saúde é necessário avançar na dimensão organizacional relativa aos processos de trabalho dos profissionais envolvidos, promovendo um acolhimento vivo, com construção de vínculos de corresponsabilidade, qualidade e resolutividade.

Essa pesquisa traz para a arena científica o debate sobre o tema acesso em sua dimensão organizacional-simbólica traduzindo dessa forma a operacionalização dos serviços de saúde pautado na perspectiva de quem busca e de quem oferta saúde. Tem como cenário a Atenção Primária a Saúde e fundamenta-se na integralidade da assistência com interface na Política Nacional de Humanização. Quanto ao acesso, o mesmo possui cinco dimensões, a geográfica, a econômica, a funcional, pautada nas relações interpessoais e na qualidade do atendimento, a de informação e a organizacional que tem como pressupostos a utilização de normas e rotinas que podem facilitar ou dificultar a capacidade do usuário em alcançar sua necessidade (CARVACHO *et al.*, 2008).

O estudo propõe revelar a ocorrência do fenômeno acesso aos serviços de saúde e a capacidade real de resposta desses serviços em três municípios do interior do Estado de Minas Gerais (MG), buscando entender como isso ocorre no cotidiano da assistência.

O acesso ao SUS tem se constituído um dos maiores nós críticos desse sistema. Considerando que se trata de um sistema de saúde universal, gratuito, público e integral, para um país continental com 193.855.332<sup>2</sup> milhões de habitantes e desses 74,9%<sup>3</sup> são usuários exclusivos do SUS, a missão de melhorar e ampliar o acesso não é simples nem tampouco pequena, contudo, urgente diante das necessidades de saúde da população brasileira.

Mediante as referências relacionadas ao tema foco, tais como Travassos, Andersen, Starfield, Azevedo, Van Stralen, ressaltam mais algumas inquietudes que necessitam de maiores reflexões e aprofundamentos: Como tem ocorrido o acesso do usuário aos serviços de saúde via a APS no SUS? Como tem se configurado o encontro entre usuário e profissional na APS, no sentido da oferta e demanda, de acordo com as reais necessidades que se apresentam? Como os usuários e profissionais do SUS têm visto o acesso aos serviços de saúde pública dos próprios municípios que operam?

A insuficiência da oferta de serviços do sistema público de saúde, diante das demandas da população, apresenta-se pela capacidade ou incapacidade de um serviço em responder às buscas dos usuários, e, com isso, classifica a qualidade do acesso à saúde em relação a uma determinada população. Portanto o problema de pesquisa dessa tese se apresenta pelo seguinte questionamento: Como ocorre o acesso no cotidiano dos serviços de saúde em relação às propostas postulada pelo SUS em ofertar um cuidado integral, equânime e com resolutividade?

Se, de um lado, existe uma população com suas necessidades, de outro, estão os profissionais de saúde, responsáveis diretos pela resolução dos problemas e, conseqüentemente, pela implantação de uma política de saúde de qualidade, principalmente no que tem se constituído a APS, enquanto porta preferencial de entrada aos serviços de saúde. Fazer com que as pessoas alcancem suas necessidades de saúde em tempo hábil, requer compromisso ético entre profissionais, usuários e gestores. Por tudo isso, pesquisas

---

<sup>2</sup> Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), foi publicado no Diário Oficial da União de 31 de agosto de 2012, a população estimada do Brasil para 2012 sendo de 193.855.332 milhões de habitantes.

<sup>3</sup> De acordo com a Agência Nacional de Saúde (ANS) em setembro de 2012, 48.660.705 milhões de pessoas eram beneficiárias em planos privados de assistência à saúde no Brasil.

relacionadas ao tema acesso se fazem necessárias para somar e fomentar o avanço das políticas públicas de saúde e a qualidade na oferta de serviços à população (PENNA, 2009).

*...De entre impressões confusas, talvez se agite a maligna astúcia da porção escura de nós mesmos, que tenta incompreensivelmente enganar-nos, ou, pelo menos, retardar que perscrutemos qualquer verdade.*

*Guimarães Rosa*

**OBJETIVOS**

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Analisar o acesso aos serviços de saúde no âmbito da Atenção Primária à Saúde na perspectiva de usuários e profissionais de Equipes de Saúde da Família, de municípios que compõe uma região de saúde no Estado de Minas Gerais.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Compreender o acesso aos serviços de saúde, na perspectiva de usuários que buscam respostas as suas demandas, em municípios de Minas Gerais.
- Compreender as respostas que os profissionais das Equipes de Saúde da Família apresentam as demandas que chegam aos serviços de saúde da Atenção Primária a Saúde, em municípios de Minas Gerais.

*Cada um rema sozinho uma canoa que navega um rio diferente,  
mesmo parecendo que esta pertinho.*

*Guimarães Rosa*

**REVISÃO DE LITERATURA**

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

#### 3.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a APS é o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família, e da comunidade com o sistema público de saúde, aproximando a assistência à saúde ao local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção contínua ao longo do tempo. Dessa forma, ela é um dos patamares do sistema de saúde que oferece abertura para todas as novas necessidades e problemas de uma dada população, fornecendo cuidados sobre a pessoa, no decorrer do tempo, para todas as condições, exceto as com maior densidade tecnológica, ordenando a atenção para os demais seguimentos dos níveis de atenção, quando necessário. A perspectiva de uma APS abrangente corresponde a uma concepção de modelo assistencial e de organização do sistema de saúde, desenvolvido a partir do preconizado na Conferência de Alma Ata, na Rússia em 1978. Nessa concepção, além de definir a APS como o primeiro nível de atenção integrado ao sistema de saúde, inclui entre seus princípios: a necessidade de enfrentar determinantes de saúde mais amplos de caráter socioeconômico; acesso e cobertura universais com base nas necessidades; participação da comunidade; ação e coordenação intersetorial; e uso de tecnologia apropriada e efetiva. Assim, pode ser considerada como uma estratégia para organizar os sistemas de atenção à saúde e para a sociedade promover a saúde (BOSI; MERCADO-MARTINEZ, 2004; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1979). A APS surge como um elemento fundamental da reforma da saúde em diferentes países. No Brasil, a APS é a base para o SUS, servindo como a primeira instância de cuidado.

Considerada a porta de entrada prioritária do sistema público de saúde, a APS teoricamente exerce o papel de grande acolhedora da comunidade e deve, como todos os outros serviços, atender a todos de acordo com suas demandas. Quando impossibilitada de oferecer respostas, por questões de organização ou competência, esse nível de Atenção Básica deverá dispor de uma rede de serviços com pontos de atenção e canais de fluxos que permitam os encaminhamentos (BREHMER; VERDI, 2010, p. 3572).

Deve-se observar que a porta de entrada de um sistema de saúde precisa ser acessível, otimizando o potencial de uso dos serviços ofertados e eliminando as barreiras postas na realidade, quer sejam de natureza geográfica, estrutural, relacionais e organizacionais, gerenciais ou culturais; os arranjos organizativos devem admitir e permitir a qualidade da assistência prestada (GOMES; SILVA, 2011).

Estudos internacionais têm evidenciado que a atenção primária tem impacto positivo sobre vários indicadores de saúde: reduz gastos totais; melhora o acesso a serviços de saúde, a qualidade global da atenção à saúde e as ações preventivas; facilita a detecção precoce de problemas, diminuindo internações hospitalares; garante cuidados mais apropriados; e reduz o uso de cuidados desnecessários de atenção especializada à saúde (MACINKO *et al.*, 2007; MENDES, 2011). Estudos no Brasil apontam na mesma direção: a APS, nos moldes da Estratégia de Saúde da Família, melhora o acesso e tem efeitos positivos na situação de saúde, como por exemplo, a capacidade de diminuição da mortalidade infantil e a racionalização dos níveis secundários e terciários da atenção (VAN STRALEN *et al.*, 2008).

Idealizada como política pública de saúde no seu sentido mais abrangente, tendo como desafio a reorganização do modelo assistencial, a APS constitui um conjunto de serviços ambulatoriais não especializados de primeiro contato da pessoa com o sistema de saúde, relevantes às necessidades de saúde, e funcionalmente integrados que criam vínculos longitudinais baseados em território delimitado (SISSON *et al.*, 2011).

Independentemente do conceito e organização do primeiro nível de atenção, espera-se da APS encontrar soluções para aproximadamente 80% dos problemas de saúde. Geralmente, os resultados encontrados têm exibido maiores taxas de internação por Condições Sensíveis à Atenção Primária (CSAP) entre populações de baixa renda, nas comunidades mais pobres, e aqueles com baixa escolaridade, variando de acordo com as especificidades dos serviços de saúde disponíveis. As diferenças são menos acentuadas onde a prestação de cuidados de saúde é livre ou onde o acesso é garantido (NEDEL *et al.*, 2010).

Na sua proposta mais recente, a APS concebe uma forma ampliada que se apresenta articulada ao Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006b) e à Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2006a). Esta última ampliou o escopo e a concepção da atenção básica no país, incorporando os atributos da atenção primária em saúde, para caracterizar uma atenção mais ampla, operacionalizada como ponto de contato preferencial e porta de entrada do sistema de saúde, em consonância com os pressupostos teóricos clássicos (STARFIELD, 2002) e com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2011).

A efetivação da APS acontece por meio dos seus atributos norteadores: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade da atenção e coordenação do cuidado; e derivados: atenção centrada na família e orientação comunitária. A persistência do modelo biomédico e a lacuna que se observa sobre a adesão aos atributos da APS tornam imprescindível a discussão sobre a resolutividade do acesso aos serviços de saúde pública no Brasil. Bons resultados têm

sido obtidos em diversos países onde os sistemas de saúde são orientados pelo princípio de que a atenção primária está associada a custos menores, maior satisfação dos usuários e melhores indicadores de saúde, mesmo em situações de grande iniquidade social (STARFIELD, 2002).

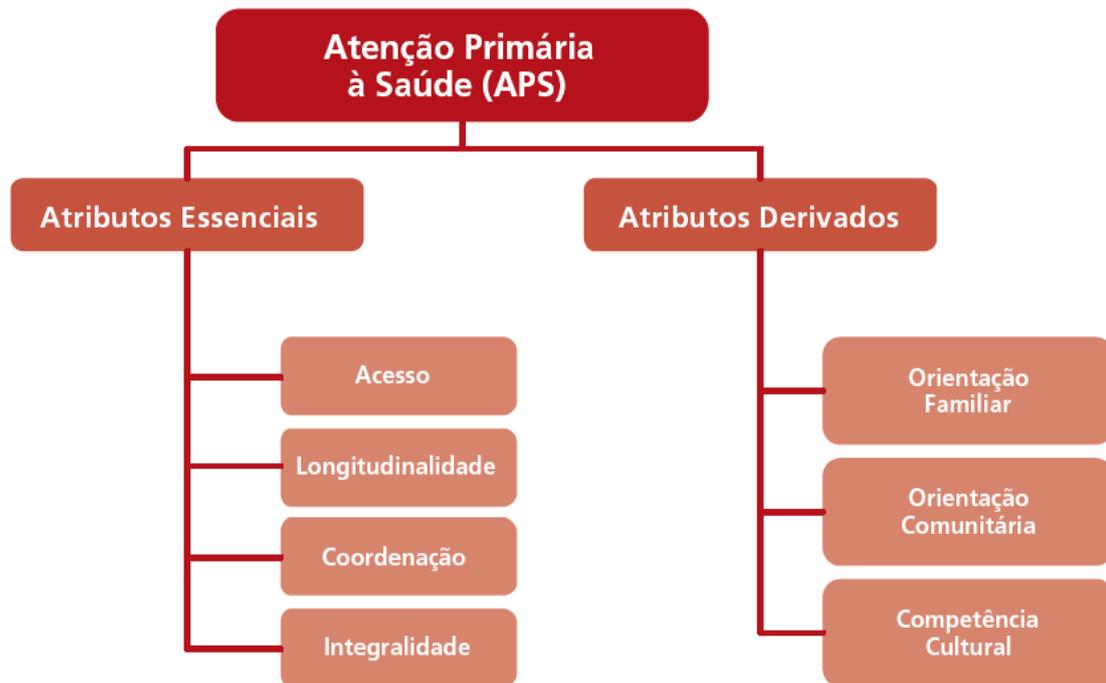
A atenção de primeiro contato da população deve levar também em consideração os seguintes fatores:

[...] o horário de disponibilidade, a facilidade do transporte coletivo, instalações para portadores de deficiências, possibilidade para marcação de consultas e tempo de espera pela mesma, ausência de barreiras linguísticas e outras culturais. A acessibilidade possibilita que as pessoas cheguem aos serviços, sendo elemento estrutural e necessário para a primeira atenção, assim, o local deve ser facilmente acessível e disponível (STARFIELD, 2002).

A APS como elemento estratégico da organização dos serviços de saúde dependerá da capacidade de articulação dos recursos essenciais, para o enfrentamento de problemas de saúde em todos os seus níveis de complexidade. Nessa direção, outra lógica de constituição do sistema de saúde precisa ser assumida de forma que permita maior flexibilidade das suas estruturas organizacionais, em cada território, e de um aporte tecnológico que se aproxime das necessidades apresentadas pela população (IBAÑEZ *et al.*, 2006).

A Figura 1 demonstra os atributos essenciais e derivados da APS e traz o acesso como característica primordial desse nível de atenção. A longitudinalidade se refere à oferta de ações contínuas ao longo do tempo; a coordenação implica garantir a continuidade e o acompanhamento de saúde da população e de cada usuário de um modo integrado e organizado, o que por sua vez exige a disponibilidade das informações ao longo do tempo e em diferentes espaços. Além disso, a integralidade se traduz na capacidade de ofertar atendimento, nos diferentes níveis de atenção, e de forma holística, considerando o sujeito demandante único e singular (STARFIELD, 2002).

Para além dos atributos, a APS precisa considerar outros aspectos importantes como a tomada de decisão, acerca da localização e da amplitude dos serviços de atenção primária a serem ofertados em um território delimitado, o planejamento e a programação em saúde. E mais, considerar as características geográficas, socioeconômicas, culturais e políticas, superando a lógica tecnoassistencialista, historicamente, hegemônica no planejamento setorial (SILVA JÚNIOR *et al.*, 2010).



**FIGURA 1: Atributos da Atenção Primária à Saúde.**

Fonte: Starfield<sup>4</sup> (1992 *apud* ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2011).

Outra diretriz operacional relevante é a capacidade de compreender e estabelecer a intersetorialidade no planejamento local. Para Carvalho e Buss (2008), a atuação intersetorial é condição para uma APS mais ampla, pois envolve a compreensão da saúde como inseparável do desenvolvimento econômico e social, significando a necessidade de enfrentamento dos determinantes sociais dos processos saúde-doença, o que exige articulação com outros setores de políticas públicas.

Ao operacionalizar a APS como um nível de atenção orientado pelo uso de tecnologias leves, pautadas pela confiança, vínculo, capacidade de diálogo e de negociação por parte dos profissionais, a mesma se configura como dispositivo importante para ampliação do acesso, e mais real para alcançar processos de trabalho mais humanizados. Em relação ao usuário e à população, a APS ainda propicia: acompanhamento e cuidado duradouro de pacientes com problemas indiferenciados; conhecimento do usuário, das famílias e da comunidade, permitindo ao profissional ajustar cuidados a serem adotados; melhor relação usuário/população/sistema de saúde, com estabelecimento de laços de confiança; melhor acesso ao cuidado de saúde nesse nível de atenção; interlocução entre a comunidade e os

<sup>4</sup> STARFIELD, B. **Primary Care: Concept, Evaluation, and Policy.** New York: Oxford University Press, 1992.

serviços de saúde de diferente complexidade; maior probabilidade de atuar em regiões mais carentes (SOUZA; GARNELO, 2008; MELO *et al.*, 2008).

A incorporação de tecnologias na APS, tanto na forma de equipamentos ou de conhecimentos aplicados, amplia a capacidade de respostas das UAPS, pontos de atenção localizados próximos dos domicílios das pessoas e de fácil utilização pela população, mas sem insumos e tecnologias que os tornem capazes de resolver as demandas de saúde, não potencializam as mudanças esperadas para o sistema de saúde (PIRES *et al.*, 2010).

A Atenção Básica não deve ser entendida como um dos diferentes espaços de prestação de cuidado individual do sistema de saúde, pois essa é uma perspectiva reducionista em relação ao papel que ela representa na integração, efetividade e eficiência do sistema público de saúde como um todo. Tem a capacidade de melhorar o funcionamento do serviço de saúde e a qualidade do cuidado de várias formas: gerenciando os casos de maior complexidade; combinando as necessidades dos pacientes com os cuidados prestados; otimizando os recursos, evitando faltas ou excessos no tratamento; aumentando a capacidade de adaptação do sistema às imprevisibilidades cotidianas e restringindo as dessemelhanças geográficas e socioeconômicas no país (MELO *et al.*, 2008). Tem se constituído um espaço rico no acréscimo e inclusão de novas formas de organização da assistência à saúde. É um extraordinário processo de produzir saúde, pois é nesse espaço que há possibilidade mais efetiva da promoção da autonomia do cuidado em saúde e do próprio sujeito, visto que essa modalidade de serviço está menos aprisionada ao trabalho restrito, às práticas mecanicistas (CARNEIRO JÚNIOR; SILVEIRA, 2003).

Entende-se que a função da APS possui grandes desafios, dentre esses, fomentar a integração entre os pontos de atenção, profissionais e trabalhadores dos serviços de saúde para evitar a fragmentação e alcançar a integralidade da assistência e, conseqüentemente, fortalecer sua integração (ALMEIDA; FAUSTO; GIOVANELLA, 2011). Conforme esses mesmos autores, municípios brasileiros enfrentam problemas que afetam a condição da APS como porta de entrada preferencial do sistema, sua maior significância, e cita como exemplos os horários restritos de funcionamento das UAPS, dificuldade de manejo da demanda espontânea e baixa capacidade de resolutividade em relação aos problemas apresentados pelas comunidades, questões que devem ser levadas em conta e refletidas pelos gestores.

Vale salientar que, no processo de organização e implantação do SUS, a garantia de acesso aos serviços de saúde tem sido uma das grandes preocupações e um dos maiores desafios dos gestores. Nessa perspectiva, a ampliação e a efetiva ação da atenção básica em saúde tornam-se uma política prioritária do SUS, por se reconhecer que, nesse nível

assistencial, é possível resolver os principais problemas de saúde, promover saúde e reorganizar o uso real dos demais níveis da atenção (STARFIELD, 2002).

Contudo Heckert e Neves (2010) trazem uma reflexão interessante sobre a gestão no SUS, onde mencionam que um dos desafios enfrentados nas práticas de saúde relaciona-se às maneiras impositivas de gestão e na dissociação entre as formas de atenção e de gestão. Essa junção tem contribuído com práticas nas quais a gestão se reduz à administração do sistema de saúde e centra tão somente na figura do gestor. Para tanto, os gestores planejam e pensam a ordenação do sistema de saúde, e os trabalhadores, por sua vez, executam e operacionalizam os planejamentos. Tal proposta sinaliza modelos de gestão dicotômicos: de um lado, aqueles que planejam e pensam, e por outro, os que fazem e cuidam.

A PNAB reconheceu a ESF como modelo substitutivo e de reorganização da atenção básica. A ESF, importante estratégia de mudança do modelo assistencial, a partir da reorganização da APS, visa garantir o acesso da população ao sistema de saúde em nível local, atuando no território por meio da adscrição da clientela, do diagnóstico situacional e do planejamento de ações dirigidas aos problemas de saúde, de forma pactuada com a comunidade (BRASIL, 2006a). A ESF, como uma estratégia de viabilização do acesso de pessoas com complexas necessidades sociais às ações e aos serviços de saúde, revela-se uma porta de entrada restrita, merecendo um olhar mais distinto, que adote como ponto de partida as situações que particularizam os indivíduos demandantes de suas ações e a organização dos serviços, com base nas necessidades dos sujeitos (AZEVEDO; COSTA, 2010).

Considerando as profundas iniquidades em relação ao acesso aos serviços de saúde no país, em especial dos grupos populacionais mais vulneráveis, a ESF se insere como importante intervenção para ampliação do acesso a essa população, principal beneficiária da estratégia (TRAVASSOS; CASTRO, 2008).

### **3.1.1 Estratégia Saúde da Família: a porta da APS para entrada no SUS**

Em 1991 foi criado no Brasil, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) fruto de uma experiência bem sucedida no Nordeste, denominada Programa de Agentes de Saúde (PAS). Esse tinha o objetivo de ampliar a cobertura do sistema de saúde para lugares distantes e pobres, a partir de ações de prevenção de doenças e promoção da saúde, com o intuito de reduzir a mortalidade infantil e materna (VIANA; DAL POZ, 2005). Andrade, Barreto e Bezerra (2006) argumentam que, nessa época, um estudo realizado no Ceará demonstrou que ações básicas de orientação e prevenção de doenças são capazes de mudar a realidade sanitária de uma população, referindo-se que, após a implantação do PACS,

o índice de mortalidade infantil teve queda significativa, seguido do de óbitos por diarreia em menores de um ano, dentre outros indicadores de saúde, impactando visivelmente a qualidade de saúde dessas pessoas, fazendo valer uma proposta de trabalho que justifica e valoriza o investimento na APS.

O Programa Saúde da Família (PSF) incorporou a necessidade de agregar novos profissionais para que os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) não mais trabalhassem de forma isolada, viabilizou a supervisão dos agentes comunitários pelo enfermeiro e também a experiência do Programa Médico de Família, implantado em Niterói (RJ) desde 1992, como primeiros passos para a incorporação de uma equipe multiprofissional. Em 1994, o MS publicou o primeiro documento orientador dos princípios e diretrizes, denominado “Saúde Dentro de Casa”, como uma proposta de trabalho mais comprometida e qualificada (BRASIL, 1994). Foi criado no país, na década de 1990, baseado em experiências de países como Cuba, Canadá e Espanha, cuja saúde pública contribuiu para melhoria da qualidade de vida das pessoas, por meio do investimento na promoção da saúde e prevenção de doenças (VIANA; DAL POZ, 2005). No Brasil, adquiriu características próprias, visando adaptar-se à realidade continental do país e as suas diversificadas culturas.

Apesar de ser criado como programa, foi posteriormente catalogado como estratégia, buscando diferenciar-se de outros projetos do MS. A segunda versão do modelo saúde da família, em 1997, se caracterizou fortemente como estratégia de reorientação<sup>5</sup> da atenção básica à saúde. Sua implantação segue abrigando tal dicotomia: de um lado, ratifica sua condição de programa que se apresenta como um eixo norteador estabelecido, com objetivos, metas e passos definidos, de outro lado, reivindica a posição de estratégia por sinalizar um caminho possível na condução das práticas desenvolvidas, respeitando as diversidades loco-regionais, e culturais que abarcam o país, com o intuito de atingir as comunidades mais distantes, baseado nos objetivos do SUS (RIBEIRO; PIRES; BLANK, 2004).

A ESF vem cultivando a finalidade de melhorar o acesso à APS e à qualidade desta em todo o país. Seu estilo estruturante tem provocado um importante movimento com o intuito de reordenar o modelo de atenção à saúde no SUS. A estratégia busca maior racionalidade na utilização dos demais níveis assistenciais, e tem produzido resultados

---

<sup>5</sup> Apesar da nomenclatura oficial adotada pelo Ministério da Saúde ser “Estratégia Saúde da Família” a autora optou em utilizar a denominação antecessora “Programa Saúde da Família” por entender ser a mais comumente utilizada e por se tratar de uma obra de acesso público.

positivos no que se refere à avaliação dos usuários, dos gestores e dos profissionais de saúde; à oferta de ações de saúde; ao acesso e uso de serviços e à redução da mortalidade infantil (ALFRADIQUE *et al.*, 2009).

A ESF, assim concebida, avança na sua forma de produzir saúde, fundamentando-se em uma equipe multiprofissional que prevê o enfermeiro, o médico, o técnico de enfermagem e o ACS como integrantes da equipe básica, oferecendo assistência a uma população máxima de quatro mil pessoas. Em 2001, a equipe de saúde bucal (ESB) foi integrada à equipe básica, sendo composta por um odontólogo, um auxiliar de consultório dentário (ACD) e/ou um técnico de higiene dental (THD), com a meta de abranger o território de, no máximo, duas equipes de saúde da família (BRASIL, 2006d). No trabalho das equipes de saúde, o território definido segundo a lógica de homogeneidade socioeconômica-sanitária, adquire relevância como espaço privilegiado para o desenvolvimento de intervenções na perspectiva da vigilância da saúde (AQUINO *et al.*, 2002; VILASBÔAS; TEIXEIRA, 2007). Aquino *et al.* (2002) afirmam que a demarcação do território constitui etapa primordial da organização e operacionalização das Equipes de Saúde da Família e deve ser orientada pela expectativa de garantia do acesso dos usuários aos serviços e pela identificação dos riscos locais presentes.

Esse modelo assistencial tem como objetivo principal a humanização da assistência e a qualidade do atendimento, além de propor aos profissionais um desempenho resolutivo e integrado às características específicas das famílias e comunidades da área de abrangência. As equipes atuam com ações de promoção, recuperação e reabilitação da saúde, e prevenção de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde dessa comunidade. A responsabilidade pelo acompanhamento das famílias coloca para as equipes saúde da família a necessidade de ultrapassar os limites classicamente definidos para a atenção básica no Brasil (SISSON *et al.*, 2011). Por outro lado, “a rigidez e a inflexibilidade do serviço de saúde e de seus trabalhadores são apontados pelos usuários como dificuldades desses de se sentirem acolhidos, terem suas dores identificadas e atendidas, o que faz com que procurem por alternativas de atenção” (TRAD *et al.*, 2002; ESPERIDIÃO; TRAD, 2005).

Os números de equipes no conjunto ESF, ACS e Equipes de Saúde Bucal (ESB) no Brasil estão em franca expansão, chegando a cerca de **33.825** equipes de Saúde da Família implantadas, **254.545** agentes cadastrados e **20.249** ESB atuando em todo o território nacional (BRASIL, 2013a). No Brasil, a ampliação da cobertura primária de saúde por meio da expansão da ESF, contribuiu positivamente para a melhoria de muitos indicadores de saúde. As condições socioeconômicas e de desenvolvimento podem ser cruciais para identificar os municípios com melhores e piores indicadores de cuidados primários (CAMPOS *et al.*, 2011).

A ESF, como uma maneira de viabilização do acesso de pessoas com complexas buscas sociais às ações e serviços de saúde, faz jus em ser avaliada com olhar mais crítico, que adote como ponto de partida as situações que particularizam os indivíduos demandantes, de suas ações e reprodução que esses atores têm no que tange à complexidade do próprio ser humano e do contexto em que vive, bem como a miscelânea de lógicas que direcionam as ações dos sujeitos envolvidos, na produção do cuidado em saúde (usuários, profissionais e gestores). Carece, contudo, disponibilizar uma variedade de serviços voltados para as necessidades das pessoas. As “necessidades” vão desde sintomas, disfunções, desconfortos ou enfermidades, intervenções preventivas indicadas ou intervenções para promoção da saúde. O desafio é reconhecer as situações nas quais uma intervenção é necessária e justificada (GOMES; SILVA, 2011; AZEVEDO, 2007).

Entretanto, verifica-se, no dia a dia de trabalho das equipes de saúde, que a realização de um atendimento, que tenta ser cada dia mais integral e condizente com o que pregam os princípios doutrinários e organizativos do sistema público de saúde, ainda impera com certo distanciamento no sentido de alcançar resultados satisfatórios para o conjunto de populações brasileiras. Uma das razões para tal fato emerge das próprias atividades desenvolvidas pelos profissionais que ainda priorizam atuações e conhecimentos técnicos de caráter individual, além de um conhecimento precário sobre o SUS e seus desdobramentos, o que dificulta a integração entre os diversos saberes presentes nas equipes de saúde (FREIRE; PICHELLI, 2010).

Houve avanços importantes no Sistema de Saúde Brasileiro com a chegada da ESF, no sentido de reorganizar a atenção primária via promoção da saúde e prevenção de doenças centrada na família, por meio das ações das equipes multidisciplinares, no entanto, se faz necessário avançar em direção à integralidade do sistema e ampliação do acesso (BRASIL, 1997).

O compromisso e a vinculação estabelecidos pelos profissionais da ESF com os usuários possibilitam o fortalecimento da confiança nos serviços. Sabe-se que essa relação é fundamental para ampliar a qualidade da assistência, pois, entre outros fatores, isso influencia diretamente na aderência do indivíduo ao tratamento da doença crônica, fazendo com que, a partir daí, as pessoas acreditem nas suas condutas e orientações, tomando assim os cuidados necessários no controle da doença (CARREIRA; RODRIGUES, 2010).

Estudos especializados no tema apontam vários elementos que distinguem a atenção primária prestada pela Saúde da Família, da atenção prestada por tradicionais centros de saúde, entre os quais se destacam: delimitação da área de abrangência com adscrição de

clientela, ênfase na ação da equipe da saúde da família em contraposição à ênfase na intervenção médica, organização da demanda, ênfase na atenção integral e enfoque familiar. Entretanto, na prática, as diferenças nem sempre são grandes (VAN STRALEN *et al.*, 2008).

A ESF tem demonstrado relevância quando comparada ao modelo tradicional de atendimento na APS com a inclusão de diretrizes operacionais voltadas para a territorialização, criação de vínculo, aproximação com as reais necessidades da comunidade e acompanhamento de prioridades programáticas, o que está alinhado com a normativa. Contudo, o acesso continua como um nó crítico, com dificuldades de estruturação, incapacidade da gestão e na organização da rede de atenção à saúde. Existem dois desafios a serem suplantados nesse sentido: o desafio de maior grandeza relacionado a estruturas, formulários, relatórios, e atendimentos; e o desafio da capacidade de comunicação, ou seja, a capilarização e o *feedback* da informação. Acontece, contudo, uma estranha contradição: uma demanda excessiva de informações com dificuldades na realização da mudança (CONILL, 2008; FAGUNDES, 2004).

Quanto à reorientação da atenção primária pela Saúde da Família, não se pode deixar de considerar que transformações de sistemas de saúde, em grande parte, se realizam como consequência não apenas de políticas de saúde, mas de processos relativamente autônomos, tais como a racionalização funcional da atenção à saúde e a mudanças de concepções dominantes sobre os processos de saúde/doença e a atenção à saúde (VAN STRALEN *et al.*, 2008, p. S157).

Sem reduções significativas da desigualdade social, será impossível obter ganhos mais substanciais no estado geral de saúde da população brasileira. As intervenções sobre diversos determinantes sociais dependem das habilidades e poder de instituições de saúde, e requerem uma ação coordenada de diversos setores e agentes governamentais. Portanto, o desafio dos países em desenvolvimento, como o Brasil, é oferecer serviços de saúde de qualidade, alinhados com as políticas que sustentam a dignidade da vida humana (CAMPOS *et al.*, 2011).

Em países como o Brasil e outros da América Latina, a péssima distribuição de renda, o analfabetismo, e o baixo grau de escolaridade, assim como as condições precárias de habitação e ambiente têm um papel muito importante nas condições de vida e saúde. A nova concepção de saúde importa uma visão afirmativa, que a identifica com bem-estar e qualidade de vida, e não simplesmente com ausência de doença. A saúde deixa de ser um quadro estático, biologicamente definido, para ser compreendida como um estado dinâmico, socialmente produzido. Nesse marco, a intervenção visa não apenas diminuir o risco de

doenças, mas aumentar as chances de saúde e de vida, acarretando uma intervenção multi e intersetorial sobre os chamados determinantes do processo saúde-enfermidade: eis a essência das políticas públicas saudáveis (BUSS, 2000).

Para Serra e Rodrigues (2010), as condições de acesso da população dependem de ações e serviços de saúde, tanto de sua proximidade das unidades dos diferentes níveis de complexidade, quanto do dimensionamento adequado da oferta em relação ao número de habitantes e suas necessidades de saúde. Um elemento crítico para a garantia do acesso é o direito da população à informação sobre os serviços disponíveis, seus respectivos horários e as condições requeridas para o acesso aos procedimentos especializados. Isso demanda, inclusive, uma denominação clara de cada nível de atenção e das unidades e serviços ofertados, a fim de facilitar sua identificação pelos usuários.

É importante destacar, contudo, que é em nível local que as mudanças precisam ser realizadas de forma mais rápida, o que justifica a implantação e consolidação de propostas avaliativas integradas aos serviços (SILVA; CALDEIRA, 2011).

Ações de prevenção de doenças, diagnóstico e tratamento precoce de patologias agudas, o controle e o acompanhamento de patologias crônicas, são passíveis de serem resolvidas na ESF, as chamadas condições sensíveis à atenção primária, ou seja, a capacidade de atendimento a essas demandas diminuiria significativamente as internações hospitalares. Altas taxas de internações, por condições sensíveis à atenção primária, em uma população, podem indicar sérios problemas de acesso ao sistema de saúde ou no desempenho da ESF/APS. Vários estudos demonstram que altas taxas de internações, por condições sensíveis à atenção primária, estão associadas a deficiências na cobertura dos serviços e/ou à baixa resolutividade da atenção primária para certos problemas de saúde (ALFRADIQUE *et al.*, 2009).

A forma de trabalho da ESF exige metodologias participativas, que considerem a negociação permanente de conflitos, na convivência diária dos serviços de saúde. Acesso e acolhimento constituem-se como desafios na construção do cuidado integral e como elementos de fundamental importância para a gestão e avaliação de serviços de saúde (SOUZA *et al.*, 2008). A equipe é uma teia de relações, permeada por diversos elementos dentre os quais está a competência, o afeto, e o empoderamento. Representa um dos elementos-chave dos novos modelos de atenção, e ao mesmo tempo um contrassenso, pois se torna um dos grandes desafios a serem encarados (MELO *et al.*, 2008).

Avaliar o cotidiano de trabalho das equipes da ESF, focalizando o acesso, é imperativo para se prosseguir na concretização da universalidade e integralidade do SUS,

apoiando a gestão municipal no planejamento e na reorganização dos serviços de saúde em nível local (SILVA JÚNIOR *et al.*, 2010).

### **3.2 ACESSO À SAÚDE E À INTEGRALIDADE: desdobramentos para o sistema público de saúde**

Acesso representa o fator que estabelece a interlocução entre a procura por cuidados de saúde, a partir da percepção de uma necessidade de saúde pelos indivíduos, e a entrada no serviço. É um conceito multidimensional, que exprime um conjunto de características da oferta que facilitam ou limitam a capacidade das pessoas usarem os serviços de saúde quando necessitam (TRAVASSOS; CASTRO, 2008). O termo acesso é abarcado na perspectiva do ingresso ou entrada no sistema, relacionado à utilização do mesmo (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

A dimensão do acesso no que tange o sistema público de saúde diz respeito, sobretudo, à maior ou menor facilidade da população para obter um tipo de assistência ou até mesmo uma consulta. Ainda que não se deva reduzir a atenção primária à prestação de consultas, esta atenção não pode abdicar da atenção clínica prestada pelos profissionais de saúde, mas tem de integrá-la à vertente da Saúde Coletiva. O fato de as equipes de Saúde da Família não conseguirem avançar nessa perspectiva, pode ser resultado de uma estratégia ainda em construção. Entretanto, a dificuldade de estratégias de organização ou reorientação da atenção básica em obter os resultados almejados, poderá apontar para problemas sobre os quais a ESF não consegue atuar (VAN STRALEN *et al.*, 2008).

#### **3.2.1 O acesso à saúde**

O acesso à saúde é citado no documento oficial que rege o Sistema Público de Saúde Brasileiro. A Lei nº 8.080/90 em seu capítulo II, item primeiro estabelece que:

As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com suas diretrizes e obedecendo aos seguintes princípios: universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência (BRASIL, 1990).

A criação do SUS, universal e com financiamento público, significou importante conquista da sociedade brasileira. Entretanto, a garantia do acesso aos serviços de saúde a todos os cidadãos permanece como desafio, assim como em vários países que possuem

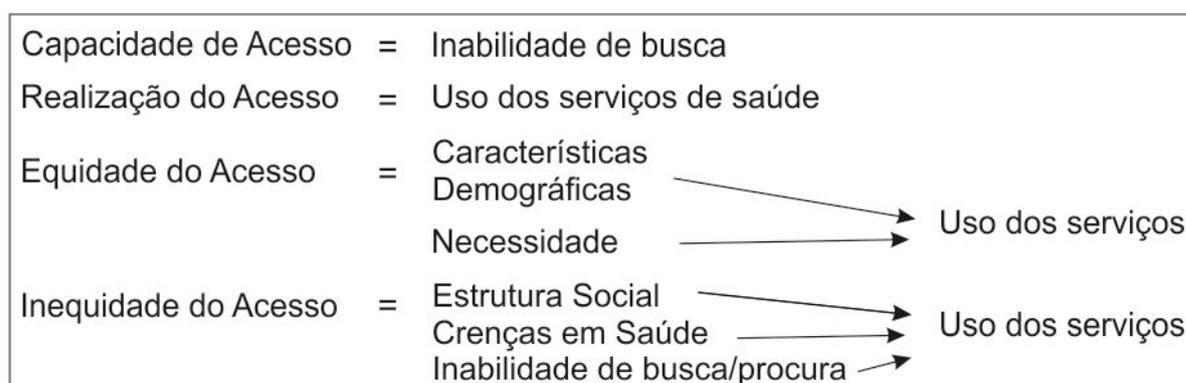
sistemas universais de saúde, mesmo no mundo desenvolvido (WILSON; ROSENBERG, 2004).

O acesso se desdobra como ponto importante para a análise dos sistemas públicos de saúde, uma vez que se manifesta como grandeza de caráter social e político, presente na elaboração e implementação de políticas de saúde. O acesso deve ser visto para além da questão geográfica e econômica, mas também no âmbito organizacional e sociocultural. Pode descrever a capacidade que um serviço tem de dar cobertura e respostas a uma determinada população, ou o obstáculo a sua utilização, distinguindo uma interação que ocorre no processo de produção de serviços (CARNEIRO JÚNIOR; JESUS; CREVELIM, 2010).

Figueiredo *et al.* (2009) mencionam que o acesso está amarrado ao mesmo tempo pela capacidade de recursos humanos combinados com a estrutura física e os pontos de atenção disponíveis nos sistemas, determinando quais indivíduos receberão os serviços e em que tempo e condições. Diante disso, integra-se a fatores como: tipo de atenção requerida a partir da necessidade do usuário, critérios de ingresso, alocação de mão de obra, distância, horário de funcionamento e qualidade do atendimento.

O acesso tem se tornado um enorme indicador de impacto da APS e de avaliação do sistema no âmbito da sua integralidade, pois se configura como um importante instrumento de aprimoramento e avanço dos princípios do SUS (SOUZA *et al.*, 2008).

Segundo a lógica de Andersen (1995), o acesso deve ser considerado a partir de alguns critérios organizacionais tais como: aquisição de recursos adequados, uso dos serviços de saúde com discernimentos de utilização, necessidades da população, e análise do território com características sociodemográficas e culturais bem definidas, como demonstradas na Figura 2.



**FIGURA 2: Medidas iniciais do acesso aos serviços de saúde.**

Fonte: Andersen (1995).

Dessa forma, pensar na capacidade de acesso envolve também pensar na organização dos serviços e o que eles têm a oferecer à população. É imperativo considerar que os pontos de atenção à saúde como, por exemplo, uma Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS), esteja o mais próximo da comunidade, bem como suas rotinas e horários, disponíveis para o atendimento, o grau de tolerância para consultas não agendadas, e compreender o quanto a população percebe a relação destes aspectos ao acesso (STARFIELD, 2002).

Mas, no Brasil existe uma desigualdade social e de condições gerais de vida extremamente divergentes, dita iniquidade, o que influencia na capacidade de alcance à saúde de qualidade, mantendo certos grupos de pessoas em situação de discriminação e exclusão. A iniquidade promove diferenças que colocam certas populações em situação de desvantagem em relação ao acesso aos serviços de saúde, reforçando, assim, as condições de vulnerabilidade da saúde de determinadas comunidades, uma vez que a oferta de serviços no SUS, apesar dos inegáveis avanços, ainda está aquém às reais necessidades dos diferentes brasileiros que dele necessitam (FLEURY, 2007).

O conceito de acesso perpassa por vários aspectos, como a disponibilidade de serviços a toda população brasileira, satisfação das pessoas em relação à prestação dos serviços de saúde pública, a organização do atendimento, o alcance às necessidades de saúde, a entrada e a saída dos serviços de saúde, a adequada cobertura de oferta de serviços no tempo ideal, a condição de utilização e ampliação dos serviços, a capacidade de instituir a integralidade, seja como atendimento integral ao indivíduo, seja como seguimento pelos diferentes níveis de atenção à saúde e às iniquidades que interferem diretamente na capacidade de alcance das pessoas aos serviços de saúde (FRANCO; MERHY, 2003; FLEURY, 2007; SCHWARTZ *et al.*, 2010).

O acesso, contudo, diz respeito à expectativa de encontrar o que se busca diante da necessidade que se tem de garantir o direito constitucional adquirido à saúde como direito de todos e dever do Estado; mas para que isso ocorra é necessário considerar a diversidade e singularidade das demandas, o grande arcabouço populacional do país e a capacidade de governabilidade de municípios, estados e União (AZEVEDO; COSTA, 2010; AZEVEDO, 2007).

Travassos e Martins (2004), em artigo de revisão sobre os conceitos de acesso, advertem que esse é um conceito complexo, geralmente empregado de forma imprecisa e que muda ao longo do tempo e de acordo com o contexto. Mostram que a utilização dos serviços de saúde representa o centro do funcionamento do sistema e, embora com divergências

conceituais e ideológicas, tem predominado a visão de acesso relacionado às características da oferta de serviço, ou seja, o uso de serviços é a sua própria expressão.

Para tanto, o acesso não deve ser concebido simplesmente como sinônimo de cobertura populacional. Embora esse se relacione ao acesso, ambos não são equivalentes. Há de se entender que a ampliação do número de unidades de atenção primária à saúde e outros pontos de atenção, apesar de serem necessários, não se traduzem em suficiência e eficiência para sinalizar a ampliação do acesso, considerando dessa forma o mister de se levar em conta a concretização de um princípio fundamental do sistema público de saúde: o da integralidade (AZEVEDO, 2007). Portanto, estão embutidos no conceito de acesso elementos como, presença física de recursos, eficácia ou resistência na capacidade de produzir os serviços do lado de quem planeja, mas também há, do lado daqueles para quem os serviços são criados e idealizados, capacidade de reconhecer os obstáculos e avaliar os serviços, como refletiram Cohn *et al.* (2002).

O Quadro 1 demonstra a operacionalização do acesso e da integralidade e a necessidade do acesso se pautar na integralidade para o adequado alcance às demandas da população.

**QUADRO 1: Operacionalização do acesso e integralidade.**

| Variável/Dimensão |                                | Indicadores  | Medida  |
|-------------------|--------------------------------|--|---|
| Acesso            | Físico                         | Área, material, equipamentos, recursos humanos                         | Observação direta; relação equipes/população cadastrada;  |
|                   | Vínculo psico-sociocomunitário | Disponibilidade de serviços e interação                                | Observação, entrevistas;  |
| Integralidade     | Caráter completo do cuidado    | Gama de serviços ofertados   | Produção por prioridades epidemiológicas/perfil da demanda; ações curativas, preventivas e promoção; situação dos marcadores; |
|                   | Continuidade                   | Referência; acompanhamento dos grupos de risco; atendimento domiciliar | Percepção; relação cadastrado/acompanhado; visitas/famílias; distribuição para integrantes.                                   |

Fonte: Conill (2002).

Esse esquema de Conill (2002) estabelece para o acesso dimensões no âmbito organizacional como recursos materiais e físicos, e funcional representada pela criação de vínculo com a comunidade; e em relação a integralidade define a oferta de assistência nos diferentes níveis da atenção e a longitudinalidade das ações, diretrizes operacionais também defendidas por Starfield (2002) que direcionam o sistema de saúde no sentido de um acesso satisfatório e de qualidade.

Para tanto constitui-se acesso, o “[...] resgate da cidadania e da responsabilidade individual; o não reconhecimento desse direito distancia os sujeitos do seu papel de agente participativo na construção da cidadania” (BREHMER; VERDI, 2010, p. 3573).

O atributo do serviço de ser acessível é condição basal para que qualquer sistema público de saúde, destinado a responder a qualquer necessidade social, alcance seus objetivos e obtenha resultados positivos sobre o objeto de sua intervenção. A questão do acesso toma uma dimensão ruidosa, não apenas porque a legislação e as normativas correspondentes enfatizam-no como elemento essencial ao desempenho do SUS, nem do fato de haver uma lacuna social significativa neste campo, mas, sobretudo, porque o “acesso à saúde” envolve grandezas intrincadas, face à complexidade das necessidades humanas, e à forma como tais necessidades se apresentam ao cotidiano dos serviços de saúde (AZEVEDO, 2007). Nesse sentido, torna-se um elemento fundamental para a qualificação dos serviços de saúde, propicia a satisfação do usuário com o atendimento, determinando a escolha do serviço e estabelecendo, frequentemente, vínculo expresso pela ampliação e frequência na utilização dos serviços ofertados ou os que vão se incorporando devido à demanda dos usuários ou por necessidades epidemiológicas que se abrem à produção de novas necessidades de saúde, sendo muitas vezes a simples entrada e não a trajetória no serviço, percebida como facilidade pelos usuários (SCHWARTZ *et al.*, 2010).

Também se somam aos determinantes do acesso à saúde, os custos sociais e econômicos da utilização dos serviços. Os custos sociais incluem os custos relacionados com os horários inconvenientes de abertura dos serviços ou custos particulares e impostos. Os custos econômicos incluem os copagamentos, os custos com viagem e os custos de oportunidade do tempo gasto na viagem ou do tempo de espera nas unidades. Quão maiores os custos de utilização, menos acessíveis serão os serviços de saúde (MENDES, 2007).

Aspecto também relevante do acesso é a percepção dos usuários e a capacidade de utilização dos serviços de saúde por parte dos mesmos. A compreensão de facilidade no acesso por parte dos usuários pode estar agregada muitas vezes a pouca expectativa em relação aos serviços públicos, cuja demora em se obter atendimento já é esperada, e apenas o fato de alcançar o atendimento constitui um fator de satisfação. Nesse sentido, as representações que os usuários têm dos serviços públicos de saúde encontram-se relacionadas intimamente com as experiências vividas pelos mesmos na busca pelo atendimento de que necessitam (STARFIELD, 2002).

A organização do trabalho no cotidiano dos serviços de saúde para garantir o acesso nas comunidades assistidas pela ESF é uma das principais distinções que confere ao acesso

singularidade e potência como modalidade técnico-assistencial em atenção primária à saúde (CARNEIRO JÚNIOR; JESUS; CREVELIM, 2010).

O acesso é condição imperativa para uma assistência à saúde eficiente, configura-se como multidimensional e classifica-se em seis dimensões distintas são elas: geográfica relacionada com a quantidade, tipo e localização dos serviços, a econômica relativa aos custos para obtenção dos serviços, como transporte, farmácia ou laboratórios, a administrativa ou organizacional direcionada as normas e procedimentos programáticos que podem facilitar ou restringir a capacidade do usuário para obter os serviços, entre as restrições administrativas citam-se a demanda por documentação excessiva, horário de atendimento pouco conveniente, tempo de espera prolongado, serviço concorrido e barreiras médicas; a dimensão relativa à informação pautada no conhecimento dos usuários quanto aos serviços oferecidos e a necessidade de utilizá-los, a política que esta relacionada com a construção de sujeitos políticos, politizados, e militantes, livres para decidir acerca de seu destino com autonomia e consciência social, regulada nos princípios da universalidade, da equidade e da integralidade na saúde e por fim a dimensão psicológica, também conhecida como simbólica ou funcional, que envolve a entrada propriamente dita aos serviços de que o cidadão necessita, incluindo-se os tipos de serviços oferecidos, e a qualidade do atendimento. A facilitação do acesso ao uso dos serviços de saúde, juntamente com outros fatores, em especial o acolhimento, favorece o vínculo do usuário e, portanto, contribui muitas vezes para o tempo de utilização do serviço e para a frequência de procura pelo atendimento (JESUS; ASSIS, 2010; CARVACHO *et al.*, 2008; RAMOS; LIMA, 2003).

Dentre todas as dimensões aqui citadas, a literatura refere-se especificamente que quatro dessas, são consideradas de natureza básica: a política, a econômica, a organizacional ou administrativa e a simbólica. A dimensão econômica que se refere à relação entre oferta e demanda; a técnica que exprime, por um lado, a utilização e as dificuldades do usuário para concretizar o atendimento pretendido e, por outro, a oferta dos serviços de saúde, o seu planejamento, a sua organização, o fluxo, a qualidade e a resolutividade do serviço produzido; a política que considera os alinhamentos que se estabelecem entre as políticas de saúde e a conformação histórica do modelo de atenção à saúde que envolve a possibilidade de desenvolver a consciência sanitária e a organização social e por último, a dimensão simbólica, relativa às representações sociais acerca do processo saúde-doença e da forma como o sistema se organiza para atender às necessidades dos usuários, o Quadro 2 a seguir demonstra as diferentes dimensões e suas características aplicadas aos serviços de saúde (GIOVANELLA;

FLEURY, 1996; CARNEIRO JÚNIOR; JESUS; CREVELIM, 2010; PASKULIN; VALER; VIANNA, 2011).

**QUADRO 2: Dimensões analíticas da categoria acesso aos serviços de saúde.**

| <b>Dimensão econômica</b>   | <b>Dimensão técnica</b>  | <b>Dimensão política</b>  | <b>Dimensão simbólica</b>   |
|---|--|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Equidade;</li> <li>- racionalização;</li> <li>- relação entre oferta e demanda.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Planejamento;</li> <li>- organização;</li> <li>- regionalização;</li> <li>- hierarquização;</li> <li>- definição de fluxos; qualidade;</li> <li>- resolubilidade dos serviços de saúde</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Políticas de saúde;</li> <li>- conformação histórica do modelo de atenção à saúde;</li> <li>- participação da comunidade.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Percepções, concepções e atuação dos sujeitos;</li> <li>- representações sociais do processo saúde-doença;</li> <li>- representações sociais da forma como o sistema de saúde se organiza para atender às necessidades.</li> </ul> |
| <b>Totalidade concreta</b>  |  |   |   |
| Buscar o equilíbrio na relação oferta / demanda   | Organizar a rede assistencial de forma regionalizada e hierarquizada   | Desenvolver consciência sanitária e organização popular   | Abordar as representações sociais da atenção à saúde e dos serviços de saúde  |
| <b>Universalização do acesso aos serviços de saúde</b>  |  |   |   |

Fonte: Jesus (2006).

A dimensão simbólica do acesso aos serviços de saúde, percebida a partir das representações sociais da atenção à saúde e dos serviços, revela, portanto um contrassenso entre a subjetividade dos fatos e a realidade concreta dos sujeitos em ato, colocada como um divisor de águas, no tocante a disponibilidade, adequação funcional, capacidade financeira e aceitabilidade. Trata-se de uma concepção ampliada do processo saúde/doença, complementada por elementos econômicos, técnicos, políticos, sociais e antropológicos, que reforçam o papel dos sujeitos e de suas representações, sem, contudo, minimizar a capacidade transformadora da práxis e do senso comum. As relações entre as pessoas, os grupos e as organizações em geral apoiam a fantasia coletiva, um constituinte simbólico caracterizado pelas dimensões culturais, subjetivas e inconscientes dos sujeitos no cotidiano das organizações e contribuem para a construção de projetos coletivos e de governabilidade (JESUS, ASSIS, 2010).

Já a dimensão sócio-organizacional conhecida como administrativa ou técnica, corresponde às características da oferta de serviços e intervém na relação entre as características dos indivíduos e o uso de serviços, facilitando ou dificultando o acesso; e a dimensão geográfica, que reflete a distância percorrida pelos usuários até a obtenção dos

cuidados de saúde, englobando a distância linear, tempo de locomoção e os custos relacionados ao deslocamento. Em relação ao aspecto geográfico, analisa-se como condição importante de assimilação dos critérios e formas de determinação e de eleição dos recortes territoriais para a atuação das equipes de saúde, em especial à atenção primária e, fundamentais ao planejamento de intervenções que representem possibilidades de reorganização do modelo assistencial, a partir de alterações do modo de produção em saúde (SILVA JÚNIOR *et al.*, 2010).

Donabedian (2001) elucida sobre o acesso quando aborda a capacidade de alcance daquilo de que se necessita em um serviço de saúde. Pondera sobre a satisfação da pessoa que procura o serviço, e como a mesma compreende a qualidade da atenção; coloca que a satisfação se constitui na representação de certos componentes da definição de qualidade, principalmente daqueles que fazem referência às expectativas e valores ligados à própria pessoa, ou seja, se o indivíduo obtém aquilo que busca que é “na verdade do sujeito” importante para o seu processo saúde-doença, então a satisfação relativa ao acesso e à qualidade daquele serviço é confirmada, caso contrário, não, o que emana a subjetividade da questão.

É nessa perspectiva, que Bobbio (2004) entende os direitos sociais e coloca que os sujeitos são iguais de forma genérica, mas são distintos especificamente. Essa pode ser a causa pela qual a abordagem sobre o acesso não tome o todo pela soma de suas partes, no cotidiano objetivo e subjetivo das experiências humanas. Nessa linha de pensamento, operacionalizar o conceito de acesso aos serviços de saúde implica considerar a relação que se estabelece entre os indivíduos e o sistema de saúde, num contexto de necessidades complexas e de respostas, na maioria das vezes, limitadas.

### **3.2.2 A integralidade da saúde**

A integralidade configura-se como um dos princípios doutrinários que regem o SUS, segundo a Lei nº 8.080, de 1990, em seu capítulo II que estabelece o seguinte:

As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS) são desenvolvidos de acordo com suas diretrizes e obedecendo aos seguintes princípios: integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema (BRASIL, 1990, p. 18055).

A integralidade aponta para a ampliação e o desenvolvimento do cuidado nas profissões de saúde, e não se define somente como um princípio do SUS, mas como ordenador de um sistema que busca atender a todas as necessidades apresentadas pelo sujeito. Pode ainda ser entendida como um conjunto de ações pertinentes a uma assistência ampliada dos profissionais de saúde, com ações integradas numa visão abrangente do ser humano, dotado de sentimentos, aflições, e racionalidades (VIEGAS, 2010).

Nesse sentido, a integralidade desponta como um dos maiores desafios do sistema de saúde, ao demonstrar que a atenção à saúde deve levar em consideração as necessidades específicas das pessoas, ou de um grupo de pessoas, ainda que minoritários, em relação ao total da população, inclusive no aspecto relacionado ao alcance dos níveis de complexidade, desafio dinâmico e constante de se efetivar na prática, ainda conforme o autor supra.

Nas décadas passadas, o modelo assistencial centrado no médico e nas práticas curativas foi considerado desumano, por não incorporar as necessidades individuais em sua totalidade, o que produziu inúmeras críticas, levando-o a ser substituído por um modelo mais dinâmico e ampliado, no qual a integralidade emerge como o instrumento de ampliação do cuidado e de enfrentamento da fragmentação do sujeito, proposta pelo modelo ultrapassado (FONTOURA; MAYER, 2006).

Nas reflexões de Stotz (1991), a integralidade constitui o direito do indivíduo ao acesso (sem impedimentos de qualquer natureza) a todas as tecnologias que o sistema oferece para o atendimento de suas necessidades, as quais, apesar de serem determinadas (ou construídas) histórica e socialmente, apresentam-se de modo diferente para cada pessoa que as vivencia, e, é a partir desses diferentes modos que devem ser apreendidas.

O arcabouço conceitual da integralidade, como princípio ordenador e organizativo do SUS, identifica-se com o conceito de APS, denominada no Brasil de Atenção Básica, e o ultrapassa, quando imprime o valor da Qualidade. O conceito de Atenção Básica assim se coloca nos termos da Portaria nº. 3.925, de 13 de novembro de 1998, do MS, no Anexo I:

Atenção Básica é um conjunto de ações de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação. Essas ações não se limitam àqueles procedimentos incluídos no grupo Assistência Básica da Tabela do SIA/SUS, quando da implantação do PAB - Piso da Atenção Básica. A ampliação desse conceito se torna necessária para avançar na direção de um sistema de saúde centrado na qualidade de vida das pessoas e de seu meio ambiente (BRASIL, 1998, p. 2).

Dessa normativa é que advém a polissemia de sentidos sobre a integralidade, ora como essência do SUS, seja como arranjo de ações configurativas da APS, mas, sobretudo como afirmação de valores “que merecem ser defendidos”. Valores que dizem respeito à afirmação da Saúde, da Qualidade de Vida, da Integridade do ser humano, em toda vigência de sua subjetividade, autonomia, responsabilidade e identidade; nova forma de se ver o usuário, no serviço. Implica, portanto, em práticas carregadas de sentido e não necessariamente apoiadas em tecnologias pesadas (MATTOS, 2001).

Para Mattos (2004b, 2009b), a integralidade não é apenas uma diretriz, é uma “bandeira de luta”, expressão de um conjunto de valores pelos quais vale a pena lutar. Assim, a integralidade é apreendida por esse autor em três dimensões: (1) como princípio orientador das práticas; (2) como princípio orientador da organização do trabalho; (3) como princípio orientador das políticas. No primeiro caso, o indivíduo é visto de forma integral (não fragmentária). Aqui, a integralidade pressupõe uma prática em que a intervenção não se reduz à “queixa” do usuário, mas, ao contrário, amplia-se no sentido do profissional identificar na “queixa” as diversas ações e serviços de que o indivíduo necessita. Trata-se de uma abordagem na qual o profissional tanto aproveita a oportunidade do “encontro” com os usuários para aplicar técnicas preventivas, quanto para identificar necessidades que vão além da prevenção e do controle de doenças. No segundo caso, a integralidade se expressa num modo de organização voltado para a articulação entre as práticas de saúde pública e as práticas assistenciais. Nesse sentido, os serviços devem ser organizados de maneira tal que permita uma apreensão ampliada das necessidades dos usuários. No terceiro caso, a integralidade relaciona-se: (a) à recusa por parte dos governantes de reduzir a objetos (descontextualizados) das políticas públicas os sujeitos para os quais a política foi formulada, ampliando o horizonte de problemas sobre o qual a política incide; e (b) a respostas governamentais que incorporam ações voltadas para a prevenção e para a assistência.

Outro ângulo de aproximação à integralidade considera a rede de serviços em distintos níveis de complexidade e de competências, em que a integração, entre as ações nos diversos níveis, se realiza e satisfaz o conjunto de cuidados demandados por um indivíduo. Se no primeiro ângulo considerado, o da integração horizontal entre prevenção, promoção e recuperação, concorre os saberes técnicos e as práticas dos diferentes profissionais que atuam diretamente no cuidado à saúde, aí cabe considerar a atuação decisiva dos gestores que organizam o conjunto dos serviços de saúde e que estabelecem articulações favorecedoras de uma Integralidade, entre os diferentes níveis de complexidade e competência de uma rede de serviços de saúde (MARSIGLIA, 2005).

No âmbito da prática profissional, Pinheiro e Mattos (2009) apontam a integralidade como valor a ser sustentado e defendido nas práticas dos profissionais de saúde, ou seja, um valor que se expressa na forma como os profissionais respondem aos pacientes que os procuram.

Incorpora a dimensão da prevenção aos fatores de risco articulado à assistência – um dos sentidos da integralidade como uma boa prática da biomedicina. Ou seja, além de diagnosticar a patologia, atua com uma visão de prevenção para os demais fatores de risco não explicitados pelo paciente. Ampliando para além do profissional médico, a equipe deve estar organizada para propiciar a oportunidade de trabalhar de forma integral, para além da atitude do profissional. Portanto, os sentidos da integralidade que incidem sobre as práticas do profissional devem “discernir de um modo abrangente as necessidades dos usuários desses serviços, buscando gerar e aproveitar as oportunidades de aplicação das técnicas de prevenção e o controle das doenças” (PINHEIRO; MATTOS, 2003, p. 39).

Na organização dos serviços e das práticas de saúde, a integralidade busca romper com a polaridade entre saúde pública e assistência, ou entre as ações de prevenção e as de recuperação da saúde:

Os serviços devem, ainda, estar organizados para realizar uma apreensão ampliada das necessidades da população sob sua responsabilidade. Nesse sentido, a integralidade pressupõe um modo de organizar o processo de trabalho nos serviços de saúde, que se caracteriza pela busca contínua da ampliação do horizonte de percepção das necessidades de saúde de um grupo populacional para além daquilo que é expresso nas demandas ao serviço de saúde. Nesses termos, integralidade pressupõe o conceito de cuidado em saúde, que considera a relação assimétrica entre sujeitos, em que o profissional deve praticar o reconhecimento do outro como alguém diferente de si e com necessidades não redutíveis ao conhecimento que instrumentaliza o profissional de saúde (COSTA, 2004, p. 5).

Embora polissêmico, o conceito de integralidade, segundo Mattos (2009a), aponta para a boa prática profissional, produto do movimento que propunha uma assistência integral para a população dos Estados Unidos, no século passado; e para a horizontalização dos programas e das políticas de saúde, tornando-os mais democráticos e desburocratizados, nos quais o trabalho em equipe subsidia sua configuração.

Para Starfield (2002), a integralidade constitui um dos atributos da APS e um dos indicadores de avaliação dos sistemas e das políticas de saúde, baseados na democratização dos processos e na autonomia dos sujeitos. Nesse contexto, a autora classifica a integralidade em horizontal, ou cuidado proporcionado, representado pelo acesso e pelo vínculo; e em vertical, representado pela coordenação da atenção e pelo próprio sentido da integralidade.

### 3.2.3 A Política Nacional de Humanização e o reforço à integralidade do SUS

Para dar sentido à integralidade, à universalidade e ao aumento da equidade, o SUS instituiu em 2003, uma política pública de saúde — conhecida como Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão no Sistema Único de Saúde (HumanizaSUS) — que visa superar a fragmentação do trabalho cotidiano em saúde e das relações entre os diferentes profissionais, a fragmentação da rede assistencial e a precária interação das equipes (BRASIL, 2004, 2007b).

O documento ministerial aponta alguns princípios que favorecem a humanização do cuidado, tais como a transversalidade, a indissociabilidade entre a gestão e a atenção, e o protagonismo dos sujeitos (BRASIL, 2004). A correlação entre os princípios propostos agrega valores novos ao formato do SUS, no qual as práticas dos profissionais de saúde distanciam-se do biologicismo hegemônico e caminham em direção à estruturação do cuidado centrado nas características singulares dos indivíduos. No entanto, essa estruturação ancora-se no acolhimento, na gestão participativa, na ambiência, na clínica ampliada, na valorização do trabalhador e na defesa dos direitos dos usuários.

Solla (2005) afirma que o acolhimento, como diretriz da Política Nacional de Humanização (PNH), pressupõe a garantia de acesso a todas as pessoas, a escuta qualificada dos problemas de saúde do usuário, proporcionando a ele, sempre uma resposta positiva às suas necessidades, responsabilizando-se pela resolução do seu problema. Portanto, o acolhimento deve garantir, não só práticas mais humanizadas, mas também a resolutividade do problema do usuário e a responsabilização longitudinal pelo mesmo, por meio do vínculo.

Entende-se o acolhimento, enquanto postura da equipe de saúde, receber os usuários e escutar de forma adequada e humanizada as suas demandas, o que permite construir relações de confiança e apoio entre trabalhadores e usuários. O acolhimento é entendido ainda como técnica que incentiva a escuta e a análise entre os membros da equipe, o que o torna reorganizador do trabalho cotidiano em saúde (SOLLA, 2005).

Esse reordenamento do trabalho sofre influência direta da democratização conferida ao sistema de saúde, como apontam os autores:

O SUS também reinaugurou um novo ciclo democrático, reafirmando a gestão participativa como componente estratégico que, junto com a descentralização, regionalização e cooperação entre esferas distintas do SUS, propõe uma mudança radical na cultura da gestão pública no país. Na prestação de serviços, a tarefa que se apresenta é a construção da integralidade, a promoção da equidade e a atenção humanizada à saúde (CUNHA; MAGAJEWSKI, 2012, p. 72).

Diante disso, já não se compreende a integralidade distante das próprias diretrizes que sustentam a PNH, que de forma entrelaçada avançam na efetivação do SUS. A fragmentação na gestão do sistema já vinha sendo superada com a descentralização compartilhada, quando as Normas Operacionais Básicas do SUS instituíram espaços de negociação e pactuação, com maior equilíbrio, por meio das Comissões Intergestores Tripartite (CIT) e Comissões Intergestores Bipartites (CIB) e, com o Pacto pela Saúde, por meio da instalação das Comissões Gestoras Regionais e, mais recentemente, das mesas de negociação permanente do SUS. No entanto, a PNH, ao preconizar a valorização dos diferentes sujeitos envolvidos com o processo de produção de saúde (usuários, trabalhadores e gestores), fomenta a autonomia e o protagonismo dos mesmos e aumenta o grau de corresponsabilidade na produção do cuidado, o estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo (BRASIL, 2007a).

Cunha (2005) destaca o esforço da PNH em retomar o papel central do sujeito enfermo dentro das práticas terapêuticas do sistema de saúde, e dos trabalhadores, em responsabilizar-se para conduzir suas práticas, mediando relações e estimulando a participação dos sujeitos, ampliando assim, o objeto da clínica profissional. O termo humanização, no interior da PNH, engloba as seguintes perspectivas: a valorização dos diferentes sujeitos, envolvidos no processo de produção de saúde, sejam eles usuários, trabalhadores ou gestores; o incentivo à autonomia e ao protagonismo desses sujeitos; e o aumento do grau de corresponsabilidade na produção do cuidado.

A compreensão da clínica ampliada, idealizada pela PNH, envolve o contexto do sujeito enfermo, e o contexto do trabalho cotidiano do profissional que se dedica ao cuidado da saúde humana, ambos confrontando o sujeito que cuida, ambos confrontando o sujeito que cuida, e o que é cuidado. Na dimensão desse encontro, reside um dilema entre complexidade do trabalho e simplificação da tarefa. A complexidade do trabalho refere-se às relações, nas quais se situam os diversos atores, com projetos distintos, e muitas vezes contraditórios e complementares. Contudo, mesmo nesse paradoxo, uma das possibilidades de trabalho reside no reconhecimento de que o conflito entre posições pode ser superado pela construção de pactos, negociações e diálogos (CUNHA, 2005).

Essa forma compartilhada de produzir saúde, historicamente, ganha reforço com a implantação da PNH, sobretudo ao garantir a saúde como um direito constitucional do cidadão. No entanto, Silva, Ferreira e Silva (2010) destacam que a efetivação desse direito não ocorre de forma igualitária no cenário brasileiro, e que as representações dos usuários do sistema de saúde sobre essa garantia variam sob influência de vários fatores, dentre os quais, o

acesso, que sustenta a integralidade da atenção à saúde. Essa reflexão paradoxal aponta o distanciamento entre teoria e prática, entre o que é “sabido” e o que é “vivido”. E uma vez que o direito não se efetiva naturalmente, as novas políticas e iniciativas ministeriais, tais como a PNH surgem com o compromisso de defesa dos direitos desses usuários.

Barbosa *et al.* (2013) afirmam que a humanização se configura como uma aposta ética, estética e política. Ética, porque envolve usuários, gestores e trabalhadores comprometidos com a melhoria do cuidado. Estética, porque permite um processo criativo e sensível da produção da saúde por sujeitos autônomos e protagonistas de um processo coletivo. Política, porque se refere à organização social e institucional, onde a mediação de conflitos e o desenvolvimento de consensos requerem solidariedade nos vínculos estabelecidos, garantia dos direitos dos usuários e a participação coletiva do processo de gestão.

A produção científica sobre a PNH, disponível no LILACS, durante os anos de 2002 e 2013 apontam a necessidade da incorporação das ciências humanas na formação profissional, no sentido de ampliar os saberes, para melhor conhecer a população e seu processo de adoecimento. Com relação ao trabalho cotidiano em saúde, os artigos indicam alguns desafios a serem enfrentados pela PNH, tais como trabalhadores desvalorizados em seu cotidiano institucional, instáveis, e o baixo investimento em educação permanente no SUS (BARBOSA *et al.*, 2013).

*Digo: o real não está na saída nem na chegada: ele se dispõe para a gente é no meio da travessia.*

*Guimarães Rosa*

**METODOLOGIA**

## 4 METODOLOGIA

### 4.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de um estudo de casos múltiplos de cunho qualitativo, ou seja, permite a análise intensiva do objeto de investigação, reunindo informações numerosas e detalhadas, com vistas à apreensão da totalidade a ser pesquisada. Para tal, pode-se recorrer a técnicas variadas de coleta de dados (BRUYNE; HERMAN; SCHONTHEETE, 1991). Segundo Yin (2005), a coleta de dados para os estudos de caso pode basear-se em diferentes fontes de evidência, dentre elas a documentação, os registros em arquivos, as entrevistas, observação direta, observação participante e artefatos físicos, sendo seu caráter complementar. Neste estudo, os dados foram coletados por meio de fontes primárias e secundárias.

Ainda em relação ao estudo de casos múltiplos, se configura como uma variante dos projetos de estudo de caso, e vem sendo utilizado de forma extensiva em pesquisas da área das ciências sociais. De acordo com Yin (2005), o estudo de casos múltiplos, tem sido utilizado como estratégia de pesquisa nos estudos organizacionais e gerenciais, e de administração pública, contribuindo de forma inigualável, para a compreensão de fenômenos complexos, nos níveis individuais, organizacionais, sociais e políticos e permitindo a preservação das características significativas dos eventos da vida real. A aplicação mais importante desse método de pesquisa, ainda segundo o mesmo autor, é a capacidade de explicar os supostos vínculos causais em intervenções da vida real que são complexos demais para as estratégias experimentais ou de levantamento.

Os estudos de casos múltiplos apresentam a vantagem de que são considerados mais convincentes, e mais robustos. Conta com a lógica da replicação, ou seja, após revelar uma descoberta significativa através de um experimento único, o objetivo imediato da pesquisa seria replicar essa descoberta conduzindo um segundo, um terceiro, ou até mais experimentos. A lógica do estudo de casos múltiplos deve seguir a partir da seleção de cada caso cuidadosamente, prevendo resultados semelhantes (replicação literal) ou de produzir resultados contrastantes por razões previsíveis (uma replicação teórica) (YIN, 2005).

O desenvolvimento do estudo de casos múltiplos é descrito por Lüdke e André (1986) da seguinte forma:

- Uma primeira fase, caracterizada como *fase exploratória*, onde o pesquisador parte do pressuposto da inexistência de uma visão predeterminada da realidade, indo em busca dos aspectos relevantes que envolvam uma determinada situação.

- A segunda fase corresponde à *delimitação do estudo*, sendo a mesma realizada numa etapa consecutiva à identificação dos elementos-chave e dos contornos aproximados do problema. Assim, o pesquisador procede à coleta sistemática de informações, utilizando instrumentos mais ou menos estruturados e técnicas mais ou menos variadas, sendo, sua escolha determinada pelas características do objeto estudado. A importância da determinação dos focos da investigação e do estabelecimento dos contornos do estudo está ligada à impossibilidade de se explorar todos os ângulos do fenômeno, principalmente se considerarmos a limitação do tempo de realização da maioria das pesquisas. Nessa perspectiva, a seleção dos aspectos mais relevantes e a determinação do recorte se configuram como elementos cruciais para o alcance dos propósitos do estudo de caso, assim como para se chegar a uma compreensão mais acurada e completa da situação pesquisada.
- A *análise sistemática e a elaboração do relatório* constituem a terceira fase de desenvolvimento do estudo de casos múltiplos, e decorre da necessidade de sistematização e análise das informações para serem repassadas aos informantes para que possam manifestar suas reações sobre a relevância e a acuidade do que é relatado. Nesta fase, é necessário um constante movimento entre a teoria e os dados empíricos.
- A última etapa, denominada *prática do estudo de caso* está relacionada aos possíveis problemas que podem ser evocados quanto ao planejamento ou desenvolvimento deste tipo de estudo.

No estudo de casos múltiplos, parte-se do pressuposto de que o leitor utilizará seu conhecimento tácito para fazer inferências, generalizações, desenvolver novos significados e compreensões.

Para finalizar as considerações a respeito do estudo de casos múltiplos, é importante lembrar que este tipo de estudo, caracterizado pela investigação aprofundada e exaustiva sobre um ou poucos objetos com vistas ao seu conhecimento amplo e detalhado, constitui tarefa praticamente impossível mediante a adoção de outros tipos de delineamentos de pesquisa (GIL, 1999). A esse respeito, Carvalho (2002) chama a atenção para o fato de o estudo de caso possibilitar a preservação do caráter unitário do objeto a ser estudado. Nessa perspectiva, o método de Estudo de Caso foi considerado adequado na presente pesquisa pela real complexidade do fenômeno em questão, sua contemporaneidade e sua inserção no contexto das organizações do setor saúde do Estado de Minas Gerais.

Apresenta-se aqui a fase exploratória do estudo de casos múltiplos em questão, para delimitação dos municípios e posteriormente dos sujeitos que farão parte da amostra desta pesquisa. Foi realizado em um primeiro momento, a definição mais precisa do objeto de estudo, sendo este o momento de se especificar as questões ou pontos críticos, de se estabelecer os contatos iniciais para entrada em campo, de se localizar os informantes e as fontes de dados necessárias para o estudo. “Essa visão de abertura para a realidade tentando captá-la como ela é realmente, e não como se quereria que fosse, deve existir não só nessa fase, mas no decorrer de todo o trabalho, já que a finalidade do estudo de caso é retratar um fenômeno em ação.” (LÜDKE; ANDRÉ, 1986, p. 121).

Uma pesquisa ao assumir um modo qualitativo de se fazer, procura fazer com que o pesquisado reviva uma experiência, pois há sempre uma relação entre o fenômeno que se mostra e o sujeito que vivencia. A abordagem qualitativa apresenta-se como uma possibilidade de escolha na qual o pesquisador lida com categorias analíticas e explicativas que extrapolam os dados quantitativos. Tais categorias são alcançadas na interface do teórico com o empírico, “na tentativa de colocar em evidência as possibilidades de interpretação dos fatos estudados e não exclusivamente demonstrar sua evidência.” (TITTONI; JACQUES, 2001, p. 78).

A opção por um estudo de natureza qualitativa deu-se em face da possibilidade de investigação da realidade social para além do observável na superfície e do quantificável. Segundo Demo (1998), a abordagem qualitativa vem se sobressaindo em relação à quantitativa, seja pela saturação dos métodos formais e cerceadores das manifestações da realidade, seja pela necessidade de se avançar em horizontes tão intensos quanto difíceis de serem adentrados.

As ciências sociais, por se preocuparem com os significados, vêm ganhando força na atualidade por meio do fortalecimento da introspecção do homem e da observação de si mesmo, ressaltando questões que até então passavam despercebidas e negligenciadas pelos métodos quantitativistas (MINAYO, 1996).

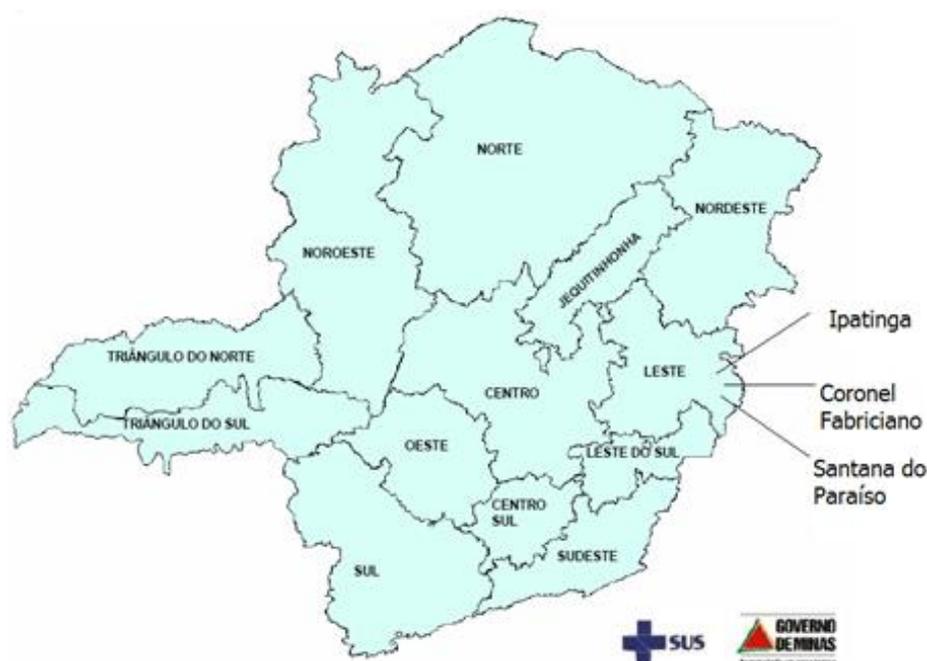
## **4.2 CENÁRIO DA PESQUISA**

O cenário do estudo é representado por três municípios, Ipatinga, Coronel Fabriciano e Santana do Paraíso, com territórios contíguos de dimensões diferentes sendo de grande, médio e pequeno porte e pertencentes a uma mesma Região de Saúde, no caso a Macro Leste de Minas Gerais. A escolha dos municípios ocorreu por se tratar de uma importante região de

saúde do estado, e pelo fato de serem municípios onde a autora desse estudo implantou e operacionalizou a Estratégia Saúde da Família.

Minas Gerais ocupa 6,9% do território brasileiro e 63,5% da Região Sudeste, sendo o maior em extensão e mais industrializado estado desta região (INSTITUTO DE DESENVOLVIMENTO INTEGRADO DE MINAS GERAIS, 2006). Com cerca de 600 mil km<sup>2</sup> e uma população de mais de 19 milhões de habitantes é o estado com maior número de municípios do país (853) e divide-se em dez Regiões de Planejamento, entre elas está incluída a Região do Vale do Rio Doce onde está localizada a Região Metropolitana do Vale do Aço (RMVA) (MINAS GERAIS, 2010a; 2010b).

No âmbito da saúde, o Estado de Minas Gerais apresenta adesão municipal na gestão do SUS em 100% dos municípios. Esses municípios estão assistencialmente divididos em 13 macrorregiões e 77 microrregiões sanitárias (JUNQUEIRA; MOTTA, 2010).



**FIGURA 3:** Macrorregiões de saúde no mapa do Estado de Minas Gerais.

Fonte: Minas Gerais (2013).

#### 4.2.1 O Vale do Aço

O estudo foi realizado na macrorregião Leste com os municípios de Ipatinga, Coronel Fabriciano e Santana do Paraíso, mais especificamente na Região do Vale do Aço, localizados a 208 km da capital do Estado, Belo Horizonte.

A macrorregião Leste tem como municípios polo Ipatinga e Governador Valadares. Essa por sua vez se divide em sete microrregiões (TAB. 1). Ipatinga se configura como

referência macrorregional de Coronel Fabriciano e atua como referência macro e microrregional de Santana do Paraíso.

**TABELA 1: Distribuição da população e do quantitativo de municípios por macros e microrregiões do Estado de Minas Gerais, 2010.**

| Macrorregião Leste (86 municípios) | Microrregião (7)                              | População      | Quantidade de municípios |
|------------------------------------|---|----------------|--------------------------|
| Ipatinga e Governador Valadares    | Municípios                                    | 1.379.187      | 86                       |
|                                    | 1. Caratinga                                  | 199.003        | 15                       |
|                                    | 2. Coronel Fabriciano                         | <b>247.404</b> | <b>10</b>                |
|                                    | 3. Governador Valadares                       | 380.641        | 21                       |
|                                    | 4. Ipatinga                                   | <b>289.939</b> | <b>07</b>                |
|                                    | Santana do Paraíso                            |                |                          |
|                                    | 5. Mantena                                    | 68.317         | 09                       |
|                                    | 6. Santa Maria do Suaçuí/São João Evangelista | 101.751        | 11                       |
| 7. Resplendor                      | 85.118  | 08             |                          |

Fonte: Minas Gerais (2010a).

A macrorregião Leste (Ipatinga e Governador Valadares) é composta por 86 municípios, divididos em sete microrregiões, quais sejam: Ipatinga, Governador Valadares, Coronel Fabriciano, Caratinga, Mantena, Santa Maria do Suaçuí e Resplendor. A microrregião de Ipatinga possui 14 municípios dentre esses Santana do Paraíso.

MACRORREGIÃO LESTE –(GOV VALADARES/IPATINGA) – PDR/MG-2011



MICRORREGIÃO DE IPATINGA – PDR/MG-2011



**FIGURA 4: Regiões de Saúde. Macrorregião Leste e Microrregião de Ipatinga.**

Fonte: Minas Gerais (2013).

A RMVA foi criada em 1998, com mais de 500 mil habitantes e Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,803, possui um Produto Interno Bruto (PIB) per capita de R\$ 20.799,46, gera cerca de 20% do PIB do Estado de MG, sendo o segundo maior polo

urbano-industrial, atrás apenas da região metropolitana de Belo Horizonte, e se configura como o 11º maior PIB do país. Na região se encontram duas siderúrgicas de porte internacional, Usinas Siderúrgicas de Minas Gerais S/A (USIMINAS) (consórcio brasileiro-japonês), a APERAN (grupo francês), e uma fábrica de celulose, Celulose Nipo-Brasileira S/A (CENIBRA) (grupo japonês), além de inúmeras outras empresas de médio e pequeno porte (OLIVEIRA; LÜTTGEN, 2005).

A RMVA é composta por 26 municípios sendo quatro oficiais, Ipatinga, Coronel Fabriciano, Santana do Paraíso e Timóteo, e outros 22 denominados por “colar metropolitano”.



**FIGURA 5: Região Metropolitana do Vale do Aço.**

Fonte: Região... (2009).

A respeito da rede pública de saúde desses municípios, a relação entre eles é estabelecida por meio de pactuações intermunicipais. Ipatinga se configura como referência da macrorregião no que tange acesso aos serviços de saúde de média e alta complexidade (MAC). Em relação à MAC, tanto o município de Coronel Fabriciano quanto o de Santana do Paraíso têm em Ipatinga sua referência macrorregional para cirurgias cardíacas e ortopédicas, hemodiálise, oncologia e exames de imagem de maior complexidade.

### **4.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO**

Os sujeitos da presente pesquisa são profissionais de saúde e usuários, ambos do SUS, que vivenciam ações cotidianas dos serviços de saúde dos diferentes municípios sede da pesquisa, e que interagem com a população assistida dia a dia, construindo realidades muitas vezes distintas.

Como se trata de um estudo de casos múltiplos, ocorrido em três municípios distintos, optou-se por abordar uma Equipe de Saúde da família por município, *à priori*. A escolha dos sujeitos foi desenhada a partir do sorteio das UAPS que seriam abordadas para a pesquisa, considerando uma em cada município. Os critérios de inclusão para os profissionais foi a de pertencer ao quadro de funcionários da UAPS sorteada; caso houvesse mais de uma equipe, optou-se, inicialmente e intencionalmente, em convidar os profissionais com maior tempo de permanência no serviço, pelo acúmulo e experiência vivenciada em diferentes momentos da implantação do mesmo. Para os usuários, ter idade superior a 18 anos, cadastrado na unidade de saúde e ter residência fixada na área de abrangência da equipe selecionada e por tempo de moradia e uso do serviço de saúde superior a dois anos.

Para a definição dos sujeitos considerou-se, inicialmente, um profissional de cada categoria que compõe uma Equipe de Saúde da Família na sua formatação básica, ou seja, enfermeiro, médico, técnico de enfermagem e ACS, totalizando quatro profissionais por município. Em relação aos usuários, decidiu-se pela equivalência quantitativa dos profissionais, ou seja, se quatro profissionais, quatro usuários de cada município. Nas duas constituições de sujeitos, profissionais e usuários, foi imprescindível perceber a saturação de dados com os primeiros respondentes, caso isso não ocorresse, seria necessário o retorno ao campo para coleta de novos dados. No decorrer da coleta de dados, ao escutar as gravações dos entrevistados percebeu-se uma repetição nas falas tanto dos profissionais quanto dos usuários sobre as questões abordadas, o que sinalizou o encerramento dessa etapa.

Os profissionais foram convidados a participar em seu setor de trabalho e os usuários em suas casas ou no próprio território da equipe por onde transitavam. Ao convite, foram informados sobre o objetivo da pesquisa, bem como todo e qualquer procedimento, sendo livre de aceitar ou não fazer parte da mesma, com garantia constante de anonimato e de que as informações seriam para fins científicos, com a possibilidade de se retirarem a qualquer momento da pesquisa. A todos foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A), em duas vias de igual teor, que foi assinado pelo pesquisador e entrevistado.

Dessa forma, os sujeitos da pesquisa totalizaram 24 participantes, sendo 12 profissionais de saúde, constituído por três médicos, três enfermeiros, três auxiliares de enfermagem, três agentes de cada equipe das UAPS sorteadas (QUADRO 3) e 12 usuários, quatro de cada município (QUADRO 4). Em respeito ao anonimato, os entrevistados foram identificados pela letra inicial de sua categoria, ou seja, Enfermeiro (E), Médico (M), Técnico de Enfermagem (TE), Agente Comunitário de Saúde (ACS) e Usuários (U), seguida do número relativo à sequência de realização da entrevista.

**QUADRO 3: Caracterização dos profissionais das equipes das UAPS, Minas Gerais, 2012.**

| Nº | Profissionais | Formação/Especialização     | Tempo de formação | Dedicação exclusiva | Tempo na equipe  |
|----|---------------|-----------------------------|-------------------|---------------------|------------------|
| 1  | E 1           | Enfermeira/Auditoria        | 10 anos           | Sim                 | 5 anos           |
| 2  | E 2           | Enfermeira/ Saúde Pública   | 5 anos            | Sim                 | 4 anos e 6 meses |
| 3  | E 3           | Enfermeira /UTI             | 5 anos            | Sim                 | 11 meses         |
| 4  | M 1           | Medicina/Gastroenterologia  | 21 anos           | Sim                 | 9 anos e 2 meses |
| 5  | M 2           | Medicina/Dermatologia       | 6 anos            | Sim                 | 3 anos e 6 meses |
| 6  | M 3           | Medicina/Dermatologia       | 1 ano e 6 meses   | Não                 | 1 ano e 2 meses  |
| 7  | TE 1          | Técnico de Enfermagem       | 25 anos           | Sim                 | 10 anos          |
| 8  | TE 2          | Técnico de Enfermagem       | 8 anos            | Sim                 | 3 meses          |
| 9  | TE 3          | Técnico de Enfermagem       | 6 anos            | Sim                 | 4 anos           |
| 10 | ACS 1         | Agente Comunitário de Saúde | NSA               | Sim                 | 6 anos           |
| 11 | ACS 2         | Agente Comunitário de Saúde | NSA               | Sim                 | 4 anos           |
| 12 | ACS 3         | Agente Comunitário de Saúde | NSA               | Sim                 | 6 anos           |

Legenda: \* NSA - Não se aplica.

Fonte: Dados da pesquisa (2012).

**QUADRO 4: Caracterização dos usuários das UAPS, Minas Gerais, 2012.**

| Usuário | Município          | Idade | Sexo | Escolaridade           | Profissão                   |
|---------|--------------------|-------|------|------------------------|-----------------------------|
| U 1     | Ipatinga           | 48    | F    | Fundamental incompleto | Auxiliar de Serviços Gerais |
| U 2     | Ipatinga           | 52    | M    | Fundamental incompleto | Motorista                   |
| U 3     | Ipatinga           | 25    | F    | Médio incompleto       | Artesã                      |
| U 4     | Ipatinga           | 36    | F    | Fundamental incompleto | Do lar                      |
| U 5     | Coronel Fabriciano | 47    | F    | Médio incompleto       | Diarista                    |
| U 6     | Coronel Fabriciano | 64    | F    | Analfabeta             | Aposentada                  |
| U 7     | Coronel Fabriciano | 45    | F    | Médio incompleto       | Vendedora                   |
| U 8     | Coronel Fabriciano | 46    | F    | Médio completo         | Vendedora                   |
| U 9     | Santana do Paraíso | 46    | F    | Fundamental incompleto | Do lar                      |
| U 10    | Santana do Paraíso | 53    | F    | Médio incompleto       | Do lar                      |
| U 11    | Santana do Paraíso | 30    | F    | Médio incompleto       | Do lar                      |
| U 12    | Santana do Paraíso | 40    | F    | Fundamental incompleto | Do lar                      |

Fonte: Dados da pesquisa, 2012.

#### **4.4 COLETA DE DADOS**

Os dados primários foram coletados mediante a realização de entrevistas semiestruturadas com trabalhadores de saúde e usuários dos cenários selecionados para o estudo.

Em relação à entrevista semiestruturada, Minayo (1996) menciona a possibilidade de se combinar perguntas abertas e fechadas, por meio das quais o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto, sem respostas ou condições prefixadas pelo pesquisador.

Quanto à entrevista, ocorreu individualmente e foi fundamentada em um roteiro de perguntas para os usuários, e outro, para os profissionais (APÊNDICE B). A realização das entrevistas aconteceu em local e horário predeterminados pelos entrevistados, e com permissão prévia dos municípios.

Quanto aos dados secundários, foram obtidos de fontes internas (estrutura de papéis e descrição de cargos e funções, relatório da controladoria dos municípios), Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão (SARGSUS), Plano Diretor de Regionalização (PDR) e de outras fontes externas como informes, Sala de Apoio de Gestão Estratégica (SAGE), Relatório Municipal de Indicadores de Monitoramento e Avaliação do Pacto Pela Saúde: Prioridades e Objetivos, Termo de Compromisso de Gestão (TCG), Planilha de Pactuação das Responsabilidades por município, Planilha de Implantação das Estratégias de Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Família e Saúde Bucal do Departamento de Atenção Básica do MS, com o objetivo de compreender o contexto sanitário e relacionar os pontos de atenção e unidades de saúde que compõem a rede de serviços de cada município estudado, e as metas pactuadas por cada um agregando informação para a análise dos dados e elaboração dos resultados.

#### **4.5 ANÁLISE DE DADOS**

A partir da transcrição das entrevistas, a análise buscou a identificação de consensos e diferenças, selecionando pontos chaves das entrevistas, temas comuns e padrões de significados. Para tal, foi utilizada a análise de conteúdo e classificação dos elementos por categorias de análise. Cabe registrar que análise de conteúdo é um conjunto de técnicas que examinam a comunicação, seja oral, escrita, icônica ou até mesmo apresentada por outros códigos que sejam capazes de registrar algum significado. Bardin (2006) propõe a utilização

de procedimentos sistemáticos para descrever e inferir o significado das mensagens emitidas durante as entrevistas.

À mediação entre a ação de descrever e a de interpretar se dá o nome de inferência, raciocínio lógico em que o fenômeno se desdobra em elementos passíveis de serem deduzidos, avançando na percepção das condições de produção dos enunciados pelos participantes (BARDIN, 2006).

A técnica consiste em classificar os diferentes elementos, nas diversas gavetas, segundo critérios susceptíveis de fazer surgir um sentido capaz de introduzir uma certa ordem na confusão inicial. É evidente que tudo depende, no momento da escolha dos critérios de classificação, daquilo que se procura ou que se espera encontrar (BARDIN, 2006, p. 32).

Pelos vestígios e condições manifestadas com certa frequência, nas literaturas consultadas, e pela própria capacidade de dedução do pesquisador, optou-se por dividir os elementos de significação em categoriais e subcategorias de análise, facilitando dessa forma a interpretação e, conseqüentemente, a emissão dos resultados.

Os dados primários foram tratados e analisados por meio da técnica de análise de conteúdo (BARDIN, 2006; MINAYO, 1991; TURATO, 2003). Os dados secundários foram submetidos à análise documental (BARDIN, 2006; FIORIN, 1988; 1989; ORLANDI, 2000).

Na etapa seguinte, foram seguidos os passos de acordo com a proposta da análise de conteúdo, mais especificamente, do tipo temática orientada por Bardin (2006), que estabelece a seguinte lógica: após transcrição das fitas, foram feitas leituras dos relatos, buscando organizá-los para que pudesse ser formado um sentido para o conjunto de proposições; em seguida, fez-se a leitura do texto com o objetivo de encontrar “unidades de significados” no discurso da pesquisa, a fim de transformar as unidades de significados em temas, buscando um aprofundamento do conteúdo das mensagens. Na sequência, realizaram-se a interpretação dos temas e a discussão com a literatura existente e, finalmente, a elaboração do relatório final que apresentou a compreensão realizada, sabendo-se que “o produto final é sempre provisório”.

As categorias emergiram dos dados coletados a partir da seleção de unidades de significado contidas nos discursos dos entrevistados; a partir daí foi elaborado uma planilha contendo todas essas unidades de significado que foram agrupadas em subcategorias e as subcategorias agrupadas em categorias.

Os dados, aqui apresentados, foram classificados em categorias que serão exibidas no capítulo “Resultados e discussões”. Também foram definidas duas grandes categorias de

análise, nominadas da seguinte forma: O ACESSO NOS DISTINTOS CENÁRIOS DE UMA REGIÃO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS: sentidos e contrasentidos e A INTERRELAÇÃO DOS MUNICÍPIOS MEDIANTE A RETÓRICA DO ACESSO.

#### **4.6 CUIDADOS ÉTICOS**

Esta pesquisa contempla a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que regulamenta a pesquisa com seres humanos (BRASIL, 1996) e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais sob o parecer substanciado de nº 0571.0.203.000-09.

Aos participantes foi apresentado o TCLE em duas vias de igual teor, sendo uma entregue ao participante no ato da entrevista e a outra estando de porte do pesquisador.

Os entrevistados foram orientados pela pesquisadora sobre os objetivos e propósitos da pesquisa em tela, sendo garantido o anonimato, e utilização dos resultados somente para fins científicos.

*Mire veja: o mais importante e bonito, do mundo, é isto: que as pessoas não estão sempre iguais, ainda não foram terminadas — mas que elas vão sempre mudando.*

*Guimarães Rosa*

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O acesso à saúde no âmbito da dimensão organizacional-funcional deve contemplar desde questões de relações interpessoais, até as sócio-organizacionais para favorecer a entrada das pessoas no sistema de saúde seja ele público ou privado. Assim, esse estudo investiga o acesso a partir do sistema público de saúde, selecionando a atenção primária à saúde e consequentemente a ESF e seus respectivos trabalhadores e usuários.

Os discursos, aqui apresentados, encontram-se fundados em duas grandes categorias, divididas em três subcategorias. A primeira categoria, nominada “**O ACESSO NOS DISTINTOS CENÁRIOS DE UMA REGIÃO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS: sensos e contrassensos**” está dividida em: “*Ipatinga: a insatisfação do todo e a unanimidade dos fatos*”; “*Coronel Fabriciano: a dicotomia dos olhares*”, e “*Santana do Paraíso: entre a teoria e a prática*”. Já a segunda categoria, chamada de “**A INTERRELAÇÃO DOS MUNICÍPIOS MEDIANTE A RETÓRICA DO ACESSO**”; divide-se em: “*O acesso na APS e o trabalho cotidiano em saúde: o espaçamento entre o desejado e o real*”; “*Ampliação do acesso: implicações da organização dos serviços de saúde*”; e, “*Amplificadores para a qualidade do acesso: a vista de um ponto de usuários e profissionais do SUS*”.

### 5.1 O ACESSO NOS DISTINTOS CENÁRIOS DE UMA REGIÃO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS: sensos e contrassensos

Essa categoria aborda o acesso, nos três municípios envolvidos no estudo, a partir da dimensão organizacional, ênfase dessa tese. As análises desse momento foram fundamentadas no eixo das dimensões organizacionais e funcionais baseadas nos elementos organização, normas e procedimentos programáticos, tempo de espera prolongado, a entrada propriamente dita ao serviço, e a qualidade do atendimento.

Os três casos, aqui abordados, representam a diversidade do acesso diante da oferta e da demanda e perante movimentos distintos, realizados por ambos os atores envolvidos nessa pesquisa, usuários e profissionais. Cabe salientar, que os três municípios aqui relacionados: Ipatinga, Coronel Fabriciano e Santana do Paraíso são contíguos, contudo, singulares no que tange aos desenhos e manejos assistenciais e organizacionais, apontando resultados por vezes distintos em relação à temática do acesso.

### 5.1.1 Ipatinga: a insatisfação do todo e a unanimidade dos fatos

Ipatinga é um município brasileiro do interior do Estado de MG, com uma população de 239.468 habitantes (BRASIL, 2010c), com IDH elevado de 0,806 e extensão territorial de 164,884 km<sup>2</sup>.

Em 12 de dezembro de 1953, foi criado o distrito de Ipatinga. Até 1958, manteve-se como uma pequena vila, com cerca de 300 habitantes e 60 casas, mas esse lugarejo começou a crescer, pois ali seria construída uma grande usina de aço. Em abril de 1956, foi fundada a USIMINAS, e chegaram, em meados de 1958, as primeiras máquinas acompanhadas de levas de homens que viriam a construir a siderúrgica. A Usina fica próxima a uma das maiores reservas de minério de ferro do mundo, o Quadrilátero Ferrífero de Minas Gerais (CÂMARA MUNICIPAL DE IPATINGA, 2007).



**FIGURA 6:** Vista aérea do município de Ipatinga (MG).

Fonte: Ipatinga (2012).

Com o rápido crescimento, se tornou fundamental que Ipatinga tivesse autonomia administrativa. A pequena vila dependia diretamente dos interesses da sede, que era o atual município de Coronel Fabriciano, e os moradores acusavam políticos fabricianenses de descaso administrativo para com o distrito. Em 1962, a Assembleia Legislativa do Estado de Minas Gerais (ALMG) aprovou, em redação final, o projeto de revisão administrativa, que criou 237 novos municípios, entre eles, Ipatinga — criada pela Lei Estadual n° 2.764 (MINAS GERAIS, 1962).

No que tange à história do município, foram encontrados registros escritos na obra de Cecílio (2006) denominada “Inventando a mudança para Saúde”. Esse autor esteve no município no início da década de 90, realizando um trabalho de capacitação dos profissionais de saúde e escreveu, juntamente com Merhy (2006), um capítulo sobre tal experiência.

Foi nos últimos trinta anos que esse município saiu de pequeno núcleo urbano-rural para a situação de polo da região do Vale do Aço. Isso se deve à implantação de unidades siderúrgicas na região, particularmente a USIMINAS, como consequência da política de governo dessas décadas passadas (MERHY, 2006, p. 126).

O município de Ipatinga tem 50 anos e está entre os 29 municípios do estado com mais de 100 mil habitantes. Seu desenvolvimento urbano vem acontecendo paralelamente ao crescimento da USIMINAS, grande responsável por parte do incremento da cidade. Cabe salientar também, que o conjunto dos municípios: Ipatinga, Coronel Fabriciano, Santana do Paraíso e Timóteo compõem a Região Metropolitana do Vale do Aço, e que Ipatinga é apontada como a quinta cidade mais desenvolvida do estado de Minas Gerais com IDH 0,806.

Em 1989, um novo governo assumiu a administração do município e definiu a autonomia executiva como diferencial da sua gestão. Apesar dos conflitos com a gestão da siderúrgica, o governo municipal foi conquistando o apoio da população e passou a investir no sistema de saúde, tanto na estrutura física, quanto na contratação de profissionais (MERHY, 2006).

O Partido dos Trabalhadores (PT) administrou o município de 1989 a 2004, durante quatro mandatos consecutivos, tendo tido tempo de implementar mudanças perceptíveis na rede municipal de saúde. Contabilizava, anteriormente, cerca de 30 mil consultas por ano, passando então a produzir 250 mil atendimentos anuais, no início da década de 90. Em 1992, o Laboratório de Planejamento e Administração (LAPA) do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Universidade de Campinas (UNICAMP) foi procurado para ajudar a organizar o trabalho cotidiano em saúde do município, que, a partir daí, adotou um conjunto de diretrizes que visavam à construção de uma nova forma de se trabalhar em saúde (MERHY, 2006).

Nessa ocasião, a saúde no município renascia de forma consistente e visionária, com investimento justo para o desenvolvimento desse eixo da gestão, o que garantiram grandes resultados no futuro como a melhoria dos indicadores de morbimortalidade, do Índice de Dentes Cariados, Perdidos e Obturados (CPOD) e uma estruturação da rede de serviços de saúde e organização exemplares.

Contudo, a competitividade entre duas tendências internas gerou desgastes para a população, e a oposição que durante anos não conseguia obter consenso sobre candidaturas, definiu candidato único que venceu as eleições municipais de 2004 (MERHY, 2006). Em 2005, a administração da frente partidária do Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB) assumiu a Prefeitura com mandato previsto até 2008, porém, na eleição seguinte, houve entraves políticos e o Partido Popular Socialista (PPS) assumiu a administração municipal até o ano de 2012. Desde então, houve a expansão do Pronto Socorro Municipal, denominado “Hospital Municipal”, com a aquisição de oitenta leitos pelo SUS (BRASIL, 2010a).

O município também conta com um hospital de grande porte, o Hospital Márcio Cunha, inaugurado em 1965 pela USIMINAS. Atende as demandas de urgência e referência de alta complexidade do SUS de toda a região de saúde. Foi o primeiro no país a ser certificado com excelência nos critérios da Organização Nacional de Acreditação (ONA) (ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO, 2013).

Em 2011 e 2012, momento de realização dessa pesquisa, o cenário de Ipatinga se mostrou um tanto peculiar, com características marcantes referentes ao acesso e aos serviços de saúde, apontando para uma demora extensa no atendimento, mudança contínua dos fluxos programáticos e rotinas o que revelou ausência de planejamento e organização; entraves na integralidade da assistência, incluindo pouca qualidade no sentido da humanização do serviço e no seguimento do indivíduo pelos diversos pontos de atenção.

Ao analisar o elemento organização, se faz necessário mencionar que o município se destaca pela boa infraestrutura dos pontos de atenção. Reiterando a composição da Rede de Atenção à Saúde do SUS em Ipatinga, o município conta com: duas Centrais de Regulação de Serviços de Saúde, um Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS II), 19 UAPS/ESF, 29 Equipes de Saúde da Família, um Hospital Dia, três Hospitais Gerais, uma Policlínica, um Centro de Controle de Doenças Infecto-Parasitárias (CCDIP), uma Secretaria de Saúde, três Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), composto por três ambulâncias de suporte básico e uma de suporte avançado, um Centro Especialidades de Odontológico (CEO) e duas Unidades de Vigilância em Saúde (BRASIL, 2013b).

Cabe citar, que existiu um longo período de rotatividade de gestores de saúde nesse município, o que acarretou uma inconstância organizacional com prejuízos significativos, desestabilizando o sistema público de saúde e a regressão dos indicadores. Um dos profissionais entrevistados que está há nove anos na mesma equipe de saúde da família,

consegue elucidar com clareza a situação atual em relação à organização, normas e rotinas e de recursos humanos.

“**Tá bem desorganizado.** Eles não têm é... uma união entre eles [coordenadores], então o que acontece muitas vezes, você pega um coordenador de um programa de Hiperdia, por exemplo, **ele não tem contato direto com a que faz a coordenação do Idoso. Então o fluxo, às vezes pega outro fluxo, eles se esbarram, aí eles mudam, quando muda altera a rotina aqui embaixo, da base.** Aí a gente comunica, aí eles repensam, aí muda de novo, então atualmente tem um problema sério de coordenação nesse sentido, onde eles é... não fazem uma coordenação conjunta, quer dizer, deveriam todos coordenadores de programas atuarem ao mesmo tempo juntamente com o coordenador geral do programa do PSF. E não acontece isso, **então isso acaba alterando a organização sim.**” (M 1).

Uma gama extensa de recursos humanos e coordenadores com condutas distintas, por vezes confusas e volúveis, ocasionaram a referida desorganização, proporcionando instabilidade no trabalho e desordenamento, e todo esse *continuum* fomentou a precariedade do arcabouço sanitário desse município.

O acesso está sujeito a uma mistura de combinações que envolvem recursos humanos qualificados, recursos físicos suficientes e disponíveis e de um sistema administrativo e financeiro que permitam quais indivíduos receberão os serviços e em que condições. Além disso, a condição de ser acessível está associada a fatores relacionados à organização tais como: tipo de atenção requerida a partir da necessidade do usuário, critérios de acesso e ingresso, alocação de mão de obra, distância, horário de funcionamento e qualidade do atendimento (FIGUEIREDO *et al.*, 2009).

Outra situação, apresentada pelos entrevistados, diz respeito ao longo tempo de espera no seguimento da rede de atenção à saúde, entendida como a integralidade do sistema, o que conota certa insuficiência na relação oferta e demanda, ou seja, a saída do nível primário para o nível secundário de atenção se configura um nó crítico.

“Então quer dizer um mau atendimento deles ali na saúde, na marcação de exame, na marcação de consulta, né, e, e também nas consultas realizadas, tem vez... por exemplo, **eu faço um acompanhamento com a médica lá na Policlínica eu tenho que ficar três meses aguardando o chamado do papel pra consulta e três meses pra consulta,** quer dizer, quando eu faço os exames, quando eu vou levar os exames, já perdeu a validade...” (U 2).

“Você **não quer procurar o Pronto Socorro [municipal], mas lá é mais rápido** porque aqui [UAPS] só tem pra quarta feira [vaga pra consulta]. Então é ruim, isso é ruim.” (U 3).

Tanto os profissionais, como os usuários reconhecem os caminhos e serviços disponíveis na rede de serviços do SUS em Ipatinga, por isso, utilizam outras portas de entrada como o Pronto Socorro Municipal, por exemplo. Na ausência de um atendimento em

tempo contínuo e de qualidade na APS, buscam a atenção terciária como forma de alcançar as suas demandas, devido à restrição de atendimento para um único dia da semana, condição que limita o acesso.

Um das alternativas encontradas pelo usuário, caso ele encontre barreiras e limites no acesso à saúde pela APS, parece ser o atendimento no Pronto Socorro (PS), contudo, Nonnenmacher; Weiller; Oliveira (2011) corroboram que é de costume acontecer encaminhamentos por parte dos profissionais das UAPS ou ainda o autoencaminhamento dos usuários ao PS.

Considerada a porta de entrada preferencial para o usuário no sistema de saúde, a APS deveria cumprir o papel de acolher e receber e precisaria como todos os outros serviços, atender a todos. Todavia, quando impossibilitada de apresentar respostas, por questões de organização ou competência, esse nível de atenção deveria dispor de uma rede de referências de serviços e canais de fluxos que permitissem os encaminhamentos e seguimentos necessários para a finalização dos casos que se apresentassem (BREHMER; VERDI, 2010).

Vicissitudes de natureza diversas, como áreas de abrangências com recortes populacionais muito maiores do que o preconizado pela PNAB/MS, permitindo a circulação e o acesso de uma demanda muito maior do que o esperado, configuram-se como o fator que pode vir a justificar a queda da qualidade e humanização do trabalho cotidiano em saúde.

**“Olha, a nossa equipe ela faz um trabalho bom, só que o porém é que a demanda da nossa equipe é muito grande, é além do que deveria ser, por isso que o trabalho não é bem feito. Há programas que a gente não tem condições de fazer, por causa da demanda que é muito grande, por exemplo, programas como das mulheres, programa do homem, com os adolescentes a gente não faz, porque não há tempo, a equipe não tem tempo de estar mantendo esses programas... e programa com crianças.” (ACS 1).**

No que tange aos direitos sociais, “os indivíduos são iguais só genericamente, mas não especificamente” (BOBBIO, 2004, p. 65), ou seja, a existência singular dos modos de viver e dos problemas e situações que emergem de cada comunidade coloca desafios diários para o desenvolvimento do trabalho das equipes de saúde. Essa pode ser a razão pela qual a abordagem sobre o acesso não tome o todo pela soma de suas partes, antes o foco seja multidimensional e indissociável, retroalimentado e recodificado no cotidiano objetivo e subjetivo das experiências humanas. Nesse sentido, o conceito de acesso na prática dos serviços de saúde sugere analisar a interação que se institui entre os indivíduos e o sistema de saúde, num contexto de necessidades complexas e de respostas, na maioria das vezes, restritas (AZEVEDO; COSTA, 2010).

Faz-se imperativo a garantia da territorialização como uma das diretrizes operacionais da APS que define os recortes populacionais com parâmetros estabelecidos pelo MS de áreas de abrangência contendo em torno de 3000 habitantes com o máximo de 4000 por equipe, para que os profissionais de saúde sejam capazes de ofertar assistência de qualidade, acolhimento humanizado e escuta qualificada, possibilitando o avanço do acesso e a validação da qualidade do atendimento.

No que diz respeito ao despreparo dos profissionais que recebem as demandas que chegam ao serviço, e mesmo daqueles que prestam a assistência, a incompreensão da população sobre a lógica do trabalho cotidiano ofertado na ESF, e a pouca valia de ambos, profissionais e usuários, em relação à proposta postulada pela APS de reorganizar o sistema e coordenar o cuidado.

“No geral, **o tempo de atendimento, eles demoram muito, os médicos chegam muito atrasados; no acolhimento também demora muito porque elas entram e saem toda hora**; assim na hora que começa atender, não vai só atendendo todo mundo até acabar, atende três, aí vai tomar um café e volta, e outras coisas, tipo assim, quando durante o tempo que tá atendendo, então não dá prioridade pro usuário”. (U 4).

“Na unidade falta capacitação pra muito profissional, principalmente é... as que recebem na porta de entrada, elas não são capacitadas não. Muitas vezes os funcionários nem conhecem o programa, eles entram né, mais não sabem como deve ser o acolhimento, tem esse problema”. (M 1).

“Ah... o que eu penso... que eles deviam colocar pessoas mais capacitadas, dá um **treinamento mais especializado**, por exemplo, **pra tá atendendo as pessoas que estão no acolhimento**, porque é dali que vai pro médico; então **às vezes eles não te recebem muito bem**.” (U 2).

A falta de qualificação de recursos humanos foi apontada como um sério problema relacionado ao acesso, isso inclusive pode estar relacionado à formação inespecífica de muitos profissionais que atuam na área. Sinalizaram como dispositivos potentes para tal enfrentamento, a oferta de capacitação e a qualificação para o conjunto de profissionais de nível médio e superior, tornando-se uma medida urgente para a melhoria da capacidade de respostas às demandas da comunidade, e integração dos coordenadores para a elaboração dos fluxos da rede.

A organização do processo de trabalho para a garantia do acesso aos serviços de saúde, nas comunidades assistidas pela ESF, é uma das principais características que confere ao acesso singularidade e potência como modalidade tecnoassistencial em atenção básica (CARNEIRO JÚNIOR; JESUS; CREVELIM, 2010, p. 711).

Hekert e Neves (2010) apontam que a formação é um determinante que supera o sentido clássico da obtenção de conhecimentos técnico-científicos, referidos a uma dada profissão e a serem aplicados em certa conjuntura. “Formação significa, sobretudo, produção de realidade, constituição de modos de gestão do processo de trabalho” (HEKERT; NEVES, 2010, p. 148).

A compreensão do usuário sobre a necessidade de capacitação específica para trabalhar na ESF significa um avanço na concepção lógica do funcionamento do serviço; pois bem, se o usuário e o profissional não entendem como se dá a forma de atendimento e a organização do trabalho, então ambos não estão sensíveis em obter resultados esperados daquilo que se oferta e daquilo que se busca.

“Eu continuo batendo na tecla que poderia melhorar esse atendimento do PSF, porque eu não acredito que está sendo feito 100% aqui na unidade, do que é o PSF; **a comunidade deveria ser mais esclarecida do que exatamente é um trabalho de PSF** e no caso, o gestor **dá mais condições a todas as equipes para exercer esse trabalho extra, fora da unidade e não ficar só aqui dentro, esperando o usuário vir consultar e trazer as queixas dele; que fizesse assim, vamos dizer, uma divulgação para a população do que realmente consiste o PSF** para ver se tira essa mentalidade deles, que PSF é vir aqui na unidade porque o médico está aqui à disposição oito horas por dia pra atender uma consulta.” (TE 1).

Demonstra-se um entendimento e uma insistência de todos estarem sensíveis ao trabalho proposto pela ESF: usuários, profissionais e gestores; refere-se à necessidade de divulgação desse modelo de assistência, fortalecendo outras formas e outras ferramentas de operacionalização desse trabalho, como a visita domiciliar, por exemplo, causando então uma mudança para a saúde, tanto de atitude, quanto de comportamento desses atores, o que parece mister para a melhoria do acesso e a efetividade de resultados.

Para Montenegro, Penna e Brito (2010), é necessário que os profissionais possam se atualizar e se qualificar para o desenvolvimento de cuidados integrais, necessários aos usuários, valorizando com isso a relação entre eles, a criação de vínculo e a escuta qualificada, sendo capazes de dar respostas mais efetivas às demandas apresentadas. A concretização no cotidiano dos serviços poderia influenciar reflexões sobre a formação de futuros profissionais, com consequência para a prática desses, segundo as autoras.

Em complemento a essa discussão, destacam-se as normativas que regulamentam a PNAB e esclarecem sobre a ESF no país, enfatizando a transformação da intervenção por meio do deslocamento do foco de sua atenção, ao centralizar as ações em uma abordagem familiar, para além do individual, dentro de um contexto social específico, foco esse para

análise e realização das atividades de planejamento, de gestão da assistência e de práticas em saúde (BRASIL, 2012a).

No cotidiano dos serviços de saúde, isso tende a somar maior visibilidade a partir da adoção das diretrizes operacionais postas para a ESF, que se iniciam com a realização de um mapeamento das famílias e do território. Esse procedimento operacional teria o objetivo de subsidiar as equipes de Saúde da Família com os elementos considerados por elas como básicos no exercício das responsabilidades a elas atribuídas, entre as quais o restabelecimento de um novo tipo de relacionamento entre usuários, profissionais e serviços — isto é, entre a oferta e a demanda (PINHEIRO, 2009) momento esse que pode ser utilizado para divulgação e mobilização da comunidade do funcionamento da ESF e valia desse modelo de atenção à saúde.

Entretanto, confirma-se um despreparo para lidar com as pessoas e escutar suas demandas, que está aquém da expectativa de quem chega para ser atendido:

“O que eu penso desse atendimento, que esse atendimento teria que melhorar né, melhorar e bastante... porque você chega ali pra consultar, **tem um médico que tá atendendo que ele abre a porta do consultório dele e ele nem tem coragem de chamar o paciente** ele tem... ele manda o outro [paciente] que tá lá dentro chamar o [próximo] paciente, **não mede uma pressão do paciente, não olha no olho do paciente, fica com a cabeça baixa e pergunta o quê que o paciente tem e faz a receita, não sabe nem o que o paciente tem, não sabe como tá a pressão do paciente, sabe de nada.** Porque ali gera quase que atendimento médico só, a gente vai ali só pra atendimento médico.” (U 2).

“Pedi pra medir minha pressão e **simplesmente a mulher mandou eu esperar pra depois, ela tava batendo papo,** então eu acho um absurdo se a pessoa tá no posto é porque precisa, porque ninguém vai no posto médico fica frequentando fila, demora, sai e larga casa, menino em casa, né? Pra chegar uma hora da tarde aqui é porque tá precisando, **então você tem que esperar a boa vontade delas ficarem batendo papo, contando coisas da vida delas, isso é um grande absurdo as profissionais que ficam no acolhimento,** na sala de medicação, até na sala de medicação às vezes pra você pegar um remédio você tem que esperar eles terminarem os papo deles pra depois te atender.” (U 4).

A forma de tratamento realizado pelos profissionais não coaduna com uma proposta pautada pela integralidade das ações, o que, muitas vezes, transforma o sujeito em objeto de suas práticas. Pode-se inferir que tal postura pode estar atrelada ao processo de formação desses profissionais ou até mesmo às condições inóspitas de trabalho, que não permitem maior qualidade e atenção ao sujeito demandante dentro de suas expectativas. Porém, pautada na própria PNH, é necessário repensar as posturas profissionais frente às pessoas que ao buscar os serviços estão fragilizadas pelo adoecimento e que precisam minimamente de serem acolhidas.

Sob a lógica da competência, anteriormente discutida, podemos considerar que os afazeres produtivos em saúde, ao envolverem a mobilização de conhecimentos e experiências com vistas ao objetivo de produção do cuidado humanizado, acabam por desafiar a capacidade humana de criação, gerando saberes e fazeres outros, que escapam e ampliam o escopo de procedimentos e tecnologias de atenção à saúde e ao cuidado. Num contexto de valorização de inovações tecnológicas desvitalizantes é importante que se ressalte a relevância dessa dimensão humana do trabalho, a fim de que o cuidado assuma lugar privilegiado nas práticas de saúde (BARROS; PINHEIRO, 2010, p. 125).

O acolhimento, portanto, tem em seu bojo o significado de um espaço inicial de encontro com a expectativa de resolutividade dos problemas apresentados e, além disso, o de elemento humanizador. Assim, o encontro entre os atores sociais envolvidos nos serviços de saúde, deveria traduzir-se na possibilidade do acesso e na satisfação tanto de quem busca a atenção em saúde, como de quem a produz.

“O acolhimento na unidade, ele..., **eu acredito que não tá sendo bem resolutivo**, porque se tivesse, a resolução positiva eu acho que o usuário não voltaria tantas vezes à unidade pra resolver o problema que ele veio. **Então, eu não sei como, mas acho que deveria sim analisar uma outra forma de melhorar esse acolhimento, porque hoje em dia o que estamos fazendo é apagar incêndio**, vamos dizer assim, [e por isso] o usuário vem todo dia pra consulta.” (TE 1).

Expõe-se então, certa incapacidade de responder às demandas apresentadas, ou mesmo, de uma falta de organizá-las para produzir ações mais resolutivas. Por consequência, perde-se a possibilidade de transformar o acolhimento em tecnologia vitalizante, produtor de um cuidado humanizado capaz de gerar respostas efetivas, a fim de minimizar o ir e vir dos usuários que buscam atendimento, incansavelmente, sem resolução, por um lado, e de outro, evitar a sensação de uma prática profissional imediatista, sem consequência, de se “apagar incêndio”.

Acesso e acolhimento articulam-se e se complementam na implementação de práticas em serviços de saúde, na perspectiva da integralidade do cuidado. Com a expansão e estruturação da oferta de serviços, durante o processo de construção do SUS brasileiro, em que os municípios têm assumido a responsabilidade pela atenção à saúde de seus municípios, sobretudo, da rede de Atenção Básica, o debate sobre o acesso a essas ações e serviços ganhou nuances qualitativas. A questão não se restringe a quantas portas de entrada se dispõe, mas, sobretudo, a sua qualidade (SOUZA *et al.*, 2008, p. S101).

A posição que um usuário ocupa em um espaço social e em uma dada posição de oferta de bens e práticas presumíveis, será decisiva para a efetivação de escolhas e para o consumo de bens e serviços culturais (CUNHA, 2007). A “[...] demora no atendimento

contribui para a diminuição da credibilidade da APS/ESF, dificultando o acesso.” (SCHWARTZ *et al.*, 2010, p. 2152).

É necessário ter “cuidado” para que a oferta de ações pautadas em posturas éticas, humanas e acolhedoras, não se distanciem, cada vez mais, da proposta da promoção de saúde, prevenção de doenças e de humanização do trabalho. É necessário ter “cuidado” para que o espaço da produção de saúde não se transforme em um campo de embate e tensão entre a população e o profissional de saúde, onde prevaleça a descrença na capacidade do serviço em produzir respostas efetivas às demandas apresentadas.

Cabe inferir que, romper a barreira que nos mantém cúmplices de tal fato se faz necessário, que silenciar mediante tais comportamentos não contribui a favor do povo, e que diante disso, é preciso começar a manifestar em prol de uma luta em defesa da vida, é preciso descortinar certas posturas e movimentos que impedem o avanço real e vivo do SUS; para que a permanente espera em encontrar, nesse sistema, as tantas respostas que a população necessita, seja transformada em resultado e satisfação.

Se nessa subcategoria encontra-se certa semelhança dos fatos em reconhecer um acesso distante, e uma dificuldade de relacionamento entre pessoas que chegam à procura do serviço e as que oferecem o serviço, na sequência do debate será apresentado o dissenso relacionado ao acesso, o curioso fato de um mesmo serviço suscitar opiniões antagônicas sobre o atendimento prestado e a capacidade de alcance às tecnologias e aos bens de serviço.

### **5.1.2 Coronel Fabriciano: a dicotomia dos olhares**

Em 27 de dezembro de 1948, o governador Milton Campos assinou a lei nº 336, criando o município de Coronel Fabriciano. No ano de 1953, foi criado o distrito de Ipatinga, e a Comarca de Coronel Fabriciano foi instalada em 1955. Já em 1958, foi instalada a USIMINAS, e em meados da década de 60, mais especificamente 1964, foram emancipados os municípios de Ipatinga e Timóteo, deixando assim de sediar as grandes siderúrgicas da região.

Configura-se como centro geográfico da Região do Vale do Aço, se enquadrando na condição de cidade de prestação de serviços nas áreas do comércio, lazer, educação e cultura. Em 1944, com a instalação da Companhia de Aços Especiais Itabira (Acesita) na região, Coronel Fabriciano recebeu o impulso que transformou o distrito no município de hoje. A cidade se caracteriza como “dormitório” onde residem funcionários diretos da USIMINAS, Acesita, Usimec, CENIBRA, Prefeitura de Ipatinga e Prefeitura de Timóteo, além de tantos outros empregados de empreiteiras que atuam nas áreas das empresas da

região. Economicamente, a cidade se fundamenta no comércio, contando com mais de 3.000 estabelecimentos registrados em diferentes ramos. Nas áreas de serviços públicos, é sede regional de importantes órgãos do Estado, como a 9ª Superintendência Regional de Ensino, a Gerência Regional de Saúde (GRS), a 40ª Coordenadoria Regional do Departamento de Estradas de Rodagem de Minas Gerais (DER-MG), a Administração Fazendária (AF) e a Agência da Receita Federal.



**FIGURA 7: Vista parcial de Aparecida do Norte, Coronel Fabriciano (MG).**

Fonte: Coronel Fabriciano (2012).

Coronel Fabriciano possui um território de 221.252 km<sup>2</sup> (BRASIL, 2010b) com relevo acidentado, tendo sua topografia predominantemente montanhosa (80%). Possui uma população 103.694 habitantes, sendo 98% residentes na área urbana.

A rede pública de serviços de saúde desse município possui 12 UAPS e 15 ESF com cobertura populacional de 73,77% e 49,46%, respectivamente. Conta com uma unidade de CAPS II, um CEO, um Centro de Especialidades, e uma Farmácia Popular em parceria com o Governo Federal (BRASIL, 2013b). Implantou, também, o fim das filas durante a madrugada, com o projeto “Não Durma na Fila” e o agendamento de consultas, com o intuito de humanizar o atendimento. Possui ainda um Hospital Geral microrregional de gestão estadual para atendimento do SUS (PREFEITURA MUNICIPAL DE CORONEL FABRICIANO, 2013).

Por se tratar de um município de médio porte, a RAS apresenta pontos de atenção em municípios maiores como Ipatinga e Belo Horizonte para ofertar à população serviços de média e alta complexidade.

“Olha, o serviço, a gente assim... vê que tem muita coisa possível, muita coisa disponibilizada pelo serviço de saúde, pela rede; **quando é alguma coisa mais complexa a gente tem um pouquinho mais de dificuldade**, mas a gente tá sempre entrando em contato com gestores, com a secretaria, e até com outros municípios pra gente tá resolvendo, então o serviço, a gente entende que às vezes **o que falta é porque a demanda é muito grande**, né?... Na maioria das vezes é resolvido, **mas tem algumas coisas ainda que tem um acesso dificultado.**” (E 2).

“**Se for encaminhamento de urgência é pro Pronto Socorro Municipal [Ipatinga] mesmo**, não existe outro tipo de encaminhamento, a não ser os encaminhamentos médicos, para psicologia, fonoaudiólogo, neurologista que aí já são consultas ambulatoriais, **que o gestor municipal providencia consultas, através dos convênios dentro do município**, né? A gente não tem esse tipo de profissional, então o encaminhamento é feito pelos médicos para a secretaria providenciar, através dos convênios de consultas especializadas.” (M 2).

O fato da demanda ser grande na área de abrangência, com uma população diversificada acerca das condições socioeconômicas, desvela que ainda existem dificuldades que interferem diretamente na gestão do serviço. A rede, ainda, não se encontra de todo elaborada e, nem sempre a APS tem autonomia de resposta e dispõe de serviços completos capazes de atender às necessidades identificadas. Infere-se, portanto, que há um gargalo entre o atendimento generalista, disponibilizado pelo município e aquele das especialidades, o que, geralmente, precisa de uma intervenção dos gestores para buscar respostas em determinadas demandas.

Em contrapartida ao acesso, encontra-se a resolutividade que diz respeito à competência do sistema em resolver situações relacionadas ao processo de saúde e adoecimento dos usuários, e atendê-los de forma apropriada, em todos os níveis de atenção. Engloba desde aspectos referentes ao entendimento dos usuários, passando por questões relacionadas à estruturação dos serviços, até a organização do sistema de saúde (TURRINI; LEBRÃO; CESAR, 2008).

O conjunto de profissionais e usuários, ao serem abordados a respeito do que percebem sobre a organização dos serviços, demonstraram certo contentamento na temática do acesso e do atendimento, na relação oferta e demanda; suas respostas apontam para um município que, apesar das dificuldades, principalmente no sentido da integralidade da assistência relacionada à dimensão organizacional do acesso, apresenta uma capacidade de recursos tais como, vagas para consultas com especialistas, recursos humanos, e até administrativos (planejamento, organização e gestão).

“Se **pudesse dar nota mais que dez eu dava**, porque eu não tenho nada a reclamar, que toda vez que eu venho aqui eu sou bem atendida. Meu menino também é bem atendido, tem gente que chega nervoso. Assim num sabe esperar...tem que saber esperar porque a gente é atendido, porque num pode atender todo mundo numa hora só, né? **Você vê tem o carro pra leva nós pra Belo Horizonte né, nós ganhava até o dinheiro do lanche, olha pra você vê, não é uma coisa muito boa?** Então eu só tenho a agradecer pra todos que fizeram isso pra nós, só tem a agradecer mesmo, num tem nada a reclamar do SUSU [SUS] não, nada, nada a reclamar não.” (U 7).

“**Melhoras eu espero melhoras**, eu espero que Deus abençoe que eles ponham a mão na consciência e pensem que eles têm pai, têm mãe e **vê se eles têm dó de nós, lá naquela fila**, to com três exames pra entrega e tá todos três parado, minha fia, mas eu não tenho dinheiro pra pagar consulta, então o recurso é esperar.” (U 8).

Nota-se, entretanto, certa heterogeneidade na avaliação do acesso e do serviço ofertado nessa UAPS, ou seja, existem pessoas satisfeitas e outras não, cabendo ressaltar que esses indivíduos estão sendo atendidas pelo mesmo serviço. Face a uma necessidade específica atendida, a avaliação é positiva e justifica-se a espera. Em detrimento a um direito que deveria ser assegurado, têm-se respostas que ainda soam “paternalistas” em uma rede de assistência que deveria assegurar no mínimo ações intersetoriais e mais resolutivas. Assegura-se o transporte para o grande centro e até mesmo o “lanche”, porém, ainda há a permanência de filas, a demora em respostas que precisariam ser mais imediatas e a crença que se Deus abençoar as coisas hão de melhorar.

Quanto aos usuários, sua compreensão acerca da facilidade no acesso, pode estar ligada à sua baixa expectativa em relação aos serviços de saúde pública, cuja demora em alcançar atendimento especializado já é esperada pelos mesmos, sendo apenas o fato de conseguir o atendimento um fator importante de satisfação. Nesse sentido, as representações que os usuários têm dos serviços públicos de saúde encontram-se relacionadas intimamente com as experiências vividas por eles na busca pelo atendimento de que precisam (STARFIELD, 2002).

O julgamento positivo da aquisição do recurso à sua necessidade específica, o tamanho da demanda como dificultador do acesso, o tempo de espera no seguimento da rede, foram apresentados como características desse sistema. O fato da demanda ser grande como mencionado por um profissional, e a área de abrangência ter uma população diversificada acerca das condições socioeconômicas, demonstra uma situação em que o gestor resolve por uma via própria que muitas vezes não é para todas as pessoas nem para todas as demandas, fato que talvez contribua para essa divergência de opiniões. Contudo, essa questão deve ser considerada, por parte da gestão e da própria equipe, para o avanço na qualidade e ampliação do acesso aos diversos serviços, ações e pessoas.

No âmbito da capacidade técnica do profissional em atender às demandas, o trabalho em equipe e a troca de conhecimento são ressaltados como uma estratégia fundamental, nesse campo coletivo, contribuindo para a resolução dos problemas no cotidiano de trabalho em uma UAPS.

“Olha, **a maioria das coisas a gente resolve em equipe**, é sempre eu e a médica, a gente tá discutindo as ações junto com os agentes também, aqui todo mundo se mobiliza, todo mundo... é tanto que os ACS, eles não são responsáveis só pela área deles, eles respondem pela área deles, mas eles também ajudam nas outras áreas. **Muita coisa a gente tem um retorno positivo, mas muita coisa também eu fico frustrada porque não é um mar de rosas**; então, assim tem algumas coisas que eu tenho um retorno muito positivo sabe, muito mesmo em relação por exemplo, adesão de tratamento de hipertensão e diabetes né ao pré-natal, então eu tenho um retorno muito positivo; mas por exemplo **em relação ao combate de drogas, gravidez na adolescência que não depende só da equipe né, que depende muito cê sabe da cultura, da família a gente não tem tanto êxito não**, então a gente fica um pouco frustrado.” (E 2).

A partir da lógica do trabalho em equipe, ponto forte desse grupo de profissionais, surgem as conquistas, os avanços na comunidade e a construção de vínculo a partir da aproximação e da construção de laços de corresponsabilidade entre profissionais e usuários, enquanto uma alavanca para a construção de um cotidiano de trabalho mais construtivo.

Um dos pilares fundamentais da assistência integral configura-se no trabalho em equipe, pois o somatório dos diferentes olhares incrementa a prática na ESF e favorece a uma atuação interdisciplinar, por isso é necessário que o trabalho em equipe seja norteado por um planejamento e por uma programação do cuidado comum, e que os profissionais desenvolvam uma ação de interação com a comunidade de sua responsabilidade (VIEGAS; PENNA, 2013).

Por outro lado, a sensação de impotência dos profissionais, diante de situações mais complexas relacionadas ao uso de drogas e à gravidez na adolescência, demandas estreitamente ligadas aos determinantes sociais de uma população, revelam, ainda a necessidade de qualificação e fortalecimento profissional com vistas à elaboração de estratégias mais eficazes à resolução de problemas mais complexos. Esses desafios podem ser resolvidos pela via da intersetorialidade, dispositivo articulador capaz de alcançar demandas que envolvem outros eixos além da saúde, como desenvolvimento social, educação, meio ambiente, dentre outro. “A saúde expõe forte componente social que tende a ser desfavorável aos sujeitos pertencentes aos grupos menos beneficiados” (TRAVASSOS, 1997, p. 2). Para Buss (2000), pesquisador da área da Saúde Coletiva e defensor da Promoção da Saúde, os determinantes sociais têm uma interferência substancial na vida das pessoas. Ele adverte:

Em países como o Brasil e outros da América Latina, a péssima distribuição de renda, o analfabetismo, o baixo grau de escolaridade, assim como as condições precárias de habitação e ambiente têm um papel muito importante nas condições de vida e saúde. A nova concepção de saúde importa uma visão afirmativa que a identifica com bem-estar e qualidade de vida, e não simplesmente com ausência de doença. A saúde deixa de ser um quadro estático, biologicamente definido, para ser compreendida como um estado dinâmico, socialmente produzido. Nesse marco, a intervenção visa não apenas diminuir o risco de doenças, mas aumentar as chances de saúde e de vida, acarretando uma intervenção multi e intersetorial sobre os chamados determinantes do processo saúde-enfermidade: eis a essência das políticas públicas saudáveis (BUSS, 2000).

Há algum tempo a complexidade e dinamicidade da saúde exigem ações contundentes, porém nem sempre exercidas de forma satisfatória:

“É... **visita em casa; a visita domiciliar visita muito bem**, tudo direitinho, mas quando a gente vai procurar o atendimento que você precisa, assim na prática, **a gente não tem que o SUS não tem condição de fornecer pra gente.**” (U 7).

“Ah o agendamento... tem que agendar, tem que esperar dois meses e **muitas vezes, assim, tá marcado pra consultar meio dia e o médico chega uma, uma e dez, então assim fica difícil pra gente**; trabalho com vendas, sabe, então fica muito difícil, tem que ficar assim em prol deles ali.” (U 6).

Existem, no setor de saúde, novas roupagens para velhas tecnologias, como a realização das visitas domiciliares, consideradas dispositivos que podem facilitar a criação de vínculo e a valorização das ações desenvolvidas. Há ali no espaço domiciliar, a sensação de acolhimento que parece traduzir um incremento de oferta do cuidado e a possibilidade de melhorias no acesso ao serviço. Em casa, pode-se ter um cuidado mais humanizado e poderia refletir a favor do serviço e na qualidade de saúde das pessoas, mas a visita domiciliar não é reflexo do que se espera ao buscar outros atendimentos do SUS. O que se encontra ainda é a espera; espera-se pela consulta, espera-se pelo profissional, espera-se que, um dia, o atendimento seja centrado no usuário.

Connil (2002) aponta que a barreira do acesso pode vir a dificultar as vantagens obtidas nos demais itens da integralidade, impedindo a realização do menos complexo por falta de tempo (prevenção, visitas). Havendo problemas na referência para as especialidades, o mais complexo toma-se também difícil, e a qualidade prejudicada. O encaminhamento desta questão dependerá da capacidade de gestão, aliada à conjuntura nacional, principalmente no que se refere ao financiamento das políticas públicas, de forma a permitir a ampliação do programa, consolidando os avanços obtidos.

A capacidade das pessoas em reconhecerem o SUS e a lógica de funcionamento do sistema, também, se fazem importantes no processo de avanço do acesso. Ao pensar os

caminhos que verdadeiramente são capazes de alcançar as demandas da população, percebe-se que as pessoas que utilizam o serviço público valorizam a forma como são tratadas e recebidas pela equipe. A satisfação do usuário em relação ao serviço ofertado é condição variante no município em tela.

“Ah assim, como é que eu vou dizer... **regular**, né [atendimento]? Ah, menina, eu acho que tinha que ser melhor do que tá acontecendo, num é assim igual a gente precisa, né? Não tem outro jeito, **eu acho um absurdo, você tem que precisar de procurar, e assim, eu acho que tinha que ser assim mais... como é que eu vou dizer pra você, tratar melhor um ser humano.**” (U 5).

“Eu [d]escreveria do **melhor possível** [atendimento], **se pudesse dar nota mais que dez eu dava**, porque eu não tenho nada a reclamar, que toda vez que eu, que eu venho aqui, eu sou bem atendida, meu menino também é bem atendido.” (U 6).

Enquanto alguns usuários demonstram que não são bem tratados no serviço, outros elogiam e até agregam valores aos atendimentos recebidos. Infere-se que por mais modesto que seja o indivíduo, ele valoriza a capacidade do sistema em ofertar estrutura, insumos e tecnologia assistencial para a saúde, elementos condicionantes ao juízo de valor conferido ao serviço. Escutar como as pessoas traduzem o SUS soma-se a uma luta de anos para o avanço do mesmo.

Nesse sentido, a atenção primária é orientada para o atendimento às necessidades das pessoas. Deve disponibilizar uma variedade de serviços voltados para essas necessidades e alcançar um alto nível de desempenho no reconhecimento de demandas existentes na população. As “necessidades” vão desde sintomas, disfunções, desconfortos ou enfermidades, intervenções preventivas indicadas ou intervenções para promoção da saúde. O desafio é reconhecer as situações nas quais uma intervenção é necessária e justificada, e atuar da melhor maneira possível (GOMES; SILVA, 2011).

Dando seguimento, a próxima sessão traz para o debate o acesso no município de Santana do Paraíso, demonstrando o pragmatismo e a consternação das pessoas em obter melhorias no acesso e alcance legítimo as suas necessidades, alegando que os profissionais utilizam de muita teoria e pouca realidade ao praticarem saúde.

### **5.1.3 Santana do Paraíso: entre a teoria e a prática**

O município de Santana do Paraíso possui uma população de 27.265 habitantes e extensão territorial de 276.067 km<sup>2</sup> (BRASIL, 2010d). Seu IDH é de 0,712, considerado mediano se comparado ao estado. Foi criado em 1992, ocorrendo no mesmo ano sua emancipação político-administrativa. No ano de 2000, a cidade tinha 4.594 domicílios, parte

dessas residências contavam com água tratada, energia elétrica, esgoto e limpeza urbana. No mesmo ano, 61,25% dos domicílios eram atendidos pela rede geral de abastecimento de água, 29,87% das moradias possuíam coleta de lixo e 59,37% das residências possuíam escoadouro sanitário.

Santana do Paraíso se configura como um município de pequeno porte, pertencente à Microrregião de Saúde de Ipatinga e por isso o desenho da sua RAS conta com pontos de atenção de nível primário, sendo a oferta dos demais níveis, secundário e terciário, com unidades e serviços em Ipatinga e em outros municípios de maior porte como Belo Horizonte.

Santana do Paraíso conta com boa infraestrutura na APS, oito estabelecimentos de saúde, sendo sete deles públicos e um particular. Sua rede de saúde conta com sete UAPS, estando uma em construção pelo programa do Ministério da Saúde Requalifica Unidade Básica de Saúde<sup>6</sup> (UBS), seis ESF, cobrindo 72,27% da população, cinco ESB, uma equipe de NASF classificada como intermunicipal, e um CEO (BRASIL, 2013b).



**FIGURA 8: Praça principal de Santana do Paraíso (MG).**

Fonte: Santana do Paraíso (2012).

---

<sup>6</sup> É uma das estratégias do Ministério da Saúde para a estruturação e o fortalecimento da Atenção Básica. Por meio do programa, o MS propõe uma estrutura física das unidades básicas de saúde — acolhedoras e dentro dos melhores padrões de qualidade — que facilite a mudança das práticas das equipes de Saúde.

O município em tela revela demora no tempo de espera para agendamentos de consultas na APS e a utilização do sistema de cotas ou fichas que obrigam o usuário a encarar as históricas e cruéis filas da madrugada, contrassenso à lógica da ESF de atendimento. Também, foi mencionada por um entrevistado a vontade de conhecer as novas instalações da UAPS, e cabe ressaltar que as unidades desse município possuem estrutura física adequada, segundo parâmetros do MS.

“Péssimo, péssimo demais, eu acho péssimo porque a gente não é bem atendido, entendeu? **Tem que sair de madrugada pra vim, pega uma ficha pra consultar, às vezes a gente não encontra, ah são só doze fichas**, quem veio duas hora da manhã pega, e quem veio mais tarde não pega, entendeu?” (ACS 3).

“Eu tive vontade de conhecer o posto médico **que eu nunca tinha entrado num posto médico** assim, cê tem curiosidade de conhece as coisas, né? **Lá [Aqui] era tudo novinho** foi na época que inaugurou o posto médico.” (U 12).

A organização do serviço e o trabalho cotidiano em saúde com a utilização de fichas e cotas para marcação de consultas ainda é predominante, apesar de uma lógica de trabalho pautado nos princípios norteadores da ESF e com infraestrutura de qualidade. Viegas e Penna (2013) afirmam que a regulação é primordial para dar ordenamento, orientação e definir a utilização dos serviços e ações disponíveis nos serviços de saúde e ainda assegurar o acesso da população aos bens de consumo que lhe cabem, no tempo certo, afinal, o que parece segundo os relatos é que “o SUS é universal, mas vive-se de cotas” (VIEGAS; PENNA, 2013, p. 185).

Todavia, infere-se que investimento, na contratação de profissionais e construção de novas unidades de saúde, não é suficiente para garantir acesso à saúde da população, se o modelo de trabalho continua pautado no quantitativo da assistência e no sujeito como objeto da ação.

No que tange aos encaminhamentos para consultas com especialistas, o tempo de espera chega a três anos para obter tal insumo; os exames de patologia clínica e de apoio diagnóstico e de assistência de maior densidade tecnológica, também apresentam morosidade nesse aspecto, conforme os discursos dos entrevistados:

“Se o pessoal saísse da teoria, e partisse pra prática, né? Quando a gente leva o encaminhamento, se o pessoal agilizasse a consulta, né?... Não... **fica assim, esperando um ano, dois anos quase três anos pra tá correndo atrás. Você leva o papel, deixa lá, se a gente não for lá, nunca que sai, e mesmo a gente indo fica enrolando ainda**. Então eu acho assim que **o SUS é muito demorado** e a gente tem que esperar a boa vontade deles.” (U 9).

“Olha, a gente fica aqui, um pouco limitado, principalmente por questão de exame complementar, né? Exame laboratorial e mais ainda por causa de exame de

imagem. Os exames laboratoriais aqui que seriam os exames de sangue, de urina e fezes, demoram de três a quatro meses pra chegar o resultado, então demora um pouquinho, né? Alguns casos não tem problema demorar esse tempo não, mas outros casos a gente precisa de uma urgência um pouquinho maior, por exemplo, quinze dias, no máximo, até um mês.” (M 3).

Três a quatro meses de espera para o resultado de um exame de patologia clínica parece ser algo inaceitável ao avanço do SUS, visto que a oferta dessa tecnologia é de natureza básica, devendo estar disponível na rede em curto tempo de espera.

Viegas e Penna (2013) mencionam que a existência de entraves atrelados ao acesso e à referência a algumas especialidades e serviços, comprometem e prejudicam o princípio da integralidade. O usuário acessa o sistema pela APS e, muitas vezes, para nesse nível, pois a continuidade do cuidado esbarra na longa espera por consulta com especialista e exames diagnósticos, instituindo uma via interdita para o sistema de referência e contrarreferência.

Para Serra e Rodrigues (2010), as condições de acesso da população às ações e serviços de saúde dependem tanto de sua proximidade das unidades dos diferentes níveis de complexidade, quanto do dimensionamento adequado da oferta em relação ao número de habitantes e suas necessidades de saúde. Um elemento crítico para a garantia do acesso é o direito da população à informação sobre os serviços disponíveis, seus respectivos horários e as condições requeridas para o acesso aos procedimentos especializados. Isso demanda, inclusive, uma denominação clara de cada nível de atenção e das unidades e serviços ofertados, a fim de facilitar sua identificação pelos usuários.

Verifica-se, no dia a dia de trabalho da ESF, que a realização de um atendimento verdadeiramente integral e condizente com o que pregam os princípios e as diretrizes do SUS, ainda está longe de alcançar resultados satisfatórios. Uma das razões para tal fato emerge das próprias atividades desenvolvidas pelos profissionais que ainda priorizam atuações e conhecimentos técnicos de caráter individual, além de um conhecimento precário do SUS e das suas propostas de intervenção, o que dificultam a integração entre os diversos saberes presentes nas equipes de saúde (FREIRE; PICHELLI, 2010).

Há uma necessidade de organizar os serviços de referência e contrarreferência, os fluxos e as centrais de regulação que objetivem equalizar a oferta. A incorporação de tecnologias na atenção básica, seja na forma de equipamentos ou de conhecimentos aplicados, amplia a capacidade de respostas das UAPS. Serviços de saúde estrategicamente localizados e de fácil utilização pela população, mas sem insumos e tecnologias que os tornem capazes de resolver as demandas de saúde, não potencializam as mudanças esperadas para o sistema de saúde (PIRES *et al.*, 2010).

Constatou-se que se por um lado é ofertado atendimento de qualidade por parte de profissionais de nível superior, ou seja, médico e enfermeiro, por outro, o atendimento demonstra escassa humanização, principalmente no espaço acolhimento.

“Com os médicos até que, **com os médicos, com algumas enfermeiras, eu fui bem atendida, sim, em momentos difíceis.** Igual, tinha uma época aí, que eu tinha, tipo assim, uma choradeira esquisita, eu fui chegando lá eles já foram me atendendo, me deram apoio, nesse momento; assim muitas das vezes a gente é bem atendido.” (U 11).

“É que **o pessoal não tá nem aí pro povo**, o pessoal assim da saúde... não tem prioridade, entendeu? Assim, por exemplo, **é o povo em si que precisa do SUS e o SUS não tem o atendimento que ele precisa**, então **a gente fica esperando, esperando... fica iludido**, né? Esperando e nunca é atendido, o pessoal que trabalha no meio da saúde não tá atendendo o povo que precisa.” (U 9).

“Porque a pessoa tá vindo porque ela precisa... então que eles atendessem... e a pessoa não precisasse ficar esperando tanto tempo, até a doença passar da hora de tratar, a pessoa desiste... então eu peço assim, que **o pessoal do SUS atendesse, não fique só na teoria... é partir pra prática.**” (U 10).

A demora em conseguir o que se precisa faz com que o usuário, em sua fala, solicite que o SUS saia da teoria e comece a praticar saúde, a agir em prol da saúde do povo. Menciona que o povo está iludido com os SUS e que o mesmo não oferece o atendimento necessário à população. Diante da normatização da garantia de acesso a uma assistência integral, conforme diz, teoricamente, o capítulo da saúde da Constituição Federal (BRASIL, 1988), a prática não revela a chegada dos insumos nas mãos dos usuários no tempo que eles precisam.

Brehmer e Verdi (2010) afirmam que,

A reflexão ética das situações-problemas do cotidiano dos serviços básicos de saúde torna-se essencial para superar os limites, reavaliar as atitudes e, efetivamente, construir uma nova prática na atenção à saúde. Torna-se, em igual teor, um incentivo ao questionamento, quanto ao papel assumido pelo Estado, na proteção da saúde dos cidadãos (BREHMER; VERDI, 2010, p. 3577).

Dessa forma, é mister atentar-se para a voz dos que buscam ações de saúde, pois a cada dia que passa, a lógica da espera perpetua as condições de vida da população. Espera-se por: respostas efetivas, respeito em um cuidado humanizado, acolhimento com escuta qualificada, continuidade e longitudinalidade das ações, melhor gestão e organização das infraestruturas que fazem os serviços funcionarem. Enfim, espera-se por avanços que a política de saúde, teoricamente, propõe a realizar, mas a prática não a reflete, pelo menos nos municípios estudados.

## **5.2 A INTERRELAÇÃO DOS MUNICÍPIOS MEDIANTE A RETÓRICA DO ACESSO**

Essa categoria propõe analisar o acesso na sua interface com o trabalho cotidiano em saúde, demonstrando a relação entre o que é proposto pela teoria e pelas normativas que regulamentam o trabalho na APS e na ESF e o que de fato tem se apresentado no cotidiano dos serviços de saúde, além disso, retifica e a inter-relação entre os municípios como componentes de uma mesma região de saúde e em relação as articulações dos pontos de atenção da Rede de Serviços. Em um segundo momento, traz, para o debate, elementos determinantes para a ampliação do acesso e para os efeitos da organização, e para finalizar, revela, na visão dos usuários e profissionais, meios para ampliação e melhoria da qualidade do acesso.

### **5.2.1 O acesso na APS e o trabalho cotidiano em saúde: o espaçamento entre o desejado e o real**

A longa permanência dos profissionais na ESF não se traduz em movimentos, no cotidiano, capazes de modificar a realidade dos serviços de saúde no sentido da ampliação do acesso, na construção de vínculo e na longitudinalidade das ações, se colocando como um contraponto, fragilizando a constituição de processos de trabalho, voltados à promoção da saúde da população e da integralidade da assistência ofertada.

O dado relativo à formação dos profissionais se constitui como diretiva à dinâmica do trabalho cotidiano em saúde. A formação inespecífica em nível de especialização torna o grupo dos trabalhadores menos sensíveis ao escopo de domínios relativos para uma efetiva atuação na perspectiva da APS. A pesquisa revela que a maioria dos profissionais possui especialização em outras áreas como dermatologia, unidade de tratamento intensivo (UTI), auditoria, gastroenterologia, o que remete a uma apropriação limitada a temas relacionados às políticas públicas de saúde, à saúde coletiva e seus desdobramentos, promovendo uma percepção por vezes equivocada, restrita e incipiente das necessidades da população e da própria análise cartográfica dos territórios de atuação dessas equipes. Isso pode interferir na qualidade do cotidiano de trabalho em saúde e nos resultados das ações propostas e, por consequência, mantém-se a formação curativista, reducionista, tecnocrática, que influencia o desenvolvimento de práticas repetitivas e, de certa forma, pouco resolutivas.

“Bom, **eu chego na unidade, eu atendo[primeiro] as urgências e emergências** e o que tem na **agenda já programada**. [Faço] promoção, prevenção e eu oriento, na verdade [durante] a consulta em geral.” (M 1).

“Bom, a gente começa às sete [horas]. Normalmente a gente faz [atende] **demanda espontânea de manhã, e, os programas, a gente concentra mais na parte da tarde; basicamente é isso.** A gente procura, se organiza dentro dos protocolos federais; nós temos metas a cumprir, se a gente não cumpre metas, o município não recebe dinheiro; nós somos muito cobrados por isso, então a gente tem que ter uma organização do nosso tempo pra poder cumprir todas essas metas.” (E 1).

“Eu chego aqui, organizo meus papéis e saio para a visita domiciliar. **A gente entrega exame**, faz visita, a gente... fica... na reunião de hiperdia, tudo a gente faz, [Entrega] **convite pra hipertenso, convite pra puericultura**, tudo a gente faz.” (ACS 3).

A descrição do cotidiano profissional demonstra ações voltadas para consultas ambulatoriais, emergenciais ou aquelas agendadas, ou seja, atividades predeterminadas pelos protocolos, mais voltadas ao cumprimento de metas, que acabam por estabelecer um modo prescritivo de produzir saúde, e intervenções isoladas, voltadas para a produtividade dos serviços. Não há nenhuma menção da coparticipação do usuário, o que indica certo distanciamento da proposta de promoção da saúde, prevenção de doenças e de assistência domiciliares, apesar de presente no discurso. Reconhece-se que são ações fundamentais para o cotidiano de trabalho em saúde, porém ainda distantes de parecer pautado em uma compreensão ampliada da saúde, algo que, teoricamente, deveria nortear a prática cotidiana dos trabalhadores da APS e ESF.

Se por um lado, esses profissionais possuem dedicação exclusiva ao serviço, com tempo de permanência nas equipes: “Tenho nove anos de trabalho nessa equipe e não tenho outro vínculo [empregatício].” (M 1); “Presto atendimento somente aqui, no momento; estou aqui há três anos, sou dermatologista.” (M 2), por outro, infere-se, nos casos estudados, que a ausência de formação específica pode ser um dificultador frente à possibilidade de mudanças substanciais, tanto dos processos de trabalho mais humanizados, quanto de respostas às reais necessidades da população.

Heckert e Neves (2010) apontam que a formação tem uma força e uma consistência primordial no processo de intervenção, no cotidiano de trabalho, onde deveriam estar vivos os princípios do SUS. Porém, isso somente terá efetividade se a formação estiver conectada diretamente aos processos de trabalhos, nos serviços de saúde, envolvendo os trabalhadores e os usuários.

O estudo sobre “Os conceitos de acesso”, de Travassos e Martins (2004), menciona a relação existente entre a utilização dos serviços de saúde e os prestadores de saúde, no que tange ao tempo de formação profissional, perfil demográfico (idade e sexo), especialidade em

que possuem experiência profissional, condições psíquicas perante os enfrentamentos do cotidiano de um serviço de saúde pública, que determina a relação entre oferta e demanda.

Toda essa questão vai refletir na avaliação feita pelos usuários, em relação à organização dos serviços:

“Outra dificuldade, é que **tem que levantar cinco horas da manhã e ir pra fila pra mim conseguir, conseguir o atendimento...** o pessoal da unidade de saúde fala que não precisa do usuário ir pra lá, cinco horas da manhã, pra marcar uma consulta, mas a gente aqui tem que sair cinco horas ou mais cedo, **porque se a gente não for nesse horário, a gente não consegue, porque é muita gente**, muita gente pra uma equipe só.” (U 2).

“Agora, você vai e passa por uma pessoa que nem é... não é nada, dá seu nome, **tem que esperar sua boa vontade**, marca pra ser atendido... começa a ser atendido sete horas, chega lá... sete quarenta... **oito horas que elas vão começar atender... depois que elas conversa...** então isso tem que melhorar, muito mesmo no atendimento.” (U 4).

Apesar do discurso profissional que fala de promoção e prevenção, as históricas e desumanas filas da madrugada para conseguir minimamente ser atendido, ainda são uma realidade no dia a dia, pode-se inferir, de vários serviços, enquanto replicação de um modelo clínico, quantitativo, determinado por cotas. Como se trata de uma proposta de trabalho baseada na APS e de profissionais inseridos na ESF, há de se questionar encontrar, ainda, tal forma de abordagem no cotidiano dos serviços, diante do contexto da atual política de saúde em vigor. Excludente e pouco resolutiva, essa prática deveria ter sido superada pela proposta de organização do trabalho cotidiano instalado, baseado na APS e postulado pela ESF, que tem como diretrizes a qualidade da assistência, o acolhimento do usuário e a escuta qualificada com criação de vínculo e confiabilidade.

As filas de madrugada ainda continuam sendo um gargalo para o acesso, elas ainda continuam a fazer parte do cotidiano dos usuários. Esse entrave pode estar relacionado ao que é chamado de demanda espontânea. A atenção primária não consegue, na sua grande maioria, prever essa demanda e, até mesmo, pela falta de sua valorização pelo programa saúde da família, que muitas vezes atua dando uma maior importância às consultas que são previamente agendadas pelos agentes comunitários (AZEVEDO, 2007).

É imperativa a ação da ESF no intuito de responder a maior parte das demandas que chegam às UAPS, e a classificação de risco tem sido uma forma de regulação da clientela, que determina a prioridade para aquele indivíduo que tem mais necessidade em marcar uma consulta. A reorganização da APS com vistas à universalidade do acesso a serviços e ações

integrais no SUS, implica também em que as demandas de saúde sejam respondidas nos demais níveis de complexidade (VIEGAS; PENNA, 2013).

Estendendo essa discussão, reafirma-se que o trabalho em saúde é classicamente organizado de maneira fragmentado, verticalizado, pautado em um conhecimento biomédico hegemônico, reconhecido e dito como saber legítimo e soberano. Essa fragmentação tem impactado sobre as relações humanas, entre profissionais/profissionais, profissionais/usuários, e desses com os gestores dos serviços de saúde, inibindo o agir em equipe e o lidar com as singularidades na atenção e no cuidado (BARROS; PINHEIRO, 2010).

A dificuldade de romper com os atendimentos individualizados e com as demandas de atendimento ambulatorial tem sido um entrave de importante enfrentamento da lógica de trabalho na ESF. Diversos fatores, sendo eles, de âmbito formativo ou pela dificuldade de trabalhar em equipe, ou ainda, pela organização e prioridade colocadas pelo próprio serviço, mantêm o profissional preso na replicação do seu modo tradicional de ofertar a assistência.

“A organização do meu trabalho em si... como eu sou muito presa a um consultório, não tem muito que organizar, né?! Veja bem, eu obedeco a uma agenda pré-estabelecida, a não ser no dia de demanda espontânea, fora isso, eu estou dentro do consultório. Se eu tivesse é... saídas do posto de saúde, da unidade... teria que me organizar... o que seria o ideal. Eu organizava grupos pra ver as demandas que tem na equipe, mas eu já não tenho tempo mais [de participar].” (M 1).

“Eu trabalho de sete às dezesseis, sou técnica do PSF; **na parte da manhã, eu fico por conta de visita domiciliar** e na parte da tarde, eu desenvolvo as demais atividades do dia a dia, dentro da unidade: faço curativos, faço aferição de PA, glicemia, orientações, agendo consulta também pra médica.” (TE 3).

É necessário ultrapassar para além das ações curativistas, engessadas e mecanicistas, e vislumbrar caminhos mais efetivos e flexíveis a serem traçados e percorridos pelo conjunto de profissionais, a partir da compreensão do universo de determinantes sociais e de saúde que envolve um território e sua população. Evoluir no sentido da construção de processos de trabalho mais efetivos que fomentem a promoção da saúde, entendida como mecanismo para a preservação da saúde desses indivíduos.

Analisar as mudanças atualmente desejadas e produzidas nos processos de trabalho em saúde qualifica a organização e oferta de serviços, porém de certo modo, trazem novas exigências para os trabalhadores, na medida em que abalam as formas tradicionais de exercício de funções, papéis, responsabilidades, desempenho, e sobretudo a forma de interação com seus pares e com usuários.

Torna-se óbvio o desafio dos profissionais para a criação de vínculo com os usuários de forma a atender as múltiplas queixas apresentadas, nem sempre biológicas, o que requer uma atenção aquém do que aquela equipe sente-se capaz de oferecer, na intenção de uma melhoria na qualidade de vida das pessoas, o que causa certo descompasso entre as necessidades e demandas dos usuários aos serviços de atenção primária e a percepção que os profissionais julgam que eles necessitam (SANTOS; PENNA, 2013).

Grande parte dos profissionais de saúde ainda priorizam os equipamentos, os insumos e o conhecimento estruturado das profissões em saúde em detrimento da escuta e do vínculo no cuidado em saúde. O trabalho vivo reside, principalmente, nas relações que são estabelecidas no ato de cuidar. É o momento de se pensar o projeto terapêutico singular, com base na escuta e na responsabilização com o cuidado. Os equipamentos e conhecimentos estruturados da clínica e da epidemiologia devem ser considerados no momento da clínica, pois eles são fundamentais para a definição do projeto terapêutico. Contudo, o foco do trabalho vivo devem ser as relações estabelecidas no ato de cuidar que são: o vínculo, a escuta, a comunicação e a responsabilização com o cuidado. Os equipamentos e o conhecimento estruturado devem ser utilizados a partir dessa relação e não o contrário como tem sido na maioria dos casos (BRASIL, 2010e).

Quanto à reorientação da atenção primária pela Saúde da Família, considera-se que transformações de sistemas de saúde, em grande parte, se realizam como consequência não apenas de políticas de saúde, mas de processos relativamente autônomos, tais como a racionalização funcional da atenção à saúde e a mudanças de concepções dominantes sobre os processos de saúde/doença e a atenção à saúde (VAN STRALEN *et al.*, 2008).

As tecnologias leves revelam a sabedoria prática, o não-técnico, a interação das subjetividades. A racionalidade prática não é teórica nem técnica... Abarcar o ser em sua integridade, exige o reconhecimento de que as condições em que se apoia o corpo, afetam a totalidade do indivíduo [...] O **‘Como você se sente?’** Revela o cuidado na interação de dois sujeitos que resolveram dialogar, numa construção e reconstrução contínua de identidades, talhada no reconhecimento da autoridade e alicerçada pela responsabilidade relevante para o vínculo usuário-serviço, para o controle social e da gestão propriamente dita (COSTA, 2004, p. 515).

O postulado por Costa (2004) confirma a constante exaustão dos movimentos dos profissionais de saúde em seus serviços, na construção dos processos de trabalho, sendo incapazes de traduzir aos olhos desses usuários a oferta de assistência à saúde de qualidade e os processos terapêuticos consistentes e efetivos, em resposta às demandas dessas comunidades.

Nessa perspectiva, estudos como os de Viegas e Penna (2013), de Hemmi e Penna (2009), de Montenegro, Penna e Brito (2010) e de Santos e Penna (2013) corroboram acerca da importância da criação de vínculo e da reorientação de práticas que estejam a favor da integralidade da assistência. “O fazer cotidiano não ocorre como o esperado, o desejado, ou o exigido por lei, mas os profissionais conseguem fazer de ações integrais, de resolutividade, gerar reflexos nos usuários” (HEMMI; PENNA, 2009, p. 1084).

Diante disso, confronta-se:

“O SUS e os atendentes do SUS, também eles, têm que melhorar muito, muito mesmo, porque a saúde nossa tá pedindo socorro, entendeu?... a saúde tá pedindo socorro... não tem saúde nesse país nosso não... **aqui, se o pessoal não tiver dinheiro pra tratar da saúde, eles morrem...** O quê que eu peço... **que o SUS tem que melhorar muito, os atendentes do SUS também tem que colocar pessoas capacitadas pra poder trabalhar aí.**” (U 2).

Quanto à qualificação do atendimento, na visão desse usuário, a saúde é pautada na cura das doenças, mencionando que as pessoas devam ter condições financeiras para alcançar tecnologias e atendimentos necessários aos seus casos de adoecimento. O usuário pontua que os atendentes do SUS, no Brasil, não possuem capacidade para praticar a saúde. Assim, os profissionais não tratam a saúde da população com qualidade, devendo ser qualificados. Em suma, o SUS não tem propriedade, pois os seus atendentes não sabem tratar as pessoas.

Não parece difícil aceitar que talvez a mais básica condição de possibilidade da inflexão, seja o privilegiamento da dimensão dialógica do encontro. O profissional precisa ouvir-se a si mesmo e fazer-se ouvir. Poder ouvir e fazer-se ouvir, polos indissociáveis de qualquer legítimo diálogo (AYRES, 2004).

Para os profissionais, isso significa incluir no seu cotidiano de trabalho rotinas ou processos de busca sistemática daquelas necessidades mais silenciosas, posto que menos vinculadas à experiência individual do sofrimento. Para os serviços, isso significa criar dispositivos e adotar processos coletivos de trabalho que permitam oferecer, para além das ações demandadas pela própria população, a partir de experiências individuais de sofrimento, ações voltadas para a prevenção (MATTOS, 2004a).

A experiência de acesso dos indivíduos, no contato direto ou indireto com os serviços de saúde e seus profissionais, diz muito a respeito da capacidade do sistema em corresponder às suas expectativas e necessidades; em garantir-lhes um direito humano e social — o direito a ter saúde — que, no âmbito das políticas públicas, deve refletir o respeito às múltiplas singularidades que compõem a complexa demanda da população usuária (AZEVEDO; COSTA, 2010).

No que tange à dinâmica da oferta e da demanda, e de como isso tem sido produzido na realidade dos serviços de saúde, determinam-se óticas e enfoques distintos, o que vai definir esse discurso é o papel que se toma nesses ambientes.

“O atendimento pra mim, ali, é todo [que tem que melhorar], cê entendeu, é todo atendimento ali. Primeiro é **colocar mais médico** que ali não tem. A gente vai medir uma pressão e é aquela maior agonia. **Depois que a gente xinga, que a pressão já foi pra dezoito, aí que eles vão atender a gente**, e a menina tem coragem de falar com a gente que a pressão tá alta. É claro que tem que tá alta com essa raiva que tô passando, é claro que minha pressão tá alta. E também tem a questão, ali, de **agendamento, que é tudo ruim**, que eles não agendam aquilo ali direito. **A gente fica aguardado muito... a vaga, esperando muito tempo pra poder fazer uma consulta**; então o que eu acho que tem que ser melhorado ali, é isso.” (U 2).

Esse depoimento permite uma análise da primeira dimensão da integralidade, que na prática, se expressa exatamente na capacidade dos profissionais em responder ou mesmo tentar compreender qual a história desse indivíduo, seu sofrimento manifesto, aquilo que resultou numa demanda espontânea, de um modo articulado à oferta relativa a ações ou procedimentos preventivos.

Cecílio (2001) define que os espaços micro são ambientes singulares de cada serviço, no qual a integralidade consiste num esforço conjunto (de toda a equipe) de compreender, captar, da melhor forma possível, um emaranhado de necessidades relacionadas à saúde da população que procura o serviço.

Desenvolver o trabalho, dentro dos pressupostos de atenção ao sujeito, requer conhecimento e saber abordar cada pessoa, cada família, cada realidade. Os desenhos culturais determinam certos comportamentos dos indivíduos e de cada comunidade, e as formas de atuação dos próprios profissionais. A aceitação das propostas de cuidados à saúde vem ao encontro do respeito a todos os aspectos do sujeito, e à confiança que se tem na equipe, assim se constitui o vínculo na prática diária da atenção à saúde (VIEGAS; PENNA, 2012).

O tempo prolongado de espera para consulta com especialistas continua sendo um gargalo, no momento em que se faz necessário acessá-las.

“Eu faço um acompanhamento com a médica, lá na Policlínica. Eu tenho **que ficar três meses aguardando o chamado do papel pra consultar** e três meses pra consultar, quer dizer, quando eu faço os exames, quando eu vou levar os exames, já perdeu a validade, sabe, entendeu...” (U 5).

O quantitativo de profissionais deve ser repensado, o número de médicos continua insatisfatório, a morosidade no seguimento da atenção à saúde denota entraves e leva a uma insuficiência no acesso no que se refere à integralidade da assistência no SUS.

Em um estudo, denominado “*Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado*”, os autores afirmam que o sistema de saúde brasileiro possui “um estrangulamento grave no acesso aos serviços especializados de atenção secundária no SUS” (FRANCO; MAGALHÃES JÚNIOR, 2004, p. 2). Existe uma grande demanda por consultas com especialistas, o que gera uma grande pressão da população à qual não se consegue responder, suscitando as longas filas de espera para esses procedimentos (MAGALHÃES JÚNIOR *et al.*<sup>7</sup>, 2002 *apud* FRANCO; MAGALHÃES JÚNIOR, 2004).

O acesso se constrói a partir do encontro entre sujeitos, o demandante e o demandado. De um lado, há a percepção do segundo sobre seu cotidiano do trabalho, aquilo que ele faz, a maneira como age, as respostas que dá; de outro, os primeiros percebem o trabalho cotidiano na forma de como são acolhidos e tratados por esses profissionais e pelo serviço, enquanto via de entrada ao sistema público de saúde para o alcance de suas necessidades e demandas.

“Achei ele muito grosseiro, eu tinha dado uma crise e minha pressão tava muito alta, eu passei mal no supermercado. Ai, meu marido me trouxe diretamente no posto de saúde e a menina olhou minha pressão, né?... E minha pressão tava muito alta. Aí conversou com a enfermeira, ela foi e conversou com ele [o médico] pra me atender. Eu fiquei esperando só que nisso tinha muita gente lá pra consultar, e eu quase desmaiando... **Aí, depois de duas horas mais ou menos, ele saiu na porta e falou que só ia atender depois que ele terminasse de atender todo mundo... Se eu tivesse muito ruim que eu procurasse o Pronto Socorro.** Assim, eu escutei ele e vim embora... meu marido me levou pro Pronto Socorro e no Pronto Socorro eu fiquei o resto do dia tomando soro, tomando remédio, né? E quando eu voltei ele já tinha saído de lá.” (U 1).

“No geral o tempo de atendimento eles demoram muito os médicos chegam muito atrasados, **no acolhimento também demora muito porque elas entram e sai toda hora, na hora que começa atender, não vai só atendendo todo mundo até acabar, atende três ai vai toma um café** volta, olha outras coisas durante o tempo que tá atendendo, então não dá prioridade pro usuário” (U3).

Há de se refletir sobre a percepção de usuários frente ao tratamento recebido, ou seja, o real significado para ele, quando manifesta suas demandas, e das respostas que podem ser ofertadas frente às necessidades apresentadas. Para isso, é necessário ter em vista:

---

<sup>7</sup> MAGALHÃES JÚNIOR, H. M. *et al.* **Proposta de estruturação da atenção secundária para o SUS-BH.** Belo Horizonte: SMSA/BH, 2002. (mimeo).

[...] tanto o contexto imediato do encontro como o contexto da própria vida do outro, de modo a selecionar aquilo que deve ser feito de imediato e gerar estratégias de produzir novos encontros em contextos mais adequados àquelas ofertas impertinentes no contexto específico daquele encontro (MATTOS, 2004a, p. 1414).

Já do ponto de vista do profissional, o mesmo relata identificação com o que faz e com a área de atuação, e demonstra certo avanço no sentido de um comportamento realmente preventivo e de construção de vínculo e corresponsabilidade com os usuários pela melhoria dos processos de adoecimentos das pessoas que chegam as UAPS e avalia positivamente o serviço realizado.

“Olha, com o serviço é muito bom é... Hoje eu atendo numa sala muito pequena, eu assim, não tenho nada que reclamar... **eu amo o que eu faço, porque eu gosto da saúde pública**, é isso, eu acho muito gratificante o que eu faço, cada dia poder ver o sorriso, a felicidade, **eles chegarem pra mim e falarem que não estão precisando ser mais internados, que eles estão controlados, então isso é muito gratificante.**” (TE 1).

As equipes operam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e, na manutenção da saúde da clientela adscrita. A responsabilidade pelo acompanhamento das famílias estabelece para as equipes saúde da família a condição de ultrapassar os limites classicamente definidos para a APS no Brasil, especialmente no contexto do SUS (SISSON *et al.*, 2011).

É importante ressaltar que o compromisso e vinculação estabelecidos pelos profissionais da ESF com os usuários permitem o fortalecimento da confiança nos serviços. Essa relação é essencial para expandir a qualidade da assistência, pois essa influencia francamente na aderência do usuário ao seu tratamento, fazendo com que as pessoas confiem nas condutas e orientações, tomando assim os cuidados necessários no controle da doença (CARREIRA; RODRIGUES, 2010).

A respeito da qualidade do atendimento ofertado e de como acontece, no cotidiano dos serviços de saúde, o encontro entre os sujeitos “usuários e profissionais”, as pessoas demonstram em seu jeito simples de falar desgosto ao serem atendidas de forma distante e impessoal, um contraponto aos pressupostos da PNH.

“**Aí dói muito no coração, né? Porque a gente queria assim... que as pessoas que trabalham na unidade de saúde tratasse as pessoas com mais humanidade**, com mais dignidade; que acho, ali, que as pessoas vão ali pra buscar apoio, e sai desse jeito, às vezes já chega lá doente, chega pra buscar um consolo, um recurso e sai de lá mais revoltado, aí traz mais é tristeza pra gente.” (U 12).

“Ali... eu sinceridade... não tem como achar maneira boa não, porque **os atendimentos deles são ruim mesmo, eles atende a gente com uma má vontade**,

né? Não pensa muito na gente, eles não tão nem aí, o negócio deles é que, se as pessoa tão precisando [do serviço/atendimento] então tem que aguentar o que eles fazem [com a gente].” (U 2).

Os usuários demonstraram de forma unânime, nas entrevistas, um sofrimento diante dos atendimentos ofertados tanto na recepção, quanto no acolhimento, quanto dos profissionais. Percebe-se que, através das experiências compartilhadas por esses entrevistados, a maior parte das queixas a que se referiram diz respeito ao acesso funcional, à qualidade do encontro entre os sujeitos e, principalmente, à expectativa do que encontrar em um serviço de saúde, que tipo de receptividade, de escuta e de resposta às demandas e ao sofrimento instalado.

Inferese que, serviços de saúde pouco humanizados em que as pessoas, ao serem atendidas, se sentem menos dignas, tamanho o descaso e o despreparo dos profissionais para lidar com os processos de saúde e adoecimento das pessoas, deveriam ser reavaliados constantemente seja pela gerência, ou pela própria gestão, ou até mesmo por um grupo colegiado gestor que seja capaz de captar da população e também do profissional como está o serviço e as relações ali construídas, buscando transformar o encontro entre esses atores, num momento e num espaço onde se oferta saúde e bem estar para todos.

Nesse sentido, cabe lembrar alguns dos parâmetros da PNH para a APS, que são:

Organização do acolhimento de modo a promover a ampliação efetiva do acesso à atenção básica e aos demais níveis do sistema, eliminando as filas, organizando o atendimento com base em riscos priorizados, e buscando adequação da capacidade resolutiva; implementação de sistemas de escuta qualificada para usuários e trabalhadores, com garantia de análise e encaminhamentos a partir dos problemas apresentados; e exercício de uma clínica ampliada, capaz de aumentar a autonomia dos sujeitos, das famílias e da comunidade (BRASIL, 2006e, p. 25).

O acesso funcional é caracterizado por Ramos e Lima (2003) como sendo aquele que acontece através da facilitação de entrada ao serviço, incluindo-se os tipos de ações e insumos oferecidos, os horários previstos e a qualidade do atendimento.

Além disso, a integralidade consiste em abolir os reducionismos na atenção, e exprime-se na concretização do “direito universal ao atendimento das necessidades de saúde”, conforme afirma Mattos (2001, p. 63). Isto é, o direito do usuário ao acesso a todas as tecnologias que o sistema oferece para o atendimento de suas necessidades, as quais, apesar de serem determinadas histórica e socialmente, apresentam-se de modo diferente para cada pessoa que as vivencia, e é a partir desses distintos modos que devem ser percebidas (STOTZ, 1991; HEMMI; PENNA, 2009).

Contudo Mattos (2004a, p. 1413) acrescenta:

Não se trata de simplesmente desenvolver protocolos ou rotinas capazes de identificar e oferecer ações preventivas não demandadas diretamente pelas pessoas que procuram os serviços de saúde. Há que se compreender o contexto específico de cada encontro entre membros da equipe de saúde e as pessoas. Há que se adotar uma postura que identifica a partir do conhecimento técnico as necessidades de prevenção e as assistenciais, e que seleciona as intervenções a serem ofertadas no contexto de cada encontro.

Aproximar-se de alguém de forma educada, respeitosa e gentil abre conexões para ambas as partes, o que deveria fazer parte do conjunto de ofertas do serviço e da assistência propriamente dita e concebida. A primeira etapa do atendimento a uma demanda e a uma pessoa deveria ser o reconhecimento, o movimento de aproximação, para então se apresentar a necessidade, a busca, e o objetivo real daquele encontro. Tudo isso foi traduzido na fala como sendo o espaço acolhimento ou mesmo a recepção da UAPS. Entende-se que a oferta de serviços deverá ser oportuna e adequada às necessidades da população, e não depender da simples existência dos mesmos.

“O acolhimento da unidade começa na recepção, então a recepção é que tem que tá bem antenada, **falando a mesma língua** [do usuário] **pra poder dar uma orientação adequada para o usuário, para que todos orientem a mesma coisa.**” (E 1).

“É o acolhimento, **dar mais atenção pro usuário, que eles não dão atenção para os usuários.** Então você precisa, eles vão te atender, mas demora... assim... **não tem aquele carinho, pra tratar a gente... tem que tratar com carinho, principalmente, porque nessa área a pessoa já vai debilitada,** já vai às vezes aborrecida com algum problema.” (U 3).

Esse corpo a corpo relatado pelo usuário, que por vezes é referido por tantos outros, ao longo desses anos de SUS, permite inferir que o ato de receber, acolher, encontrar, conhecer e de reconhecer o outro, faz parte de qualquer relação de aproximação entre pessoas em quaisquer papéis que estejam atuando. O que de alguma forma vem mostrando a fala desse profissional e desse usuário os quais compreendem a importância da sinergia do trabalho, porém encontram dificuldade em fazer valer a lógica de uma comunicação integrada.

Um coletivo de agentes que são pessoas diferentes e com talentos diversos, ou com sentimentos, desejos e opiniões também distintas, e mesmo distintas formas de apreender o saber exigido pela ação, permite que esse conjunto de profissionais tenha certa regularidade do mesmo modo e produz até nem sempre com meios exatamente iguais em razão dos

contextos do trabalho, produtos bastante próximos, que satisfazem pessoas também diferentes, e satisfazem de forma bem parecida (SCHRAIBER *et al.*, 1999).

Por fim, cabe ainda ressaltar que, apesar da implantação da APS, com base na ESF nos três municípios em tela, o fato de ter tais dispositivos operacionais instalados (APS/ESF) não é o bastante para garantir acesso e assistência de qualidade, o que remete à necessidade de outras análises e outros olhares para além da implantação da APS, como por exemplo, as condições de trabalho, a forma de organização dos serviços e da própria gestão e o quanto essa gestão está sensível a esses problemas; a qualificação técnica, ética e humanizada do profissional e a capacidade instalada do serviço e da rede de atenção à saúde, garantindo o seguimento e a integralidade da assistência e do sistema.

Esses atributos correlacionados à APS estão diretamente ligados à condição de valia do acesso do ponto de vista organizacional, e o quanto esses condicionantes são capazes de fazer valer os princípios e diretrizes do SUS.

### **5.2.2 Ampliação do acesso: implicações da organização dos serviços de saúde**

Para o desenvolvimento de uma prática de qualidade na área da saúde coletiva, é necessário que se tenham alguns elementos fundamentais tais como estrutura, bons fluxos que sejam estáveis e contínuos ao longo do tempo; pontos de atenção nos diferentes níveis de complexidade do sistema que se articule para dar prosseguimento e garantia à integralidade da assistência. O conjunto funcionante desses subsídios facilita e amplia o acesso aos serviços e às várias tecnologias em saúde, causando impacto na qualidade de vida das pessoas e na qualidade da prestação dos serviços em saúde. Para tanto é necessário que se tenha gestão competente, organização, e planejamento para a busca da ampliação do acesso e bons resultados.

Diante disso, as diversas falas dos profissionais entrevistados a respeito da organização do serviço sinalizam caminhos rumo ao desenvolvimento do acesso, entretanto retratam a frenética mudança dos fluxos organizacionais, dificultando o desempenho de quem atua no âmbito local, promovendo com isso desordem e impossibilitando o conjunto de profissionais e usuários de reconhecerem os padrões de organização e rotina nos serviços.

“Muitas vezes é mudado aquele fluxo sem a gente saber, quando a gente passa a saber é devido ao próprio paciente que conta, entendeu? **E quando a gente está tentando adaptar aquele fluxo, ele muda novamente**, ou seja, **muitos coordenadores pra um programa**. São vários coordenadores e eles são muito é... separados, segregados, entendeu? Eles não têm é, uma união entre eles, então o que acontece muitas vezes você pega um coordenador de um programa de Hiperdia, por exemplo, ele não tem contato direto com a que faz a coordenação do Idoso, por

exemplo. Então **o fluxo às vezes se esbarra**, aí eles mudam [novamente], quando muda altera a rotina aqui embaixo, da base. Aí a gente comunica, aí eles repensam, aí **muda de novo... não fazem uma coordenação conjunta, quero dizer, deveriam todos os coordenadores de programas atuarem, ao mesmo tempo juntamente com o coordenador geral do PSF.**” (M 1).

As normas e procedimentos programáticos que podem facilitar ou restringir a capacidade do usuário para obter os serviços, sugerem algumas análises, como inabilidade do nível central para a elaboração da logística dos programas e atendimentos, o que reflete na organização do nível local, ou na rotatividade das pessoas que assumem os cargos de coordenação, instituindo novas ideias e novos desenhos, ou mesmo certo amadorismo do grupo gestor em estabelecer critérios, normativas e caminhos mais viáveis e resolutivos para profissionais e usuários alcançarem seus objetivos. A ocorrência disso acarretou mudanças constantes na rotina dos serviços de saúde, dispondo-se como um contracenso a longitudinalidade das ações, um dos principais atributos essenciais da APS. Essa tarefa cabe à gestão que, como uma de suas atribuições, deve estabelecer ordenamento e critérios próprios de funcionamento da rede de serviços para as diferentes frentes que compõem um sistema de saúde, partindo do que está supostamente determinado na política de saúde e suas normativas.

Assim posto, o espaço a que se refere a discussão configura-se como o macro espaço, postulado por Cecílio (2001) como aquele que possui a capacidade de articulação dos serviços de saúde entre si e entre outros pontos de atenção, constituindo uma rede muito mais complexa, considerando que a integralidade nunca se realiza em apenas um lugar, seja qual for a complexidade do nível de atenção.

A concretização da APS acontece por meio de seus atributos nominados essenciais, quais sejam: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade da atenção e coordenação do cuidado; e derivados: atenção centrada na família e orientação comunitária. A lacuna em relação à adesão aos atributos da APS coloca como imperativa a discussão acerca da formação de recursos humanos para o SUS, incluindo gestores e profissionais que sejam capazes de compreender os desafios imprescindíveis para a implementação de uma APS de qualidade (STARFIELD, 2002).

Ainda sobre a organização dos serviços de saúde, Lima *et al.* (2007) ponderam que:

O acesso funcional envolve a entrada propriamente dita aos serviços de que o cidadão necessita, incluindo-se os tipos de serviços oferecidos, os horários previstos e a qualidade do atendimento. A facilitação do acesso ao uso dos serviços de saúde juntamente com outros fatores, em especial o acolhimento, favorecem o vínculo do usuário e, portanto, contribuem muitas vezes para o tempo de utilização do serviço e para a frequência de procura pelo atendimento (LIMA *et al.*, 2007, p. 15).

Quanto ao (pro)seguimento do atendimento para os demais pontos de atenção, representado pela integralidade do sistema, os entrevistados relatam sobre o viés da referência e da contrarreferência, que têm sido ao longo do tempo um constante gargalo, o alcance aos níveis de assistência secundário e terciário em todo o Brasil, se apresentando, nesse caso, como um dos fatores que dificultam o acesso, especificamente o tempo de espera de uma vaga, variando de um a três anos, morosidade nas respostas, número reduzido de vagas e ausência de interlocução entre os níveis de atenção. Profissionais e usuários mencionam de forma diferente, mas com o mesmo sentido as delongas para a liberação de consultas, de acordo com os discursos a seguir:

**“O atendimento pra mim tá sendo assim... péssimo... tá sendo péssimo porque... igual no meu caso... fui fazer o tratamento com psicóloga, ela não me atendeu; eu preciso de uma consulta com o ortopedista, não tem ortopedista; eu tô aguardando uma cirurgia do punho tem dois anos, a cirurgia não sai. Ficar aguardando, aguardando se a gente vai consultar a gente precisa do médico passar os exame ali, a gente tem que fazer os exame, a gente tem que agendar os exame conforme o laboratório... passa trinta até sessenta dias, daí a gente pega o resultado pra mostra pro médico, aí leva mais uns trinta dias pra mostrar o resultado, se for uma doença grave, vai só agravando...” (U 1).**

**“Os encaminhamentos que a gente faz seria mais pra especialidades, por exemplo, oftalmologia, urologia, esses encaminhamentos demoram muito tempo pra sair, por exemplo, um oftalmo são dois anos pra sair uma consulta, ortopedista, um ano, um ano e meio; o que sai mais rápido assim, é cardiologista. Mas, o encaminhamento demora muito tempo e a gente só encaminha em ultimo caso, quando realmente não consegue resolver o problema da pessoa.” (E 2).**

**“Uma coisa, eu acho que devia melhorar um pouco é quando eu encaminho pra um especialista, eles voltarem sem a contra referência, pra eu saber o quê que foi tratado, quê que foi feito, eu acho que isso aí é um pouco falho, entendeu? Eu acho que seria interessante se eles pudessem encaminhar, voltar, olha o seu foi tratado dessa forma, você teve isso, porque eles voltam, mais perdidos, tipo assim o quê que aconteceu, o quê que tá acontecendo, eles são leigos então eles não sabem.” (TE 1).**

Ao governo brasileiro, no âmbito do sistema público de saúde, cabe definir estratégias voltadas para garantir que “todos” tenham acesso aos serviços especializados em tempo oportuno, pois anos de espera podem representar o avanço de uma patologia, um óbito, a aflição da espera por uma resposta sobre a possibilidade de uma doença instalada. Por outro lado, esse entrave revela a má utilização dos recursos públicos, ineficiência na gestão, encaminhamentos emitidos sem critérios clínicos feitos por profissionais da rede básica, o que continua mantendo as grandes filas para o setor secundário.

Novamente, colocam-se em pauta os objetivos a que se propõem a APS e ESF aqui tidas como cenário dessa pesquisa; que trazem em sua essência a diminuição dos

encaminhamentos para o nível secundário da atenção e a diminuição das internações hospitalares, que não dispõem somente do simples fato de racionalizar tais procedimentos, mas do grandioso fato de ampliar a capacidade de resolver os problemas de saúde da população pela qualidade da assistência ofertada e, conseqüentemente, diminuir a utilização dos demais níveis de atenção à saúde, porém garantindo sempre o princípio da integralidade. Schwartz *et al.* (2010) enfatizam que longos tempos de espera influenciam para o descrédito da ESF e tornando fator dificultador, o acesso.

Para garantir a integralidade é necessário operar mudanças na produção do cuidado, a partir da rede básica, secundária, atenção à urgência e a todos os outros níveis assistenciais, incluindo a atenção hospitalar (FRANCO; MAGALHÃES JÚNIOR, 2004).

No avanço da discussão sobre o acesso e suas interfaces, grande parte das dificuldades identificadas nas dimensões geográfica, sociocultural e econômica, encontra-se estreitamente associada à dimensão organizacional do acesso, tais como o mau funcionamento do sistema de referência e contrarreferência; o excessivo número de pessoas adscritas na área de abrangência das equipes; a demora em conseguir a consulta, principalmente odontológica; demora, na sala de espera para receber o atendimento; demora no recebimento dos resultados dos exames; a forma de marcação da consulta; a estrutura burocratizada que caracteriza os processos de trabalho das equipes, bem como sua centralidade em ações individuais; a massificação das necessidades de saúde, e a falta de planejamento de ações (AZEVEDO, 2007).

Contudo, os profissionais e usuários apresentam suas facilidades no decorrer do dia a dia de trabalho quanto à organização do serviço:

“A organização do serviço é boa, porque a gente vai na casa do paciente, encontra os problemas lá e traz pro enfermeiro. Se não é um caso do enfermeiro, ele passa pro médico e aí acaba resolvendo. **Também da equipe é a mesma coisa, a gente traz os problemas pr’aqui e eles resolvem, né?** O que a gente não tem condição de tá indo na casa da pessoa e resolvendo sozinho o problema é, é, é, a gente traz pra cá, junto com a equipe reunida é que vai resolver. **A organização do meu trabalho é isso, eu saio daqui com destino de fazer visitas né, entregar exames.**” (ACS 3).

Uns falam da dinâmica de organização da própria equipe, outros colocam sobre o valor do trabalho em equipe e sobre a capacidade de resolutividade, diante da necessidade existente.

“A gerente, essa gerente não pode sair daí nunca, que essa gerente, a primeira vez que eu procurei ela, ela me atendeu muito bem, ela é muito bacana. Quando a gente precisa de alguma coisa ela resolve pra gente, eu até falei pra ela que eu nunca tinha procurado gerente nenhuma ali, que a primeira vez que eu procurei foi ela... e

**ela me atendeu muito bem; resolveu o problema da consulta com o ortopedista; uma época aí que eu precisei de fazer uma tomografia, ela arrumou a consulta pra mim. Então ela é super bacana.” (U 2).**

“A gente precisa tá se aperfeiçoando, a cada dia **melhorando essa organização**. A comunidade ainda não entendeu que o PSF... a médica e a enfermeira tá aqui oito horas... mas não é porque tá aqui oito horas que é pra qualquer hora que chegar ser atendido, né? Eles acham que a gente tá aqui é pra isso; **toda reunião de hiperdia eu falo o quê que é o PSF, qual que é o objetivo do PSF, como que deve ser a população, deve respeitar o agendamento porque se não desorganiza, reflete num trabalho de qualidade**, então assim, a organização a gente aqui dentro tenta se organizar, nós temos tudo organizado. Nós temos tudo, como que funciona, o número de consultas por agente comunitário, o quê que o paciente tem direito, o quê que é urgência, o quê que é prioridade, classificação de riscos das famílias, nós temos tudo organizado. **Tudo que é papel a gente tem organizado, mas às vezes, na hora que a gente vai colocar isso em prática, entendeu, é um pouco difícil.**” (E 2).

A compreensão sobre o valor e a importância da gestão no processo de avanço do acesso foi expressa por ambos os grupos de entrevistados. Usuários e profissionais tiveram olhares análogos ao solicitarem maior participação junto à gestão para resolução de problemas e tomada de decisão de assuntos relacionados à saúde e sobre os enfrentamentos constantes vividos no cotidiano de trabalho e concernentes às demandas dos serviços e da própria comunidade:

“Eu achava assim... **que eles deviam reunir mais com o Secretário de Saúde, ou a gente que tá por dentro desse problema**, passar pro Secretário de Saúde pra ter uma reunião junto com eles, pra atender a gente melhor.” (U 12).

A compreensão do usuário sobre a valia do apoio da gestão em conjunto perante os enfrentamentos e as dificuldades encontradas, no cotidiano das UAPS, mostram caminhos para a busca de maior resolutividade das diversas demandas que se apresentam.

É imperativo que o gestor seja um estrategista em suas ações a partir de sua realidade, baseado em indicadores, para que possa visualizar as necessidades de seu território e construir um planejamento em saúde, elegendo prioritariamente ações e serviços (VIEGAS; PENNA, 2013).

Do ponto de vista dos profissionais, o apoio da gestão também foi citado como sendo favorável à organização dos serviços e também como um caminho para agilizar a resolução de problemas mais complexos. O inverso também é mencionado como entrave para a organização do cotidiano de trabalho e outros problemas correlacionados.

“O relacionamento com a Prefeitura, eu acredito que seja um relacionamento bom. Agora mudou o Secretário de Saúde daqui, né? A Secretária de Saúde, anterior, a gente tinha uma relação muito boa, **qualquer problema que um paciente tinha aqui, que precisava ser resolvido mais rápido, a gente ligava pra lá, eles já**

**resolviam no mesmo dia ou, às vezes, no dia seguinte, eles já conseguiam pagar uma consulta particular pro paciente, entendeu?” (E 2).**

“Em relação ao gestor municipal, o Secretário de Saúde, ele tá há cinco meses aí, **mas já afirmou perante aos médicos e até, enfermeiros que ele não conhece saúde pública...** então isso é óbvio... não é que tenha um entrave, **o entrave já existe por si só**, ou seja, ele tá num cargo, mas ele tem uma grande dificuldade porque ele não conhece a saúde pública, né? Então isso gera obviamente uma série de problemas. Eu tenho uma entrada boa dentro do departamento, mas é... **reuniões periódicas de médicos e tudo, não tem não, nós estamos tentando resgatar isso, mas não conseguimos ainda não.** Isso parou deve ter sido em 2006, 2007 que parou nossas reuniões”. (M 1).

“Ah, em relação à organização do serviço, acho que ainda tem muita coisa pra ajustar. No caso não dependeria da gente, **dependeria da assistência da Secretaria de Saúde, do Secretário no caso**, entendeu, igual... em relação, às vezes **falta muito material, às vezes a gente fica sem médico, a gente ficou um bom tempo sem médico**, entendeu? Então a gente avaliava os pacientes e fazia o que dava, o que não dava a gente acabava encaminhando, né? **E os pacientes ficavam chateados com essa situação**, mas não era coisa pra gente resolver, e sim o pessoal da Secretaria.” (TE 3).

De um lado, o distanciamento da gestão e de outro, a aproximação, comprovando o quão resolutivo e benéfico é o alinhamento do trabalho entre o nível local e central no desatar dos “nós”, que muitas vezes são os principais responsáveis por toda a demora e falhas do sistema na busca de respostas para os usuários e também para os profissionais.

Pensar as necessidades de saúde significa um exercício diário, pois seu (re)conhecimento implica que se deve entrar em campos complexos, refratados por um conjunto de significados (social, político, ético, e subjetivo) pouco explorados no cotidiano da gestão e da produção do cuidado em saúde, principalmente pelos profissionais (AZEVEDO, 2007).

Nessa perspectiva, Silva Júnior *et al.* (2010) declaram que se tomar uma decisão sobre a localização e a amplitude dos serviços de atenção primária que estão disponibilizados em um território delimitado, constitui desafio ao planejamento e à programação em saúde o que requer discussão de todos os atores envolvidos. Características geográficas, socioeconômicas, culturais e políticas devem ser analisadas, superando a lógica curativista e biologicista tradicionalmente hegemônica no planejamento setorial.

Acerca dos fatores dificultadores do acesso aos serviços de saúde, profissionais e usuários remetem o número elevado de pessoas por equipe, constituindo grandes demandas, o que muitas vezes impedem a equipe de ofertar um atendimento resolutivo e de qualidade, possibilitando o usuário de utilizar o serviço de forma mais racionalizada.

**“O que nos dá mais problema é que nós temos uma demanda muito grande e muitas vezes têm usuários que vêm aqui três, quatro vezes por semana, que são queixas... muitas vezes infundadas. Aí a gente tem que disponibilizar aquele tempo pra ele. Então eu acho que, às vezes, o tempo fica meio corrido pra dar uma atenção maior ao usuário, a gente tem porta aberta pra qualquer pessoa que chega, a gente orienta, inclui no programa sem problema nenhum.” (E 1).**

“Olha, às vezes a gente consegue sim resultados, dependendo do caso a gente consegue resolver o problema, mas às vezes não tem é... condições de tá resolvendo o problema por causa mesmo da situação da saúde que está em Ipatinga. Olha, a nossa equipe, ela faz um trabalho bom, um trabalho muito bom, só que, o porém é que a demanda da [a população] **da nossa equipe é muito grande, é além do que deveria ser, por isso que o trabalho não é bem feito. Há programas que a gente não tem condições de fazer, por causa da demanda que é muito grande**, por exemplo é... programas com as mulheres, programa do homem, por exemplo, que a gente podia estar fazendo. Com os adolescentes a gente não faz, porque não há tempo, a equipe não tem tempo de estar mantendo esses programas.” (ACS 1).

As grandes demandas e os recortes populacionais por equipe que extrapolam o mencionado na PNAB dificultam o alcance dos resultados e a capacidade de resposta do serviço. O território de uma ESF é definido pela PNAB 2012 como sendo idealmente de três mil habitantes por equipe. Quando esse parâmetro populacional é superado sobrecarrega a carga de trabalho, compromete o planejamento e afeta a dinâmica do trabalho de qualidade e o alcance das metas. Isso tem sido uma queixa constante dos profissionais e passa pelo crivo dos gestores de saúde para solucionar tal problema, o que incide diretamente na valia do acesso (BRASIL, 2012b).

A definição do território tem sido fundamental para a organização da APS, baseada em RAS, o quantitativo e o perfil populacional são essenciais para o amplo conhecimento das necessidades e preferências que determinam a oferta de serviços de saúde (BRASIL, 2010e). Além disso, a PNAB, revisada em 2012, descreve que cada equipe se responsabiliza pelo acompanhamento de, no máximo, quatro mil habitantes, sendo a média recomendada de três mil habitantes de uma determinada área, e essas passam a ter corresponsabilidade no cuidado à saúde. A atuação das equipes ocorre, principalmente, nas unidades básicas de saúde, nas residências e na mobilização da comunidade (BRASIL, 2012b).

A respeito de como se sentem ao serem atendidos pelos serviços de saúde pública, os sujeitos entrevistados mencionaram de um modo geral um sentimento de insatisfação, referindo-se ao número escasso de médicos, e ao longo tempo de espera para a realização de consultas e atendimentos, inclusive os mais básicos.

“Ah... eu fico chateada, revoltada né... porque eu acho que um posto daquele tamanho ali, **muitos funcionários, muito funcionário fica pra lá, pra cá**; eu acho

que deveria ter mais médico pra atender o pessoal. Já falei que não ia procurar mais a Unidade de Saúde por causa desse tipo de coisa.” (U 1).

“Primeiro é... **colocar mais médico que ali não tem médico, né? A gente vai medir uma pressão ali, é aquela maior agonia.** Depois que a gente xinga, que a pressão já foi pra dezoito, aí que eles vão atender a gente, tá entendendo?” (U 3).

O sistema deve cobrir, por meio da integralidade, todos os procedimentos que um indivíduo necessite para garantir o seu estado de saúde, qualquer que seja a densidade tecnológica desse procedimento. Nesse sentido o estudo de Conill, Giovanella, Almeida, (2011) reitera que:

A superação de listas de espera não significa apenas aumento da oferta com mais intervenções, exames e procedimentos. Um ponto central que os elementos sistematizados nesse trabalho permitem sugerir é de que uma abordagem abrangente dessa problemática implica deslocar o foco da discussão do monitoramento de listas e/ou da ampliação da oferta para o da garantia de um acesso oportuno. Ou seja, significa avançar na direção do monitoramento da qualidade dos sistemas de saúde, de modo a enfrentar uma utilização de serviços pouco eficiente, uma vez que, em princípio, esse é o diferencial que os sistemas orientados pela APS com redes integradas de serviços podem trazer. Implica, também, enfrentar o desafio político e a disputa de projetos técnico-assistenciais no difícil jogo da regulação em sistemas nos quais a doença se transformou em uma mercadoria altamente geradora de valor, discussão que é central para a sustentabilidade dos sistemas de saúde contemporâneos (CONILL; GIOVANELLA; ALMEIDA, 2011, p. 2791).

Cabe inferir que as normativas que instituem a política de saúde não têm conseguido oferecer de forma suficiente e em tempo oportuno os procedimentos e as tecnologias de que as pessoas necessitam, e que a população saiba o que de fato corresponde à lista de procedimentos do SUS.

Ainda sobre a organização dos serviços de saúde, outro autor pondera o seguinte:

A organização do Setor Saúde deve se preparar para responder aos projetos de vida e seus obstáculos, dos diversos segmentos populacionais beneficiários de seus serviços. A Intervenção em Saúde na escala coletiva segue o diálogo com os sujeitos de carne e osso, constituintes desses coletivos (AYRES, 2004, p. 28).

Quanto à oferta de serviços, nos diferentes níveis de atenção, a lógica de redes e de região de saúde tem funcionado como porta de entrada, e dado seguimento a outros níveis de complexidade pela utilização dos diferentes pontos de atenção, distribuídos no município polo da região, de acordo com as falas dos profissionais:

“Se for encaminhamento de **urgência é pro Pronto Socorro Municipal** [de Ipatinga] mesmo, não existe outro tipo de encaminhamento, a não ser os encaminhamentos médicos, para psicologia, fonoaudiólogo, neurologista que aí já são consultas ambulatoriais, que o gestor municipal providencia consultas através dos convênios dentro do município, né? A gente não tem esse tipo de profissional, então **o encaminhamento é feito pelos médicos para a secretaria providenciar, através dos convênios de consultas especializadas.**” (M 3).

A organização por RAS demanda a definição da região de saúde que implica na definição dos seus limites geográficos e sua população e no estabelecimento do rol de ações e serviços que serão ofertados nesta região de saúde. As competências e responsabilidades dos pontos de atenção no cuidado integral estão correlacionadas com a abrangência de base populacional. Estruturam-se por meio de arranjos produtivos, conformados segundo as densidades tecnológicas singulares, variando do nível de menor densidade (atenção primária à saúde), ao de densidade tecnológica intermediária, (atenção secundária à saúde), até o de maior densidade tecnológica (atenção terciária à saúde) (BRASIL, 2010e).

A rede de atenção à saúde pode possibilitar e permitir orientar o processo de trabalho em função de referências em níveis de maior complexidade. Nesse sentido, a integralidade da atenção significa empregar os meios necessários para a efetivação do cuidado e dispor de diferentes meios segundo o grau de complexidade da atenção à saúde, baixa, média e alta complexidade (VIEGAS; PENNA, 2013).

Não obstante, cabe ao debate relacionado à organização, o avanço no grau de cobertura dos serviços ofertados pelos entes governamentais, considerando a existência de restrições, tanto no financiamento, como na relação dos serviços ofertados. Contudo, os governos e seus gestores, mesmo garantindo acesso à saúde para toda a população, não permitem o alcance dos vários serviços na sua totalidade, como apoio diagnóstico e terapêutico, quantitativo suficiente de profissionais, e acesso à média e alta complexidade. No SUS, admite-se cobertura universal, integral e gratuita no ato da realização do serviço, o que coloca o Brasil no grupo dos sistemas de saúde mais pródigos do mundo, mas com grande potencial de lacunas o que depõem contra a promoção do sistema.

Donabedian (1993), um dos pesquisadores que estuda sobre qualidade dos serviços de saúde no mundo, expõe que redefinir o sentido da qualidade nos serviços de saúde requer atenção aos seguintes temas: desenvolvimento científico para medir a efetividade e a eficiência de um serviço; equilíbrio à atenção prestada aos aspectos técnicos e interpessoais; equilíbrio à atenção entre efetividade e custo; e, por fim, equilíbrio à valorização individual e social da atenção à saúde.

Para que o SUS siga os trilhos do desenvolvimento e do avanço para a saúde, se faz necessário garantir a capacidade gestora de organizar seus sistemas de saúde, a partir das normativas que regem a política pública de saúde na sua totalidade, no Brasil; planejamento das ações de acordo com as realidades postas pela população e trabalhadores de saúde; qualificação do profissional, tanto da instância operacional, quanto da gestão; comprometimento ético, científico e humanizado com os sujeitos que dependem desses serviços como única forma de recursos para seus processos de saúde e doença.

### **5.2.3 Amplificadores para a qualidade do acesso: a vista de um ponto de usuários e profissionais do SUS**

A compreensão de acesso parte do entendimento de que a simples disponibilidade de um serviço ou programa em um determinado local não garante o seu efetivo alcance. O fato de termos um direito adquirido de forma legítima, porém, não conseguindo obtê-lo ou dele usufruir, no momento em que se faz necessário, então esse direito se torna parte de um benefício que passa a ser considerado como insuficiente. Estudos como os de Donabedian sobre qualidade em saúde identificaram dentre outros fatores negativos que afetam a satisfação do usuário, a dificuldade no acesso à saúde e mais, esse mesmo autor ressalta que tanto a satisfação do usuário, quanto a do profissional são de grande importância para a avaliação global da qualidade do cuidado (DONABEDIAN, 2001).

Do ponto de vista de usuários e profissionais, o acesso à saúde, nos três municípios abordados nesta pesquisa, precisa avançar, desde o seu sentido micro, que seria o encontro entre os sujeitos através da chegada aos serviços de saúde, quanto o alcance, em **tempo oportuno**, a tecnologias de menor e maior densidade. A caminhada sem obstáculos pelos níveis de atenção à saúde deve ser garantida ao cidadão através da integralidade do sistema e, urgentemente, concebida às centenas de pessoas que dela dependem.

Em relação à capacidade do serviço em dar respostas às demandas da comunidade, os profissionais fazem uma reflexão dos casos para o alcance das reais necessidades do sujeito, reconhecem a existência de pontos de atenção para a continuidade da assistência, porém, identificam a inconsistência no avanço da saúde no sentido da qualidade dos serviços e na capacidade de respostas concretas para os casos que surgem a cada dia. Tudo isso ainda se institui arrastado, diante das solicitações às demandas existentes:

“Tem algumas falhas... mas o que a gente pode fazer a gente faz. **Poderia ser melhor, eu acho que é um pouco lenta** ainda [a saúde]... mas ainda tá caminhando. Em relação ao serviço, tá resolvendo na medida do possível, **claro**

que nem tudo a gente consegue resolver; o que a gente não consegue, aí encaminha pra outro lugar.” (TE 3).

“O pessoal da enfermagem né, que são as técnicas e as enfermeiras, eu acho a resolutividade muito boa, né? As meninas têm ali a **vacinação** que elas fazem muito bem; elas controlam muito bem, têm todas as listas direitinho. **Medicamento aplicado** aqui do lado, também é muito bom; medida de PA, **controle de PA**, elas fazem muito bem também. E as **meninas da enfermagem, apesar delas ficarem numa parte que eu acredito ser mais burocrática, mais papelada** e tal, também têm uma resolutividade muito boa.” (M 3).

A organização das equipes, dos serviços e do próprio trabalho mencionado pela maior parte dos participantes, não demonstraram avanços significativos capazes de romper os paradigmas que fazem parte da história da saúde pública brasileira, baseada na hegemônica assistência curativista, biologicista e tecnológica. Portanto, o acesso pensado do ponto de vista técnico é importante, mas não o suficiente. É necessário considerar outras dimensões desse sujeito, como todos os determinantes sociais que envolvem a sua saúde citados por Unglert<sup>8</sup> (1995 *apud* RAMOS; LIMA, 2003, p. 28):

O acesso à saúde está ligado às condições de vida, nutrição, habitação, poder aquisitivo e educação, englobando a acessibilidade aos serviços, que extrapola a dimensão geográfica, abrangendo também o aspecto econômico, relativo aos gastos diretos ou indiretos do usuário com o serviço, o aspecto cultural envolvendo normas e técnicas adequadas aos hábitos da população e o aspecto funcional pela oferta de serviços adequados às necessidades da população (UNGLERT<sup>9</sup>, 1995 *apud* RAMOS; LIMA, 2003, p. 28).

Percebeu-se uma afinidade por parte dos profissionais com o trabalho executado, em relação a alguns resultados produzidos, porém foi demonstrada pouca capacidade criadora de novos movimentos e estratégias, na prática cotidiana, capazes de responder às diversas demandas que se apresentam.

“**Adesão de tratamento de hipertensão e diabetes, ao pré-natal, então eu tenho um retorno muito positivo**, mas, por exemplo, em relação ao **combate de drogas, gravidez na adolescência, que não depende só da equipe né, que depende muito da cultura, da família, a gente não tem tanto êxito não**, então a gente fica um pouco frustrado de saber que muita coisa a gente faz, mas assim, a sensação que a gente tem é que não tem um retorno da população. Bom, não existe o retorno dos serviços que eles foram atendidos, não existe essa contra referência.” (E 2).

---

<sup>8</sup> UNGLERT, C. V. S. Territorialização em sistemas de saúde. In: MENDES E. V. (Org.). **Distrito Sanitário**. São Paulo: Hucitec/Rio de Janeiro: Abrasco, 1995. p. 221-235.

<sup>9</sup> UNGLERT, C. V. S. Territorialização em sistemas de saúde. In: MENDES E. V. (Org.). **Distrito Sanitário**. São Paulo: Hucitec/Rio de Janeiro: Abrasco, 1995. p. 221-235.

“O acolhimento realizado aqui, às vezes, é um pouco difícil sim, porque **o paciente fala uma coisa com a gente e, com o médico, ele fala outra.**” (TE 2).

“Bem, ah... **nós trabalhamos com prevenção, então o resultado do nosso trabalho é muito bom. As pessoas são satisfeitas, são satisfeitas com o nosso trabalho...** Eles são sentindo melhor... têm pessoas que vinham no posto direto, agora já não vêm tanto, porque nós procuramos eles na comunidade; nós temos a reunião de hipertensos que é muito importante, que orienta as pessoas sobre alimentação, sobre o que deve comer, o que não pode comer, tem que evitar o sal, a gordura, temos muita orientação com a nutricionista, né? **Então a comunidade tem nos dado uma resposta muito boa sobre o nosso trabalho.**” (ACS 2).

O reconhecimento do trabalho alcançado se revela como uma gratificação para o profissional, ao sentir a valorização da prática pelo resultado alcançado. Contudo, as características que compõem o perfil de uma comunidade e suas necessidades reais e a identificação de seus verdadeiros problemas são etapas cruciais para o planejamento e programação das ações que se traduzem imperativas, dentro do processo de construção coletiva, para o avanço do acesso.

É preciso atentar para a especificidade tecnológica da atenção primária e as dificuldades metodológicas que elas provocam para os procedimentos que garantam a avaliação da qualidade. Para além dos problemas comuns às práticas ambulatoriais como, por exemplo, a difícil caracterização dos episódios de doença, grande volume de queixas mal definidas e a presença importante de condições crônicas, agregam-se outras, destacando-se, principalmente, a complexidade da articulação de finalidades diversas como a atenção à demanda espontânea e a condições epidemiologicamente importantes, ou à qualidade do cuidado individual (SCHRAIBER *et al.*, 1999).

Outro aspecto relevante a ser analisado é a pouca capacidade na tomada de decisão e de visualização dos problemas do cotidiano, e dos fatores desencadeantes desses problemas para buscar suas possíveis soluções.

“Uma coisa eu acho que devia melhorar um pouco é quando eu **encaminho pra um especialista, eles voltarem sem a contra referência**, pra eu saber o quê que foi tratado, quê que foi feito, eu acho que isso aí é um pouco falho, é só isso mesmo, eu acho que seria interessante, se eles pudessem encaminhar, voltar...” (TE 1).

“Ah, em relação à organização do serviço, acho que ainda tem muita coisa pra ajustar, pra melhorar, mas cada um tem sua função e desempenha ela da melhor maneira possível. No caso, não dependeria da gente, **dependeria da assistência da secretaria de saúde, do secretário no caso**, entendeu? Igual em relação, às vezes, **falta muito material, às vezes, a gente fica sem médico. A gente ficou um bom tempo sem médico**, entendeu? Então a gente avaliava os pacientes e fazia o que dava, o que não dava a gente acabava encaminhando, **e os pacientes ficavam chateados com essa situação**, mas não era coisa pra gente resolver, e sim, o pessoal da secretaria.” (TE 3).

Alguns discursos são vagos e repetitivos, podendo-se inferir que há pouca capacidade de compreensão do todo e pouco envolvimento dos profissionais, frente aos desafios, o que reduz a abrangência analítica da realidade instalada.

Cabe inferir que existe pouca integração e pouca visualização dos papéis a serem exercidos entre gestores e profissionais, e dos profissionais com a extensa prática que lhes cabe, tornando-os estagnados na elaboração de novas estratégias e possíveis soluções para os problemas existentes.

Para se ter qualidade nos serviços de saúde é necessário considerar alguns elementos importantes, denominados por Donabedian (1990), como os “sete pilares” que são: a eficácia, entendida como o resultado do cuidado obtido na melhor situação possível; a efetividade, como o resultado do cuidado obtido na situação real; a eficiência, relacionada à eficácia e à efetividade com menor custo; a otimização, onde o cuidado é relativizado quanto ao custo; a aceitabilidade que seria o quanto o cuidado se adapta aos desejos, expectativas e valores dos usuários; a legitimidade, mencionada como a aceitabilidade do ponto de vista da sociedade; e por fim, a equidade, entendida pelo autor como sendo o que é justo ou razoável, na distribuição dos cuidados e seus benefícios.

Nessa perspectiva, para se ter qualidade e conseqüente ampliação do acesso são necessárias uma gama de atributos que perpassam principalmente pela capacidade que o profissional desenvolve em avançar nessa ação e de capacidade de visualizar entraves e caminhos efetivos a serem construídos e percorridos nesse sentido.

As necessidades de saúde propagam múltiplas dimensões — social, psicológica, biológica e cultural — que o conhecimento e as intervenções acerca desse objeto complexo — o processo saúde-doença — estabelecem um intenso processo de especialização, a nenhum agente isolado cabe, na atualidade, a possibilidade de alcançar a totalidade das ações de saúde demandadas, seja por cada um dos usuários em particular, seja pelo coletivo de usuários de um serviço. Depositar-se, pois, a necessidade de recomposição dos trabalhos especializados, com vistas à assistência integral de saúde, seja de especialidades de uma mesma área profissional, seja de áreas distintas — multiprofissionais (SCHRAIBER *et al.*, 1999).

Quando solicitado aos usuários que contassem uma situação em que se sentiram bem atendidos na UAPS, muitos deles relataram sobre a forma de atendimento; se por um lado a má qualidade do atendimento remete a algo que precisa ser rapidamente melhorado para o avanço do acesso, o mesmo se torna motivo de satisfação quando o encontro entre esses dois atores, profissional e usuário se faz de maneira humanizada, comprometida e resolutiva,

demonstrando atenção em relação ao sofrimento alheio ou mesmo em relação a tantas outras solicitações advindas do sujeito demandante, conforme os relatos que a seguir:

“A situação que eu senti bem atendido ali é só quando eu procuro aquela gerente, que preciso de alguma **coisa, ela vai e me atende com uma satisfação danada** né? Todas as vezes que eu procurei ela, ela me atendeu direitinho.” (U 2).

“Acho que muito bem atendido, é só vacina mesmo, que não tem muito contato, não tem muita conversa.” (U 3).

“Que eu fui bem atendida aqui no posto? **Todas as vezes que eu venho eu sou bem atendida**, eles me atende muito bem, tendeu?” (U 5).

“Se a pessoa num aguenta caminhar até lá [unidade de saúde], a médica vem em casa da gente. Vai a enfermeira e visita quem não aguenta caminhar, aí a médica toda terça feira vai atender as pessoa que num aguenta caminhar, **é tudo bem atendido, num tem erro não. Nois pega o remédio, a gente num tem dificuldade** igual eu te falei, a gente vem aqui e se num tivé o remédio tem a farmácia popular. Lá as menina também atende a gente muito bem, mede a pressão da gente, num cobra nada, mas **é tudo encaminhado pelo posto, tudo encaminhado pelo PSF, pelo SUS.**” (U 6).

“Quando **tinha uma ginecologista**, quando eu precisei que não tinha nem agendamento, e **ela viu as minhas dificuldades, ela fez de tudo pra me ajudar**, então assim foi uma pessoa assim que eu não esqueço, **fui muito bem tratada por ela.**” (U 7).

“O pessoal assim **visita em casa, olha como que tá, o que tá precisado, o atendimento bom é esse.** O pessoal vem visitar, olha fala pra procurar atendimento... mais quando você procura não dá pra atender a necessidade da gente. A visita domiciliar **visita muito bem, tudo direitinho mais quando a gente vai procurar o atendimento que você precisa, o SUS não tem condição de fornecer pra gente.**” (U 8).

A condição de afeto no sentido “daquilo que afeta o outro”, tem sido cada vez mais entendido por quem usa os serviços de saúde. Atender bem, não é ser paternal, mas sim respeitar o outro diante de sua queixa e de sua história. As pessoas estão em busca de tecnologias para os seus adoecimentos, mas também estão em busca de compreensão, segurança, de serem acolhidas, e de principalmente de serem realmente escutadas e respeitadas. Cabe ao profissional uma postura ética e comprometida com a vida das pessoas que chegam aos serviços e seus sofrimentos. Para tanto Azevedo e Costa (2010, p. 779) corroboram da seguinte forma: a capacidade de dialogar e trocar saberes técnicos, científicos e populares entre profissionais e usuários, pode estabelecer de forma compartilhada, um conceito sobre o processo saúde-doença, o qual dará origem a mudanças duradouras de hábitos e de comportamentos saudáveis, visto serem ocasionados não pela convicção ou autoridade do profissional, mas pela construção de novos sentidos e significados individuais e coletivos sobre o processo assistencial (ALVES, 2005). Reforçando essa ideia, Ramos e Lima

(2003, p. 28) asseguram que “[...] é fundamental conhecer como os usuários avaliam o atendimento a eles prestado, para repensar as práticas profissionais ou intervir sobre a forma de organização dos serviços, visando ao seu aperfeiçoamento”.

Os estudos realizados por Penna (2009), Montenegro, Penna e Brito (2010) e Viegas e Penna (2013) discutem sobre o acolhimento, a integralidade e a construção de vínculo acerca dos serviços de saúde e corroboram que para garantir um modelo assistencial pautado no usuário, sujeito protagonista da ação, é necessário um trabalho cotidiano multiprofissional e determinado por ações integrais em seu ambiente físico e social, “a produção do cuidado dar-se-á em ações de acolhimento, vínculo, responsabilização e resolutividade” (VIEGAS; PENNA, 2012, p. 376).

Foi possível entender que aspectos vinculados aos serviços prestados estão diretamente ligados à qualidade do acesso, dentre esses a forma como o usuário chega à unidade de saúde e como é recebido pelo profissional; o jeito e as tecnologias utilizadas para atender cada caso, as normas, as prescrições, os saberes, os valores, as crenças, e a experiência que cada um carrega consigo e o efeito disso tudo. Desse modo, a magnitude desse encontro, que parece na maioria das vezes muito simples, determina a competência do serviço e das pessoas, envolvendo o acolhimento e o atendimento, resultando na capacidade em dar respostas sejam elas quais forem, motivando a satisfação do usuário, a sua escolha e o seu retorno a esse serviço.

Por fim, o momento atual é instigante no sentido de uma percepção mais aguçada em relação à problemática do acesso, e o recorte dessa pesquisa permite ir mais além, aos detalhes que estão correlacionados a essa temática. Esse estudo reitera que é preciso investir nos profissionais de saúde, se realmente se almeja uma ampliação do acesso, baseado na qualidade dos serviços de saúde, na humanização e na integralidade dos mesmos. Investimentos em capacitação profissional, aquisição de cotas de exames e consultas que atendam às demandas da população são outros elementos indispensáveis para melhorar a qualidade de saúde prestada à população e para que se caminhe no sentido da ampliação do acesso.

*Afinal, há é que ter paciência, dar tempo ao tempo, já devíamos ter aprendido, e de uma vez para sempre, que o destino tem de fazer muitos rodeios para chegar a qualquer parte.*

*Guimarães Rosa*

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os objetivos do estudo em tela foram alcançados, ficando claro que os municípios envolvidos como cenário possuem diferentes formas de lidar com as adversidades do cotidiano, refletindo dessa forma no acesso aos serviços de saúde.

Do ponto de vista dos usuários, os mesmos relataram situações distintas na condução do atendimento e do acolhimento, na capacidade de resposta do sistema às demandas, e dos modos peculiares de se relacionar com o serviço e com os profissionais de saúde. Por outro lado, os profissionais entrevistados tiveram certa dificuldade de analisar as próprias produções de saúde e demonstraram em seus depoimentos, muitas vezes, um despreparo para lidar com as dificuldades com as quais que se deparam, principalmente no que tange à capacidade de elaborar e de propor dispositivos e caminhos que sejam mais efetivos para lidar com as demandas que chegam via porta de entrada da APS e, frequentemente, não são capazes de dar respostas a contento, refletindo assim diretamente na qualidade do acesso.

Nessa perspectiva a APS, reconhecida como principal via de acesso ao sistema público de saúde e eleita como foco de vários estudos, carrega a missão de resolver a maior parte dos problemas de saúde de uma comunidade, missão essa que de certa forma vem se tornando preocupante, pois são muitas as frentes que envolvem a área da saúde coletiva, e pouca capilarização das normativas e estratégias que permeiam essas frentes, contribuindo ainda mais para o despreparo dos profissionais e gestores.

A responsabilidade colocada para esse nível de atenção, como ordenadora do sistema e coordenadora do cuidado, traduz em outras palavras que é desafio da APS que o sistema avance e consiga funcionar de maneira mais eficaz e efetiva. Contudo, é transposta a esse nível a missão de desatar muitos “nós”, reverter quase todas as sequelas e superar boa parte das mazelas históricas e complexas que envolvem o SUS, tornando a APS intrincada demais nas diversas interfaces que a compõem.

A normativa que regulamenta a PNAB (BRASIL, 2012b), e a própria PNAB, preconizam diretrizes e parâmetros como clientela adscrita, territorialização, quantitativo de profissionais por equipe, sistema de saúde organizado em redes e incentivo financeiro de custeio para fortalecer e incrementar o trabalho das equipes de saúde da família, modelo de atenção à saúde, prioritário no Brasil.

Não obstante, diante de tantos desafios a superar, é preciso arremeter-se para além de diretrizes operacionais e ir ao encontro de novos arranjos e compromissos políticos, científicos e éticos que beneficiem verdadeiramente a população, a partir de formas de

qualificação sistemática dos profissionais envolvidos diretamente na área, de regulação de recursos que sejam realmente eficazes, de processo de avaliação que ultrapasse a incipiência e modifique as realidades de forma a contrapor o encontrado, favorecendo à população; que os governantes da saúde, incluindo desde a executiva federal até gestores estaduais e municipais e suas equipes, sejam capazes de ir além de uma disputa de poder político-administrativo e se voltem para a capacidade de produção real da saúde, nos diversos cenários e níveis de atenção, e que haja suficiente investimento e entendimento da urgência na qualificação de gestores para o SUS e que esses sejam capazes, principalmente, de atuarem, discutirem e desenhem de forma substancial uma APS responsável e de qualidade, capaz de garantir a integralidade da assistência.

Se a APS é o nível que promove o ordenamento do sistema como um todo, então que ela passe a ser verdadeiramente valorizada como tal, que tenha, pelas tecnologias que oferta, o mesmo valor dos níveis de maior densidade tecnológica diante dos grupos formadores, do profissional de saúde, dos governantes e do cidadão brasileiro, e que a reversão de valores tecnológicos que alimentam uma sociedade tecnocrata possam um dia se tornar realidade como acontece em países desenvolvidos como Canadá, Reino Unido e Inglaterra, onde a APS realmente se configura como a fatia mais importante para a melhoria do sistema e para a qualidade de vida das pessoas.

No que tange aos dispositivos de qualidade do acesso, do ponto de vista do conjunto de usuários e profissionais entrevistados, foram identificados os seguintes:

- A humanização dos serviços, mais especificamente, no encontro entre sujeito demandado e sujeito demandante. Essa diferença no ato de acolher e receber as pessoas, a capacidade de escutar o outro, o respeito, a ética, a atenção dispensada foram os amplificadores do acesso mais reconhecidos e discutidos pelos entrevistados, demonstrados nas falas dos profissionais, através de questões relativas à sobrecarga de trabalho e às demandas, referidos pelos usuários como indiferença e desrespeito ao próximo.
- A capacidade de oferta de tecnologias de variadas densidades, desde a busca por mais médicos, quanto à capacidade do alcance as suas demandas, através do atendimento integral a que o SUS se propõe, ou seja, a permissão ao usuário de caminhar pelos níveis de atenção do sistema, no sentido da resolução do seu problema, destaque também nesse estudo.
- Qualificação do profissional de saúde, tornando-o mais forte, mais sensível à valia das tecnologias leves, transformando-o numa pessoa mais criativa e mais capaz de

compreender o sistema, a atenção primária à saúde e suas interfaces, e de se fazer compreendido pelo mesmo e pelo sujeito que chega com a expectativa de encontrar uma resposta, seja ela qual for.

- Competência da gestão para organização da APS, bem como para desenhar fluxos viáveis no tempo certo, de entrada e de saída para outros níveis, capacidade de capilarização das informações, elaboração de estratégias capazes de sensibilizar seus profissionais e a comunidade sobre os mecanismos de acesso ao SUS, tais como grupos condutores, colegiados de gestão capazes de alcançar os serviços de saúde e suas comunidades, compreendendo suas reais necessidades e buscando garantir recursos materiais, consultas e exames, assim como encontros sistemáticos do grupo gestor com as representações populares e os profissionais, fornecendo retaguarda ao profissional da APS de acordo com suas fragilidades e inseguranças para lidar com as imprevisibilidades do cotidiano de trabalho.
- Fortalecimento da rede de saúde com novos pontos de atenção que respondam às expectativas e às demandas da população e dos profissionais de saúde, possibilitando seguimento da assistência e ampliação da capacidade de acesso ao sistema.
- O perfil e a formação dos profissionais, distantes dos conteúdos específicos que compõem um profissional com formação específica em saúde coletiva e áreas afins, que os colocam à frente no debate e lhes dão maior sustentabilidade na prática da saúde pública; e, as implicações que isso traz no cotidiano do trabalho, no movimento diário e no enfrentamento para o avanço do serviço, da rede e do sistema.

É importante lembrar que a APS consiste em um nível de atenção à saúde. É porta preferencial do acesso à saúde pública, configurando-se como um recorte da rede de assistência à saúde, com oferta de parte dos recursos e tecnologias que perpassam pelas linhas do cuidado integral. Para que se consiga caminhar pelos trilhos do desenvolvimento sanitário, no país, são necessárias articulações de gestores e da própria macro política com interesses reais; e o principal, com compromisso com a saúde das pessoas e com a melhoria das condições de resposta do sistema.

Todavia, a realidade observada nos municípios de Ipatinga, Coronel Fabriciano e Santana do Paraíso, de acordo com os dados mostrados nessa pesquisa, necessita ainda progredir para conseguir alcançar novos padrões na APS, alavancando o acesso às tecnologias por ela ofertadas, dando ordenamento aos demais níveis de atenção. E para, além disso, acesso ético e humanizado aos usuários do SUS. Avalia-se que esses municípios se encontram

ainda distantes disso, e que esse cenário aqui revelado seja capaz de ser tomado como um espaço analítico e evolutivo.

Por fim, é necessário elucidar que o Brasil, um país que se enquadra entre os dez mais ricos do mundo, com a quinta maior população, possui também o maior sistema público de saúde gratuito e universal com assistência integral, sistema esse que se apresenta em vias de amadurecimento, aos 23 anos de existência. Sem sombra de dúvidas, há muito o que aprender, o que avançar e muito o que percorrer, quando comparado aos tradicionais e consolidados sistemas de saúde da Inglaterra e do Canadá, por exemplo, base de sua essência.

A vontade de fazer acontecer está posta, e na verdade o desafio é o de fazer acontecer, no decorrer dos acontecimentos, buscando caminhos e estratégias para atender aos clamores do povo brasileiro por uma saúde de mais qualidade, por mais acesso, por menos tempo de espera, por dias melhores para o SUS que temos, e pela ligeira progressão do SUS que queremos.

Esse estudo traz em seu bojo uma contribuição para o debate relacionado ao tema foco “acesso à saúde” especificamente nas dimensões organizacional e funcional, mas também apóia com outros temas diretamente ligados a ele, como qualidade de serviços, integralidade, e humanização da assistência.

As limitações desse estudo foram a totalidade de profissionais da mesma Equipe de Saúde da Família com longa permanência no serviço devido a rotatividade de profissionais e a falta de literaturas especializadas no tema foco desse estudo. Outro contratempo encontrado foi a realização das entrevistas com os gestores da saúde que a princípio seriam também sujeitos desse estudo, porém devido ao tensionamento político da região na ocasião e a rotatividade constante, houveram dificuldades na participação por parte dos mesmos.

Seria interessante que estudos posteriores sobre o acesso fossem feitos na perspectiva dos gestores e gerentes dos serviços de saúde e também abordando outras dimensões do acesso.

Essa tese retrata a vista de um ponto de usuários e profissionais de saúde de três municípios de Minas Gerais, e não tem a pretensão de concluir ou mesmo esgotar a discussão sobre o tema acesso, mas sim, permitir e fomentar novas aberturas de novas questões e argumentações e a elaboração de novos estudos.

*“As coisas mudam no devagar depressa dos tempos.”*

*Guimarães Rosa*

## REFERÊNCIAS

## REFERÊNCIAS

- ALFRADIQUE, M. A. *et al.* Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP - Brasil). **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 6, p. 1337-1349, jun. 2009.
- ALMEIDA, P. F.; FAUSTO, M. C. R.; GIOVANELLA, L. Fortalecimento da Atenção Primária à Saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 29, n. 2, p. 84-95, 2011.
- ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 9, n. 16, p. 39-52, 2005.
- ANDERSEN, R. M. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? **Journal of Health and Social Behavior**, n. 36, p. 1-10, Mar. 1995.
- ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. C. H. C.; BEZERRA, R. C. Atenção primária à saúde e estratégia saúde da família. In: CAMPOS, G. W. S. et al. **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.
- AQUINO, R. *et al.* Conhecendo o território. In: BAHIA. Pólo de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para a Saúde da Família. **Manual para treinamento introdutório das Equipes de Saúde da Família**. Salvador: SESAB/ISC/UFBA, 2002. 183p. (Série Cadernos Técnicos, 2).
- AYRES, J. R. C. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 13, n. 3, p. 16-29, set.-dez. 2004.
- AZEVEDO, A. L. M. **Acesso à atenção à saúde no SUS: o PSF como (estreita) porta de entrada**. 2007. 177p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 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 de Saúde da Família. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 14, n. 35, p. 797-810, out./dez. 2010.
- BARBOSA, G. C. *et al.* Política Nacional de Humanização e formação dos profissionais de saúde: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, n. 1, p. 123-127, 2013.
- BARBOSA, S. P. **Permanência dos enfermeiros na Estratégia Saúde da Família em Ipatinga - MG: motivações e adversidades**. 2008. 146f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Família) - Universidade Estácio de Sá, Rio de Janeiro, 2008.
- BARBOSA, S. P.; ELIZEU, T. S.; PENNA, C. M. M. Ótica dos profissionais de saúde sobre o acesso à atenção primária à saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 18, n. 8, p. 2347-2357, 2013.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2006.

BARROS, M. E. B.; PINHEIRO, R. Notas teóricas sobre a noção de competência: discutindo cuidado e humanização na saúde. PINHEIRO, R., BARROS, M. E. B., MATTOS, R. A. (Org.). **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade**: valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, CEPESC, ABRASCO, 2010. p. 111-128.

BOBBIO, N. **A era dos direitos**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

BOSI, M. L. M.; MERCADO-MARTINEZ, F. J. **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. Petrópolis: Vozes, 2004.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção primária e promoção da saúde**. Brasília: CONASS, 2007a. (Coleção Progestores, v. 8).

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. **Diário Oficial da União**, 5 out. 1988, p. 1, anexo.

BRASIL. Instituto Brasileiro Geografia e Estatística. Cidades@. **Município Coronel Fabriciano**: Estimativa da população 2009. Brasília: IBGE, 2010b.

BRASIL. Instituto Brasileiro Geografia e Estatística. Cidades@. **Município Ipatinga**: Estimativa da população 2009. Brasília: IBGE, 2010c.

BRASIL. Instituto Brasileiro Geografia e Estatística. Cidades@. **Município Santana do Paraíso**: Estimativa da população 2009. Brasília: IBGE, 2010d.

BRASIL. Instituto Brasileiro Geografia e Estatística. Cidades@. **Serviços de Saúde 2005**. Brasília: IBGE, 2010a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Resolução CNS nº 196, de 10 de outubro de 1996**. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Diretrizes para Organização das Redes de Atenção à Saúde do SUS**. Brasília: CONASEMS CONASSMS, 2010e. 39p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação de Saúde e Comunidade. **Saúde da Família**: uma estratégia para a reorganização do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 20 set. 1990, p. 18055. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm)>. Acesso em: 21 mar. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. Sala de Apoio à Gestão Estratégica. **Indicadores de saúde**. Brasília: MS, 2013b. Disponível em: <<http://189.28.128.178/sage/>>. Acesso em: 03 ago. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portal da Saúde**: Sala de Apoio à Gestão Estratégica. Disponível em: <<http://189.28.128.178/sage/>>. Acesso em: 15 dez. 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 699/GM, de 30 de março de 2006. Regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão. **Diário Oficial da União**, 3 abr. 2006d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº. 3.925 de 13 de novembro de 1998. Aprova o Manual para Organização da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde, constante do Anexo I desta Portaria. **Diário Oficial**, n. 220-E, Seção 1, p. 8-14, 17 nov. 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde dentro de Casa**: Programa Saúde da Família. Fundação Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. 110p. (Série E. Legislação em Saúde)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Evolução do credenciamento e implantação da Estratégia Saúde da Família**. Disponível em: <[http://dab.saude.gov.br/dab/historico\\_cobertura\\_sf/historico\\_cobertura\\_sf\\_relatorio.php](http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php)>. Acesso em: 03 ago. 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006e. 52 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Pacto pela Saúde 2006**: Consolidação do SUS e diretrizes operacionais. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: Gestão participativa. Co-Gestão 2. ed. revisada 1. reimp. Brasília, DF, Ministério da Saúde, 2007b (Série B. Textos básicos de saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: política nacional de humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BREHMER, L. C. F.; VERDI, M. Acolhimento na Atenção Básica: reflexões éticas sobre a Atenção à Saúde dos usuários. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 15, n. 3, p. 3569-3578, 2010.

BRUYNE, P.; HERMAN, J.; SCHONTHEETE, M. D. **Dinâmica da pesquisa em ciências sociais**. 5. ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1991.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 163-177, jan.-mar. 2000.

CÂMARA MUNICIPAL DE IPATINGA. **Cidade Ipatinga**. Ipatinga: Câmara Municipal de Ipatinga, s/d. Disponível em: <[http://www.camaraipatinga.mg.gov.br/cmi\\_v4/cidade.php](http://www.camaraipatinga.mg.gov.br/cmi_v4/cidade.php)>. Acesso em: 9 fev. 2007.

CAMPOS, A. C. V. *et al.* Social and health indicators as a measure of access to primary healthcare in Brazil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 16, n. 11, p. 4349-4355, nov. 2011.

CARNEIRO JÚNIOR, N.; JESUS, C. H.; CREVELIM, M. A. A Estratégia Saúde da Família para a equidade de acesso dirigida à população em situação de rua em grandes centros urbanos. **Saúde e Sociedade**, v. 19, n. 3, p. 709-716, 2010.

CARNEIRO JÚNIOR, N.; SILVEIRA, C. Organização das práticas de atenção primária em saúde no contexto dos processos de exclusão/inclusão social. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, p. 1827-1835, nov.-dez. 2003.

CARREIRA, L.; RODRIGUES, R. A. P. Dificuldades dos familiares de idosos portadores de doenças crônicas no acesso à Unidade Básica de Saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, n. 6, p. 933-939, nov.-dez. 2010.

CARVACHO, I. E. *et al.* Fatores associados ao acesso anterior à gestação a serviços de saúde por adolescentes gestantes. **Revista de Saúde Pública**, v. 42, n. 5, p. 886-894, out. 2008.

CARVALHO, A. I.; BUSS, P. M. Determinantes sociais na saúde, na doença e na intervenção. In: GIOVANELLA, L. *et al.* **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

CARVALHO, J. E. **Metodologia do trabalho científico**: “Saber-Fazer” da investigação para dissertações e teses. Lisboa: Escolar, 2002.

CECÍLIO, L. C. O. (Org.). **Inventando a mudança na saúde**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS, ABRASCO, 2001. p. 113-126.

COHN, A. *et al.* **A Saúde como direito e como serviço**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2002.

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

CONILL, E. M. Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994-2000. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 18, supl., p. 191-202, 2002.

CONILL, E. M.; GIOVANELLA, L.; ALMEIDA, P. F. Listas de espera em sistemas públicos: da expansão da oferta para um acesso oportuno? Considerações a partir do Sistema Nacional de Saúde espanhol. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 16, n. 6, p. 2783-2794, 2011.

CORONEL FABRICIANO. In: WIKIPÉDIA, a enciclopédia livre. Flórida: Wikimedia Foundation, 2012. Disponível em: <[http://pt.wikipedia.org/w/index.php?title=Coronel\\_Fabriciano&oldid=33037961](http://pt.wikipedia.org/w/index.php?title=Coronel_Fabriciano&oldid=33037961)>. Acesso em: 15 dez. 2012.

COSTA, A. M. Integralidade na atenção e no cuidado à saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 13, n. 3, set-dez. 2004.

CUNHA, A. B. O. **Acesso e utilização de serviços de saúde no estado da Bahia**. 2007. 128p. Tese [Doutorado] - Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, 2007.

CUNHA, G. T. **A construção da clínica ampliada na atenção básica**. São Paulo: Hucitec, 2005. 212p.

CUNHA, P. F.; MAGAJEWSKI, F. Gestão participativa e valorização dos trabalhadores: avanços no âmbito do SUS. **Saúde e Sociedade** [online], v. 21, suppl. 1, p. 71-79, 2012.

DEMO, P. Pesquisa qualitativa: busca de equilíbrio entre formal e conteúdo. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 6, n. 2, p. 89-104, abr. 1998.

DONABEDIAN, A. Estructura, procesos y resultado de la atención sanitaria. **Revista Calidad Asistencial**, v. 16, Supl. 1, p. S10, 2001.

DONABEDIAN, A. Prioridades para el progreso en la evaluación y monitoreo de la calidad de la atención. **Salud Publica Mex**, v. 35, n. 1, p. 94-97, 1993.

DONABEDIAN, A. The Seven Pillars of quality. **Archives of pathology & laboratory medicine**, v. 14, 1990.

ESPERIDIÃO, M.; TRAD, L. A. B. Avaliação de satisfação de usuários. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 10, supl. 0, p. 303-312, set.-dez. 2005.

FAGUNDES, S. Apresentação. In: ORTIZ, J. N. *et al.* (Orgs.) **Acolhimento em Porto Alegre: um SUS de todos para todos**. Porto Alegre: Prefeitura Municipal de Porto Alegre; 2004. p. 11-12.

FIGUEIREDO, T. M. R. M. *et al.* Desempenho da atenção básica no controle da tuberculose. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, n. 5, p. 825-831, 2009.

FIORIN, J. L. **Elementos de análise do discurso**. São Paulo: Ática, 1989.

FIORIN, J. L. **Linguagem e ideologia**. São Paulo: Ática, 1988.

FLEURY, S. A reforma sanitária e o SUS: questões de sustentabilidade. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, p. 307-309, mar.-abr. 2007.

FONTOURA, R. T.; MAYER, C. N. Uma breve reflexão sobre a integralidade. **Revista Brasileira de Enfermagem** [online], v. 59, n. 4, p. 532-536, 2006.

FRANCO, T. B.; MAGALHÃES JÚNIOR, H. M.. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. In: MERHY, E. E. *et al.* (Org.). **O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Programa Saúde da Família: contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, E. E. *et al.* **O Trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2003. p. 55-124.

FREIRE, F. M. S.; PICHELLI, A. A. W. S. Princípios norteadores da prática psicológica na atenção básica: em busca da integralidade. **Psicologia Ciência e Profissão**, v. 30, n. 4, p. 840-853, dez. 2010.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

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

GOMES, F. M.; SILVA, M. G. C. Programa Saúde da Família como estratégia de atenção primária: uma realidade em Juazeiro do Norte. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 16, n. 1, p. 893-902, mar. 2011.

HECKERT, A. L. C.; NEVES, C. A. B. N. Modos de formar e modos de intervir: quando a formação se faz potência de produção de coletivo. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A.; BARROS, M. E. B. (Org.). **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas**. Rio de Janeiro: CEPESC, 2010. p. 145-160.

HEMMI, A. P. A.; PENNA, C. M. M. Representações Sociais de usuários sobre o atendimento em uma Unidade de Saúde da Família. **Caderno de Saúde Coletiva**, v. 17, n. 4, p. 1075-1091, 2009.

IBAÑEZ, N. *et al.* Avaliação do desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 11, n. 3, p. 683-703, jul.-set. 2006.

INSTITUTO DE DESENVOLVIMENTO INTEGRADO DE MINAS GERAIS - INDI. **Informações Gerais**. Belo Horizonte: INDI, 2006.

IPATINGA. Atrações turísticas: Ipatinga Minas Gerais. In: **Espaço turístico**, 21 jun. 2012. Disponível em: <<http://www.espacoturismo.com/atracoes-turisticas/ipatinga-minas-gerais>>. Acesso em: 21 nov. 2012.

JESUS, W.L.A. Re-significação do planejamento no campo da Saúde Coletiva: desafios teóricos e busca de novos caminhos Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Feira de Santana, 2006.235f.

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

JUNQUEIRA, M. G.; MOTTA, P. S. Atuação conjunta SES/COSEMS no fortalecimento da regionalização em Minas Gerais: a ação do COSEMS/MG. **Divulgação em saúde para debate**, v. 46, p. 60-67, maio 2010.

LIMA, M. A. D. S. *et al.* Acesso e acolhimento em unidades de saúde na visão dos usuários. **Acta paulista de enfermagem**, v. 20, n. 1, mar. 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002007000100003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002007000100003&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 22 out. 2013.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. **A pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986. 99p.

MACINKO, J. *et al.* La renovación de la atención primaria de salud en las Américas. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v. 21, n. 2/3, p. 73-84, 2007.

MARSIGLIA, R. M. G. Caracterização sócio-demográfica e percepções sobre o trabalho dos componentes das equipes do Programa de Saúde da Família na cidade de São Paulo. In: PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO; SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE; COORDENAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA E PSF. **Atenção Básica: Estratégia Saúde da Família**. Projeto: 91BRA1079 - UNESCO. Primeiro Documento Técnico do Produto da Consultoria. São Paulo: UNESCO, fev. 2005. 22p.

MATTOS, R. A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 5, p. 1411-1416, 2004a.

MATTOS, R. A. Cuidado prudente para uma vida decente. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. São Paulo: Hucitec, 2004b. p. 119-132.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: Cepesc/IMS/UERJ/Abrasco, 2001. p. 39-64.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ; ABRASCO, 2009a. p. 43-68.

MATTOS, R. A. Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e a humanização das práticas de saúde. **Interface**, v. 13, suppl. 1, p. 771-780, 2009b.

MELO, E. M. *et al.* A organização da Atenção Básica em municípios integrantes do Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família em Mato Grosso, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 29-41, 2008.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: OPAS, 2011. 549 p.

MENDES, E. V. **Revisão bibliográfica sobre redes de atenção à saúde**. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Subsecretaria de Políticas e Ações em Saúde, 2007.

MERHY, E. E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços e modelo porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida. In: CECILIO, L. C. O. (Org.) **Inventando a mudança na saúde**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2006. p.117-160.

MINAS GERAIS. Lei nº 2.764, de 30 de dezembro de 1962. Contém a Divisão Administrativa do Estado de Minas Gerais. **Diário do Executivo**, 31 dez. 1962, p. 1, col. 3.

MINAS GERAIS. **Plano Diretor de Regionalização**. Municípios da macro e microrregiões de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2010a.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Apresentação cartográfica PDR - 2011**. Belo Horizonte, 23 jan. 2013. 91 p. Disponível em: <<http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/APRESENTACaO%20CARTOGRAFICA%20PDR-2011.pdf>>. Acesso em: 2 mar. 2013.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **O PDR: Plano Diretor de Regionalização da Saúde de Minas Gerais**. Belo Horizonte, abr. 2010b. 223 p. Disponível em: <[http://www.saude.mg.gov.br/index.php?option=com\\_gmg&controller=document&id=7731-livro-plano-diretor-regionalizacao-sesmg&task=download](http://www.saude.mg.gov.br/index.php?option=com_gmg&controller=document&id=7731-livro-plano-diretor-regionalizacao-sesmg&task=download)>. Acesso em: 2 mar. 2013.

MINAYO, M. C. S. Abordagem antropológica para avaliação de políticas sociais. **Revista Saúde Pública**, v. 25, n. 3, p. 233-238, 1991.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 1996. 269p.

MONTENEGRO, L. C.; PENNA, C. M. M.; BRITO, M. J. M. A integralidade sob a ótica dos profissionais dos Serviços de Saúde de Belo Horizonte. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 44, n. 3, p. 649-656, set.. 2010.

NEDEL, F. B. *et al.* Características da atenção básica associadas ao risco de internar por condições sensíveis à atenção primária: revisão sistemática da literatura. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 19, n. 1, p. 61-75, 2010.

NONNENMACHER, C. L.; WEILLER, T. H.; OLIVEIRA, S. G. Acesso à saúde: limites vivenciados por usuários do SUS na obtenção de um direito. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 10, n. 2, p. 248-255, abr./jun. 2011.

OLIVEIRA, D. E. S.; LÜTTGEN, M. Conflitos territoriais e percepção ambiental no município de Timóteo, Vale do Aço Mineiro. In: SIMPÓSIO NACIONAL SOBRE GEOGRAFIA, PERCEPÇÃO E COGNIÇÃO DO MEIO AMBIENTE, 2005. Londrina. **Anais...** Londrina: Universidade Estadual de Londrina, 2005. p. 1-15. Disponível em: <<http://geografiahumanista.files.wordpress.com/2009/11/doroteo.pdf>>. Acesso em: 15 dez. 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Cuidados primários de saúde: Declaração de Alma-Ata, 1978 - **Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde Alma-Ata**, 1978. Brasília: OMS, 1979.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO. **O que é Acreditação?** Disponível em: <<https://www.ona.org.br/Pagina/27/O-que-e-Acreditacao>>. Acesso em: 15 set. 2013.

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

ORLANDI, E. P. **Análise de discurso: princípios e procedimentos**. Campinas: Pontes, 2000.

PASKULIN, L. M. G.; VALER, D. B.; VIANNA, L. A. C. Utilização e acesso de idosos a serviços de atenção básica em Porto Alegre (RS, Brasil). **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, jun. 2011.

PENNA, C. M. M. **Acesso X resolutividade**: a perspectiva de quem busca e de quem oferta atenção à saúde. Projeto de pesquisa da Escola da Enfermagem da UFMG, financiado pelo SUS (Edital 2004) e pela FAPEMIG (Edital Universal 2007-2009). Belo Horizonte: UFMG, 2009. 18p.

PINHEIRO, R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ; ABRASCO, 2009. p. 65-112.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Construção da integralidade**: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/Abrasco, 2003.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ; ABRASCO, 2009.

PIRES, M. R. G. M. *et al.* Oferta e demanda por média complexidade/SUS: relação com atenção básica. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 15, sup. 1, p. 1009-1019, 2010.

PORTO, S. *et al.* Avaliação de uma metodologia de alocação de recursos financeiros do setor saúde para aplicação no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 6, p. 1393-1404, jun. 2007.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CORONEL FABRICIANO. **Institucional**: Secretaria de Saúde. Prefeitura Municipal de Coronel Fabriciano: Assessoria de Comunicação, 2 jan. 2013. Disponível em: <[http://www.fabriciano.mg.gov.br/mat\\_vis.aspx?cd=6509](http://www.fabriciano.mg.gov.br/mat_vis.aspx?cd=6509)>. Acesso em: 15 out. 2013.

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

REGIÃO Metropolitana do Vale do Aço. 11 ago. 2009. Disponível em: <<http://noticiasdeipaba.blogspot.com.br/2009/08/reuniao-discute-regiao-metropolitana-do.html>>. Acesso em: 15 dez. 2012.

RIBEIRO, E. M.; PIRES, D.; BLANK, V. L. A teorização sobre o cotidiano do trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa de Saúde da Família. **Caderno de Saúde Pública**, v. 20, n. 2, p. 438-446, 2004.

SANTANA DO PARAÍSO. In: WIKIPÉDIA, a enciclopédia livre. Flórida: Wikimedia Foundation, 2012. Disponível em: <[http://pt.wikipedia.org/w/index.php?title=Santana\\_do\\_Para%C3%ADso&oldid=32808406](http://pt.wikipedia.org/w/index.php?title=Santana_do_Para%C3%ADso&oldid=32808406)>. Acesso em: 15 dez. 2012.

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

SCHRAIBER, L. B. *et al.* Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 4, n. 2, p. 221-242, 1999.

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 (ES). **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 15, n. 4, p. 2145-2154, 2010.

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

SILVA JÚNIOR, E. S. *et al.* Acessibilidade geográfica à Atenção Primária à Saúde em distrito sanitário do município de Salvador, Bahia. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 10, p. 49-60, nov. 2010.

SILVA, J. M.; CALDEIRA, A. P. Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família e a qualificação profissional. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 9, n. 1, p. 95-108, mar./jun. 2011.

SILVA, M. A. M.; FERREIRA, E. F.; SILVA, G. A. O direito à saúde: representações de usuários de uma unidade básica de saúde. **Physis** [online], v. 20, n. 4, p. 1183-1207, 2010.

SISSON, M. C. *et al.* Estratégia de Saúde da Família em Florianópolis: integração, coordenação e posição na rede assistencial. **Saúde e Sociedade**, v. 20, n. 4, p. 991-1004, 2011.

SOLLA, J. J. S. P. Acolhimento no sistema municipal de saúde. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 5, n. 4, out./dez. 2005.

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

SOUZA, M. L. P.; GARNELO, L. “É muito dificultoso!”: etnografia dos cuidados a pacientes com hipertensão e/ou diabetes na atenção básica, em Manaus, Amazonas, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 1, p. 91-99, 2008.

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

STOTZ, E. N. **Necessidade de saúde: mediações de um conceito** (contribuição das Ciências Sociais para a fundamentação teórico-metodológica de conceitos operacionais da área de planejamento em saúde). 1991. Tese (Doutorado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 1991.

TITTONI, J.; JACQUES, M. G. G. Pesquisa. In: JACQUES, M. G. G. *et al.* **Psicologia Social Contemporânea: Livro Texto**. 5. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2001.

TRAD, L. A. B. *et al.* Estudo etnográfico da satisfação de usuários do Programa de Saúde da Família (PSF) na Bahia. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 7, n. 3, p. 581-589, 2002.

TRAVASSOS, C. Equidade e o Sistema Único de Saúde: uma contribuição para debate. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 13, n. 2, p. 325-30, 1997.

TRAVASSOS, C.; CASTRO, M. S. M. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização dos serviços de saúde. In: GIOVANELLA, L. *et al.* **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz/CEBES, 2008.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, n. 2, p. 190-198, 2004.

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

TURATO, E. R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa**. Petrópolis: Vozes, 2003.

TURRINI, R. N. T.; LEBRÃO, M. L.; CESAR, C. L. G. Resolutividade dos serviços de saúde por inquérito domiciliar: percepção do usuário. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 3, p. 663-674, 2008.

VAN STRALEN, C. J. *et al.* Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre atenção básica: comparação entre unidades com e sem saúde da família na Região Centro-Oeste do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 1, p. 148-158, 2008.

VIANA, A. L. D'A.; DAL POZ, M. R. A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **Physis**, v. 15, Supl., p. 225-264, 2005.

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

VIEGAS, S. M. F.; PENNA, C. M. M. O SUS é universal, mas vivemos de cotas. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 18, n. 1, p. 181-190, jan. 2013.

VIEGAS, S. M. F.; PENNA, C. M. M. O vínculo como diretriz para a construção da integralidade na Estratégia Saúde da Família. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 13, n. 2, p. 375-385, 2012.

VILASBÔAS, A. L. Q.; TEIXEIRA, C. F. Saúde da Família e Vigilância em Saúde: em busca da integração das práticas. **Revista Brasileira de Saúde da Família**, n. 16, p. 63-67, 2007.

WILSON, K.; ROSENBERG, M. K. Acessibilidade do sistema de saúde canadense: quadratura, percepções e realidades. **Política de Saúde**, n. 67, p. 137-148, 2004.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005. 212 p.

# APÊNDICES

## APÊNDICE A

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

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

Gostaria de convidar você a participar de uma pesquisa intitulada “Acesso no Sistema Único de Saúde versus resolatividade: avanços e perspectivas para o Vale do Aço”, sob minha coordenação, Msc. Simone de Pinho Barbosa e sob orientação Dra. Cláudia Maria de Mattos Penna, professora na Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais.

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

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

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

Sua colaboração é voluntária e o seu anonimato será garantido. Firmo o compromisso de que suas respostas serão utilizadas apenas para fins desta pesquisa e de artigos que poderão ser publicados, e as gravações e o diário de campo ficarão sob minha responsabilidade por um período de 5 anos e depois serão destruídos. O seu consentimento em participar desta pesquisa deve considerar também, que o projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UFMG (COEP/UFMG)<sup>1</sup>, local também que você pode fazer contato para ter esclarecimentos, a partir do telefone e endereço abaixo.

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

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

Atenciosamente,

Msc. Simone de Pinho Barbosa  
Doutoranda da Escola de Enfermagem da UFMG

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

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

<sup>1</sup> Contatos: Comitê de Ética e Pesquisa da UFMG (COEP): Av. Pres. Antônio Carlos, n° 6627. Prédio da Reitoria, 7° andar, sala 7018, Bairro Pampulha, Belo Horizonte/MG. CEP: 31270901. Tel: (31) 3409-4592.

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Profissionais

Gostaria de convidar você a participar de uma pesquisa intitulada “Acesso no Sistema Único de Saúde versus resolutividade: avanços e perspectivas para o Vale do Aço”, sob minha coordenação, Msc. Simone de Pinho Barbosa e sob orientação Dra. Cláudia Maria de Mattos Penna, professora na Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais.

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

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

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

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

Em qualquer fase da pesquisa, você poderá fazer perguntas, caso tenha dúvidas, e retirar o seu consentimento, além de não permitir a posterior utilização de seus dados, sem nenhum ônus ou prejuízo. Você poderá contatar também o Comitê de Ética<sup>1</sup> para esclarecimentos. Esclareço também que você não terá nenhum gasto adicional e nem será ressarcido.

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

Atenciosamente,

Msc. Simone de Pinho Barbosa  
Doutoranda da Escola de Enfermagem da UFMG

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

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

<sup>1</sup> Contatos: Comitê de Ética e Pesquisa da UFMG (COEP): Av. Pres. Antônio Carlos, n° 6627. Prédio da Reitoria, 7° andar, sala 7018, Bairro Pampulha, Belo Horizonte/MG. CEP: 31270901. Tel: (31) 3409-4592.

**APÊNDICE B****Roteiros de perguntas para os usuários e para os profissionais****ROTEIROS DE PERGUNTAS PARA OS USUÁRIOS DO SUS**

Usuário 1:

Entrevista:

Sexo:

Idade:

Profissão:

Escolaridade:

Nº de pessoas na família:

Faixa etária:

Membro familiar:

Município:

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

## ROTEIROS DE PERGUNTAS PARA OS PROFISSIONAIS DO SUS

Entrevista:

Sexo:

Profissão:

Tempo de formado:

Especialização:

Tempo de atuação no município:

Presta atendimento em outro município:

Horas de deslocamento:

Local de trabalho:

Horas de trabalho/dia:

Município:

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