



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO ACADÊMICO**

MÁRLON VINÍCIUS GAMA ALMEIDA

**ACESSO AOS SERVIÇOS NA ATENÇÃO À SAÚDE DA FAMÍLIA EM DOIS
CENÁRIOS DA BAHIA, BRASIL: organização, modelo e participação social**

**FEIRA DE SANTANA, BA, BRASIL
2013**

MÁRLON VINÍCIUS GAMA ALMEIDA

**ACESSO AOS SERVIÇOS NA ATENÇÃO À SAÚDE DA FAMÍLIA EM DOIS
CENÁRIOS DA BAHIA, BRASIL: organização, modelo e participação social**

Dissertação de Mestrado apresentada à banca examinadora como requisito para aprovação na defesa pública do Mestrado Acadêmico do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana, Bahia (PPGSC/UEFS), na Área de Concentração de Políticas, Planejamento e Gestão em Saúde e na Linha de Pesquisa de Políticas, Organização de Sistema, Serviços e Programas de Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Marluce Maria Araújo Assis.

**FEIRA DE SANTANA, BA, BRASIL
2013**

A447a	<p>Almeida, Márlon Vinícius Gama</p> <p>Acesso aos serviços na atenção à saúde da família em dois cenários da Bahia, Brasil: organização, modelo e participação social / Márlon Vinícius Gama Almeida. – Feira de Santana, 2013.</p> <p>125 f.;</p> <p>Orientadora: Prof^a. Dra. Marluce Maria Araújo Assis</p> <p>Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva) - Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana - PPGSC/UEFS, Universidade Estadual de Feira de Santana, 2013.</p> <p>1. Saúde da família 2. Acesso 3. Organização 4. Participação social I. Assis, Marluce Maria Araújo II. Universidade Estadual de Feira de Santana III. Título.</p> <p>CDD 362.82</p>
-------	--

MÁRLON VINÍCIUS GAMA ALMEIDA

**ACESSO AOS SERVIÇOS NA ATENÇÃO À SAÚDE DA FAMÍLIA EM DOIS
CENÁRIOS DA BAHIA, BRASIL: organização, modelo e participação social**

Dissertação de Mestrado apresentado à banca examinadora como requisito para aprovação na defesa pública do Mestrado Acadêmico do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana, Bahia (PPGSC/UEFS), na Área de Concentração de Políticas, Planejamento e Gestão em Saúde e na Linha de Pesquisa de Políticas, Organização de Sistema, Serviços e Programas de Saúde.

Feira de Santana, 25 de Março de 2013.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Marluce Maria Araújo Assis
Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS)
(Orientadora)

Prof. Dr. Washington Luiz Abreu de Jesus
Universidade Federal da Bahia (UFBA)
(1º Examinador)

Prof. Dra. Erenilde Marques de Cerqueira
Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS)
(2ª Examinadora)

Profa. Dra. Maria Angela Alves do Nascimento
Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS)
(1ª Suplente)

Profa. Dra. Maria José Bistafa Pereira
Universidade de São Paulo (USP)
(2ª Suplente)

Dedico aos

Heróis do Sistema Único de Saúde (SUS) -
usuários, trabalhadores, dirigentes e
pesquisadores -, por lutarem incansavelmente
e acreditarem que dias melhores eles estão por
vir.

AGRADECIMENTO ESPECIAL

À Profa. Dra. Marluce Maria Araújo Assis pela paciência nos períodos de crise e pelas críticas nos momentos de construção. Agradeço o incentivo, o crédito, a seriedade, o compromisso e as sugestões. Obrigado por estar ao meu lado como orientadora de tantos projetos e sonhos, pelo exemplo profissional e pelo convite constante a ser cada dia melhor.

AGRADECIMENTOS

Expresso aqui os meus sinceros agradecimentos a todos que fizeram parte da construção desta etapa em minha trajetória acadêmica. Esse é mais um passo na busca, que acredito constante, pelo amadurecimento e crescimento, tanto pessoal quanto profissional.

Agradeço à Deus, pela beleza da vida, pela possibilidade de crescer e evoluir, por guiar os meus passos e iluminar o meu caminho. Obrigado Senhor, pela força, pela proteção e pelo estímulo.

Agradeço à minha amada mãe, Imissuede, pela amizade, força, confiança, por acreditar nos meus sonhos, por me ouvir e ter sempre uma palavra de conforto e de afeição. Agradeço pela sua presença constante, por não duvidar nunca e por seguir comigo. Por respeitar os meus limites e compreender o incompreensível. Quando avanço ou recuo, enfrento ou me acovardo, todos os esforços, todas as conquistas, minhas lutas, certezas e esperanças são para vê-la feliz.

Ao meu pai, Lenivalter, agradeço pelo incentivo à minha educação e por me querer bem. Por me respeitar e não medir esforços para que eu pudesse estudar e chegar até aqui.

Aos meus irmãos, Márcon e Lenivalter Júnior, pela fé depositada e pelo afeto gratuito, desimpedido de tantas amarras e fruto da sinceridade dos mais jovens.

Aos familiares que acreditaram e me apoiaram, agradeço a participação especial para que eu alcançasse essa conquista.

Aos professores e amigos do Núcleo de Pesquisa Integrado em Saúde Coletiva (NUPISC), especialmente a Profa. Dra. Maria Angela Alves do Nascimento, o Prof. Msc. Adriano Maia dos Santos e a Profa. Msc. Tatiane de Oliveira Silva Alencar, que contribuíram com sábios conselhos, palavras de conforto e estímulo para a construção dessa pesquisa.

Aos amigos do mestrado Aliana Simões, Ana Godoy, Anderson Jambeiro, Bruno Alencar e Carolina Camargo, pessoas especiais em minha vida, com quem tive a oportunidade de trocar

experiências, inventar, sorrir e chorar juntos, compartilhar de dores, alegrias e frustrações. Agradeço as conversas, o convívio e as oportunidades.

À Sandra Campos (Sandrinha) por estar sempre me ensinando a verdade sobre limites e desafios. Pela certeza do carinho, pelas palavras de paz, pelo conforto da amizade e por todos os outros momentos que ainda estão por vir.

À minha turma do Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva da UEFS companheiros de jornada. Obrigado pelo apoio e consideração.

À Pricila e Simone, pelo conhecimento dividido e experiências trocadas, sobretudo na fase de coleta dos dados.

Aos amigos do Clube de Leitura *Entrelaços*, Ane, Bruna, Carol, Pablo e Tam, por confirmarem que existe muito mais para ser visto além das letras e dos sonhos.

Aos amigos da vida, antigos e novos, Aline, Ana, Ariane, Danilo, Diogo, Edson, Eli, Elson, Jeffeson, José Everaldo, Mariana, Nildo, Paulo de Tarso, Pedro e Thiago, pelos ensinamentos e alegrias compartilhadas.

À Nai por acreditar sempre, por me fazerem sentir especial, pelo altruísmo, pela força, pela presença e pelo afeto.

Aos amigos da Pró-reitoria de Pesquisa e Pós-graduação (PPPG), Clécia, Dilma e Vilânia, pelas risadas e descontrações nos momentos de ansiedade.

À Profa. Dra. Maria José Bistafa por participar da banca de qualificação e pelas contribuições para com o meu aprendizado.

Aos professores Dra. Erenilde Cerqueira e Dr. Washington Abreu por terem aceitado, tão gentilmente, o convite para fazerem parte da banca de defesa desta dissertação

Aos professores e funcionários do Centro de Pós-graduação em Saúde Coletiva - UEFS, pelos ensinamentos e contribuições.

Aos dirigentes, trabalhadores e usuários do SUS de Feira de Santana e Santo Antônio de Jesus, BA, pela paciência no momento da pesquisa, pelas informações trocadas, pelo aprendizado e conhecimentos adquiridos.

Aos funcionários da Secretaria de Saúde do Município de Saúde, BA, na figura da Secretária Sandra Castro dos Santos, pelo apoio e solidariedade nesta reta final.

À CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior) pela concessão da bolsa durante todo o período de realização deste mestrado.

Obrigado à UEFS, instituição querida, espaço para expressão do conhecimento e da arte, pelas oportunidades vividas e apreendidas.

Eternamente.

JANELAS

Recordações inumeráveis
correm silenciosamente
nas margens do rio
(dos olhos do homem)

e os últimos repuxos
e as últimas flores
secam inexplicavelmente
nos olhos do homem.

(João Cabral de Melo Neto, 2007).

RESUMO

O acesso universal e equitativo é essencial para a análise das relações entre o usuário e os serviços de saúde, pois se constitui a ocasião de acolhimento do homem, individual e coletivo, seu ingresso no sistema, na expressão da sua necessidade de saúde, em defesa da igualdade de direitos e justiça social, configurando-se como um exercício para o alcance da cidadania. Contudo, é necessário ultrapassar-se a ligação reducionista entre acesso e “porta de entrada”, tão comumente utilizada, para o alcance de sentidos maiores, que o retratem como um instrumento repleto de possibilidades transformadoras da realidade. Esta pesquisa teve como objetivos discutir a organização do acesso dos usuários aos serviços de saúde na Saúde da Família e suas interfaces com o modelo de atenção à saúde em dois cenários da Bahia, Brasil e analisar como acontece a participação social na construção das demandas coletivas para acessar os serviços de saúde na Saúde da Família nos referidos cenários. Configurou-se como um estudo qualitativo, tendo o número de sujeitos sido definidos por inclusão progressiva, interrompida pelo critério de saturação. Os sujeitos do estudo foram 102 pessoas, distribuídas entre três grupos de representação: grupo I (equipe de saúde - 49); grupo II (usuários da USF - 37) e grupo III (dirigentes do SUS municipal - 16). Técnica de coleta de dados: entrevista semi-estruturada e observação sistemática. Método de análise: análise de conteúdo temática. Os resultados revelam que a organização do acesso na Saúde da Família dá-se a partir do agendamento da demanda ou por demanda livre, sendo que esta última refere-se aos atendimentos de urgência e emergência na sua grande maioria e a escolha deste modelo de marcação foi pactuada com os usuários em reuniões comunitárias. Muitos discursos convergiram para as dificuldades que a falta de recursos materiais e de manutenção acarretam na construção de um acesso universal e com qualidade. Grande parte das representações trouxe que o número de vagas para a realização de exames complementares e de diagnósticos, bem como as consultas com especialistas, é insuficiente e está muito além da demanda apresentada. Nessa perspectiva, os Conselhos de Saúde surgem dentro da conjuntura da participação popular e do controle social como um espaço privilegiado para a escuta da comunidade e o despertar de mudanças significativas para a sociedade, embora, apenas um entrevistado do grupo II tenha demonstrado conhecimento acerca da importância do controle social e seu potencial encontra-se, ainda, muito distante do esperado. Enfim, foi-nos despertado a sensação de que os usuários precisavam passar por um funil para a efetivação da sua entrada nos serviços de saúde, o que representa a quantidade de barreiras que precisam ser

vencidas na conquista do acesso ao sistema, embora, muitos usuários não consigam, na prática, ver o seu direito de assistência à saúde garantida.

Palavras-chave: Acesso. Saúde da Família. Organização. Modelo. Participação social.

ABSTRACT

The universal and equitable access is essential to analyze the relationship between the user and health services, as it provides the opportunity to host the man, individually and collectively, their entry into the system, in expressing their need for health, defense of equal rights and social justice, configuring it as an exercise to achieve citizenship. However, it is necessary to overcome reductionist link between access and "gateway", as commonly used, for achieving higher senses that portray as an instrument full of transformative possibilities of reality. This research aimed to discuss the organization of users' access to health services in family health and their interfaces with the model of health care in two scenarios of Bahia, Brazil, and analyze how social participation happens in the construction of collective demands for accessing health services in family health in those scenarios. Configured as a qualitative study, the number of subjects was defined by progressive inclusion, interrupted by saturation criterion. The study subjects were 102 people, distributed among three groups representing: group I (health team - 49), group II (USF users - 37) and group III (SUS municipal leaders - 16). Technical data collection: semi-structured and systematic observation. Method of analysis: thematic content analysis. The results show that the organization of access to family health occurs from scheduling demand or demand for free, while the latter refers to the urgent care and emergency mostly and the choice of marking model was agreed with users in community meetings. Many speeches converged on the difficulties that the lack of material resources and maintenance entail the construction of a universal access and quality. Much of the speech that brought the number of vacancies for additional tests and diagnostics, as well as consultations with experts, is insufficient and is far beyond the demand presented. From this perspective, the Health Councils arise within the conjuncture of popular participation and social control as a privileged place for listening to the community and the emergence of significant changes to society, though, only one respondent group II has demonstrated knowledge about the importance of social control and its potential is still very far from expected. Anyway, many times, we were awakened the sense that users had to go through a funnel to the realization of its entry in the health services, which represents the amount of barriers that need to be overcome in gaining entry into the system, although Many users can not, in practice, see their right to health care guaranteed.

Keywords: Access. Family Health. Organization. Model. Social participation.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1	Modelo teórico: acesso universal com qualidade aos serviços de saúde.	33
FIGURA 2	Mapa da Bahia, Brasil.	40
FIGURA 3	Mapa de Feira de Santana, BA, Brasil.	42
FIGURA 4	Mapa de Santo Antônio de Jesus, BA, Brasil.	43
FIGURA 5	Fluxograma-resumo sobre a representação dos espaços percorridos pelos usuários ao procurarem um serviço de saúde.	50
FIGURA 6	Fluxograma da organização do acesso na atenção à Saúde da Família em dois cenários da Bahia, Brasil, 2012.	71
FIGURA 7	Fluxograma representativo da construção da demanda coletiva em dois cenários da Bahia, Brasil, 2012.	83

LISTA DE QUADROS

QUADRO 01	Quadro de análise do conteúdo.	49
QUADRO 02	Perfil dos trabalhadores das equipes de saúde nas USF de Feira de Santana, BA entrevistados no período de setembro à dezembro de 2012.	101
QUADRO 03	Perfil dos trabalhadores das equipes de saúde nas USF de Santo Antônio de Jesus, BA entrevistados no período de setembro à dezembro de 2012	104
QUADRO 04	Perfil dos usuários das USF de Feira de Santana, BA entrevistados no período de setembro à dezembro de 2012	106
QUADRO 05	Perfil dos usuários das USF de Santo Antônio de Jesus, BA entrevistados no período de setembro à dezembro de 2012	107
QUADRO 06	Perfil dos dirigentes do SUS de Feira de Santana, BA entrevistados no período de setembro à dezembro de 2012	108
QUADRO 07	Perfil dos dirigentes do SUS de Santo Antônio de Jesus, BA entrevistados no período de setembro à dezembro de 2012	110

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
ACD	Auxiliar de Consultório Dentário
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
BA	Bahia
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
DIRES	Diretoria Regional de Saúde
GM	Gabinete Ministerial
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
NUPISC	Núcleo de Pesquisa Integrada em Saúde Coletiva
PPGSC	Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva
PSF	Programa Saúde da Família
RSB	Reforma Sanitária Brasileira
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
THB	Técnico em Higiene Bucal
UBS	Unidade Básica de Saúde
UEFS	Universidade Estadual de Feira de Santana
UFBA	Universidade Federal da Bahia
UFRB	Universidade Federal do Recôncavo Baiano
USF	Unidade de Saúde da Família
USP	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

	CAPÍTULO I	17
1	INTRODUÇÃO.	18
	CAPÍTULO II	26
2	REFERENCIAL TEÓRICO.	27
2.1	ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE: modelo de análise.	27
	CAPÍTULO III	38
3	TRAJETÓRIA METODOLÓGICA.	39
3.1	TIPO DE ESTUDO.	39
3.2	CAMPO EMPÍRICO.	40
3.2.1	Feira de Santana.	42
3.2.2	Santo Antônio de Jesus.	43
3.3	PARTICIPANTES DA PESQUISA.	44
3.4	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE PRODUÇÃO DE DADOS.	46
3.5	QUESTÕES ÉTICAS DA PESQUISA.	47
3.6	MÉTODO DE ANÁLISE DE DADOS.	48
	CAPÍTULO IV	51
4	DISCUSSÃO E RESULTADOS.	52
4.1	ORGANIZAÇÃO DO ACESSO NA DEMARCAÇÃO DO MODELO DE SAÚDE NA SAÚDE DA FAMÍLIA.	53
4.2	ACESSO RELACIONADO À PARTICIPAÇÃO SOCIAL: como está sendo construída a demanda coletiva?	73
	CAPÍTULO V	86
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.	87
	REFERÊNCIAS	90
	REFERÊNCIAS	91

APÊNDICES	99
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.	100
APÊNDICE B - QUADRO 02: PERFIL DOS TRABALHADORES DAS EQUIPES DE SAÚDE NAS USF DE FEIRA DE SANTANA, BA ENTREVISTADOS NO PERÍODO DE SETEMBRO À DEZEMBRO DE 2012.	101
APÊNDICE C - QUADRO 03: PERFIL DOS TRABALHADORES DAS EQUIPES DE SAÚDE NAS USF DE SANTO ANTÔNIO DE JESUS, BA ENTREVISTADOS NO PERÍODO DE SETEMBRO À DEZEMBRO DE 2012.	104
APÊNDICE D - QUADRO 04: PERFIL DOS USUÁRIOS DAS USF DE FEIRA DE SANTANA, BA ENTREVISTADOS NO PERÍODO DE SETEMBRO À DEZEMBRO DE 2012.	106
APÊNDICE E - QUADRO 05: PERFIL DOS USUÁRIOS DAS USF DE SANTO ANTÔNIO DE JESUS, BA ENTREVISTADOS NO PERÍODO DE SETEMBRO À DEZEMBRO DE 2012.	107
APÊNDICE F - QUADRO 06: PERFIL DOS DIRIGENTES DO SUS DE FEIRA DE SANTANA, BA ENTREVISTADOS NO PERÍODO DE SETEMBRO À DEZEMBRO DE 2012.	108
APÊNDICE G - QUADRO 07: PERFIL DOS DIRIGENTES DO SUS DE FEIRA DE SANTANA, BA ENTREVISTADOS NO PERÍODO DE SETEMBRO À DEZEMBRO DE 2012.	110
APÊNDICE H - OFÍCIO PARA A SECRETARIA DE SAÚDE DE FEIRA DE SANTANA, BA.	111
APÊNDICE I - OFÍCIO PARA A SECRETARIA DE SAÚDE DE SANTO ANTÔNIO DE JESUS, BA.	112
ANEXOS	113
ANEXO A - ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA (DIRIGENTES DO SUS MUNICIPAL).	114
ANEXO B - ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA (TRABALHADORES DE SAÚDE).	115
ANEXO C - ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA (USUÁRIOS).	117
ANEXO D - ROTEIRO PARA OBSERVAÇÃO SISTEMÁTICA.	119
ANEXO E - AUTORIZAÇÃO DE ENTRADA NO CAMPO DE PESQUISA.	121
ANEXO F - AUTORIZAÇÃO DE ENTRADA NO CAMPO DE PESQUISA.	122
ANEXO G - AUTORIZAÇÃO DE ENTRADA NO CAMPO DE PESQUISA.	123

CAPÍTULO I

INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

Os anos que antecedem a estruturação do sistema de saúde brasileiro, tal como o conhecemos hoje, estão permeados de ações que se voltaram quase que exclusivamente para promoção da saúde e prevenção de doenças, sobretudo embasadas em campanhas de vacinação e controle de endemias ou centradas na assistência médico-hospitalar com características de caridade, direcionada à população vista como indigente e/ou miserável e apoiadas em instituições de caráter filantrópico. Ademais, a assistência à saúde prestada pelos órgãos de Previdência Social, beneficiava somente aqueles trabalhadores que possuíam carteira assinada, excluindo-se todos os demais (ANDRADE; ANDRADE, 2010).

A implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) no cenário nacional, em 1988 (BRASIL, 1989), e as críticas ao modelo de atenção à saúde vigente no Brasil - voltado para o processo de adoecimento e cura -, alavancaram a busca de melhorias que permitissem atender eficazmente aos anseios da população, no sentido de dar resolubilidade aos problemas e demandas dos usuários na cadeia organizativa do sistema de saúde. No entanto, as mudanças alcançadas com a ampliação e hierarquização das redes ainda não se refletem no acesso efetivo e de qualidade aos usuários dos serviços de saúde.

No que se refere à conceituação que envolve a ideia de modelos de atenção ou modelos assistenciais, é importante esclarecermos que, para Paim (1999), os modelos assistenciais representam a combinação de conhecimentos, métodos e instrumentos na busca pela resolução de problemas e resposta às necessidades de saúde, tanto individuais quanto coletivas, não sendo simplesmente um modo de organizar os serviços ou uma forma de gerir e gerenciar um sistema de saúde. Sobre modelos de atenção, o mesmo autor especifica que estes envolvem as relações entre os sujeitos e são mediados por tecnologias utilizadas no processo de trabalho em saúde com o intento de intervir sobre os problemas e necessidades sociais em saúde. Contudo, Teixeira (2002), fundamentada em diversos estudos sobre as práticas de saúde, observa que pode existir uma compreensão ampliada e sistêmica sobre modelos de atenção, que abarca uma dimensão gerencial e versa sobre o processo de reorganização das ações e serviços, uma dimensão organizacional, que abrange a hierarquização dos componentes do processo de produção de cuidado e outra dimensão, técnico-assistencial, que diz respeito às relações que são estabelecidas entre trabalhadores, dirigentes, usuários e comunidade. Dessa forma, observamos que estas variações conceituais não interfeririam no desenvolvimento deste estudo, e, por isso utilizaremos estas terminologias com o mesmo

significado, no sentido de arranjos organizacionais que intermediam os princípios éticos e políticos com as práticas de saúde (CARVALHO; CAMPOS, 2000).

Assim, o SUS deu início a mudanças e avanços, fundamentados, em sua maioria, nas discussões e debates ocorridos com o movimento sanitário brasileiro, que apresentava um sistema sanitário mais eficaz, de qualidade e acessível a todos, ao mesmo tempo em que assumia a saúde como um direito fundamental do ser humano sob a responsabilidade do Estado, que deveria prover e garantir a saúde por meio de políticas econômicas e sociais integrativas (SANTOS *et al.*, 2007).

Para tanto, o SUS fundamentou-se em três princípios básicos:

i) universalidade do acesso aos serviços em todos os níveis de assistência para todos os cidadãos brasileiros, independente de renda, classe social, etnia, ocupação e contribuição; ii) descentralização em direção aos estados e municípios, com redefinição das atribuições e responsabilidades dos três níveis de governo; iii) participação popular na definição da política de saúde em cada nível de governo, bem como no acompanhamento de sua execução (SCOREL *et al.*, 2007).

A partir da Constituição Brasileira de 1988 a saúde passou a ser considerada direito de todos e dever do Estado e, direito este reforçado pelo princípio da universalidade, posteriormente, de tal modo, que as pessoas alcançaram o direito de ter acesso às ações e serviços de saúde, por exemplo, “consultas, exames, tratamentos e internações em instituições de saúde, sejam elas públicas ou privadas conveniadas ao sistema” (PONTES *et al.*, 2010, p. 575), caracterizando-se como uma das maiores conquistas da reforma sanitária.

Destacamos, ainda, que o movimento da reforma sanitária, bem como tantos outros movimentos que exigiam a redemocratização do país, presentes no período compreendido entre os anos 1960 e 1990, sempre esteve envolvido com pontos que permitissem a construção de uma sociedade com maior justiça social e equidade. A ideia de democracia foi vislumbrada por tais movimentos como a principal solução para os problemas das desigualdades sociais, atrelada, ainda, a melhorias das condições do estado de saúde da população e a permissão de um acesso mais equitativo aos serviços de saúde (COELHO, 2010).

Entretanto, ressaltamos que o acesso universal aos serviços de saúde é mais um exemplo de que a legalidade de uma proposta não se traduz na sua implementação concreta, uma vez que, mais de 24 anos após a promulgação da Constituição Brasileira de 1988 e da regulamentação do SUS pelas Leis 8.080/90 e 8.142/90 (BRASIL, 1990a; 1990b), ainda se convive com uma realidade desigual e excludente de acesso ao SUS, o que provoca um

desacerto entre o que está disposto na lei e o que de fato a sociedade autentica. O acesso seletivo refere-se à desigualdade de entrada no sistema e distribuição de benefícios em função do poder aquisitivo do usuário, relacionado com a lógica do mercado, condicionado aos mecanismos de racionamento de gastos e sucateamento a atenção prestada pelos serviços públicos (ASSIS; VILLA; NASCIMENTO, 2003; LIMA; ASSIS, 2010).

Por outro lado, é importante retomarmos a Conferência de Alma-Ata, em 1978, que possibilitou a implantação em inúmeros países de estratégias voltadas para a Atenção Primária à Saúde (APS) em determinadas realidades sociais. Em seu relatório é apresentado que o acesso aos cuidados primários de saúde a todas as populações do mundo poderiam desenvolver um padrão aceitável de saúde no futuro (CANADÁ, 1986).

Os cuidados primários foram definidos, na época, como sendo os cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, que tenham fundamentação científica e sejam socialmente aceitáveis, colocados ao alcance de famílias e da comunidade (ASSIS *et al.*, 2007). Esses mecanismos, bem empregados, contribuiriam para o reordenamento dos investimentos materiais e humanos na saúde, com participação de todos os envolvidos possibilitando uma assistência integral comprometida com os aspectos sociais e que desencadeassem respostas positivas e soluções concretas para as tristes realidades presentes no cotidiano das populações.

Para diferenciar-se da concepção seletiva de APS, no Brasil, passou-se a utilização do termo Atenção Básica em Saúde (ABS), definida como “ações individuais e coletivas situadas no primeiro nível, voltadas à promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação” (GIOVANELLA *et al.*, 2009, p. 785).

Nessa perspectiva, no ano de 1994 foi implementado o Programa Saúde da Família (PSF), que desde o seu surgimento, configurou-se como um instrumento de reorganização do SUS e do processo de municipalização, devendo privilegiar as áreas de maior risco, pautado nos princípios da integralidade, equidade e universalidade (BRASIL, 1999; MERHY; FRANCO, 2002).

Ao receber a missão de ser o eixo que irá reestruturar a organização dos serviços no âmbito do sistema público de saúde, o PSF é posto como parte de um processo da reforma estruturante do SUS (RIBEIRO, 2004). Além disso, tal programa deveria ser responsável pela articulação com os outros níveis de atenção, contribuindo para a construção de um sistema de saúde integrado, que se apresentaria como a “porta de entrada” do usuário no SUS, para

ampliar o acesso e a utilização dos serviços de saúde de forma hierarquizada ao mesmo tempo em que aproxima instituições de saúde e comunidade (VALENTIM; KRUEL, 2007, p. 788).

A condição primeira para a implantação da Unidade de Saúde da Família (USF) é que a mesma seja acessível à população adscrita, eliminando-se entraves financeiros, geográficos, temporais e culturais, alicerçados nos princípios elencados pela Saúde da Família (SCOREL *et al.*, 2007).

Igualmente, essa aproximação das instituições e comunidade, a partir do SUS, deixou de lado a visão do homem como indivíduo e passou-se a idéia de homem integral, membro de uma família, uma comunidade, com uma história própria, de vida e de saúde, que não deveria ser desconsiderada (VALENTIM; KRUEL, 2007).

Todavia, mais de uma década após a implantação da Saúde da Família no Brasil, encontramos, ainda, um processo de mudança lento e, em muitas localidades, em fase experimental, do modelo assistencial vigente no país. Nessa trajetória, a programação de atividades para grupos de risco e a oferta organizada, por meio da marcação de consultas e agendamento em resposta as demandas individuais por assistência, dificultam o acesso e a afirmação do PSF como “porta de entrada” ao sistema, fortalecendo o entendimento do acesso como restrito e focalizado (SCOREL *et al.*, 2007). Há que se problematizar, em particular, a realidade das unidades de saúde quanto à dificuldade na marcação de consultas da demanda espontânea.

Cabe, neste momento, avultar as discussões que caracterizam a ambivalência do PSF, instituído enquanto programa, mas elevado à condição de estratégia para a reorientação da assistência, notadamente através da valorização da atenção básica, mas que, em seu contexto, apresenta dualidades que versam sobre a mudança e o conservadorismo do modelo biomédico. Sua apresentação restritiva, que operacionaliza uma política de focalização da ABS em populações excluídas do consumo de serviços, tende a deixar o usuário esperando para ingressar no que lhe é de direito e abarca a suposição de que a doença segue um curso linear, com início meio e fim, além dos limites financeiros impostos pelo próprio sistema e a desconfiança fomentada pelo pouco poder de resolução para muitos dos imperativos individuais e coletivos dos sujeitos, inibem a evolução dessa proposta enquanto estratégica e lhe dão aspectos limitados e temporários, característicos dos programas, conforme ratificam os trabalhos de Conill (2002), Pires e outros (2009) e Assis e outros (2008) e Assis e outros (2010).

Diante disto, é perceptível a importância em se resgatar a discussão a respeito do conceito de acesso, que, segundo Ferreira (2001, p. 10), significa o “ato de ingressar; passagem; comunicação ou trato”. Aproximando-se esta conceituação dos serviços de saúde, entendemos que o acesso universal e equitativo é essencial para a análise das relações entre o usuário e os serviços de saúde, pois se constitui a ocasião de acolhimento do homem, individual e coletivo, seu ingresso no sistema, na expressão da sua necessidade de saúde, em defesa da igualdade de direitos e justiça social, configurando-se como um exercício para o alcance da cidadania.

Acesso é um conceito complexo, como afirma Travassos e Martins (2004), geralmente utilizado de forma confusa, variando de acordo com o contexto e entre diferentes autores. O uso do termo também pode variar, sendo utilizado como substantivo de acessibilidade, ou para indicar grau de facilidade com que as pessoas obtêm cuidados de saúde, predominando a compreensão de que o acesso relaciona-se a oferta de serviços e aos resultados do uso destes. Contudo, esta concepção não se restringe apenas ao uso ou não destes serviços e precisa englobar, também, a formação dos profissionais e dos recursos tecnológicos utilizados frente aos imperativos de saúde dos indivíduos.

Neste contexto, observamos que o conhecimento acerca do tema acesso precisa ser melhor entendido, não o restringindo a definição apenas de acessibilidade ou a oferta e uso de serviços de saúde, algumas de suas dimensões particulares, uma vez que tal reducionismo não contempla toda a importância e complexidade envolvidas com o seu significado.

O acesso aos serviços de saúde relaciona-se às condições de vida, nutrição, habitação, poder aquisitivo e educação, englobando a acessibilidade aos serviços, que vai muito além da dimensão geográfica, ao abranger, também, aspectos econômicos, relativo aos gastos do usuário com o serviço, aspectos culturais que envolvem normas e técnicas adequadas aos hábitos da população e aspectos funcionais, que se relacionam com a oferta de serviços adequados às necessidades da população (UNGLERT, 1990).

Comungamos com Schwartz e outros (2010) ao afirmarem que o acesso é um elemento eficaz para a avaliação da qualidade dos serviços de saúde. A partir dele é possível mensurar a satisfação dos usuários com o atendimento, determinar a escolha do serviço e estabelecer, quase sempre, o vínculo com o sistema de saúde e os sujeitos envolvidos. Pontes e outros (2010) complementam que o acesso aos serviços e ações de saúde, regulado pelo SUS à população, colabora de forma expressiva para sua satisfação, uma vez que

determinados serviços, especialmente os de alta complexidade, que alguns indivíduos encontram dificuldades para ter acesso, são disponibilizados para todos.

O debate em torno do tema suscitou a necessidade de se ultrapassar a ligação reducionista entre acesso e “porta de entrada”, tão comumente utilizada, para o alcance de sentidos maiores, que o retratem como um instrumento repleto de possibilidades transformadoras da realidade. Por tudo isso, percebemos a importância do modelo teórico encontrado em Abreu-de-Jesus e Assis (2010), na análise da efetivação do acesso universal com qualidade aos serviços de saúde.

Tal exemplo extrapola as dimensões da categoria acesso em confluência com uma abordagem que se alicerça no princípio da igualdade, ao estabelecer encontros que permitam a universalidade da atenção, em apoio à regionalização, hierarquização e participação popular. Neste caminhar, o modelo teórico em questão organiza-se em quatro dimensões distintas: dimensão econômico-social, pautada na equidade, racionalização e relação entre oferta e demanda; dimensão técnica, baseada no planejamento, organização, regionalização, hierarquização, definição de fluxos, qualidade e resolubilidade dos serviços de saúde; dimensão política, ajustada às políticas de saúde, conformação histórica do modelo de atenção à saúde e participação da comunidade; e, dimensão simbólica, fundamentada em percepções, concepções e atuação dos sujeitos, representações sociais do processo saúde-doença, representações sociais da forma como o sistema de saúde se organiza para atender às necessidades dos usuários (ABREU-DE-JESUS; ASSIS, 2010). Além dessas, observamos ainda a dimensão organizacional, que faz menção à “porta de entrada”, fluxo de atendimento, barreiras geográficas, regulação / referência / contrarreferência e avaliação.

Por conseguinte, identificamos que existem lacunas no tema abordado, a exemplo dos trabalhos de Travassos e outros (2000) que foca nas desigualdades geográficas e econômico-sociais do acesso, Barros e Bertoldi (2002) que analisam o acesso aos serviços odontológicos no Brasil apenas a partir dos estratos socioeconômicos, Araújo e Leitão (2005) que observam as questões de gênero relacionadas ao objeto aqui estudado, Kassouf (2005) que trabalha com as diferenças do acesso nas áreas urbana e rural, Lima e outros (2007) que consideram as perspectivas dos usuários em relação ao acesso às unidades, Spedo, Pinto e Tanaka (2010) que abordam o caso do acesso à média e alta complexidade, Cunha e Vieira-da-Silva (2010) que analisa a acessibilidade à atenção básica a partir da organização dos sistemas e dos serviços e Lima e Assis (2010) que analisam o acesso à luz da demanda organizada e espontânea. De maneira especial há uma falha sobre o que diz respeito à

inexistência de uma pesquisa que articule o teórico-empírico, utilizando-se as dimensões referidas no parágrafo anterior, como parte da análise do acesso aos serviços de saúde, o que confere a este novo estudo um caráter inovador e vanguardista, ao adotar um modelo teórico elaborado por Assis (2011) nunca antes utilizado.

Fundamentados nos elementos teóricos apresentados, salientamos que o interesse em pesquisar sobre o acesso, recortando a Saúde da Família em Feira de Santana e Santo Antônio de Jesus, Bahia, emergiu a partir de alguns momentos vivenciados tanto coletivamente, na época da graduação em Enfermagem na Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), a partir da nossa inserção no Núcleo de Pesquisa Integrada em Saúde Coletiva (NUPISC/UEFS) com as discussões realizadas dentro deste grupo, tendo como ponto de partida a entrada do Projeto de Pesquisa financiado pelo CNPq “Acesso com qualidade aos serviços de saúde na Estratégia Saúde da Família em dois cenários da Bahia” (ASSIS, 2011) nas rodas de debate. E também individuais, através da vivência pessoal, já como profissionais de saúde, em uma Unidade de Saúde da Família (USF) na região norte do Estado da Bahia. Tais contextos nos possibilitaram delimitar para esta pesquisa os seguintes questionamentos:

- Como vem se constituindo a organização do acesso dos usuários na atenção à Saúde da Família e suas interfaces com o modelo de atenção em dois cenários da Bahia, Brasil?
- Como tem sido construída a participação social a partir das demandas coletivas que buscam o acesso na atenção à Saúde da Família dos referidos cenários?

Diante do exposto, esta pesquisa tem como objetivos:

- Discutir a organização do acesso dos usuários na atenção à Saúde da Família e suas interfaces com o modelo de atenção à saúde em dois cenários da Bahia, Brasil;
- Analisar a construção da participação social a partir das demandas coletivas que buscam o acesso à atenção na Saúde da Família dos referidos cenários.

Sendo assim, a preocupação com o assunto solidifica-se na questão do acesso se constituir em uma importante ferramenta para a construção da integralidade no SUS, que tem

a premissa de possibilitar ao usuário a utilização dos diversos serviços de saúde, necessários para garantir a sua saúde de maneira universal, equânime e com qualidade.

Enfim, a partir das circunspeções acima apontadas, frutos dos debates e discussões sobre o acesso aos serviços de saúde, com vistas a compreender, entre outros aspectos, as dimensões relacionadas ao objeto de estudo, suas características práticas e teóricas, delimita-se o seguinte pressuposto teórico, ao mesmo tempo em que abrimos a possibilidade inesgotável de diálogos que permitirão a melhor compreensão dos aspectos aqui relatados:

- O acesso dos usuários na atenção à Saúde da Família é organizado por meio da disponibilidade dos serviços, acessibilidade, necessidades dos usuários e aceitação e rejeição dos serviços ofertados à população, bem como quantidade de vagas para atendimento das pessoas e da estruturação da unidade que permita a resolubilidade das demandas destes sujeitos. Dessa forma, a Saúde da Família teria que ser constituída como a “porta de entrada” para acessar os serviços e as práticas (individuais e coletivas), demarcando o modelo de atenção à saúde que vem sendo produzido e como a participação é estabelecida na organização das demandas coletivas por acesso aos serviços de saúde.

CAPÍTULO II

REFERENCIAL TEÓRICO - ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE: modelo de análise

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE: modelo de análise

As várias classificações de análise sobre acesso aos serviços de saúde demonstram o nível de pluralidade e complexidade que envolve o objeto. Por conseguinte, acesso é um conceito multifacetado, muitas vezes empregado de maneira imprecisa e pouco clara na sua relação com o uso de serviços de saúde, sobressaindo-se a ideia de acesso relacionada à oferta de serviços e/ou o resultado do uso destes serviços (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Sua imprecisão relaciona-se à associação que pode haver entre tal conceito e os inúmeros aspectos que podem ser considerados à luz das suas diferentes abordagens. Neste sentido, Pechansky e Thomas (1981) e Unglert, Rosenburg e Junqueira (1987) advertiram que a entrada nos serviços deveria ser considerada a partir de diversos enfoques, com ressalva para as abordagens geográfica, cultural, econômica e funcional. Além disso, eles destacam que a oferta de serviços, por si só, não depende, exclusivamente, da existência ou não destes serviços.

Para tanto, em combinação com Gibbard (1982), não podemos deixar de acrescentar que, ao se tratar da acessibilidade aos serviços de saúde, sua importância maior encontra-se na perspectiva que se edifica, a partir da sua efetivação, de concretização da equidade. Salienta, além disto, que a acessibilidade deve ser garantida do ponto de vista (1) geográfico, sobretudo através de um adequado planejamento da localização dos serviços de saúde; (2) econômico, com a remoção de entraves que se relacionam ao sistema de pagamento ou contribuição do usuário para alcance do serviço; (3) cultural, por meio da aproximação entre as normas e técnicas dos serviços ao comportamento, hábitos e costumes da população na qual se inserem; e (4) funcional, ao se ofertar serviços oportunos e adequados às necessidades da população.

Nesta direção, Hortale, Pedroza e Rosa (2000) realçam que a saúde do indivíduo deve ser divisada como uma responsabilidade social e, destarte, tem envolvimento direto com os determinantes de saúde, os serviços de saúde ou o sistema de saúde em geral, instrumentos vitais na construção de modelos para a análise e avaliação da estrutura do acesso de maneira ampliada e integral. Os autores consideraram a construção de duas dimensões do acesso: a social e a política, que auxiliam na operacionalização de um modelo que possa contribuir na tomada de decisões e ajude em comparações temporais, que possibilitem a estruturação de melhorias para o sistema de saúde.

Na dimensão social, o acesso é considerado como a categoria fundamental, independente das justificativas que possam ser dadas para sua não-efetivação (custos excessivos, habilidade técnica, características da organização, etc.). O acesso deve funcionar no modelo como uma categoria-valor, ou seja, uma referência a ser atingida em qualquer serviço e ser o orientador de todas as políticas. Sua avaliação não pode se dar de forma simples, portanto, não podemos perder de vista que ele também deve abranger os vários planos do processo de produção de serviços (HORTALE; PEDROZA; ROSA, 2000, p. 232).

Quanto à dimensão política, apresentada anteriormente, a descentralização é ressaltada como condição necessária para “melhorar o acesso, a adequação da resposta social, a participação, a qualidade, a sustentação e a equidade no campo da saúde” (HORTALE; PEDROZA; ROCHA, 2000, p. 232). Para estes autores, se o sistema de saúde é descentralizado, ele vai permitir maior acesso dos indivíduos ao sistema. Em uma dinâmica de transferência de recursos e autoridade, presentes em uma estrutura descentralizada, existe a oportunidade de reformulação de papéis e funções, modalidades de capacitação, sistemas de remuneração e novas formas de participação das diversas instituições e sujeitos, com impactos positivos na gestão que se refletem em composições mais próximas da realidade dos envolvidos e com maiores probabilidades de respostas às suas demandas.

Para aprofundar o debate um pouco mais, Travassos e outros (2000, p. 134) analisam que “a disponibilidade, o tipo, a quantidade de serviços e recursos (financeiros, humanos, tecnológicos), a localização geográfica, a cultura médica local, a ideologia do prestador, entre outros”, são características da oferta que exercem determinado poder na criação de um padrão de consumo dos serviços de saúde. Todavia, o ato individual de escolha também é crucial, embora, “nem todas as necessidades se convertam em demandas e nem todas as demandas sejam atendidas”.

Por este ângulo, é possível afirmar que as desigualdades no uso de serviços de saúde, ou seja, “na atitude de procurá-los, obter acesso e se beneficiar com o atendimento recebido” (TRAVASSOS *et al.*, 2000, p. 134), cogitam as discrepâncias individuais no processo de adoecimento e morte, bem como o comportamento do indivíduo defronte a doença e as características da oferta de serviços que cada realidade dispõe para seus membros. Em outras palavras,

[...] o uso de serviços de saúde é função das necessidades e do comportamento dos indivíduos diante dos seus problemas de saúde, assim como das formas de financiamento, dos serviços e recursos disponíveis para a população, incluindo a estrutura administrativa e os mecanismos de pagamento (TRAVASSOS, *et al.*, 2000, p.134).

Ao seguir por este pensamento, Giovanella e Fleury (1995), na tentativa de categorizar o acesso e analisar as condições de acessibilidade, adotam como eixo de análise quatro dimensões explicativas: política, econômica, técnica e simbólica, na tentativa de articular o referencial teórico e a definição conceitual a ser utilizada, culminando em quatro modelos teóricos. A saber: dimensão econômica - modelo economista - é referente à relação entre oferta e demanda; dimensão técnica - modelo sanitarista-planificador - relativo à planificação e organização da rede de serviços; dimensão política - modelo sanitarista-politicista - relativo ao desenvolvimento da consciência sanitária e da organização popular; e a dimensão simbólica - modelo das representações sociais acerca da atenção e ao sistema de saúde.

Neste sentido, o modelo economista estaria relacionado ao mapeamento dos diferentes padrões de consumo dos indivíduos que influenciariam na relação entre oferta e demanda pelos mesmos. O modelo sanitarista-planificador se caracteriza pela concepção de acesso enquanto possibilidade de consumo, garantida pela distribuição planejada de recursos na rede de serviços hierarquizada, pautada nos sistemas de referência e contrarreferência. Aqui o acesso envolve desde a entrada propriamente dita aos serviços de que o cidadão necessita, incluindo-se os horários previstos de atendimento e a qualidade do atendimento, que são reinterpretados por Ramos e Lima (2003), enfatizando o papel facilitador do acolhimento (GIOVANELLA; FLEURY, 1995; ABREU-DE-JESUS; ASSIS, 2010).

O modelo sanitarista-politicista explicita o momento em que a população passa a entender as determinações sociais do processo saúde-doença e os aspectos que determinam à organização social da prática médica, em um processo de (des) alienação das deformações impostas pela sociedade à consciência sanitária e da medicalização infligidas pelo processo de trabalho. Por último, o modelo das representações sociais, que parte do princípio que a realidade é uma constituição particularmente intersubjetiva e simbólica do processo saúde-doença, em que os sujeitos coletivos e históricos são seus inventores, suportes e mediadores (GIOVANELLA; FLEURY, 1995; ABREU-DE-JESUS; ASSIS, 2010).

Ao tratar da questão do acesso a partir da aproximação com os serviços de saúde, deve-se ter em conta uma visão compreensiva, na qual seja possível comportar uma dimensão econômica, referente à relação entre oferta e demanda, uma visão técnica, relativa à planificação e organização da rede de serviços; uma visão política, relativa ao desenvolvimento da consciência sanitária e da organização popular; e uma dimensão simbólica, relativa às representações sociais acerca da atenção e ao sistema de saúde (ABREU-DE-JESUS; ASSIS, 2010, p. 163).

Sem o intuito de esgotar o debate, o acesso é definido por Giovanella e Fleury (1995) como dimensões específicas: a disponibilidade, acessibilidade, adequação funcional, capacidade financeira e aceitabilidade. A disponibilidade é percebida como relação entre o volume e o tipo de serviços existentes, o volume de usuários e o tipo de necessidade; a acessibilidade diz respeito à relação entre localização da oferta e dos usuários, distância entre eles, forma de deslocamento e custos; a adequação funcional é vista como a relação entre o modo como a oferta está organizada para aceitar os usuários e a capacidade/habilidade dos usuários acomodarem-se a esses fatores e perceberem a conveniência dos mesmos; a capacidade financeira é a relação entre os custos dos serviços; e, finalmente, a aceitabilidade, entendida como a relação entre as atitudes dos usuários, trabalhadores de saúde e práticas destes serviços. Ressaltam-se as contribuições de Abreu-de-Jesus e Assis (2010) que aproximam estas dimensões para a área de planejamento no âmbito do SUS, incorporando as diretrizes, equidade e integralidade, e suas normas organizativas.

Inspirados neste modelo analítico desenvolvido por Giovanella e Fleury (1995), Assis, Villa e Nascimento (2003) ressignificaram as dimensões de análise da categoria acesso que serão posteriormente incorporadas por Abreu-de-Jesus e Assis (2010) e Assis e Abreu-de-Jesus (2012). Tais dimensões teriam que ser calcadas no princípio da equidade, no estabelecimento de caminhos para a universalização da atenção, regionalização, hierarquização e participação popular. Sob esta nova óptica de apreciação, o acesso vai além do simples conceito de “porta de entrada” dos serviços de saúde, para um elemento transformador da realidade. A sua garantia constitucional, além de ser uma bandeira de luta dos movimentos sociais, passou a ser um dos elementos fundamentais dos direitos de cidadania. O exercício de cidadania traz em seu contexto um aceitável elemento capaz de produzir resultados concretos, tendo em vista as reais possibilidades de mudança e melhora no atendimento aos problemas de saúde da população (ABREU-DE-JESUS; ASSIS, 2010).

As dimensões do acesso a serviços de saúde, para tais autores, por serem múltiplas e de caráter sócio-econômico e cultural, configuram-no como norteador na construção de políticas públicas e suas categorias de análise, pautadas em uma totalidade concreta, teriam que ser alicerçadas no princípio da equidade, no estabelecimento de caminhos para a universalização da atenção, regionalização, hierarquização e participação popular.

Os mesmos construíram, sob a égide deste ponto de vista, um modelo teórico que distingue as dimensões analíticas da categoria acesso aos serviços de saúde, e que incorpora

dispositivos do planejamento em saúde para buscar, entre outros aspectos, equilíbrio na relação oferta e demanda no âmbito do SUS (dimensão econômica), viabilidade de acesso aos serviços do sistema público de saúde (dimensão tecnoassistencial), desenvolvimento da consciência sanitária e da organização popular (dimensão política) e abordagem das representações sociais a atenção à saúde e dos serviços de saúde (dimensão simbólica).

Quanto à dimensão econômica, Abreu-de-Jesus e Assis (2010) estabelecem que a relação entre oferta e demanda pode ser entendida como o compromisso existente entre a capacidade de oferecer serviços de saúde e a necessidade de assistência de uma determinada população. Tais aspectos é referendado pelo grande desafio do SUS de garantir acesso com disponibilidade de serviços e recursos, acessibilidade, adequação funcional, capacidade financeira e aceitabilidade por parte dos trabalhadores e usuários, sem, contudo, negligenciar a importância da continuidade do cuidado que, muitas vezes, encontra-se além da simples entrada na rede de serviços.

Sobre a dimensão tecnoassistencial, os autores destacam que a regionalização e hierarquização sempre estiveram presentes nas propostas de reorganização do sistema de saúde brasileiro.

Sob os auspícios da regionalização enquanto princípio, foram desenvolvidos no Brasil conceitos como níveis de complexidade de atenção, referência, contrarreferência, população referenciada, dentre outros, que servem para orientar a discussão dos processos integrados de gestão e propiciar atendimento em saúde com resolubilidade em unidades de diferentes perfis assistenciais, organizados de forma hierárquica, num contexto de acomodação da densidade tecnológica, aliada à disposição, acessibilidade, aceitabilidade e capacidade financeira de captação de novas tecnologias (ABREU-DE-JESUS; ASSIS, 2010, p. 156).

A relação entre as unidades assistenciais de uma rede de serviços, em conformidade com Abreu-de-Jesus e Assis (2010) deve se dar com o estabelecimento de mecanismos de referência e contrarreferência, o que é elemento base para a determinação das linhas de cuidado na busca da integralidade assistencial. Nesta acepção, o acesso assume um caráter regulador sobre o sistema de saúde: define fluxos, funcionamento, capacidade e necessidade de expansão e organização da rede para o cuidado progressivo ao usuário.

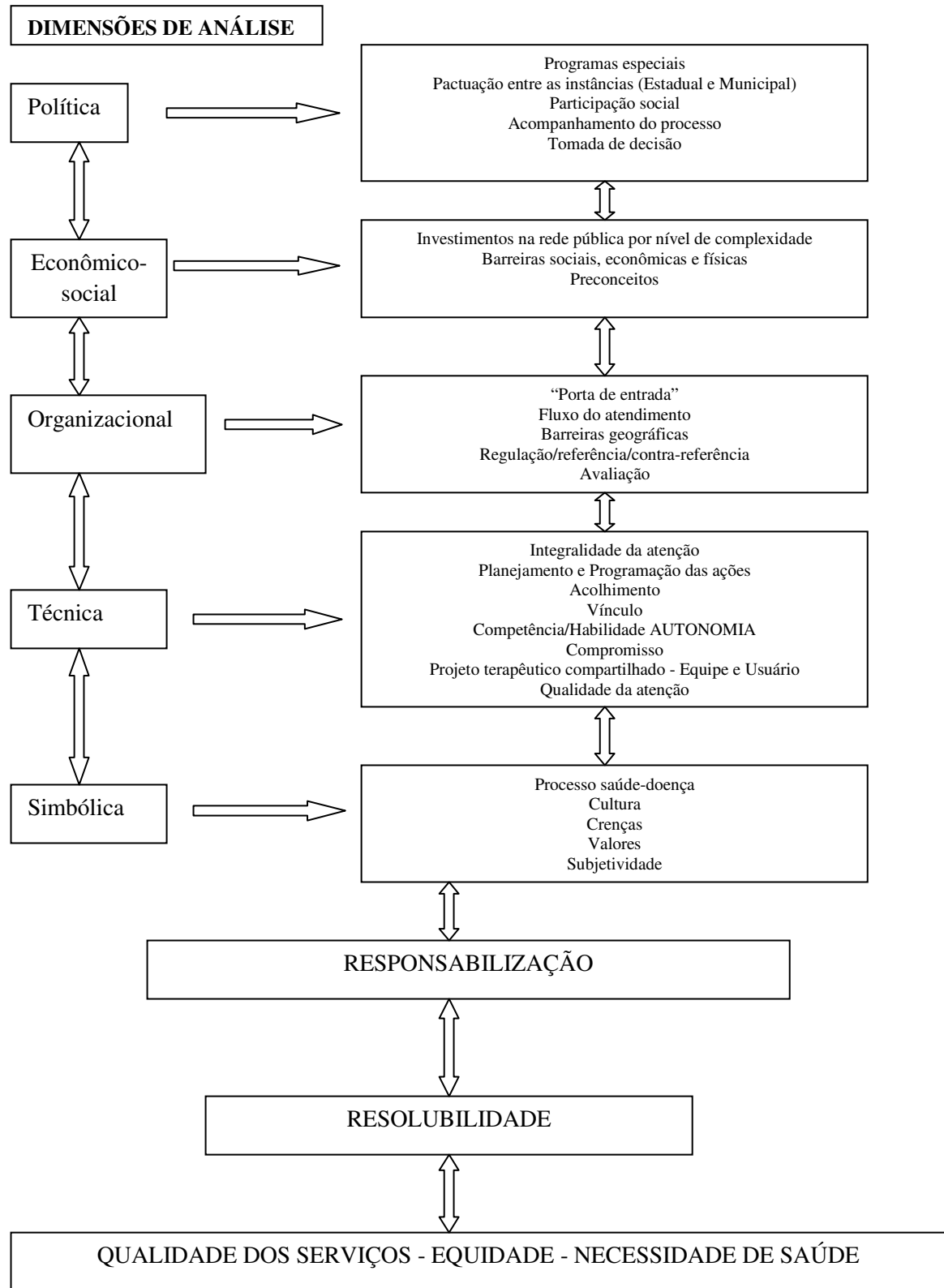
Quanto à dimensão política do acesso, sua construção ocorre, neste sentido, pela participação cidadã e pelo controle social, que interferem sobre o sistema de saúde e sobre as práticas de trabalho e de gestão. É no cerne desta discussão, como chamam a atenção Abreu-de-Jesus e Assis (2010), que se institui o controle social, enquanto definidor do acesso à saúde em um processo histórico que, parte do reconhecimento da realidade, busca superar a

racionalidade dominante imposta pela dominação histórica do Estado sobre a sociedade, e conduz a instalação de uma nova realidade, estruturada no controle da sociedade sobre o Estado, engendrado na democracia. Essa dimensão resgata a construção de sujeitos políticos, politizados, militantes e (des) alienados, donos das próprias escolhas, repletos de autonomia e consciência social, erguidos sob a um paradigma sanitário promissor e embasados nos princípios da universalidade, equidade e integralidade.

A propósito da dimensão simbólica, os sujeitos coletivos dão espaço aos sujeitos históricos que, por sua vez “se conformam em sujeitos sociais, coletivamente determinados pelas suas representações” sociais. A depender das concepções sobre a saúde, a doença e o processo saúde-doença, caminhos diferentes podem ser planejados para permitir a entrada dos sujeitos no sistema de saúde. A percepção desses espaços simbólicos permite programar a horizontalização das relações entre trabalhadores e usuários e apresenta-se como importante ferramenta na edificação do vínculo (ABREU-DE-JESUS; ASSIS, 2010, p. 168).

A partir do que foi explicitado, Assis (2011), na tentativa de sistematizar as diferentes abordagens sobre o acesso universal aos serviços de saúde, desenhou um modelo teórico de análise que toma como dimensões as questões políticas, econômico-social, técnicas organizativas e simbólicas (Figura 1). Tais dimensões intentam compreender as políticas estabelecidas e seu cumprimento, ao mesmo tempo em que envolvem gestão com tomada de decisão e participação da sociedade, além das práticas atuadas no cotidiano dos serviços.

FIGURA 1: MODELO TEÓRICO: ACESSO UNIVERSAL COM QUALIDADE AOS SERVIÇOS DE SAÚDE¹



¹ (ASSIS, 2011; ASSIS; ABREU-DE-JESUS, 2012).

Esta concepção, apresentada na página anterior, comunga com o debate estabelecido por Starfield (2004) sobre o acesso, que o relaciona com as diversas possibilidades de adentrar aos serviços de saúde, que estariam implicados com a localização da unidade de saúde, a disponibilidade de horários e dias em que a unidade atende, tal como a possibilidade de atendimento a consultas não agendadas e a percepção que a população tem em relação a estes aspectos do acesso (se são adequados ou não).

Se considerarmos a possibilidade do atendimento à saúde ser dividida em fases, o acesso aos serviços seria considerado a primeira fase a ser superada pelo usuário, na busca de atendimento para resolução de problemas, ou a satisfação de uma necessidade dentro do sistema de saúde, envolvendo algumas questões, tais como: disponibilidade ou não do serviço, à distância, e quais ações estão sendo ofertadas para o atendimento dos usuários; quais são os recursos disponíveis, qual a capacitação técnica dos profissionais que atuam na unidade de saúde e de que forma têm se responsabilizado pelos problemas da população, a quem e como devem prestar serviço (LIMA; ASSIS, 2010).

É um grande desafio para o sistema de saúde a efetivação de um acesso equitativo, uma vez que cada segmento social tem diferentes demandas produzidas por processos sociais de exclusão, nem sempre percebidas pelo poder público (PESSOTO *et al.*, 2007). Indivíduos diferentes, conforme lembra Coelho (2010), merecem e devem ser tratados de maneira diferentes, sendo que o tratamento que recebem deve se estabelecer de forma a eliminar ou reduzir a desigualdade entre eles.

A saúde como produção social significa reconhecer que, quanto mais desigual for a distribuição das riquezas, quanto mais precário for o acesso dos grupos sociais aos bens de consumo e a políticas públicas redistributivas, mais complexos, heterogêneos e injustos serão os padrões de adoecimento e mortalidade de uma dada sociedade (SCHWARTZ *et al.*, 2010, p. 2146).

Quando essas demandas são percebidas, muitas vezes a gestão não tem acúmulo reflexivo, para (re) formular políticas de alcance coletivo e individual (LIONÇO, 2008). A despeito de sozinho não conseguir extinguir as desigualdades sociais, a construção concreta de um SUS com acesso universal e equitativo pode ser uma ferramenta política e social privilegiada para este combate.

Destacamos o papel dos usuários, dos trabalhadores de saúde e dirigentes como os protagonistas na efetivação do acesso aos serviços de saúde; e do controle social que deve apontar e buscar soluções para as demandas invisíveis e para os principais pontos de exclusão

ao acesso que a população enfrenta neste árduo caminho em busca de solução para suas demandas.

Ademais, as desigualdades de acesso encontram-se como um dos principais problemas a serem enfrentados para que o SUS funcione efetivamente. No cenário nacional convive-se com acessos seletivos, excludentes e focalizados que se complementam e se justapõem, nos diferentes serviços públicos e privados, havendo, portanto, um descompasso entre a legislação e a legitimidade social (ASSIS; VILLA; NASCIMENTO, 2003). O acesso é seletivo por ser desigual em função do poder de compra dos usuários; excludente por condicionar o direito de assistência universal à lógica de mercado, racionalizando gastos e, por fim, focalizado ao limitar o atendimento público a determinados serviços ou programas.

Desse modo, apesar da realidade cruel do acesso aos serviços de saúde, de acordo com necessidades socialmente determinadas, é possível pensar a construção da consciência cidadã, derrotar o conformismo social, por meio da emancipação de sujeitos históricos capazes de intervir nesta realidade, e finalmente, garantir o acesso universal e equitativo como construção social no atendimento às necessidades da população, trazendo soluções para tantos problemas enfrentados nesse processo.

A questão do controle da sociedade sobre as políticas públicas ganhou novas perspectivas no Brasil, com a Constituição de 1988 (BRASIL, 1989) e a promulgação da Lei n. 8.142/90 que dispõe, entre outras coisas, sobre a participação da comunidade na gestão do SUS. A Lei n. 8.142/90 estabelece, ainda, a Conferência de Saúde, que deverá ter a representação dos vários seguimentos sociais e tem o papel de propor diretrizes e formular políticas de saúde e deve ser convocada periodicamente pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por este ou pelo Conselho de Saúde; e o Conselho de Saúde, órgão colegiado de caráter permanente e deliberativo, que precisa ser composto por representantes do governo, prestadores de serviço, trabalhadores da saúde e usuários, para atuarem em conjunto, na formação de estratégias e no controle da execução das políticas de saúde, inclusive na fiscalização dos aspectos econômicos e financeiros (BRASIL, 1990b).

Entretanto, para compreendermos o que é o controle social precisamos apreender, também, o significado de cidadão e cidadania. Segundo Ferreira (2004) cidadão é todo aquele que está no gozo dos direitos civis e políticos de um Estado, enquanto, cidadania, é a qualidade ou estado de cidadão. Para Gamarra Júnior (2006) o cidadão participa, é ativo, não se esconde nem é omissor, fala, pondera sobre o interesse da coletividade e age com este sentido, sem esquecer-se das suas necessidades e dos seus. O conceito de cidadania estaria

relacionado a esta participação política do indivíduo e pode ser entendido, também, como o exercício cotidiano de direitos e deveres de um sujeito em relação aos outros e com o estado social de direito. Para Cohn (2009, p. 229), o que caracteriza a cidadania é o seu caráter universal, igualitário, impessoal, tendo “como contrapartida uma série de deveres que vão desde cumprir os deveres cívicos até prestar obediência às leis maiores que regem a sociedade”.

Dessa forma, o controle social, segundo Gamarra Junior (2006, p. 157), pode ser entendido como a “participação popular em instâncias do aparelho do Estado, como órgãos, agências ou serviços públicos responsáveis pelas políticas públicas”, configurando-se como instrumento indispensável para que exista a eficácia dos direitos que foram conferidos por lei. Por ser a saúde um bem público, o controle social em saúde explica-se a partir desta perspectiva de que a mesma não pode ser gerida apenas por interesses econômicos, de grupos ou de categorias de trabalhadores que se inserem no setor, devendo ser rigorosamente acompanhada. Outrossim, a participação popular configura-se como um espaço de representação da sociedade e diz respeito às múltiplas ações que as diversas forças sociais geram para “influenciar a formulação, execução, a fiscalização e a avaliação das políticas públicas e/ou dos serviços básicos na área social, entre elas a saúde” (p. 157). Assim, o controle social coopera para a ampliação da cidadania, identificando o usuário como parte da comunidade organizada com direitos e deveres, desfazendo-se da simples visão de consumidor passivo de bens e serviços.

Entretanto, as oposições e contrassensos tão marcantes no Sistema Único de Saúde, comprometem a realização dessa proposta. Se por um lado, a atenção básica carece do acesso a procedimentos disponíveis na média complexidade para aumentar o alcance da sua resolução, por outro, a baixa resolubilidade da atenção básica incrementa ainda mais a demanda para a média complexidade. Se por um lado, o SUS estrutura-se em ações preventivas, com vacinas e programas voltados para grupos de risco, do outro, existe um sistema para abordagem de procedimentos complexos, caros e dependentes de alta tecnologia, como transplante, cirurgias cardiovasculares, terapias renais e do câncer que se apresentam como exemplares em todo o mundo. Ao mesmo tempo, segundo Coelho (2010), convive-se com ordinárias dificuldades de internação para usuários com problemas comuns, agendamento de consultas com especialistas ou mesmo, realização de exames de menor complexidade. Tais implicações condenam a capacidade de garantia da continuidade da

atenção pelo sistema público, ao longo de sua rede de serviços e conduzem muitos usuários a desistência da assistência, abandono do tratamento e, a morte.

CAPÍTULO III

TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

3 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

3.1 TIPO DE ESTUDO

Para compreendermos como vem sendo construído o acesso universal e equitativo aos serviços de saúde dos municípios de Feira de Santana e Santo Antônio de Jesus, BA, fizemos a opção por uma abordagem metodológica que permitisse o envolvimento e participação dos sujeitos envolvidos, entrecruzando-se aspectos objetivos e subjetivos que são evidenciados na prática cotidiana do Sistema Único de Saúde (SUS).

Por conseguinte, a pesquisa em questão configurou-se como um estudo qualitativo, histórico social, no qual esteve presente “o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes” (MINAYO; DESLANDES; GOMES, 2007, p. 21).

Além disso, os estudos que se utilizam da metodologia qualitativa podem:

[...] descrever a complexidade de determinado problema, analisar a interação de certas variáveis, compreender e classificar processos dinâmicos vividos por grupos sociais, contribuir no processo de mudança de determinado grupo e possibilitar em maior nível de profundidade, o entendimento das particularidades do comportamento dos indivíduos (RICHARDSON; PERES, 1999, p.100).

Ressaltamos que a pesquisa qualitativa, está envolvida com aspectos muito próprios, particulares, já que esse tipo de pesquisa ocupa-se com os pontos de vista subjetivos, pontos estes que não podem e não deveriam ser quantificados (MINAYO; DESLANDES; GOMES, 2007).

Por conseguinte, a escolha dessa tipologia de estudo permitiu uma análise da realidade de forma mais contextualizada, o que resultou em uma explicação que vai além da simples descrição, envolvendo o contexto social no qual o estudo esteve inserido, perpassando por elementos políticos, econômicos, culturais e históricos, em busca de uma visão ampliada do objeto de estudo.

3.2 CAMPO EMPÍRICO

FIGURA 2: MAPA DA BAHIA, BRASIL²



A pesquisa em questão teve como cenários 11 Unidades de Saúde da Família (USF), sendo sete do município de Feira de Santana e quatro de Santo Antônio de Jesus, na Bahia, da zona rural e urbana, que possuíssem equipe de saúde completa, inclusive com equipe de saúde

² <http://www.mapas-brasil.com/imagens/bahia.jpg>.

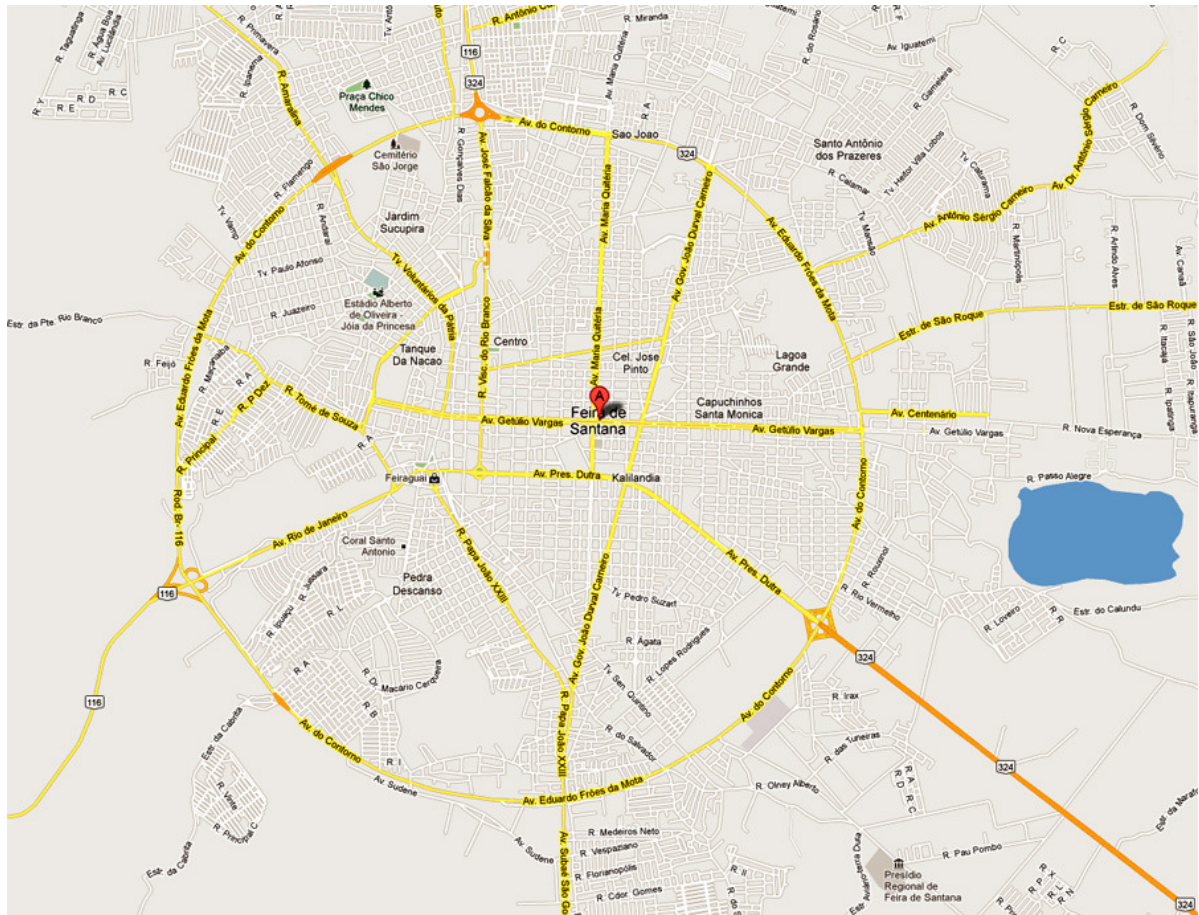
bucal e que estivessem em funcionamento na localidade há mais de um ano. Além das Secretarias Municipais de Saúde de ambos os municípios que foram visitadas para complemento da coleta de dados.

A escolha se fez pertinente por serem estes dois municípios populosos e por ocuparem lugar de destaque na organização de redes de atenção à saúde, considerados referências para serviços de média e alta complexidade nas diversas linhas do cuidado à saúde, o que lhes conferiu, assim, o perfil de locais propícios e com boa representatividade para a realização das análises relacionadas a esta investigação.

É imprescindível demarcarmos que existiram diferenças nas escolhas das USF nos municípios estudados. No caso de Feira de Santana (07 unidades), por apresentar uma rede de atenção um tanto mais complexa quando comparado a Santo Antônio de Jesus (04 unidades), foi possível o elenco de unidades a partir de suas localizações no mapa urbano, tendo sido selecionado quatro unidades de saúde que contemplassem a sua totalidade geográfica, isto é, dos quatro pontos cardiais da cidade (uma norte, uma sul, uma leste e uma oeste). Consideramos também: uma unidade estratégica por fazer parte de um grande conglomerado urbano, uma por apresentar posicionamento estratégico no centro da cidade, e a última por se localizar em área rural. Em Santo Antônio de Jesus, as USF encontram-se localizadas em sua grande maioria no centro do município e esta distribuição geográfica não foi possível, contudo, levamos em consideração, além dos fatores listados anteriormente, o posicionamento de duas das unidades na rede de serviços mais próxima de centros de referência e especialidades, outra, mais distante, fora do perímetro urbano e a última na zona rural do município.

3.2.1 Feira de Santana

FIGURA 3: MAPA DE FEIRA DE SANTANA, BA, BRASIL³



Segundo dados do IBGE (2010), Feira de Santana é o segundo maior município do estado da Bahia e o 31º do país. É polo da macrorregião centro-leste e é micro dela mesma. Está localizada na mesorregião Centro-Norte do estado, distando cerca de 110 quilômetros da capital, Salvador. Este município apresenta um dos maiores entroncamentos rodoviários do interior baiano, sendo conhecido principalmente por ter um comércio forte e diversificado, principal fonte de recursos financeiros, seguido da agropecuária e da indústria de transformação. Sua população estimada é de 542.476 habitantes, com uma extensão territorial de 1.363 quilômetros quadrados (IBGE, 2010).

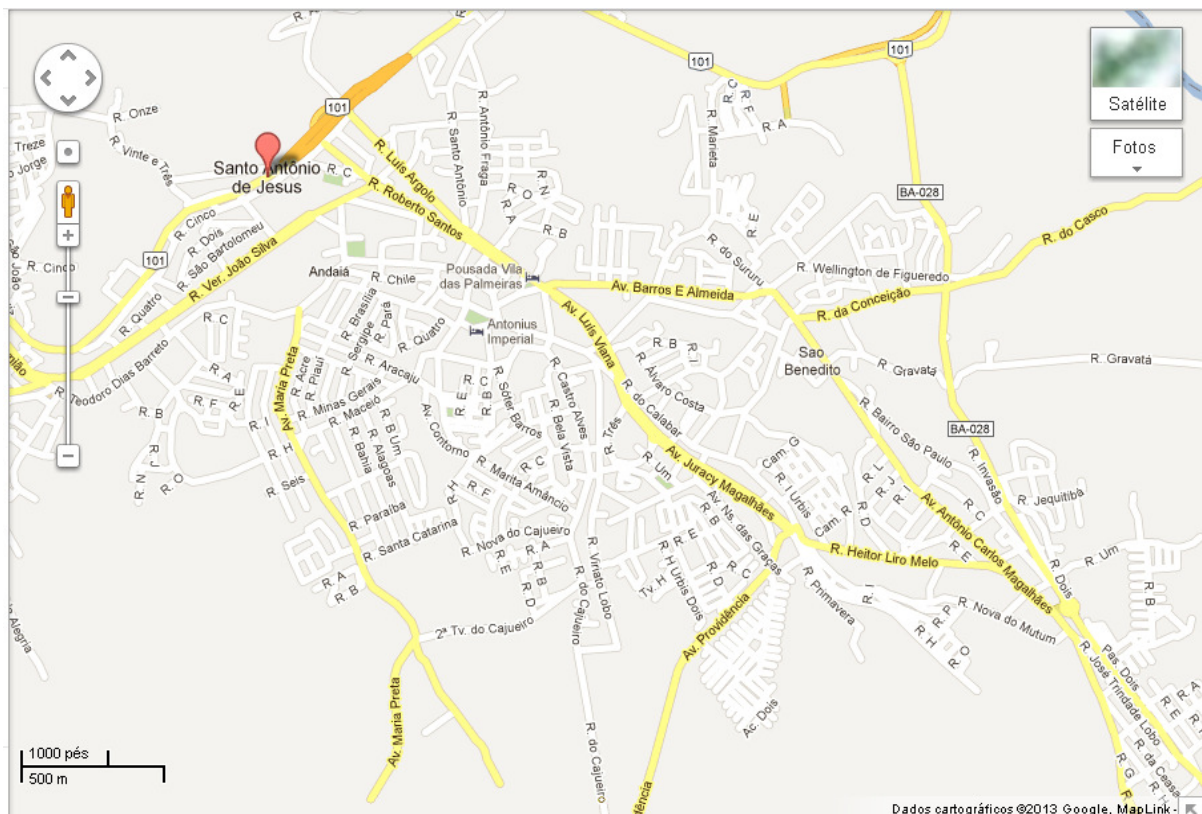
Feira de Santana encontra-se, atualmente, com uma rede de atenção e serviços de saúde composta por um quantitativo de 83 Equipes de Saúde da Família (ESF), com 79

³[http://www.feiradesantana.com.br/imagens/mapa_feira.jpg].

Unidades de Saúde da Família (USF), 15 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e 06 Policlínicas, estas localizadas estrategicamente para atender a média complexidade e os agendamentos das USF e UBS, 24 horas por dia, alcançando uma cobertura de 92,7% na zona rural e 49,9% na zona urbana, perfazendo uma porcentagem de 58,76% da população. Também se responsabiliza pela atenção de média e alta complexidade (FEIRA DE SANTANA, 2011).

3.2.2 Santo Antônio de Jesus

FIGURA 4: MAPA DE SANTO ANTÔNIO DE JESUS, BA, BRASIL⁴



Conforme dados municipais da Prefeitura de Santo Antônio de Jesus (2012), este município está localizado na mesorregião do Recôncavo Baiano do estado da Bahia, distando cerca de 190 quilômetros da capital, Salvador. Tem importância como centro comercial e de serviços em todo o recôncavo, sendo considerada a Capital do Recôncavo. Sua população

⁴ [<https://maps.google.com/maps?hl=pt-BR&q=MAPA%20De%20santo%20antonio%20de%20jesus%20bahia&biw=1280&bih=705&ie=UTF-8&sa=N&tab=il>].

estimada é de 86.982 habitantes, com uma extensão territorial de aproximadamente 259 quilômetros quadrados (IBGE, 2010). Segundo dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES, 2012), Santo Antônio de Jesus possui 21 USF e duas UBS, que lhe garante uma alta cobertura de sua população, superior a 90%. Possui um hospital regional e é sede de uma Diretoria Regional de Saúde (DIRES). A Universidade Federal do Recôncavo Baiano (UFRB) tem um campus nesta localidade, na qual se desenvolveu uma parceria que auxiliou na viabilização da pesquisa.

3.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Por tratar-se de uma pesquisa qualitativa, o critério numérico não foi o responsável para estabelecer a quantidade de participantes no estudo, mas, como sugere Minayo (2009), foi o aprofundamento e a abrangência da compreensão dos vários setores sociais (grupo, organização, política ou representação), e não as generalizações, que deram conta de contemplar os sujeitos pesquisados.

Para se organizarem os participantes estudados, utilizamos três grupos de representação selecionados intencionalmente e justificados pelos critérios a seguir. A classificação destes sujeitos deu-se no momento da transcrição dos dados, sendo os mesmos numerados dentro de cada cenário a que pertencem e na ordem em que foram aparecendo (001, 002, 003, e assim sucessivamente).

- Grupo I: Equipe de saúde (agentes comunitários de saúde, auxiliares de saúde bucal, cirurgiões-dentistas, enfermeiros, médicos, profissionais do NASF, recepcionistas, técnicos de enfermagem e porteiros) - foram entrevistados 49 sujeitos deste grupo, que exercem a prática cotidiana na atenção à Saúde da Família e são responsáveis pelo atendimento, o que denota a forma como vem se organizando o acesso aos serviços de saúde, caracterizados por cada município estudado nos Apêndices B e C.

Critérios de seleção: amostragem aleatória de sujeitos com experiência superior a seis meses na função ocupada, definido no momento da observação de cada campo empírico.

- Grupo II: Usuários das USF - por serem centro do processo de ação da saúde, 37 integrantes deste grupo puderam definir suas impressões sobre o acesso no ato da produção do cuidado para atender as demandas e necessidades, individuais e coletivas, cujos perfis estão traçados nos Apêndices D e E, que representam cada cenário da pesquisa, em separado.

Crítérios de seleção: amostragem aleatória de sujeitos com mais de 18 anos e que se encontravam nas USF no momento da realização das observações sistemática.

- Grupo III: Dirigentes do SUS municipal - 16 participantes representaram os coordenadores da ABS, coordenadores do PACS/PSF, coordenadores da Vigilância à Saúde, supervisores das áreas técnicas, e estão caracterizados nos Apêndices F e G.

Crítérios de seleção: amostragem intencional de sujeitos com experiência superior a seis meses na função ocupada e aqueles que têm participado da atenção à Saúde da Família nos últimos cinco anos.

Assim, o quantitativo de sujeitos da pesquisa foi definido, através da abrangência teórico-empírica e pela relevância das informações e das observações que trouxeram contribuições significantes e adequadas ao delineamento do objeto em apreensão, perfazendo um total de 102 entrevistados em 11 USF visitadas, em diferentes áreas de abrangência nos municípios referidos, e duas Secretarias Municipais de Saúde. A representatividade dos grupos se expressou a partir da relevância política e das ideias que permeiam um dado momento histórico-social, e esta representação se constituiu pelo encontro das ordens cognitiva, sociológica e política, com possibilidade de retomada das distorções no decorrer do processo de investigação (THIOLLENT, 2000).

A presente investigação propôs-se a estabelecer cruzamentos entre esses grupos, pois, como bem resume Demo (1995), na história, os sujeitos dialogam num terreno de conflitos, no qual o entendimento e desentendimento são partes integrantes da totalidade comunicativa. Nesse sentido, só há diálogo autêntico entre as falas contrárias e, é nesse espaço, que a história se processa e se transforma, a partir da dialética dos interesses diversos e contraditórios.

3.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE PRODUÇÃO DE DADOS

A entrevista semi-estruturada foi definida como a técnica principal da coleta de dados, já que combina perguntas fechadas e abertas, nas quais o entrevistado tem a possibilidade de dissertar sobre o tema abordado sem se prender formalmente a pergunta inicial (MINAYO; DESLANDES; GOMES, 2007). Para tanto, utilizamos roteiros que nortearam as entrevistas (Anexos A, B e C) e foram baseados nos questionamentos definidos no projeto de pesquisa intitulado: “Acesso com qualidade aos serviços de saúde na Estratégia Saúde da Família em dois cenários da Bahia” (ASSIS, 2011), sem esquecer que a presente pesquisa é parte do mesmo.

Destacamos que tais instrumentos foram testados previamente com vistas à adequação dos aspectos abordados e/ou superação de limites impostos pelos mesmos antes da coleta propriamente dita dos dados. Esta etapa foi dividida em dois momentos: um primeiro, no qual foram entrevistados representantes dos grupos I, II e III em localidades que não fizeram parte do estudo; e, um segundo, no qual os instrumentos de coleta e as respostas encontradas no momento anterior foram apresentados a uma banca de expertises na área de conhecimento e composta por dez pessoas que após sugestões e críticas validaram os instrumentos.

Os roteiros das entrevistas tiveram o propósito de orientar os relatos dos entrevistados e, desta forma, permitir que o recorte temático da pesquisa fosse contemplado, à luz das representações dos diferentes sujeitos que compõem os cenários da investigação.

Nessa perspectiva, foram elaboradas questões comuns e outras com especificidades para cada grupo de respondentes, dado o caráter heterogêneo das representações dos participantes.

Como técnica complementar de coleta de dados foi utilizada a observação sistemática da realidade (Anexo D). Sobre esta técnica, Marconi e Lakatos (1999), esclarecem que nesse tipo de observação o pesquisador sabe o que procura e o que precisa ter maior importância em determinada situação, sendo cabível ao mesmo, ser objetivo, reconhecer possíveis erros e eliminar a sua influência sobre o que vê ou recolhe.

3.5 QUESTÕES ÉTICAS DA PESQUISA

Este estudo teve o compromisso de cumprir com os critérios éticos determinados para realização de pesquisas com os seres humanos, só dando início a sua coleta de dados após aprovação do projeto desta pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UEFS sob o protocolo n. 05549512.2.0000.0053. Além disso, para início da coleta nas USF, foram enviados ofícios (Apêndices H e I) a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Feira de Santana e Santo Antônio de Jesus, Bahia, solicitando autorização de realização das entrevistas e da observação nos serviços (Anexos E, F e G).

Para inclusão dos sujeitos entrevistados na pesquisa, após os esclarecimentos, os participantes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A), o qual obedeceu aos preceitos da Resolução 196/96 do Conselho Nacional do Ministério da Saúde (BRASIL, 1996), que inclui informações sobre as circunstâncias sob as quais o consentimento será obtido, quem tratou de obtê-lo e a natureza da informação que foi fornecida aos sujeitos da pesquisa. Vale ressaltar que a participação dos sujeitos entrevistados aconteceu de maneira voluntária e sigilosa, mantendo-se o anonimato dos envolvidos.

As entrevistas foram gravadas na íntegra em aparelho de gravador de áudio digital da marca *Phillips*, com autorização prévia dos entrevistados, realizados em locais agendados previamente, sendo posteriormente transcritas. Durante as entrevistas, não foram realizadas interferências valorativas sobre o que estava sendo expresso, no entanto, sempre que alguma estrutura relevante emergiu na fala dos depoentes, prontamente, estes foram interrompidos para um maior esclarecimento ou para incorporar novos questionamentos, contudo, dentro das balizas do objeto a ser investigado. Após o término de cada entrevista foi dado direito aos entrevistados, caso tivessem vontade, de ouvir a gravação e retirar ou acrescentar alguma questão referente ao seu relato.

Toda pesquisa que envolve a participação dos seres humanos envolve riscos, que podem se manifestar de imediato ou tardiamente, comprometendo o indivíduo ou a coletividade, segundo consta na Resolução 196/96 (BRASIL, 1996). Dessa forma, o respeito à integridade moral, intelectual, social e cultural dos envolvidos foram levados em consideração e estiveram todo o tempo assegurados, conforme certifica o TCLE.

Os possíveis riscos estavam relacionados ao desconforto devido ao aparecimento de possíveis conflitos de opiniões ou pelo sentimento por parte dos trabalhadores de saúde e usuários de estarem sendo observados e fiscalizados.

De outro modo, a pesquisa proporcionou reflexões críticas sobre como tem sido executada o acesso aos serviços de saúde, rediscutindo modelos, avaliando rumos e possibilitando uma análise de suas dimensões em dois cenários da Bahia, Brasil.

3.6 MÉTODO DE ANÁLISE DE DADOS

A análise do material empírico foi orientada pela de análise de conteúdo temática na qual se buscou o aprofundamento dos dados coletados a partir das entrevistas, complementada pelas observações, com o objetivo de categorizar e organizar os resultados que foram encontrados. Este método de análise se estabelece como um instrumento adequado aos estudos que visam à apreensão de mensagens reveladas ou camufladas, em um empenho de “vigilância crítica frente à comunicação de documentos, textos literários, biografias, entrevistas ou observação” (MINAYO, 2004, p. 203).

Para Chizzotti (2005), na análise de conteúdo, os conhecimentos são compreendidas no contexto cultural em que os atores sociais as produzem, sendo que se busca, assim, influenciar no estilo, na forma e no conteúdo das informações. Esta análise foi direcionada pela sugestão de Minayo (2010) que consiste em isolar o tema de um texto e retirar as suas partes úteis, de acordo com o tema pesquisado, o que permite a comparação com outros textos elegidos da mesma maneira. Dessa forma, é possível explicar as unidades temáticas e significados que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência signifiquem algo para o objeto analítico visado. Nessa perspectiva a análise foi feita em três etapas básicas, referidas por Minayo (2010) e retraduzidas por Assis e Jorge (2010) e especificadas a seguir.

A - Ordenação dos dados: inicialmente as entrevistas foram transcritas e as observações de campo organizadas. As entrevistas foram organizadas na ordem em que foram gravadas para facilitar a etapa de leitura preliminar. Em seguida, uma leitura flutuante de todo o material foi realizada, no intuito de conhecer os diversos sentidos e significados dados pelos entrevistados às questões pesquisadas.

B - Classificação dos dados: na exploração do material, os dados foram lidos, várias e repetidas vezes. O texto foi recortado em unidades temáticas, que foram retirados das falas e das entrelinhas do que foi respondido pelos entrevistados em cada pergunta, com o objetivo de articular as diferentes falas por grupo de entrevistados de cada cenário pesquisado, conforme exemplifica o quadro apresentado abaixo:

QUADRO 01: QUADRO DE ANÁLISE DO CONTEÚDO

EIXOS TEMÁTICOS	001	(...)	101	102	SÍNTESE HORIZONTAL
ORGANIZAÇÃO DO ACESSO NA DEMARCAÇÃO DO MODELO ATENÇÃO À SAÚDE DA FAMÍLIA					Convergências Divergências Complementaridades
ACESSO RELACIONADO À PARTICIPAÇÃO SOCIAL					
SÍNTESE VERTICAL					

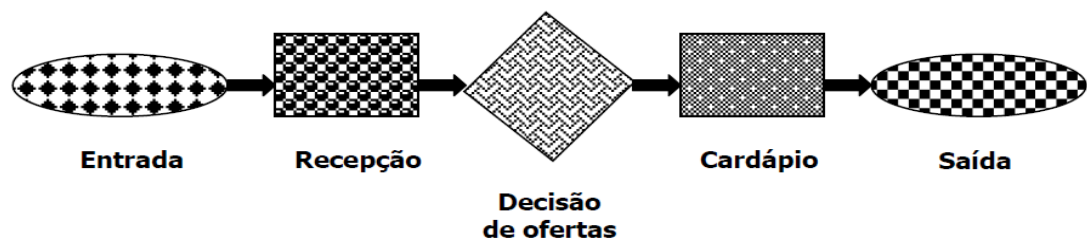
C - Análise final dos dados: Por fim, na análise final, os resultados foram tratados no sentido de analisar os significados dos discursos representados nas falas e observações, articulando-os com o referencial teórico orientador da pesquisa.

Em relação às observações, estas foram norteadas pelo fluxograma analisador proposto por Merhy (1997) e retraduzido por Rodrigues e Assis (2005) e Santos e outros (2007). Ao adotarmos esta orientação, pretendemos compor uma análise dos elementos subjetivos que transversalizam a produção prática, que fazem parte dos diferentes momentos dos usuários na rede de atendimento.

Para Merhy (1997) qualquer rede de serviços de saúde pode ser esquematizada dentro da sequência mostrada pelo diagrama-resumo apresentado na Figura 5, que aborda a perspectiva da análise das interconexões entre os produtores do cuidado em saúde e os objetos

desta ação do cuidado, a partir de um novo foco pautado no sujeito e não mais na doença ou no médico.

FIGURA 5: FLUXOGRAMA-RESUMO SOBRE A REPRESENTAÇÃO DOS ESPAÇOS PERCORRIDOS PELOS USUÁRIOS AO PROCURAREM UM SERVIÇO DE SAÚDE⁵



A elipse mostra tanto o começo da cadeia produtiva quanto o seu final. A isso, denomina-se representação da entrada e da saída do processo global de produção, que retrata o acesso aos serviços desde a “porta de entrada” até a sua saída do sistema de saúde. O retângulo exibe as ocasiões nas quais as etapas de trabalho são realizadas, inserindo-se o fluxo de atendimento do usuário que envolve os consumos de recurso e a produção de produtos bem definidos e demarcam a abertura das etapas da cadeia organizativa dos serviços e delimitam as linhas de tensões do acesso, até a sua finalização. O losango apresenta os momentos em que o acesso aos serviços de saúde é confrontado com a cadeia produtiva e enfrenta-se o processo de tomada de decisão. Normalmente, após cada escolha de um caminho a ser seguido, acompanha-se um momentos de decisão e de possibilidades de novos percursos para se alcançar etapas seguintes e distintas, que acabam por expor como o modelo de atenção está organizado e qual o seu potencial de resolubilidade dentro das ações perpetradas nos serviços de saúde.

⁵ MERHY (1997).

CAPÍTULO IV

DISCUSSÃO E RESULTADOS

4 DISCUSSÃO E RESULTADOS

Nesta seção foram discutidos os resultados dos cruzamentos realizados entre os dados obtidos com as entrevistas e as observações sistemática, feitas durante a coleta dos dados, articulando-os com o referencial teórico, fundamental para a edificação da pesquisa, com o intuito de analisar e debater o objeto deste estudo.

No entanto, devemos deixar claro que não esgotamos os questionamentos que foram propostos no trabalho, sobretudo, por sua amplitude e variações no cenário nacional. Pretendemos, ao contrário, fomentar as discussões que possam responder ao objeto, ampliar o assunto abordado, com vistas à solidificação dos temas aqui levantados, e alcançarmos mudanças significativas na construção da universalidade no sistema de saúde brasileiro.

Para tanto, buscaremos pensar o acesso a partir das cinco dimensões analisadoras que o compõe - política, econômico-social, organizativa, técnica e simbólica -, de acordo com Assis e Abreu-de-Jesus (2012), intrínsecas a efetivação da entrada das pessoas no sistema de saúde de maneira resolutiva e com qualidade. A dimensão política evidencia o comprometimento dos trabalhadores, dirigentes e usuários com a formulação de novas estruturas que perpassam pelo processo de tomada de decisão e participação da comunidade. A dimensão econômico-social diz respeito aos investimentos na rede de serviços e as barreiras que podem ser construídas neste contexto. Quando pensamos a dimensão organizativa, analisamos a capacidade de respostas aos problemas que os usuários apresentam e a forma que a “porta de entrada” aos serviços se apresenta na construção de um aparelho fortalecido e integral. A dimensão técnica envolve a prática e as nuances que preenchem o processo de trabalho da equipe de saúde, juntamente com a corresponsabilização dos indivíduos que fazem parte do sistema, na busca, principalmente, da autonomia. Por último, embora tão importante quanto às demais, a dimensão simbólica embrenha-se no campo das subjetividades e busca compreender o envolvimento dos sujeitos na procura dos significados que sobrevêm dos conceitos de saúde-doença.

Enfim, a partir de uma unidade temática central, que envolve a construção do acesso com qualidade aos serviços de saúde, dividida em subeixos, esperamos analisar como acontece a organização dos sujeitos na entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir da Saúde da Família, e quais as ferramentas que permeiam o processo, principalmente no que diz respeito à organização social para o alcance do acesso, em dois municípios da Bahia, Brasil.

4.1 ORGANIZAÇÃO DO ACESSO NA DEMARCAÇÃO DO MODELO DE SAÚDE NA SAÚDE DA FAMÍLIA

Quando nos referimos à demarcação de um modelo de saúde, concordamos com Paim (2003a) ao afirmar que enquanto a conjuntura sanitária do Brasil não passa por uma alteração profunda e significativa, os modelos assistenciais servem como recursos de orientação e planificação de intervenções que permitem uma análise da situação, com vistas a concepções de interferências que busquem alterar a realidade apresentada. Desse modo, os modelos assistenciais são concebidos para o enfrentamento de problemas de saúde nos âmbitos individuais e coletivos e podem apresentar ao menos três concepções quando relacionados aos modelos de atenção à saúde: uma concepção genérica, que se vincula ao conceito de documentos oficiais; outra, que traz consigo a noção das intermediações entre o técnico e o político e compreenderia a elaboração de um projeto assistencial; e a última, que versa sobre a ideia de uma dimensão técnica das práticas de saúde e será adotada por nós.

Assim, ao pensarmos o acesso à saúde, inúmeros aspectos podem estar relacionados à sua concretização (ou não), o que lhe confere um caráter diverso, de múltiplas análises e divagações, não sendo permitido a sua categorização de uma maneira unidimensional. Assim, ao tentarmos entender como o acesso se organiza na estruturação de um modelo da saúde, principalmente na Saúde da Família, nos deparamos com um arranjo de falas que converge para a composição de uma organização do serviço que se baseia na demanda programada ou na espontânea.

Contudo, se por um lado, a demanda agendada aperfeiçoa as ações da equipe de saúde, que pode se programar para a realização de intervenções, atividades de educação em serviço, uso de ferramentas e tecnologias, na busca da resolubilidade das diligências apresentadas pelos usuários do sistema; por outro, a programação de ações específicas e a oferta organizada, com enfoque para aquelas que se referem aos grupos de risco ou que derivam dos programas ministeriais, complicam o acesso das pessoas à Unidade de Saúde da Família (USF) e a sua fundamentação como “porta de entrada” para o SUS, conforme nos chama a atenção Escorel e outros (2007, p. 165) em seu estudo, que podem ser retratados nos depoimentos dos cenários pesquisados, a seguir:

Pro serviço é vantajoso, que se tenha uma demanda organizada, até pelas questões de, [...] do processo de trabalho (Grupo III, Entrevistado 2, Cenário 1).

[...] é tudo marcado, é tudo agendado, aqui não tem livre demanda, é tudo agendamento (Grupo I, Entrevistado 20, Cenário 1).

É, normalmente são agendadas. E quando está bem agendada, aí, não marca porque já está cheio [...]. Médico que sempre leva oito dias para marcar (Grupo II, Entrevista 1, Cenário 2).

Não obstante, a organização da demanda espontânea contribui para a implacabilidade das filas nas madrugadas defronte as unidades de saúde, como uma maneira de tentar se garantir o atendimento clínico nestes locais, embora nem mesmo assim, esteja afiançada a entrada da pessoa no serviço, o que confere ao SUS uma limitação da entrada no serviço a partir da imposição de barreiras que caracterizam o acesso dos sujeitos como “limitado, excludente e focalizado” (ASSIS; VILLA; NASCIMENTO, 2003, p. 816).

[...] eu saio seis horas, cinco horas da manhã pra vim pegar a fila, mas quando vem já está assim (*gesto que indica muito com a mão*) de gente (Grupo II, Entrevistado 4, Cenário 2).

[...] sempre que tem a consulta, tem que dormir, praticamente, dormir aqui para conseguir marcar (Grupo II, Entrevistado 13, Cenário 1).

Eu tenho que pegar fila, tem que acordar cedo, pra pegar fila aqui, é por ordem de chegada (Grupo II, Entrevistado 14, Cenário 1).

Tem uma fila enorme, às vezes, também, a gente pega a fila e não tem mais vaga (Grupo II, Entrevistado 16, Cenário 1).

Em seus trabalhos Penchansky e Thomas (1981), Unglert, Rosenburg e Junqueira (1987), Assis, Villa e Nascimento (2003) e Assis e Abreu-de-Jesus (2012) destacam que a existência dos serviços de saúde, por si só, não confere o imperativo da acessibilidade ao mesmo, uma vez que outras abordagens precisam ser consideradas, a exemplo dos aspectos geográficos, culturais, econômicos, funcionais, fluxos e rotinas dos serviços e graus de satisfação dos usuários.

Resultados similares foram descritos nos estudos de Ramos e Lima (2003) e Araújo e Leitão (2005), que apontam dificuldades relacionadas à entrada dos sujeitos no sistema, representada pela obtenção da ficha para a consulta, ou, ainda, a necessidade de se chegar à USF durante a madrugada, mesmo que isto represente correr risco de morte, assaltos e outras violências, comuns aos centros urbanos. Além disso, Lima e Assis (2010) assinalam que a ABS em outro município da Bahia, por se configurar como excludente e sem garantias de atendimento as pessoas que demandam pelos serviços, obrigam as pessoas a chegarem cada vez mais cedo na unidade, na tentativa de conseguirem uma vaga para adentrarem o serviço.

Além disso, parte dos sujeitos implicados escoo para a rede de serviços particulares, na tentativa de fugir da crueldade e humilhação que as longas filas acabam por conferir. Assis, Villa e Nascimento (2003) já haviam sinalizado esta interposição de usuários que usam os serviços públicos, a exemplo da vacinação, e os privados, quando precisam de consultas médicas ou exames para apoio diagnóstico e terapêutico. A fala destacada a seguir exemplifica esta discussão.

[...] pra marcar qualquer exame aqui é muito demorado, nossa! O tanto que demora a gente tem que fazer particular, não tem jeito. [...] é muita gente para uma vaga só, o tempo que eu estou tentando marcar e não consegue marcar nenhuma, o jeito é fazer particular, é difícil conseguir (Grupo II, Entrevistado 1, Cenário 1).

Por outro lado, existe uma conformação por parte dos usuários e trabalhadores do serviço, que aceitam a situação sem quaisquer indagações e, em vista das inúmeras atribuições vivenciadas em outros serviços e localidades, demonstram que não há queixas a serem feitas em relação ao que expusemos anteriormente, seja por não incorporar a saúde como um direito de cidadania ou por apresentar uma baixa expectativa em relação ao que é ofertado pelo serviço, aspectos já sinalizados nos estudos de Schwartz e outros (2010). Lima e outros (2007) citam, além disso, que alguns usuários consideram que tudo é válido para receber assistência, de forma que a espera pelo atendimento se torna um dos aspectos menos relevantes.

Com o tempo eu não me incomodo, não (Grupo II, Entrevistado 1, Cenário 1).

Olha, eu acho até rápido, porque de acordo com outros lugares que eu já fui, o atendimento, eu não gostei, não [...]. (Grupo II, Entrevistado 10, Cenário 1).

Alguns usuários, mesmo tendo apresentado necessidades de saúde que os impelisse a procurar o serviço em horários tão adversos, desistiam de buscar atendimento ao se depararem com a quantidade de pessoas nas filas. O conhecimento da quantidade de vagas representava para as pessoas que chegavam depois a falta de acesso aos serviços, por estarem aquém da quantidade de vagas disponíveis.

Sete horas, quando a menina chega, está aquela fila, o pessoal já sabe a quantidade e não fica esperando muito tempo, não (Grupo I, Entrevistado 12, Cenário 1).

Ademais, as longas esperas por um acolhimento, informação ou consulta espelham o confinamento a que se subordinam os usuários dos serviços que fazem parte de uma demanda reprimida que está sempre a se expandir. Tal realidade diminui a credibilidade nos préstimos da equipe de saúde, dificultam a continuidade da assistência e desencadeiam um efeito compulsório que majora ainda mais os problemas vivenciados nos setores de média e alta complexidade (SCHWARTZ *et al.*, 2010).

[...] o atendimento aqui, pra te dizer melhor, é péssimo, [...] pra gente conseguir as coisas [...]. Já tentei, mas, toda vez que eu venho, não tem mais vaga, não tem mais ficha, essas coisas (Grupo II, Entrevistado 4, Cenário 2).

Pra falar a verdade, tem vezes que eu nem procuro, tomo remédio em casa e fico ali mesmo (Grupo II, Entrevistado 4, Cenário 2).

Entretanto, reféns de um sistema desarticulado e iníquo, os usuários de saúde submetem-se as mais desgastantes situações por não terem alternativas diferentes, a exemplo da fuga para o sistema privado, e mesmo sem a certeza de que suas intenções serão consideradas permanecem à espreita de respostas e soluções. Travassos e outros (2000) observaram que as pessoas em situações de maior vulnerabilidade social ou patológica são as que apresentam as menores chances de receberem atendimento. Por conseguinte, os mais pobres esperam o dobro ou o triplo do tempo para serem atendidos, quando comparados com aquelas pessoas que possuem seguros ou condições de buscar os serviços suplementares. Resultados similares também foram discutidos por Pessoto e outros (2007) e Lima e outros (2007).

[...] chego aqui umas sete horas da manhã, sete e pouca, chego, saio daqui quase onze e meia da manhã, aí, meio-dia (Grupo II, Entrevistado 2, Cenário 2).

Sinceramente? Umás duas horas, duas e meia (*de espera por atendimento*). [...] a gente fica numa salinha apertada, sem, às vezes, ter nem lugar de sentar, sem um ventilador [...] (Grupo II, Entrevistado 19, Cenário 1).

Alguns pacientes chegaram à USF entre 12 h e 13 h, embora o médico só tenha comparecido ao serviço um pouco antes das 15h30 (Observação 1, Cenário 2).

A unidade é muito quente e não possui uma circulação de ar adequada. A copa tem um mau cheiro de mofo e é muito abafada. Os consultórios são quentes e muito apertados (Observação 2, Cenário 1).

Distintas barreiras ainda podem ser erigidas após a entrada das pessoas nas unidades, a exemplo do descompromisso por parte dos profissionais que se atrasam ou não comparecem

ao serviço por motivos pessoais e/ou não avisam com antecedência ou simplesmente deixam de ir sem qualquer aviso, e, também, aqueles outros, que, devido à demanda massiva, suspendem o atendimento e/ou se recusam a atender além das cotas pré-estabelecidas pela rede de atenção municipal, juntamente com os supervisores e coordenadores das unidades.

[...] mas, tem certas horas que o médico, o médico, às vezes, não quer atender, e eu acho que criança sempre tem que ter prioridade, se ela está doente é dever dele atender, a maioria das vezes ele não quer atender porque tem muita gente, mas é o direito dele atender (Grupo II, Entrevistado 1, Cenário 2).

[...] eu queria mais organização, [...] porque quando a gente chega aqui não tem médico, às vezes não tem o que a gente precisa, aí, tem que voltar, como hoje mesmo, tem gente que trabalha, larga de trabalhar para ir ao médico, chega aqui, a médica não vem, [...] tem que retornar, de novo, [...] quando a gente trabalha, às vezes, deixa, nem trabalha, deixa outro compromisso, [...] perde seu compromisso (Grupo II, Entrevistado 14, Cenário 1).

O profissional médico deixou a unidade às 10 horas da manhã (Observação 2, Cenário 2).

Inseridos nesta lógica, podemos ter nos deparado com um trabalhador que não consegue colocar-se no lugar do usuário, que não sente e nem se sensibiliza com as suas necessidades, se deveras as conhece, dentro de um contexto cabível, e recusa-se a atendê-las ou direcioná-las para outras instâncias, com a pretensão de acolhê-lo e fazer incidir sobre este, ações que possam mudar o seu estado de saúde com eficiência (RAMOS; LIMA, 2003). O acolhimento supõe as dinâmicas e os critérios de acessibilidade a que os usuários estão submetidos e se apresenta como uma tecnologia para a reorganização dos serviços com vistas à garantia do acesso universal, com resolubilidade e humanização do atendimento (FRANCO, BUENO, MERHY, 1999).

Diante de uma situação similar, Schimith e Lima (2004) questionam o que se pode esperar de um trabalhador de saúde que toma conhecimento de um problema e não procura resolvê-lo. As autoras discorrem sobre a obrigação que os trabalhadores têm de acolher e de se responsabilizar com as carências dos sujeitos que fazem parte do serviço, com destaque para aqueles que se encontram em situações desfavoráveis sobre os rumos de sua doença e não tem condições, muitas vezes por falta de informação, de definir seus papéis dentro do sistema, suas necessidades e de como satisfazê-las.

No mesmo caminho, outros obstáculos podem ser erguidos acerca do que Cohn (2009) destaca a respeito da sociedade brasileira, que, tradicionalmente, faz prevalecer, tanto na esfera societária quanto na relação da coletividade com o Estado, os atributos pessoais de

“parentesco, amizade, compadrio, poder econômico, ocupação de posição estratégica em determinadas instituições, etcétera” (p. 229) sobre as questões universais, que abrangeriam o conjunto, para a aquisição de privilégios no atendimento do que se busca, seja para se obter o acesso, com maior rapidez, seja em prol de outro benefício a ser alcançado.

[...] eu não sei explicar porque, às vezes, chega, passa na frente, [...] vai conversar com a recepcionista, passa na frente, aí, fica aquela coisa (Grupo II, Entrevistado 10, Cenário 2).

[...] sempre que eu venho aqui eu não marco consulta, eu, assim, converso com as meninas e aí, dou um jeitinho de falar com a médica e aí, me atende (Grupo II, Entrevistado 13, Cenário 2).

Tais detalhes assemelham-se com os resultados da pesquisa de Assis, Villa e Nascimento (2003), que assinalam a necessidade de ruptura com o modelo de saúde centrado na cura individual e nos interesses particulares, constructos sociais historicamente estabelecidos. As autoras notam em seu estudo um cenário ainda mais desalentador, uma vez que, nos depoimentos dos usuários, o acesso aos serviços de saúde muitas vezes se dá “após uma cobrança de taxa por fora ou até mesmo, pela interferência político-partidária” (p. 821).

Associada a estas questões, podemos ressaltar que a comunidade silencia, também, suas angústias e queixas, por medo de reclamar e ser mal compreendida e ter, assim, seu acesso ainda mais dificultado, o que apresenta uma relação direta com a inclusão dos direitos que cada indivíduo possui ou deveria possuir em um Estado de direitos, conforme sinaliza Schwartz e outros (2010) e pode ser comprovado na fala do entrevistado, abaixo.

Não, a gente não pode reclamar, porque se a gente for falar, a gente se sente mais errado do que elas, que errou (Grupo II, Entrevistado 10, Cenário 2).

É oportuno considerar, porém, que inúmeros entrevistados, sobretudo os que representam os grupos de dirigentes do SUS municipal e gestores, advertiram que a escolha desse modelo de marcação e de distribuição de fichas foi ratificada pelas pessoas em reuniões comunitárias. Alguns ponderaram que quase todas as decisões administrativas e/ou gerenciais existentes na unidade, foram consubstanciadas e/ou partiram da própria comunidade.

[...] é instituído uma reunião comunitária para a comunidade daquela determinada unidade, para se determinar, é, a medida que vem sendo marcadas as consultas, então, são eles mesmos que vão determinar se as consultas vão ser abertas semanalmente ou mensalmente, ou demanda livre espontânea, a pessoa vai chegando e vai marcando (Grupo III, Entrevistado 1, Cenário 1).

Nesse processo, muitos discursos convergiram para as dificuldades que a falta de recursos materiais e de manutenção acarretam na construção de um acesso universal e com qualidade, uma vez que, usuários e trabalhadores se deparam com uma situação que os colocam em arenas opostas, permeados de tensões e conflitos, muitas vezes de fácil resolução. O trabalhador, de um lado, cogita desenvolver uma ação integral e que possibilite solucionar as demandas da comunidade; do outro, o usuário aspira ter seus problemas resolvidos, mas a unidade não dispõe dos recursos imprescindíveis para tanto. Assim, observamos situações em que o próprio profissional realiza a compra de insumos para não interromperem a sua prática.

Pena que só as coisas que a gente vem à procura, a medicação mesmo, não acha, às vezes não tem uma vacina, às vezes tem esse tipo de questão que, tem que mandar para outro lugar para poder fazer, pra tirar radiografia, é cota, é tudo (Grupo II, Entrevistado 5, Cenário 2).

[...] às vezes, a gente procura os serviços e não tem, agora mesmo, é, na parte do dentista, não tem material, não tem aparelho, não tem nada, não tem material para trabalhar, o aparelho está quebrado [...], o atendimento do posto acaba sendo insuficiente (Grupo II, Entrevistado 3, Cenário 1).

[...] em termo de manutenção é muito precária, muito, muito mesmo, então, a gente, eu mesmo me sinto muito triste em ver as pessoas que tem vontade de fazer, eu e a dentista, a gente tem vontade de fazer, e aí, a gente liga, pede que eles compareçam, para manutenção, mas é muito difícil, e quando a gente vê a tristeza do paciente que não tem condição de fazer particular, e a gente também não pode ajudar de outra forma (Grupo I, Entrevistado 20, Cenário 2).

Chega anestésico, agulha, isso tudo eles mandam, às vezes, assim, falta só luva, as luvas [...]. Aí, eu compro uma caixa [...]. Eu prefiro estar ali, ajudando o povo. Compro uma caixa, venho pro trabalho, acho melhor [...], porque, às vezes, vendo um ou outro que está com dor, se eu não atender, quem vai atender? O negócio aqui é bem restrito (Grupo I, Entrevistado 9, Cenário 1).

Por falta de material para atendimentos profiláticos, a exemplo das restaurações, a cirurgiã-dentista só tem marcado atendimentos de exodontia / extração (Observação 1, Cenário 2).

Na unidade observada estão em falta material para curativo, luvas de procedimento, máscaras, materiais para realização de procedimentos de odontologia, produtos de limpeza, entre outros (Observação 6, Cenário 1).

Cabe salientarmos, que as marcações seguem a estrutura dos programas preconizados pelo Ministério da Saúde e, por geralmente, serem absorvidas como responsabilidades da recepção das unidades não seguem o estabelecimento de prioridades, grau de necessidades de cada usuário e se restringem ao atendimento público focalizado, baseado em determinados

serviços ou programas, o que confere a universalização do acesso uma lógica segmentadora e desarticulada, como nos afirma Assis, Villa e Nascimento (2003) e Lima e Assis (2010).

[...] na verdade, o que o município ainda trabalha, são os programas fechadinhos, obedecendo a autorizações do Ministério da Saúde (Grupo III, Entrevistado 7, Cenário 1).

As demandas, que a gente sabe que PSF, cada dia é um programa diferente, então, não tem como estar atendendo tudo, então, se a pessoa tem como se encaixar [...] nesse outro dia, outra demanda (Grupo I, Entrevistado 11, Cenário 2).

A enfermeira surge dentro deste contexto, como a detentora dos saberes e conhecimentos necessários à organização da demanda. Diversas falas elencaram ser papel da enfermagem estabelecer as bases da oferta e demanda na USF. Schimith e Lima (2004) já haviam realçado o papel da enfermeira no processo de construção de um novo modo de agir em saúde pública, ao traçar seu espaço e revelar os benefícios que a população pode usufruir a partir das ações perpetradas por esta profissional da saúde. Nas observações e entrevistas foram evidenciados os papéis administrativos exercidos pela enfermagem, bem como o seu envolvimento nas atividades educativas coletivas, procedimentos individuais, ações de prevenção de doenças, agravos e promoção da saúde.

Bem, as marcações das consultas nos postos de saúde ficam a critério da enfermeira, que é a responsável técnica da unidade (Grupo I, Entrevistado 3, Cenário 1).

Contudo, o agente comunitário de saúde (ACS) também merece destaque no processo de regulação do acesso e na marcação de consultas, seja de forma direta, indo ao balcão da recepção agendar atendimento para pacientes hipertensos e diabéticos sob sua responsabilidade, seja de forma indireta, a partir das informações repassadas à comunidade sobre dias e horário do agendamento.

[...] o acesso que elas tem a unidade é através do agente comunitário, também levando informação [...] do dia das marcações (Grupo I, Entrevistado 1, Cenário 1).

[...] os agentes de saúde que têm o dia, que tem as datas certas de marcar aqui pro povo aqui da unidade, aí, vem no dia certo e marca (Grupo I, Entrevistado 2, Cenário 1).

[...] o acesso da comunidade até a unidade de saúde vem através do agente comunitário de saúde, no momento que estão na área trabalhando, atuando [...]: pegamos o paciente, vemos como está a situação dele, no caso de hipertenso, diabético, as criancinhas, algumas com problemas muito grandes de saúde, a gente traz estes problemas para a unidade de saúde, chega aqui, a gente marca uma

consulta ou então está encaminhando ele à unidade [...] (Grupo I, Entrevistado 11, Cenário 1).

A relevância do trabalho dos ACS é fonte de inúmeras discussões e já foi ressaltada por diversos estudos, com destaque para Silva e Damalso (2002), Oliveira, Nachif e Matheus (2003), Levy, Matos e Tomita (2004), Rodrigues, Santos e Assis (2007), Almeida e Assis (2010) e Costa e Carvalho (2012), que abordam, sobretudo, a sua importância na construção de um território comum entre os serviços e comunidade, com o objetivo de aproximação dos saberes, troca de informações, acolhimento de diversas demandas, fortalecimento do vínculo e desenvolvimento de práticas que se somam na construção de uma sociedade mais saudável.

O papel do agente de saúde encontra-se tão fortemente construído que, muitas vezes, é função sua identificar os problemas de saúde e levá-los para a unidade de saúde. Ademais, é evidente a presença dos ACS no cotidiano dos usuários. Por estar em contato direto com a população da sua microárea, o agente estabelece relações que estão além das almejadas pela equipe de saúde. A constante relação contribui para a criação de vínculos e confiança que se configuram como pontos positivos na entrada dos sujeitos na Saúde da Família.

Em Nunes e outros (2002) encontramos que o ACS é facilitador do acesso das pessoas aos serviços de saúde. Por serem pessoas que moram no próprio bairro onde atuam, frequentam rotineiramente as residências dos moradores, e podem, com facilidade, serem encontrados pelos mesmos, o que lhes permite identificar problemas de saúde e agendá-los para uma consulta ou encaminhamento. Costa e Carvalho (2012) complementam a questão e reafirmam que o agente comunitário pode escutar os dois territórios - serviços de saúde e comunidade - e perceber os ruídos na comunicação que atrapalham o acesso e a adesão dos indivíduos.

Acerca das limitações do acesso à Saúde da Família, podemos destacar o papel desenvolvido por duas equipes de Saúde Bucal em um dos municípios estudados, que ressaltaram o grande crédito a ser dado na continuidade da assistência, uma vez que o sujeito adentra o serviço odontológico. Entretanto, a falta de recursos, já pontuada neste estudo, dificulta que as ações integrais e contínuas tenham seguimento, o que, quase sempre, levam os cirurgiões-dentistas a se orientarem, muitas vezes devido à pressão realizada pelo próprio usuário. Além disso, o sistema se destaca por práticas focalizadas, curativistas e que acabam por mutilar o indivíduo, fortalecendo o modelo privatista e centrado na doença.

[...] os pacientes em tratamento, eles são sempre, já no dia da consulta, já são remarcados, não precisam vir para marcar não, eu já remarco eles [...] até acabar o tratamento (Grupo I, Entrevistado 24, Cenário 1).

A gente faz uma marcação mensal, e o paciente ele fica sendo remarcado aqui dentro [...] do consultório, [...] marcando, durante um mês inteiro, e aí, no mês seguinte, também, uma nova marcação [...] para dar vez a outros pacientes que também precisam do atendimento, do serviço (Grupo I, Entrevistado 27, Cenário 1).

[...] eu me sinto mal, porque eu estou achando que eu não estou fazendo realmente a prevenção, como devia ser, que eu estou fazendo mais a parte [...] curativa (Grupo I, Entrevistado 19, Cenário 2).

Esses diálogos nos permitem pensar que o acesso deveria funcionar como uma referência a ser atingida em qualquer serviço, para assim, ser o orientador de todas as políticas, como destacam Hortale, Pedroza e Rosa (2000), e não se apresentar como um sistema excludente, sem garantias de atendimento às pessoas que demandam pelos serviços e coerente com um pensamento mercadológico de racionamento dos gastos que deteriora a qualidade da atenção prestada nos serviços públicos e exclui parte da sociedade mais abastada e independente destes recursos, que pode pagar pela assistência. Ao mesmo tempo nos faz esbarrar na ideia de direito à atenção universal, enquanto deixa aprisionada a esta cruel realidade aqueles que dependem do SUS para a resolução dos seus problemas e necessidades (GIOVANELLA; FLEURY, 1996; ASSIS; VILLA; NASCIMENTO, 2003; LIMA; ASSIS, 2010).

Entrelaçado a estas controvérsias, alguns dos participantes da pesquisa trouxeram o conceito da ABS, com enfoque na Saúde da Família, como porta preferencial de entrada nos serviços. Mais uma vez atinamo-nos com a ideia de estratégia / programa em nossas meditações. Teixeira (2003) pontua que o PSF passa a ser uma estratégia de mudança do modelo de atenção à saúde e supera o juízo de programa que operacionaliza uma política de focalização da atenção básica em populações excluídas do consumo de serviços. Todavia, os resultados aqui contemplados avaliam que o acesso aos serviços de saúde na Bahia continua focalizado, seletivo, tecnologicamente atrasado e discriminatório, tal como afirmam, também, Assis, Villa e Nascimento (2003) e Assis e outros (2008), o que nos leva a inferir que a Saúde da Família, embora tenha pretensões de agir como uma estratégia de mudança segue atuando como um programa dentro do panorama brasileiro.

[...] a porta preferencial nossa é a atenção básica [...] (Grupo III, Entrevistado 4, Cenário 2).

[...] a gente tem uma organização do serviço que é a questão da estratégia de Saúde da Família, então, a “porta de entrada” tem que ser exclusivamente a atenção básica (Grupo III, Entrevistado 11, Cenário 1).

[...] da questão da “porta de entrada”, porque a gente sabe que na atenção básica, o PSF, [...] como o nome já diz, atenção básica, ele tem que ser a “porta de entrada” (Grupo I, Entrevistado 11, Cenário 2).

Apesar de a demanda agendada imperar nas observações e discursos analisados, alguns sujeitos deram voz à realização de atendimentos por demanda espontânea, o que comunga com esta definição da “porta de entrada” aberta e universal para todos que procuram o serviço. Andrade e Andrade (2010) expressam que, em seu ideário, o sistema de saúde brasileiro é “inclusor, generoso e utópico” (p. 71), vez que busca promover a equidade distributiva ao igualar as pessoas e proporcionar a todos uma assistência digna e de qualidade. Conquanto, tais autores, advertem que a universalidade proposta pelo SUS, para ser autêntica, deve considerar não apenas seu intento, mas principalmente a sua efetividade, o que se apresenta de maneira contraditória no contexto global deste estudo.

[...] a porta, ela está sempre aberta. Existem as marcações, por questão de organização [...], mesmo assim, a porta está aberta, caso chegue alguma emergência, alguma outra situação, a gente sempre atende, estando na unidade no horário de atendimento, sempre atende. (Grupo I, Entrevistado 1, Cenário 2).

Aqui vale uma observação, inspirados em Franco, Bueno e Merhy (1999) e Kovacs e outros (2005) sobre o acolhimento, uma proposta de reestruturação dos serviços para garantia do acesso, a partir da resolubilidade, do atendimento humanizado e da escuta qualificada. Quando se sente acolhida, a população busca, além dos seus limites geográficos, aparelhos do sistema resolutivos e receptivos (RAMOS; LIMA, 2003). Sendo assim, o acolhimento propõe reverter à lógica que o PSF vem mantendo de exclusão do atendimento, no qual a condição primaz para adentrar ao serviço é chegar primeiro (SCHIMITI; LIMA, 2004), o que nos faz concordar com Cecílio (1997) quando concebe que a demanda espontânea traduz outras formas de idealizar, dar valor e atuar frente ao processo de adoecer. O acolhimento destas demandas para além de uma programação dá liberdade a novos meios de enfrentamento do adoecimento e torna-se momento oportuno de contrapor a lógica excludente, aqui apresentada.

[...] tem a demanda marcada e a imediata (Grupo I, Entrevistado 4, Cenário 2).

Tem demanda livre e demanda programa. (Grupo I, Entrevistado 15, Cenário 2).

É por demanda espontânea ou por demanda marcada, agendada [...] (Grupo I, Entrevistado 7, Cenário 2).

De acordo com o mural da unidade, a prioridade de atendimento é para a marcação de consultas, embora duas vagas sejam disponibilizadas para emergências e urgências (Observação 2, Cenário 1).

Infelizmente, um mergulho aprofundado no que exprimem os diversos sujeitos do estudo, nos encaminha para uma categorização da demanda espontânea como circunscrita apenas às situações de emergência e urgência. Mesmo estas circunstâncias mais delicadas, tropeçam, às vezes, na falta de profissionais na USF para realização de quaisquer procedimentos. Tal situação parece favorecer a política neoliberal de estado mínimo que leva aproximadamente, 20 % da população brasileira a procurar a assistência suplementar, por vislumbrar o SUS como de difícil acesso e de baixa qualidade (ANDRADE; ANDRADE, 2010). Neri e Soares (2002) verificaram que o plano de saúde passou a ampliar a oportunidade de acesso aos serviços de saúde em indivíduos com a mesma necessidade por cuidados clínicos. Outra parcela significativa encaminha-se diretamente para a rede de média e alta complexidade, superlotando ambulatórios, policlínicas e hospitais públicos com queixas e exigências que poderiam ser sanadas na atenção básica.

Toda sexta-feira a gente apraza os pacientes, agora, caso de urgência, é diariamente, chega e tem acesso imediato [...] (Grupo I, Entrevistado 19, Cenário 2).

Quando atende, assim, na emergência, assim, de repente, às vezes não tem médico (Grupo II, Entrevistado 1, Cenário 2).

É organizada e também existe a parte de emergências, aí, atende todos os dias (Grupo I, Entrevistado 19, Cenário 1).

Chama-nos a atenção a fala de um dos entrevistados que questiona o papel da triagem nos momentos de acolhimento da demanda espontânea, feita na própria recepção. Aqui vemos erigida outra barreira que rechaça o usuário, apesar do discurso da receptividade e escuta qualificada. Paim (2003b) afiança que é preciso problematizar a dificuldade na marcação das consultas por demanda livre, uma vez que o modo de estruturação dos serviços, baseado na oferta organizada de ações não implica pôr de lado àquelas pessoas que adentram o sistema em busca de consultas e pronto atendimento. É indispensável ter cautela na estruturação de um roteiro no qual as marcações são feitas apenas para grupos de risco oriundos de atividades coletivas ou associa-se ao papel do ACS de realizá-las, uma vez que,

este posicionamento pode gerar uma frustração naqueles grupos de usuários que se sentem excluídos e desejam que os privilégios sejam estendidos a todos.

[...] eu sempre questioneei a questão da triagem, o que é triagem? Chegou um paciente na unidade de saúde, não importa a cor, não importa a sua idade, devemos atender o paciente num lugar separado, porque não é tudo que o paciente quer contar no balcão e tem coisa que o paciente fala, e, ah!, vá para o hospital, porque a médica está super lotada, segundo a informação de quem atende [...] (Grupo I, Entrevistado 7, Cenário 2).

Outros sujeitos do estudo dão vozes às inquietações que adensam um pouco mais este debate, acima de tudo sobre o que trata da questão da universalidade da assistência *versus* o reducionismo vivenciado pelo PSF, que na prática se responsabiliza apenas pela sua população adscrita e excluem aqueles que não pertencem a sua área de atuação. Para alguns dos entrevistados, o paciente deveria ter a liberdade de escolher onde quer ser atendido e o seu acesso seria garantido por toda a rede de atenção, o que derrubaria o conceito de “porta de entrada” pela ABS e imiscuiria outra perspectiva, já trabalhada por Cecílio (1997), de que o acesso aos serviços de saúde partiria das múltiplas possibilidades existentes no SUS.

[...] até por ser o Programa de Saúde da Família, só é atendido o pessoal da comunidade mesmo, as pessoas que nós cadastramos (Grupo I, Entrevistado 9, Cenário 2).

Porque há uma dificuldade que eu percebo, muito grande, com relação a esta questão da área de abrangência do PSF, ah!, é de área tal, então eu não vou atender, é de área tal, eu não vou atender. Mas, que pelo menos, as pessoas que cheguem, mesmo que seja de outra área, que procurem ter, possa ter uma resolutividade, que em outras unidades, eu percebo, muitas vezes, não tem [...]. Aqui, quando chega a gente procura resolver, dar uma solução, porque se ele não foi lá é porque ele tem um motivo [...], e a gente tem que estar sensível às dificuldades enfrentadas por ele e isso foge um pouquinho da questão do conceito do próprio SUS, o atendimento universal, então, o paciente, ele é livre para escolher onde ele quer ser atendido [...] (Grupo I, Entrevistado 12, Cenário 2).

[...] tem atendimento de emergência, prioridade, não pode faltar, por exemplo, uma criança com febre, uma pessoa sentindo dor, é um atendimento, mesmo que ela não seja cadastrada aqui, mas o posto tem obrigação de atendê-la (Grupo I, Entrevistado 18, Cenário 2).

O acesso [...] seria todas portas de entrada para todos os serviços, não só a atenção básica [...]. O ideal é que todos os serviços de saúde, que o sistema, ele tenha várias portas de entrada (Grupo III, Entrevistado 5, Cenário 1).

No que tange a estas afirmativas, Assis, Villa e Nascimento (2003) trazem que a concretização do acesso universal aos serviços de saúde requer uma batalha diária pelo fortalecimento da saúde como um bem público através da construção de uma utopia social

igualitária, que tem por embasamento o direito individual e coletivo, cuja energia deve estar atrelada ao redimensionamento de uma nova prática erguida a partir de uma gestão democrática e participativa. Um novo modelo, que priorize a promoção da saúde e que possa dar conta da demanda por atendimento individual e coletivo, precisa ser valorizado e estar integrado à reorientação das políticas de saúde e a organização dos serviços - públicos ou privados. Este modelo, segundo as autoras, deve incluir dois eixos teóricos: “um que incorpore os determinantes sociais do processo saúde-doença em uma perspectiva de atenção integral às necessidades da população” (p. 816) e outro que reafirme a saúde como um bem público, cuja regulação e controle sejam de responsabilidade do Estado.

Dentro da mesma lógica, Hortale, Pedroza e Rosa (2000) avaliam a possibilidade de os usuários terem autonomia para decidir com clareza qual o tratamento que desejam orientados por suas escolhas pessoais e a influência dos fatores socioculturais, o que desencadearia um alargamento da percepção social da utilidade e do valor das organizações de serviços médicos. Há que se entender que as escolhas individuais também são cruciais para o desenvolvimento das ações terapêuticas e de promoção da saúde, embora, como destaca Travassos e outros (2000), nem todas as necessidades se convertem em demandas e nem todas as demandas são atendidas.

Podemos afirmar, em conformidade com Cecílio (1997), que a rede básica de serviços de saúde não tem conseguido se tornar a entrada mais importante para o sistema de saúde, sendo que as pessoas, muitas vezes, acessam o serviço de saúde pelas vias mais rápidas e fáceis. Dessa forma, seria interessante aproveitarmos as múltiplas alternativas de adentrar e sair do sistema de saúde em detrimento desta hierarquização discriminatória. Ao qualificar várias portas de entrada, como destaca o autor acima citado, no sentido de serem espaços excepcionais de acolhimento e reconhecimento dos grupos mais vulneráveis da população, seria possível avaliar o acesso de cada pessoa ao tipo de atendimento mais apropriado para o seu caso.

Apesar disso, este modelo supracitado, integralista, com foco no cuidado e prevenção em saúde não superou o modelo procedimento-centrado, hospitalocêntrico e biologizante. Como nos fazem refletir Costa e Carvalho (2012), estes modelos coabitam nos serviços e nas construções sociais, abarcam os profissionais e usuários em uma rede que se enlaça no dia-a-dia aos processos de adoecimento e cura. Por outro lado, o sistema de saúde brasileiro é centrado na assistência médica e no atendimento hospitalar, características que se acentuaram a partir dos anos 60, do século XX, com o desenvolvimento da Seguridade Social

(TRAVASSOS, 2000). Nesse contexto, ressaltamos que grande parte das falas trouxe que o número de vagas para a realização de exames complementares e de diagnósticos, bem como as consultas com especialistas, é insuficiente e está muito além da demanda apresentada. Cecílio (1997) já havia apontado que o número de consultas em especialidades é irrisório perante as necessidades da população.

As marcações de exame, por exemplo, a cota da gente é muito pouca (Grupo II, Entrevistado 2, Cenário 1).

A demanda é muita [...]. Porque é muita gente. E a oferta não é, assim, suficiente para todo mundo (Grupo I, Entrevistado 10, Cenário 2).

[...] tem coisas que você procura um exame e não acha, a gente sempre vem aqui várias vezes e não consegue marcar um exame, aí, para mim, eu acho um pouco ruim, essa parte (Grupo II, Entrevistado 6, Cenário 1).

Porque aqui, quando a gente vem marcar a consulta já tem muita gente na frente, e a gente vem cedo e não acha mais, outra coisa é que no tempo de marcar exame, se a gente também não madrugar, não consegue (Grupo II, Entrevistado 12, Cenário 1).

Sobre a influência do modelo médico-hegemônico, os usuários pressionam e buscam, cada vez mais, serviços e procedimentos especializados. Tal modelo sofre, ainda, a enorme influência do complexo médico-industrial, que leva a uma demanda crescente, algumas vezes irracional, por serviços de maior densidade tecnológica por parte dos profissionais, conforme salientam Spedo, Pinto e Tanaka (2010). Na contramão destas afirmações, a gestão dos serviços de saúde limita a quantidade de vagas para determinados procedimentos ou aumenta os trâmites burocráticos para o acesso a estes procedimentos, por entender que muitos profissionais fazem o uso indiscriminado das mesmas. Todavia, para o universo do sistema, este tipo de decisão pode representar uma situação clara de ambiguidade, na qual, o maior prejudicado é o cidadão.

[...] tem uma cota mensal de exame de laboratório, de especialidades, radiologia, cardiologia, todos tem uma cota [...], não é uma coisa engessada [...]. A gente faz mesmo uma questão de, de assim, controlar as unidades, os profissionais que pedem o exame a torto e a direito (Grupo III, Entrevistado 1, Cenário 2).

O que se deve examinar é que este movimento de priorização da atenção básica, para reorganizar o SUS e consolidar a sua proposta enquanto eixo orientador para a estruturação dos sistemas locais, não esteve seguida de investimento análogo na organização dos demais níveis de atenção do sistema, bem como na articulação entre eles no sentido de garantir a

sequência do cuidado, visando à integralidade da atenção. Se de um lado a atenção básica está sujeita ao acesso a procedimentos disponíveis na média complexidade para aumentar a sua resolubilidade e garantir a integralidade e continuidade da assistência. Por outro, a baixa eficácia e eficiência desta aumenta a demanda para a média complexidade (SPEDO; PINTO; TANAKA, 2010). Nesse cenário, dirigentes, trabalhadores e usuários tornam-se prisioneiros de um sistema de cotas que não é representativo das suas reais necessidades, ao contrário, é limitante, injusto e excludente.

Os exames, com cotas [...]. Varia, o tempo é muito, às vezes a gente leva mais de seis meses para conseguir uma vaga (Grupo II, Entrevistado 6, Cenário 1).

É bem demorado, tem exames que demoram quatro meses, cinco meses para voltar. Exames não, consultas [...] especializadas (Grupo I, Entrevistado 2, Cenário 2).

São direcionadas para cada unidade, as cotas [...], só recebem as cotas, já prontas, já mandam seguidas e, não tem uma autonomia sobre, aumenta cota, diminui, isso não tem. A gente recebe e pronto (Grupo III, Entrevistado 4, Cenário 2).

[...] há uma cota de número de consultas, de especialidades, para cada equipe, padronizado. E aí, isso de certa forma não leva em conta a realidade da necessidade da equipe ou da necessidade daquela comunidade (Grupo III, Entrevistado 7, Cenário 1).

A quantidade limitada das cotas para procedimentos da média complexidade abre precedentes para várias situações, expressas nos discursos analisados. Alguns destes trazem, mais uma vez, a enfermeira como responsável por driblar o sistema de marcação e conseguir uma vaga para aqueles sujeitos que necessitam urgentemente de uma consulta ou exame especializado e não tem condição de fazer no sistema suplementar. Para os usuários, a profissional precisa traçar uma verdadeira odisseia em busca de uma solução, sendo que muitas vezes, esta solução não é identificada. Para outros profissionais o término das cotas condiciona o final das marcações, sendo responsabilidade única e exclusiva dos usuários procurarem uma saída.

Com base também nas cotas, do SUS, e acabando as cotas, a gente não tem mais como referenciar (Grupo I, Entrevistado 1, Cenário 2).

Aí, eu encaminho para o médico, o médico dá a prescrição, aí, a gente tenta, no caso, se for um caso de emergência ou a depender do problema, eu levo esta guia até a regulação, juntamente com o relatório do médico, para tentar agendar. Às vezes, a gente consegue, às vezes, não. Aí, eu explico ao paciente que eu tentei, fiz de um tudo, mas, não consegui. Então, vamos aguardar, entrego a guia ao paciente e mando ele retornar no próximo mês ou em uma data mais próxima, para tentar um novo agendamento (Grupo I, Entrevistado 23, Cenário 1).

Destacamos que, nas análises realizadas, a impressão de (des) responsabilização por parte de grande parte dos profissionais que tentam fazer a Saúde da Família nos dois municípios estudados. Durante o período de observação sistemática vivenciamos a triste realidade de usuários que são maltratados e agredidos pelo sistema e pelos trabalhadores, diariamente. Estivemos com recepcionistas que responsabilizavam os usuários por sua situação de saúde e não conseguiam, minimamente, ouvir suas queixas e angústias, médicos que chegavam ao serviço atrasados e se retiravam antes do final do expediente, muitas vezes, passando menos de uma hora em atendimento, enfermeiras desgastadas pela lógica cruel da assistência ou que seguiam o modelo centrado no procedimento, como uma maneira de minimizar suas inquietações. Situações estas que, quando comparadas a outros estudos, alguns deles aqui apontados, se repetem, cronificam e parecem inverter a perspectiva do sistema de saúde de cuidar dos cidadãos e aprofundam as distâncias e as injustiças, que tanto lutamos para superar desde o advento do SUS.

Tempo médio de duração das consultas realizadas pelo médico no período de observação varia entre quatro e seis minutos (Observação 1, Cenário 2).

A médica chegou a USF às 14h10min e se retirou do serviço às 14h50min sem maiores explicações (Observação 3, Cenário 1).

Na recepção um usuário do serviço pediu para que o seu exame, marcado pela Central de Regulação Municipal para as 05 h da manhã do dia seguinte, fosse transferido de uma policlínica muito distante de seu local de residência para outra, mais próxima. Ele alegou dificuldade de transporte para chegar ao local do exame, sobretudo por conta do horário e por não haver ônibus circulando antes das 05h30. Após ser questionado pela técnica se o mesmo não poderia fretar uma moto-táxi ou outro meio de transporte, uma vez que o exame era uma necessidade do usuário. Ao referir não ter dinheiro para tanto, outra trabalhadora que se encontrava na recepção observou que a saúde no município estava um caos e, na eminência de uma mudança de governo, poderia até piorar. Ademais, esta trabalhadora sugeriu que o usuário fizesse um esforço para não perder o seu exame, do contrário teria que esperar uma média de três meses para fazer outra marcação (Observação 5, Cenário 1).

Enfim, nos momentos em que estivemos inseridos nas unidades de saúde em busca das informações que aqui foram apresentadas, muitas vezes, foi-nos despertado a sensação de que os usuários precisavam passar por um funil para a efetivação da sua entrada nos serviços. A “porta de entrada” (SCOREL *et al.*, 2007, p. 165), geralmente, esteve demarcada por uma grande quantidade de informações nos murais das unidades que, ao contrário de organizar o acesso, como ouvimos em alguns momentos, excluía e dificultava a entrada das pessoas no sistema público, ao impor limitações pela própria agenda de atendimento dos trabalhadores,

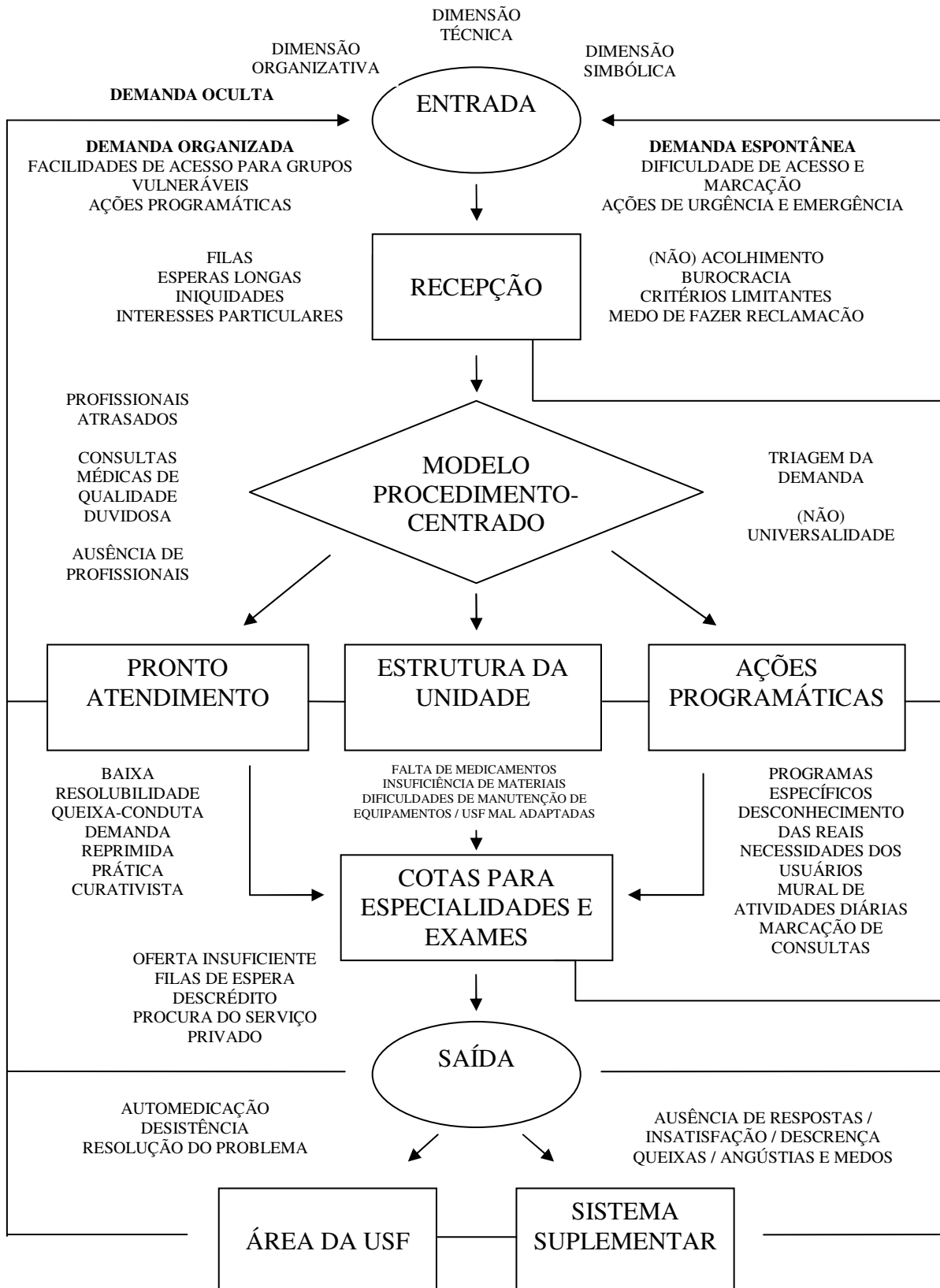
específicas, ministeriais, em algumas situações, distantes da área de assistência; a obrigatoriedade da apresentação do cartão da família, como documento primordial para o agendamento de consultas e serviços, entre outras coisas. Além disso, a falta de materiais para a efetivação do processo de cuidado representou, em várias ocasiões, a segregação dos envolvidos a situações desconfortáveis, incipientes, focalizadas, pouco resolutivas e distantes das necessidades apresentadas.

Por último, a própria demanda dos usuários exercia a sua pressão para a disposição do acesso, vez que, o fato de querer participar do sistema, de almejar a solução dos seus problemas e alcançar a satisfação de um acolhimento integral representou a obrigação em se buscar recursos que alterassem a realidade excludente e discriminatória, aqui relatada.

O conjunto destes aspectos e a sua superação exerce uma força contrária a ser ultrapassada. Neste processo, muitos sujeitos parecem no caminho ou resistem, à espera de uma oportunidade que lhe confira um espaço para a conquista dos seus direitos, representados não só pelo acesso aos serviços, mas por sua integralidade, atributos e continuidade, tão legítimos.

Para concluirmos este tópico, sem evidentemente, esgotarmos todas as discussões que permeiam a organização do acesso, resumimos as observações sistemáticas realizadas durante a coleta de dados em um fluxograma analisador (MERHY, 1997) que representa os esforços empreendidos pelos usuários para o alcance dos serviços através da consolidação de uma proposta que envolva a responsabilidade, a resolubilidade e a resposta efetiva às suas necessidades, embora, no contexto prático analisado esta concretização eficaz ainda esteja distante de ser alcançada.

FIGURA 6: FLUXOGRAMA DA ORGANIZAÇÃO DO ACESSO NA ATENÇÃO À SAÚDE DA FAMÍLIA EM DOIS CENÁRIOS DA BAHIA, BRASIL, 2012



Portanto, ao tentarmos estruturar a organização do acesso na atenção à Saúde da Família em dois cenários da Bahia, Brasil, sobre a égide das dimensões técnica, organizativa e simbólica observamos que a entrada dos sujeitos nos serviços pode ocorrer a partir de três tipos de demanda, uma oculta, que não está representada nas falas aqui descritas, mas que fazem parte do grupo silencioso de usuários que não vai à USF e procura respostas as suas necessidades fora desta realidade; outra espontânea, que tem dificuldades de marcação de consultas e não consegue acessar o sistema público caso não se encontre em uma situação que exija atendimento de urgência ou emergência; e, a última, organizada, responsável por atender os grupos em situação de risco e desenvolver ações programáticas, em acordo com as exigências ministeriais. Para esta, existe uma facilidade no acesso, embora alguns dos envolvidos tenham que esperar um período, uma semana, um mês ou mais, para ter a resposta almejada.

Ao acessar o serviço, porém, as pessoas podem, ainda, esbarrar na recepção das unidades, que em muitos casos não apresenta um sistema de acolhimento com escuta qualificada e responsivo. Ao contrário, muitas vezes esta etapa do acesso está delimitada pela burocratização das marcações e agendas, exigência de documentos que comprovem o vínculo dos usuários com a unidade procurada, filas enormes que se iniciam nas madrugadas, longas esperas por atendimento, receio de reclamação, aceitação da realidade imposta, iniquidades e o predomínio dos interesses particulares para parentes, amigos e outros, que adentram o sistema sem permanecerem nas filas ou realizarem o agendamento.

Assim, vemos bem desenhado o modelo procedimento-centrado, historicamente erigido e fortalecido pela hegemonia médica e a reprodução de valores que focalizam na doença dos indivíduos, suas fraquezas e na clínica. O que destacamos é a não universalidade das ações, exemplificada pela triagem dos demandantes, algumas vezes, falha, desqualificada e mecânica. Na outra mão deste modelo, ressaltamos o atraso por parte dos profissionais para iniciarem as suas atividades, consultas médicas rápidas, algumas com menos de três minutos, que nos fazem duvidar das condições destas, profissionais ausentes do serviço, que desmarcam suas agendas em cima da hora ou nem isso, enquanto os usuários continuam a esperar por atendimento na recepção.

Ultrapassado as limitações do modelo, nos encontramos com três vieses da atenção: o pronto atendimento, que aproxima a Saúde da Família do ambulatório clínico e a afasta da perspectiva de “porta de entrada” para reorganização do sistema de saúde, com características que envolvem a baixa resolubilidade, práticas e ações estruturadas na queixa-conduta e no

curativismo aumentando a leva de demandas reprimidas; a estrutura da unidade, deficiente, mal adaptada, marcada pela insuficiência de medicamentos e falta de insumos, materiais e dificuldades de manutenção dos equipamentos; e, as ações programáticas, que respondem as ações repassadas pelo MS, não representam a realidade da área e estruturam-se no sistema de marcações, agendas e cronogramas, informados na recepção.

Outro “gargalo” está na solicitação e necessidade de realização de exames complementares e diagnósticos e/ou marcação de consultas com especialidades. Para estes, existe uma longa fila de espera devido à oferta insuficiente de cotas para a unidade de saúde, refletido no descrédito perpetrado pelos usuários e trabalhadores, sendo que os primeiros acabam por procurar o serviço suplementar, quando há condições para tanto, em busca de diminuir esta dificuldade.

Na saída do fluxograma analisador apresentado, dois caminhos puderam ser visualizados, um que mostra o fluxo de usuários que migram para o sistema privado devido à descrença nos serviços públicos e por conta de suas insatisfações com a ausência de respostas, angústias e medos, além da necessidade de revides às suas queixas; e outro, que mostra o retorno das pessoas para a área da USF, seja por desistência, e, neste caso a automedicação ou a busca de práticas alternativas, como os saberes populares, acaba por simular uma solução para os problemas apresentados, ou por solução dos problemas.

4.2 ACESSO RELACIONADO À PARTICIPAÇÃO SOCIAL: como está sendo construída a demanda coletiva?

A atenção básica, sobretudo com a Saúde da Família, ao aproximar das pessoas as práticas de prevenção de doenças e agravos e promoção da saúde, penetra no interior das comunidades e famílias com uma proposta de revisão e redimensionamento do conceito dos serviços de saúde, ao mesmo tempo em que retira o foco da doença, descentraliza o poder e incentiva a participação social. Assim, de acordo com Costa e Carvalho (2012), a descentralização da gestão provoca a comunidade e a convida, muitas vezes a convoca, a participar de uma gestão partilhada e a exercer seu papel no controle social, a partir dos parâmetros estabelecidos pelo SUS do que é certo e do que é desejável.

Esta concepção aproxima-se do pensamento das autoras Assis, Villa e Nascimento (2003) quando estas trazem que o processo de politização do sujeito implica um rompimento com o modelo de saúde centrado na cura individual e nos interesses particulares, tão

enraizados na sociedade contemporânea. A (des) construção desta lógica da atenção individual e privatizada pressupõe a consolidação de “um sistema de saúde público, coletivo, universal e igualitário” (p. 821), no qual precisam envolver-se governo, trabalhadores da saúde e usuários, sendo a participação social consciente na gestão e no controle social do sistema, instrumentos imprescindíveis para sua efetivação.

Ademais, a construção do acesso aos serviços de saúde, conforme discutem Abreu-de-Jesus e Assis (2010) e Assis e Abreu-de-Jesus (2012), dá-se, também, pela participação cidadã e pelo controle social, que intervém sobre o sistema de saúde e sobre as práticas de trabalho e gestão, em um movimento de reconquista de um espaço democrático em detrimento de um contexto privatizante que o modelo neoliberal impõe aos serviços de saúde e à sua forma de organização. Nesse contexto, ao se analisar a dimensão política e social do acesso, refletimos também a construção de sujeitos “políticos, politizados, militantes e (des) alienados”, que são livres para deliberar acerca do seu destino com autonomia e consciência social (ABREU-DE-JESUS; ASSIS, 2010, p.168).

Nessa perspectiva, os Conselhos de Saúde surgem dentro da conjuntura da participação popular e do controle social como um espaço privilegiado para a escuta da comunidade e o despertar de mudanças significativas para a sociedade. Para Carvalho (1997) a simples existência dos conselhos representa uma oferta de participação e inclusão, mesmo que não seja nas decisões, ao menos nos processos de discussão pública, o que configura um fenômeno inédito na história brasileira. Não obstante, apenas um usuário, em ambos os cenários estudados, demonstrou conhecer em suas expressões o papel representado pelos conselhos. De um modo geral, os usuários demonstraram total falta de conhecimento acerca do que seja ou para que serve o Conselho de Saúde, enquanto, trabalhadores e dirigentes da saúde, em seus discursos, mostraram-se resistentes em participar dos mesmos ou, ainda, omissos e não incluídos na representação que os conselhos possibilitam aos envolvidos.

Conselho Local? Como? Não sei, não (Grupo II, Entrevistado 6, Cenário 2).

Conselho Local? Não, nunca ouvi falar, não (Grupo II, Entrevistado 17, Cenário 2).

O Conselho de Saúde? Eu já ouvi boatos, [...], mas eu nunca participei dessa reunião (Grupo II, Entrevistado 17, Cenário 1).

[...] a gente tem o hábito de participar de todas as reuniões do Conselho Municipal de Saúde [...], é a hora que a gente escuta mais a comunidade, vamos dizer assim, de uma forma organizada (Grupo III, Entrevistado 1, Cenário 2).

Já teve uma reunião do Conselho Local onde eles trouxeram várias demandas [...], várias mesmo, questão de exames [...], preventivos que estavam demorando para receber, foram demandas deles (*da comunidade*), que eles vieram, questão da unidade que estava precisando de muitas coisas, eles solicitaram, essas coisas vieram [...] (Grupo I, Entrevistado 11, Cenário 2).

Não. Nunca precisei disso, nunca me convocaram para nada disso, não (*em relação aos Conselhos de Saúde*) (Grupo I, Entrevistado 10, Cenário 1).

Para uma parcela dos profissionais entrevistados, o controle social e a participação popular nos municípios baianos, por meio dos Conselhos de Saúde, encontram-se muito desorganizados e incipientes. Tais achados nos remetem a Coelho (2010) que aborda a questão da existência de uma democracia insuficiente no Brasil, na qual não contamos com a real participação do conjunto de cidadãos, em situação de igualdade, nos processos decisórios do país. Sob o mesmo ponto de vista, Silva, Cruz e Melo (2007) observam a inconsistência brasileira de uma cultura política democrática, que só se agrava pela persistência de uma tradição autoritária que não estimula o debate e os espaços de divergência e discussão.

Conselhos Locais de Saúde ainda são um pouco incipientes [...], a gente ainda está começando ainda com os conselhos, então, por conta dessa, de estar ainda incipiente, e por uma característica política do município, a gente ainda tem uma dificuldade em poder trabalhar estes conselhos (Grupo III, Entrevistado 7, Cenário 1).

Outros participantes do estudo expressaram que as reuniões ocorridas nos Conselho Municipal de Saúde, não representam o cenário das demandas da sociedade e os setores da saúde, sendo vistos, muitas vezes, como uma obrigatoriedade. Esta obrigatoriedade pode estar associada à questão de dever de participação, que perfaz o sujeito político dentro de uma sociedade, ao tempo em que, revela o quão frágil é o reconhecimento que muitas pessoas têm sobre o que é ser cidadão e sobre o que seja cidadania, cruciais na construção do controle social (VÁZQUEZ *et al.*, 2003). Quanto a não representatividade dos conselhos, Vasconcelos e Pasche (2006) propõem que o comportamento dos conselhos de saúde está condicionado à organização da Sociedade Civil em cada contexto e pode, ou não, exercer os direitos que lhe são conferidas em Lei. Por vezes, situações de manipulação política na composição dos conselhos e no seu funcionamento, possivelmente, comprometem a sua representatividade.

[...] o Conselho Municipal é uma coisa que eu sempre estou instigando todo mundo a ir, agora, infelizmente, eu acho que ele ainda não é o cenário mesmo das nossas demandas [...], ele é maravilhoso, mas ele não é ainda [...], as reuniões não acontecem com a praticidade, as pessoas não conhecem, as pessoas não se implicam,

as pessoas não entendem, de fato e de direito, a função, então, por isso, ele é subutilizado e tem uma visão de obrigatoriedade (Grupo III, Entrevistado 10, Cenário 1).

Os relatos demonstraram, além disso, que a comunidade desconhece o valor que pode ser atribuído aos conselhos, estando os mesmos em segundo plano ou nem isso. Em um de seus trabalhos, Merhy, Campos e Cecílio (1994) salientam que os usuários têm interesse de se tornarem cada vez mais independentes e autônomos, ou seja, emponderar-se, adquirir saberes e práticas que lhes consintam resolver cada vez mais os seus problemas de saúde. Porém, a realidade dos relatos aqui estudados, mostra uma situação um tanto diferente, na qual a busca por estes conhecimentos é, ainda, embrionária ou quase nula.

Já teve (Conselho Local de Saúde), hoje em dia, não temos mais, nós já tivemos, teve uma pessoa que era à frente deste conselho e faleceu, e depois do falecimento dele, infelizmente, a comunidade não está aberta para isso, por mais que a gente converse, por mais que a gente chame para reuniões, eles estão muito afastados e não participam (Grupo I, Entrevistado 5, Cenário 2).

Eu participo do Conselho Local. Agora, uma das dificuldades que a gente tem em relação ao Conselho Local, é justamente a participação e o envolvimento da comunidade (Grupo I, Entrevistado 12, Cenário 2).

É que a população, às vezes, justamente por desconhecer ou por não ter uma postura atuante, eles não tem esse hábito de saber, então, a dificuldade que a gente teve foi de formar um grupo (Grupo I, Entrevistado 3, Cenário 1).

A participação popular muitas vezes é apresentada como uma das condições da garantia do direito à saúde (GUIZARDI *et al.*, 2004; SILVA; FERREIRA; SILVA, 2010), entretanto, a falta de informação se coloca, em muitas situações, como uma estratégia de invisibilidade sobre os direitos dos usuários e deveres do Estado no papel de gestores e trabalhadores de saúde, o que compromete a concretização deste conceito (SCHWARTZ *et al.*, 2010). Aqui, nos deparamos com um depoimento que mostra que a própria unidade nega o papel da sociedade e prefere que a mesma continue omissa, o que facilitaria o processo decisório da equipe de saúde, já que não corresponsabilizaria os sujeitos envolvidos e não passaria pelo inquietante e quase sempre desgastante processo de discussão e busca de um espaço convergente de opiniões.

[...] as unidades, muitas vezes, não gostam, vou dizer a verdade, eles não gostam que a comunidade participe [...], a gente quer mudar o cronograma de atendimento, eu digo: faça uma reunião com a comunidade, explique como é que vai acontecer, ouça a comunidade [...], a partir do momento que eles participarem do processo, eles vão aceitar mais fácil. É muito mais fácil você fazer isso do que você mudar por conta

própria e eles não aceitarem, mas eles têm resistência, tem bastante resistência com a questão da comunidade (Grupo III, Entrevistado 1, Cenário 2).

Contrário a este posicionamento, Silva, Cruz e Melo (2007) aludem que o número de informações e dados que envolvem doenças, pesquisas, diagnósticos, entre outros, tem crescido exponencialmente, a partir dos meios de comunicação. Todavia, apesar deste fato ser um avanço na disseminação da informação em saúde, existe, ainda, um enorme desafio a ser superado: tornar esta informação acessível a todos os usuários do SUS. A partir da socialização dos dados, pesquisas e informações por meio dos inúmeros instrumentos de comunicação para a população usuária do SUS, de forma clara e objetiva, seria possível pensar a construção de sujeitos da ação que divisariam a transformação das necessidades em demandas e lutariam por respostas que contemplassem seus anseios. Tal construção perpassa pelo resgate das possibilidades discursivas e da autonomia do sujeito, como destaca Schwartz e outros (2010), uma vez que está informado, e tem percepção da realidade em que está imerso, ele reconhece os seus direitos enquanto cidadão no mundo, e passa a ser mais participativo e responsável, também, pelo agir na saúde. Além disso, o acesso à informação amplia a capacidade de arguição dos sujeitos políticos coletivos nos processos decisórios, o que implica na possibilidade dos conselhos de saúde deliberarem sobre a política de informação e comunicação em saúde e intervir na realidade hoje existente (SILVA; CRUZ; MELO, 2007).

Para Peruzzo (2004) a noção de acesso ao direito à comunicação vem sendo incorporada aos poucos ao conceito de cidadania, não apenas no sentido restrito de acessar a informação ou de apenas expressar-se, mas, na acepção ampliada de democratizar o poder de se comunicar, com o propósito de contribuir para a melhoria das condições de existência dos segmentos populacionais excluídos que o “poder público não consegue atender, ou não quer atender” (p. 31). Sendo assim, o acesso à informação e aos seus canais de expressão é um direito de cidadania, isto é, faz parte dos direitos da pessoa humana. Contudo, a cidadania é histórica, modifica-se, evolui, transmuta-se e agrega novos valores e dimensões de acordo ao desenvolvimento da humanidade (PERUZZO, 2004). Ademais, não é algo a ser doado, como dádiva, e sim, conquistado, conforme afirma Demo (1988).

Um cenário antagônico é notado nas falas de alguns dos trabalhadores da saúde entrevistados que ressaltam que a população só participa de manifestações sociais ou espaços coletivos da construção do acesso quando apresentam problemas individualizados, pontuais e requerem soluções focalizadas ou quando existe alguma moeda de troca dos serviços que

possam compensar a atenção dispensada, como lanches e brindes. Na grande maioria das vezes, os sujeitos não conseguem se organizar para pelear contra as injustiças do sistema de saúde e para programar mudanças significativas nos moldes dos serviços, excludentes, precisos e pouco resolutivos, como já discutimos anteriormente.

[...] a população só vem quando ela tem uma queixa, alguma coisa, problema, alguma coisa, aí, ela vem pro Conselho Local, mas, quando assim, não tem nenhuma coisa, assim, dificilmente acontece (Grupo I, Entrevistado 12, Cenário 2).

O Conselho? Estamos tentando formar, ainda, um grupo, porque até então a população é desinteressada, em relação às reuniões [...], só se interessam, assim, quando fala do Bolsa Família (Grupo I, Entrevistado 1, Cenário 1).

Eu acho que os usuários até participam, mas eu acho que deveria ser melhor, ainda percebo uma parcela popular pequena, eu acho que eles estão muito focados nos problemas específicos deles. [...] eu percebo que muitos ainda não sabem como brigar no coletivo, eles reivindicam coisas muito individuais, não sabem como é, tem dificuldade realmente de estarem se organizando para isso (Grupo I, Entrevistado 17, Cenário 1).

Assim, abrimos espaço para uma discussão fomentada por Ayres (2009) em seu estudo, que nos expõe ao desafio da integralidade como energia essencial para se evitar que a universalidade tropece na desvalorização que pode estar associada a sua mera formalização, ao tempo que a igualdade se torna um código abstrato, inexecutável na prática. Ademais, o autor sustenta, ainda, a ideia de um “projeto de felicidade” (p. 18), que se associa a esta busca individualista, presente nos discursos acima, mas se contradiz quando pensamos uma “espécie de horizonte normativo implicado na noção de cuidado” (p. 18). Se por um lado o projeto de felicidade nos permite conhecer o que as pessoas almejam, por outro, consente que as pessoas compreendam o que há de verdade a ser oferecido. Neste ponto, trabalhadores, usuários e dirigentes se interceptam e podem fazer as melhores escolhas para se conseguir o máximo de benefícios no cuidado de sua saúde, inclusive, o pensar coletivo e a participação popular no processo decisório.

Logicamente, Ayres (2009) deixa claro a sua ideia do desafio na construção deste cenário e elenca ser preciso aproximar os saberes - técnicos e populares - na edificação de um projeto tão provocativo. O diálogo precisa estar presente entre todos os sujeitos que fazem parte das diversas vertentes do cuidado. O conceito de vínculo também não pode ser esquecido e se faz coerente na abertura de espaços para os usuários se comportarem como verdadeiros sujeitos da ação e saírem da zona de conforto ou de meros objetos de intervenção. Ao promover-se um envolvimento entre os trabalhadores e comunidades no processo do

cuidado, automaticamente, reduzimos os abismos que circundam o controle social e isolam estes personagens em seus campos de atuação e aprovamos um novo encontro, com possibilidades múltiplas de (re) fazer antigos saberes em novas formas de compreensão do outro.

A situação de um dos entrevistados merece ser discutida, separadamente, uma vez que medita sobre a situação de inúmeras representações na Sociedade Civil, principalmente no que trata da prudência que os sujeitos precisam tomar quando se estabelece uma relação de oposição ao poder público. Em muitas situações no momento das entrevistas e observações em campo, nos descobrimos perante expressões de incômodo, cansaço e, corriqueiramente, silêncios que falavam mais que as respostas contidas e vagas, quando a questão ou comentário envolvia ir de encontro à gestão, equipe de trabalho ou a forma como o modelo de saúde se apresenta para cada sujeito da prática. Dowbor (1998) ao ponderar sobre a falta de cultura participativa do brasileiro, conclui que qualquer organização civil sempre foi brutalmente perseguida no país. Em contrapartida, sindicatos e associações de bairro desenvolveram estruturas manipuladas e pseudoparticipativas, quando na realidade eram controladas pelos mais poderosos. Sendo assim, a fala a seguir demonstra, embora de maneira sutil, que em determinadas oportunidades o trabalhador de saúde, que também é conselheiro, não pode exercer seus papéis isoladamente, e deve precaver-se de situações que o comprometam ou que o indisponham, sobre o risco de sofrer perseguição e assédios, que poderiam culminar com a sua demissão.

A briga no Conselho de Saúde é grande, eu sempre me coloquei a serviço da população mais carente e lá eu sou representante da categoria de agente comunitário de saúde, na qual eu fui eleito pelos próprios colegas, porque muitos não têm interesse de ir para reunião de noite [...], e o Conselho é o quê? É acompanhar, é fiscalizar, é tentar ajudar na medida do possível para reduzir a mortalidade infantil, e aí, eu recebo reclamação, porque eu não posso fazer meu papel de conselheiro (Grupo I, Entrevistado 7, Cenário 2).

Durante a entrevista o trabalhador se recusou a falar sobre os detalhes das reuniões do Conselho Local de Saúde e, apenas com o gravador desligado, o mesmo falou da falta de reconhecimento dos conselheiros, do pouco caso que os outros profissionais fazem da participação popular e do controle social além da sobrecarga de trabalho que o impede de ser mais participativo (Observação 4, Cenário 1).

Dentre as inúmeras opiniões apresentadas neste item do trabalho chama-nos atenção à caracterização do Conselho como um espaço desacreditado e que não surte um efeito eficiente. Neste aspecto, concordamos com Carvalho (1997) quando afirma que os Conselhos

de Saúde devem representar e defender os interesses da coletividade, exercendo a função de indutores de responsabilidade governamental, isto é, acrescentando a qualidade dos governos de ficarem à altura da confiança e esperanças dos cidadãos.

O Conselho Municipal existe para isso (*para as lutas da sociedade e as mudanças*), mas infelizmente a gente sabe que na prática é só conversa (Grupo I, Entrevistado 18, Cenário 2).

Não, nunca participei, aliás eu acho que fui, uma vez, foi, na verdade foi, que todo mundo foi obrigado a ir, porque, assim, eu acho que é uma coisa que, eu não sei se surte o efeito suficiente para gente ir [...]. Assim, eu acho que tinha que ser uma coisa bem maior para ter uma mobilização [...]. Não sei se, a intenção é boa, mas acho que não funciona direito (Grupo I, Entrevistado 22, Cenário 2).

A partir do que foi discutido anteriormente, Assis (2003) aborda que no processo de construção do controle social no SUS, muitos limites estão presentes, a exemplo da “burocratização dos Conselhos de Saúde, autoritarismo e manipulação dos gestores locais, recursos insuficientes, baixa capacidade resolutiva da rede de serviços, centralização de poder e interferência política partidária” (p. 331). Nesse cenário, a autora ressalta que os Conselhos de Saúde deveriam ser o exemplo vivo dos interesses da sociedade, para ser dotado de legitimidade pública, sendo necessária a criação de mecanismos que permitissem a sua concretização como um espaço democrático de construção coletiva, no atendimento às demandas da população. Talvez, a falta desta visibilidade seja a razão da sociedade preferir a comunicação através de rádios quando precisa dar vazão as suas queixas, já que parece acreditar que este organismo tenha um alcance maior na resolução de seus problemas.

[...] a gente vai lutar, vai na rádio, no rádio, que uma vez, um caso que aqui estava sem bebedor, aí, eu mesma vim, falei na rádio que aqui no bairro, na unidade, não tinha bebedor (Grupo II, Entrevistado 8, Cenário 2).

Mas, aqui, tem uma política muito da rádio [...]. Muitas vezes eles vão lá para rádio, porque dizem que a rádio é visível, aí, é resolvido com mais rapidez (Grupo I, Entrevistado 12, Cenário 2).

[...] o usuário, também, como “porta de entrada”, ele também acha a rádio [...], então a solicitação da rádio vem até a coordenação e a gente tenta solucionar, essas reclamações (Grupo III, Entrevistado 3, Cenário 2).

Na construção do direito à comunicação, que envolve também, o direito a cidadania, o papel dos meios informativos, sobretudo os comunitários, potencializa a participação direta do cidadão na esfera pública. Se comparados com os grandes meios de comunicação social, as difusoras de rádio locais estão mais facilmente ao alcance do povo, uma vez que se situam no

ambiente em que as pessoas vivem, conhecem a sua localização e, portanto, podem se aproximar com maior simplicidade. As construções culturais que permeiam esta troca envolvem, também, a familiaridade com este tipo de mídia, que é a fonte dos acontecimentos da própria localidade e refletem a linguagem da comunidade (PERUZZO, 2004).

É verdade que outros espaços para acolhimento de denúncias ou demandas individuais, como a ouvidoria e caixa de sugestões, estiveram presentes nos depoimentos ou nos períodos observacionais, no entanto, ou são subutilizados por falta de informações de sua funcionalidade ou não apresentam respostas para a sociedade, o que acarreta a sua falência antes mesmo de se concretizarem como instrumentos de mudança da realidade.

A questão das reclamações e sugestões aqui é uma vergonha, uma vez mesmo eu fui fazer uma denúncia [...] na ouvidoria, sabe o que foi que foi que o ouvidor me disse? Não adianta que não vai resolver nada, vou relatar aqui sua denúncia, vai para Secretaria de Saúde, mas não vou lhe prometer nada (Grupo II, Entrevistado 7, Cenário 2).

A atuação do Conselho de Saúde, porém, auxilia na melhoria do acesso das pessoas aos serviços de saúde, conforme alguns depoimentos encontrados.

Pra dizer a verdade eu não vou a todas as reuniões. É importante porque a gente tem que discutir sobre o que a gente tem que correr atrás, de dar uma melhorada na saúde, transporte, todas as coisas [...] (Grupo II, Entrevistado 6, Cenário 1).

Porque se eles soubessem procurar os direitos deles, eu acho que a saúde não estaria como está hoje. É muita falha. Falta muita coisa, esse mês mesmo, a gente não tem gaze, não tem atadura, então, são coisas que se a comunidade se juntasse, fosse reclamar, poderia ter um retorno, e a gente não pode fazer isso, senão a gente perde o emprego (Grupo I, Entrevistado 5, Cenário 1).

[...] o bom daqui é em relação à parte que nós temos o Conselho Local, e o Conselho Local está ajudando a gente em muitas coisas que a gente tentava e não conseguia, então a gente consegue através deste Conselho (Grupo I, Entrevistado 19, Cenário 1).

Os conselhos de saúde são importantes instrumentos que se encontram à disposição da sociedade e tem papel primordial no exercício do controle social sobre a gestão das políticas públicas brasileiras. Todavia, seu potencial encontra-se, ainda, muito distante do esperado. Problemas na forma de organização e capacitação dos conselheiros, pouca representatividade e a privação de condições políticas que fortaleçam as bases da participação popular precisam ser solucionados para que possamos vislumbrar alterações nas realidades encontradas neste estudo. Para tanto, a participação precisa ser facilitada, sendo que os canais

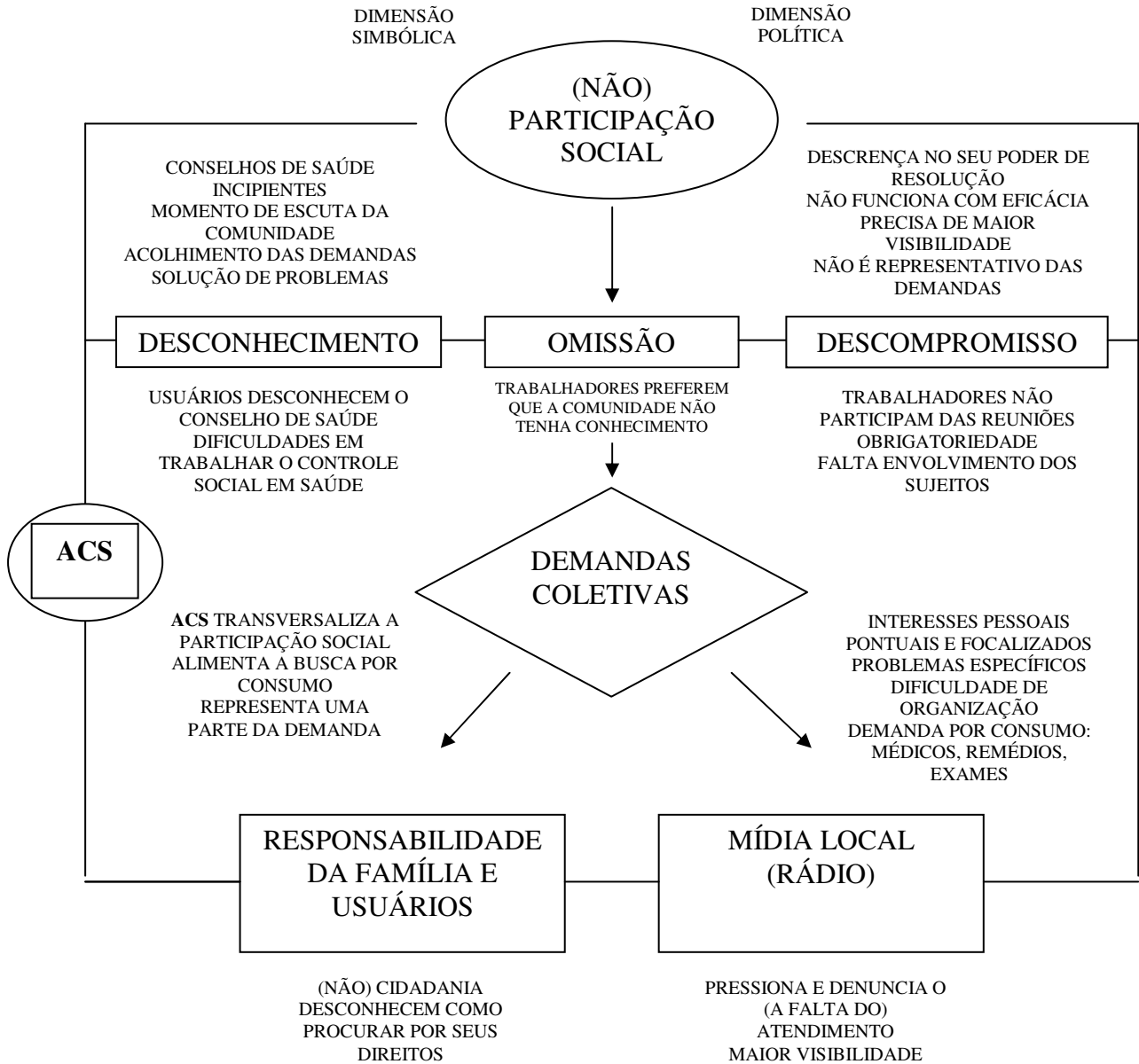
que permeiam a sua concretização precisam estar abertos e desobstruídos. Peruzzo (2004) reafirma a necessidade de clareza da importância da efetivação dos mecanismos de controle social para além das críticas pela não participação ou de convites pouco explícitos e sem perspectivas concretas de viabilização. As organizações locais precisam ser valorizadas e há que existir um espaço efetivo de participação social na tomada de decisões, que agite a tendência ao autoritarismo típico da cultura brasileira, tão reproduzido pelas lideranças.

O usuário precisa ser resgatado como sujeito de mudança e o seu papel tem que ser valorizado no cotidiano dos serviços de saúde, assim como em fóruns de deliberação coletiva, tais como as reuniões comunitárias e os conselhos de saúde (CARVALHO; CAMPOS, 2000). O ser humano carece tornar-se sujeito do processo de mudança social, que transversaliza a comunicação e os mecanismos de organização e ações populares, embora os meios de comunicação seja um espaço potencial para despertá-lo para as ações mais concretas do protagonismo social (PERUZZO, 2004).

Apesar disso, Bodstein (1996) lembra que a cidadania na atualidade é vista como uma inovação política moderna e aproxima-se bastante do individualismo, a partir da constituição de identidades renovadas e de novos sujeitos. De outro modo, como especifica Carvalho (1997), a cidadania emerge na pauta dos direitos e deveres de maneira a restituir e revitalizar a comunidade política, ao fazer a mediação entre Estado e sociedade, enquanto processo de inclusão dos indivíduos neste espaço. Dentro desse cenário, é possível refletirmos sobre a retomada do interesse público nas questões coletivas e a publicização de uma ação societária no campo do exercício de uma cidadania que se pauta na diversidade e na solidariedade, ao mesmo tempo em que podemos pensar as possibilidades da (re) construção dos conselhos de saúde, enquanto espaços reformuladores da democracia no Estado e do exercício ampliado da cidadania, na construção de uma demanda coletiva participativa e organizada.

Assim, o fluxograma apresentado na Figura 7, é fruto de uma reflexão da construção desta demanda e representa as interfaces de um processo necessário, mas que é, simultaneamente, incipiente e pouco coeso com a realidade social.

FIGURA 7: FLUXOGRAMA REPRESENTATIVO DA CONSTRUÇÃO DA DEMANDA COLETIVA EM DOIS CENÁRIOS DA BAHIA, BRASIL, 2012



O processo da (não) participação social, às vistas das dimensões política e simbólica, na construção de uma demanda coletiva dentro dos cenários estudados, limita-se, primeiramente, pela incipiência dos Conselhos de Saúde e pela falta de confiabilidade em seu papel na solução dos problemas apresentados dentro do sistema público de saúde. Se por um lado conhece-se o espaço do controle social como eficaz na escuta e acolhimento das demandas e para a amenização das dificuldades encontradas, por outro, a sua baixa visibilidade e a falta de representação da realidade das comunidades, diminuem o seu crédito e eficácia.

Neste ínterim, a maioria dos usuários desconhece o que seja o Conselho de Saúde e o controle social, do mesmo modo, os trabalhadores e dirigentes de saúde têm dificuldade para trabalhar a questão da participação da comunidade em suas atividades, sendo que, alguns preferem não abordar esta temática, para que a sociedade não a utilize como ferramenta de cobrança e esclarecimentos, garantidos a todos pelo próprio conceito da cidadania e de direito à informação e permaneça omissa no processo de gestão do SUS. O descompromisso dos trabalhadores, também é marcante, principalmente no que diz respeito à necessidade de envolvimento dos mesmos nas reuniões dos conselhos e a visão de atividade obrigatória, realizada sem escolha e pontuada por um espectro da perda de tempo e pouca legitimidade.

Tais constructos somam-se na elaboração de uma demanda coletiva que é permeada por interesses pontuais e focalizados, problemas específicos, dificuldade de organização das queixas e crítica e um aumento da demanda por consumo de consultas médicas, insumos e exames, alimentada pelos líderes comunitários e trabalhadores de saúde.

Neste aspecto, a figura do ACS, discutida no capítulo anterior, transversaliza a participação social e se estabelece como dinâmica no movimento de entrada e saída das pessoas dos serviços, sendo tais trabalhadores responsáveis pela marcação de exames e consultas e pela divulgação das informações, bem como instrumento na tomada de decisão pela continuidade do trabalho, já que acompanha todo o processo de entrada do usuário no sistema e institui, quando pode, atalhos, seguimentos e possibilidade da continuidade da atenção.

Enfim, as demandas coletivas acabam por culminar em dois espaços: a mídia local, que pressiona o sistema para a resolução das queixas apresentadas, geralmente a falta de atendimento e insumos, e aparenta ter maior visibilidade que os outros mecanismos do controle social e, a responsabilização da família e usuários, que, em muitos momentos, demonstraram desconhecimento sobre a forma de buscar (e alcançar) os seus direitos,

provando-se estarem inseridos em um processo de (não) cidadania, que pouco se envolve, não se responsabiliza e não tem coerência com as reais necessidades apresentadas pela população.

CAPÍTULO V

CONSIDERAÇÕES FINAIS

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Refletir acerca da organização do acesso permitiu-nos um envolvimento com um dos mais importantes e complexos princípios do SUS - a universalidade -, que se encontra permeado de conflitos, limitações e paradoxos que impedem a sua efetivação no contexto nacional. Na demarcação de um modelo de saúde dentro da estrutura da Saúde da Família, nos deparamos com o acesso frágil das consultas programadas, geralmente representada como um obstáculo a ser ultrapassado por todos aqueles que desejam ser assistidos e almejam a resolução de seus problemas. Além disso, a possibilidade a serem exploradas com a valorização da demanda espontânea é subjugado e perdida, nas imediações de uma assistência que só se preocupa com o acolhimento dos usuários não agendados quando estes apresentam necessidades emergenciais.

As barreiras que exploramos na construção deste trabalho, a exemplo das longas filas nas madrugadas para a marcação de consultas, exames e encaminhamentos para especialidades, espelhos da insuficiência da média e alta complexidade, as fatigantes esperas nas unidades de saúde por atendimento, o (des) compromisso de trabalhadores e dirigentes na construção de um acesso mais resolutivo, equânime e de qualidade, tão marcadamente presentes em outros estudos, nos remetem a uma realidade estagnada, que se repete com o passar dos anos e não encontra mudanças, melhorias e superações.

Sem dúvida, a força do modelo centrado no procedimento é um dos maiores entraves para a construção de uma realidade mais justa e igualitária, que possa romper com tamanhas iniquidades. Se pensarmos na Saúde da Família como “porta de entrada”, precisamos estruturar este sistema para que os usuários que consigam adentrar os serviços não se encontrem desamparados, com a sensação de ter penetrado em uma casa vazia, sem recursos para garantir a continuidade da sua assistência e a integralidade da sua atenção. Impor a reorganização do modelo aqui exposto, sem estruturar a atenção básica e suas associações, é pensar na promoção da saúde, exclusivamente, e esquecer que inúmeros sujeitos ainda dependem dos processos curativos e preventivos para sobreviver.

Neste cenário, uma parcela dos usuários aceitam as imposições do sistema público de saúde sem quaisquer questionamentos e reivindicações, enquanto, outra parcela, escoam para o sistema suplementar ou desiste do atendimento. Interessante é notarmos o aumento na quantidade de usuários menos privilegiados financeiramente que procuram o serviço privado. Nos desencontros alimentados pelas desigualdades marcantes do contexto brasileiro, as

peças mais pobres têm o pior acesso aos serviços, e necessitam de maiores cuidados com a saúde, possuem as piores coberturas de plano de saúde particulares e consomem menos os serviços ofertados. Na falta de alternativas mais otimistas, os usuários submetem-se às mais desgastantes situações e, mesmo sem a certeza das respostas, resistem à espera de soluções para as suas demandas.

Barreiras outras são erigidas no cotidiano destes sujeitos, a exemplo do descompromisso dos trabalhadores que chegam ao serviço com horas de atraso e pouco permanecem, ou nem comparecem ao serviço, sem explicações, sem avisos, o que nos leva a crer que este trabalhador não se sensibiliza com as demandas dos usuários. Em um espaço maior, soma-se a esta conjuntura a falta de insumos, materiais de uso diário e manutenção dos aparelhos nas unidades estudadas, que agrava a situação e impossibilita a continuidade da assistência.

Dois profissionais são destacados no decorrer do estudo: a enfermeira e o agente comunitário de saúde. A primeira, sobretudo pelo seu papel na organização da demanda e na construção de um novo modo de agir na saúde coletiva. O segundo, pela relevância do trabalho multifacetado na construção de um território comum entre os serviços e comunidade, na identificação de ruídos na comunicação que atrapalham o acesso às práticas e adesão aos serviços, e, na identificação dos problemas de saúde na área e socialização destes problemas com a equipe de saúde para a busca de uma solução.

A insuficiência das cotas para a realização de procedimentos na média e alta complexidade configura-se como uma vertente cruel da integralidade da atenção, vez que, a maioria dos usuários precisa esperar meses para o alcance de tais métodos. A não ruptura com o modelo procedimento-centrado aumenta a demanda por assistência médica e atendimentos especializados ao tempo que enfraquece o estabelecimento de um novo modelo de atenção, centrado no sujeito.

Ademais, as forças que atuam na organização do acesso aos serviços de saúde, se somam na constituição de um modelo que em muitos aspectos se assemelham a um funil, seja pelos aspectos limitantes, pela grande quantidade de demandas que acompanham a borda do mesmo e a escassa quantidade que possui escoamento e tramita para a resolução, seja pelo poder embutido na pressão das reivindicações, que esbarram nos entraves burocráticos e, geralmente, afastam-se da realidade dos envolvidos. O funil representa esta enorme demanda reprimida que se sufoca dia-a-dia nos serviços públicos e a pouca capacidade que tal sistema tem de encontrar respostas eficazes que contemplem as exigências de todos os envolvidos.

Nessa seara de possibilidades, a participação popular e o controle social surgem como instrumentos modificadores do contexto apresentado, embora se encontrem incipientes e com seu potencial muito pouco explorado. A falta de conhecimento da sua importância ou dos seus significados dificulta a efetivação do exercício da cidadania e da gestão do sistema de saúde, diminui a expressão da realidade da comunidade dentro destes espaços de discussão e aprofundam as distâncias e conflitos que permeiam o encontro entre usuários, trabalhadores e dirigentes da saúde na edificação das demandas sociais.

Os Conselhos de Saúde devem ser o exemplo principal dos interesses da sociedade e precisam ter legitimidade pública. Uma ferramenta possível de ser utilizada na construção dos conselhos como espaços democráticos é a mídia comunitária, local, auxiliada pela precisão de divulgação das informações na sociedade em espaços ampliados. Esta perspectiva aumenta a visibilidade do controle social e fortalece a sua base prática, ao envolver e aproximar-se dos sujeitos coletivos e individuais, necessários para a realização da ação de participação popular.

Enfim, o usuário precisa ser resgatado como sujeito da mudança e o seu papel tem que ser valorizado no cotidiano dos serviços de saúde, assim como em fóruns de deliberação coletiva, tais como as reuniões comunitárias e os conselhos de saúde. Se existe um desconhecimento acerca do valor que pode ser atribuído aos conselhos, o imperativo maior é sensibilizar comunidade, trabalhadores e dirigentes na busca pela efetivação da gestão participativa do SUS. Talvez, com a responsabilização dos interessados e o fortalecimento de uma política ativa de fiscalização, cobrança e construção coletiva, seja permitido vislumbrar o despertar de uma nova fase para se alcançar a concretização de um sonho que já ultrapassa os vinte e quatro anos de luta.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

- ABREU-DE-JESUS, W. L.; ASSIS, M. M. A. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 15, p. 161-70, 2010.
- ALMEIDA, M. V. G. A.; ASSIS, M. M. A. **Prática do agente comunitário de saúde no Programa Saúde da Família em Feira de Santana, BA**: trabalho criativo e multifacetado. 2010. 62 p. Monografia (Bacharelado em Enfermagem) - Colegiado de Enfermagem, Departamento de Saúde, Universidade Estadual de Feira de Santana. Feira de Santana, 2010.
- ANDRADE, E. N.; ANDRADE, E. O. O SUS e o direito à saúde do brasileiro: leitura de seus princípios, com ênfase na universalidade da cobertura. **Revista Bioética**, v. 1, n. 18, p. 61-74, 2010.
- ARAÚJO, M. A. L.; LEITÃO, G. C. M. Acesso à consulta a portadores de doenças sexualmente transmissíveis: experiências de homens em uma unidade de saúde de Fortaleza, Ceará, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 2, n. 21, p. 396-403, mar-abr, 2005.
- ASSIS, M. M. A. O processo de construção do controle social no Sistema Único de Saúde e a gestão nos espaços institucionais. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro: v. 27, n. 65, p. 324-35, set-dez, 2003.
- ASSIS, M. M. A.; VILLA, T. C. S.; NASCIMENTO, M. A. A. Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 8, p. 815-23, 2003.
- ASSIS, M. M. A.; CERQUEIRA, E. M.; NASCIMENTO, M. A. A.; SANTOS, A. M.; JESUS, W. L. A. Atenção Primária à Saúde e sua articulação com a Estratégia Saúde da Família: construção política, metodológica e prática. **Revista da APS**. Juiz de Fora, v. 10, n. 2, p. 189-99, jul-dez, 2007.
- ASSIS, M. M. A.; SAMPAIO, H. C.; SANTOS, A. M.; NASCIMENTO, M. A. A.; OLIVEIRA, T. S. Oferta de serviços na atenção primária à saúde em um município da Bahia. **Rev. APS**. Juiz de Fora, v. 11, n. 2, p. 152-162, abr-jun, 2008.
- ASSIS, M. M. A.; JORGE, M. S. B. Métodos de análise em pesquisa qualitativa no campo da saúde. In: SANTANA, J. S. S.; NASCIMENTO, M. A. A. (Orgs). **Pesquisa: métodos e técnicas de conhecimento da realidade social**. Feira de Santana: UEFS, p. 139-59, 2010.
- ASSIS, M. M. A.; NASCIMENTO, M. A. A.; FRANCO, T. B.; JORGE, M. S. B. (Org.). **Produção do cuidado no Programa Saúde da Família**: olhares analisadores em diferentes cenários. Salvador: EDUFBA, 2010.
- ASSIS, M. M. A. (Coord.). **Projeto de Pesquisa**: Acesso com qualidade aos serviços de saúde na Estratégia Saúde da Família em dois cenários da Bahia. Feira de Santana: UEFS, 2011.

- ASSIS, M. M. A.; ABREU-DE-JESUS, W. L. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2865-75, 2012.
- AYRES, J. R. C. M. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. **Saúde e Sociedade**. São Paulo: v. 18, supl. 2, 2009.
- BODSTEIN, R. C. A. Inovações na análise das políticas de saúde no campo da saúde coletiva. In COSTA, N. R.; RIBEIRO, J. M. (Org.). **Política de saúde e inovação institucional**. Rio de Janeiro: Secretaria de Desenvolvimento Educacional / Ensp / Fiocruz, 1996.
- BRASIL. Constituição, 1988. **Constituição da República Federativa do Brasil**. 1988. São Paulo: Ed. Revista dos Tribunais, 1989.
- BRASIL. Diário Oficial da União. **Lei n. 8.080/90**. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o financiamento dos serviços correspondentes e da outras providências. Brasília: 1990a.
- BRASIL. Diário Oficial da União. **Lei n. 8.142/90**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília: 1990b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Manual para organização da atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.
- BRASIL. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 196/96 de 10 de outubro de 1996**. 1996. Disponível em: < <http://www.ufrgs.br/bioetica/res19696.htm#risco>>. Acesso em: 01 ago. 2008.
- CANADA. Carta de Ottawa. **Primeira Conferência Internacional sobre promoção da saúde**. Ottawa: 1986.
- CARVALHO, I. C. Conselhos de Saúde, Responsabilidade Pública e Cidadania: a Reforma Sanitária como Reforma do Estado. In: FLEURY, S. (Org.). **Saúde e democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.
- CARVALHO, S. R.; CAMPOS, G. W. S. Modelos de atenção à saúde: a organização de equipes de referência na rede básica da Secretaria Municipal de Saúde de Betim, Minas Gerais. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro: v.16, n. 2, p.507-15, abr-jun, 2000.
- CECILIO, L. C. O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cad. Saúde Pública** [online]: Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 469-78, 1997.
- CNES. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**. Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br/>>. Acesso em: 12 jul. 2012.

- COELHO, I. B. Democracia sem equidade: um balanço da reforma sanitária e dos dezenove anos de implantação do Sistema Único de Saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 1, n. 15, p. 171-183, 2010.
- COHN, A. O estudo das políticas de saúde: implicações e fatos. In: CAMPOS, G. W. S. *et al.* (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; São Paulo: HUCITEC, p. 219-46, 2009.
- 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. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 18, p. 191-202, 2002. Suplemento.
- COSTA, S. L.; CARVALHO, E. N. Agentes comunitários de saúde: agenciadores de encontros entre territórios. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2931-40, 2012.
- DEMO, P.. **Metodologia científica em Ciências Sociais**. São Paulo: Atlas; 1995.
- DOWBOR, L. **A reprodução social**: propostas para uma gestão descentralizada. Petrópolis: Vozes, 1998.
- ESCOREL, S.; GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M.; SENNA, M. C. M. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Rev. Panam. Salud Publica / Pan. Am. J. Public Health**, v. 2, n. 21, p. 164-76, 2007.
- FEIRA DE SANTANA. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de Gestão 2011**. Feira de Santana: SESAU, 2011.
- FERREIRA, A. B. H. **Miniaurélio Século XXI**: O minidicionário da língua portuguesa. 5.a ed. rev. ampliada. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2001.
- FERREIRA, A. B. H. **Novo dicionário Aurélio de língua portuguesa** / Aurélio Buarque de Holanda Ferreira. 3. ed. Curitiba: Positivo, 2004.
- FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 15, p. 345-53, 1999.
- GAMARRA JUNIOR, J. S. Controle social na saúde: desafios e perspectivas. In: BATTAGLIN, P.; LEANDRO, J. A.; MICHALISZYN, M. S. (Orgs.). **Saúde coletiva**: um campo em construção. Curitiba: IBPEX, p. 148-74, 2006.
- GIBBARD, A. The prospective pare to principle and equity of access to health care. **Milbank mem. Fd. Quart.**, v. 60, p. 399-428, 1982.
- 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, p. 177-98, 1995.

GIOVANELLA, L.; et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 3, n. 14, p. 783-794, 2009.

GUIZARDI, F. L. *et al.* Participação da comunidade em espaços públicos de saúde: uma análise das conferências nacionais de saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 15-39, 2004.

HORTALE, V. A.; PEDROZA, M.; ROSA, M. L. G. Operacionalizando as categorias acesso e descentralização na análise dos sistemas de saúde. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 1, n. 16, p. 231-239, jan-mar, 2000.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo demográfico brasileiro 2010**. Feira de Santana: IBGE, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo demográfico brasileiro 2010**. Santo Antônio de Jesus: IBGE, 2010.

KOVACS, M. H.; FELICIANO, K. V. O.; SARINHO, S. W.; VERAS, A. A. C. A. Acessibilidade às ações básicas entre crianças atendidas em serviços de pronto-socorro. **Jornal de Pediatria**. Rio de Janeiro, v. 81, n. 3, 2005.

LEVY, F. M.; MATOS, P. E. S.; TOMITA, N. E. Programa de agentes comunitários de saúde: a percepção de usuários e trabalhadores da saúde. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 197-203, jan-fev, 2004.

LIMA, M. A. D. S.; RAMOS, D. D.; ROSA, R. B.; NAUDERER, T. M.; DAVIS, R. Acesso e acolhimento em unidades de saúde na visão dos usuários. **Acta Paul Enferm**. São Paulo, v. 1, n. 20, p. 12-7, 2007.

LIMA, W. C. M. B.; ASSIS, M. M. A. Acesso restrito e focalizado ao Programa Saúde da Família em Alagoinhas, Bahia, Brasil: demanda organizada para grupos populacionais específicos X demanda espontânea. **Rev. Baiana Saúde Pública**. Salvador, v. 34, n. 3, p. 439-449, jul-set, 2010.

LIONÇO, T. Que direito à saúde para a população GLBT? Considerando direitos humanos, sexuais e reprodutivos em busca da integralidade e da equidade. **Saúde Sociedade**. São Paulo, v. 2, n. 17, p. 11-21, 2008.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Técnicas de Pesquisa**: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisas, elaboração, análise e interpretação de dados. 4a. Ed. São Paulo: Atlas, 1999.

MELO NETO, J. C. **João Cabral de Melo Neto**: poesia completa e prosa. 2. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2007.

MERHY, E. E.; CAMPOS, G. W. S; CECÍLIO, L. C. O. (Orgs.). **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1994.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Orgs.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: HUCITEC, p. 71-112, 1997.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Programa Saúde da Família: somos contra ou a favor? **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 26, n. 60, p. 118-22, jan-abr, 2002.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8.ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10.ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12.ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F.; GOMES, R.. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 26a. Ed. Petrópolis: Vozes, 2007.

NERI, M.; SOARES, W. Desigualdades social e saúde no Brasil. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro: v. 18, supl., p. 77-87, 2002.

NUNES, M. O.; TRAD, L. B.; ALMEIDA, B. A.; HOMEN, C. R.; MELO, M. C. I. C. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1639-1646, nov-dez, 2002.

OLIVEIRA, G. O.; NACHIF, M. C. A.; MATHEUS, M. L. F. O trabalho do agente comunitário de saúde na percepção de Anastácio, Estado do Mato Grosso do Sul. **Acta Scientiarum, Health Sciences**. Maringá, v. 25, n. 1, p. 95-101, 2003.

PAIM, J. S. Políticas de descentralização e atenção primária à saúde. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N (Orgs.). **Epidemiologia & Saúde**. 5.ed. Rio de Janeiro: Editora MEDSI, 1999.

PAIM, J. S. Modelos de atenção e vigilância da saúde. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. (Orgs.). **Epidemiologia & Saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: Editora MEDSI, p. 473-87, 2003a.

PAIM, J. S. A Reforma Sanitária e os modelos assistenciais. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. (Orgs.). **Epidemiologia & Saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: Editora MEDSI, p. 567-86, 2003b.

PENCHANSKY, R.; THOMAS, J. W. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. **Medical Care**. Philadelphia, v. 19, n. 2, p. 127-40, feb., 1981.

PERUZZO, C. M. K. **Comunicação nos movimentos populares: a participação na construção da cidadania**. 3a ed. Petrópolis: Vozes, 2004.

PESSOTO, U. C. *et al.* Desigualdades no acesso e utilização dos serviços de saúde na Região Metropolitana de São Paulo. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 351-62, mar-abr, 2007.

PIRES, G. M.; RAQUEL, M.; GÖTTEMS, D.; BERNARDO, L. Análise da gestão do cuidado no Programa Saúde da Família: referencial teórico-metodológico. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v. 62, n. 2, p. 294-299, abril, 2009.

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

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. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 1, n. 19, p. 27-34, 2003.

RIBEIRO, E. M. As várias abordagens da família no cenário do programa/estratégia saúde da família (PSF). **Rev. Latino-am. Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 12, n. 4, p. 658-64, jul-ago, 2004.

RICHARDSON, R. J.; PERES, J. A. S. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 3. ed. rev. e ampli. São Paulo: Atlas, 1999.

RODRIGUES, A. A. A. O.; ASSIS, M. M. A. Oferta e demanda na atenção à saúde bucal: o processo de trabalho no Programa Saúde da Família em Alagoinhas - Bahia. **Rev. Baiana Saúde Pública**. Salvador: v. 29, p. 273-85, 2005.

RODRIGUES, A. A. A. O.; SANTOS, A. M.; ASSIS, M. M. A. Agente Comunitário de Saúde: sujeito da prática em saúde bucal em Alagoinhas - BA. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: 2007. Disponível em: <http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=763> acesso em 18.02.09 às 14h26min.

SANTO ANTÔNIO DE JESUS. **PORTAL OFICIAL** - Prefeitura Municipal de Santo Antônio de Jesus - BA. Disponível em: <www.prefeiturasaj.ba.gov.br>. Acesso em: 27 Jun. 2012.

SANTOS, A. M. *et al.* Linhas de tensões no processo de acolhimento das equipes de saúde bucal do Programa Saúde da Família: o caso de Alagoinhas, Bahia, Brasil. **Cad. de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 75-85, jan., 2007.

SCHIMITH, M. D.; LIMA, M. A. D. S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1487-94, nov-dez, 2004.

SCHWARTZ, T. D.; FERREIRA, J. T. B.; MACIEL, E. L. N.; LIMA, R. C. D. 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 & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 4, n. 15, p. 2145-2154, 2010.

- SILVA, J. A.; DALMASO, A. S. W. **Agente Comunitário de Saúde: o ser, o saber, o fazer.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002.
- SILVA, A. X.; CRUZ, E. A.; MELO, V. A importância estratégica da informação em saúde para o exercício do controle social. **Ciência & Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 683-88, 2007.
- SILVA, M. A. M.; FERREIRA, E. F.; SILVA, G. A. O direito à saúde: representações de usuários de uma unidade básica de saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1183-207, 2010.
- SPEDO, S. M.; PINTO, N. R. S.; TANAKA, O. Y. O difícil acesso a serviços de média complexidade do SUS: o caso da cidade de São Paulo, Brasil. **Physis Revista de Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 953-72, 2010.
- STARFIELD, B. **Atenção Primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- TEIXEIRA, C. F. Modelos de Atenção voltados para a qualidade, efetividade, equidade e necessidades prioritárias de saúde. In: TEIXEIRA, C. F., (Org.). **Promoção e vigilância da saúde.** Salvador: CEPS, ISC, p. 79-99. 2002.
- TEIXEIRA, C. F. A mudança do modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços. **Saúde em Debate.** Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 257-77, set-dez, 2003.
- THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa ação.** 10. ed. São Paulo: Cortez, 2000.
- TRAVASSOS, C.; VIACAVAL, F.; FERNANDES, C.; ALMEIDA, C. M. Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, v. 1, n. 5, p. 133-149, 2000.
- TRAVASSOS, C. MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 190-8, 2004. Suplemento.
- UNGLERT, C. V. S.; ROSENBERG, C. P.; JUNQUEIRA, C. B. Acesso aos serviços de saúde: uma abordagem de geografia em saúde pública. **Rev. Saúde Pública.** São Paulo, v. 5, n. 21, p. 439-46, 1987.
- UNGLERT, C. V. S. O enfoque da acessibilidade no planejamento da localização e dimensão de serviços de saúde. **Rev. Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v. 24, p. 445-52, 1990.
- VALENTIM, I. V. L.; KRUEL, A. J. A importância da confiança interpessoal para a consolidação do Programa Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 777-88, 2007.

VASCONCELOS, C. M.; PASCHE, D. F. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, G. W. S. *et al.* (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: Fiocruz; São Paulo: HUCITEC, p. 531-562, 2006.

VÁZQUEZ, M. L. *et al.* Participação social nos serviços de saúde: concepções dos usuários e líderes comunitários em dois municípios do nordeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 579-91, mar-abr, 2003.

APÊNDICES

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nós, Marluce Maria Araújo Assis (pesquisadora responsável) e Márlon Vinícius Gama Almeida (pesquisador colaborador) da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS) estamos convidando você a participar de uma pesquisa sobre o acesso aos serviços de saúde do seu município, intitulada ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE NA ATENÇÃO À SAÚDE DA FAMÍLIA EM DOIS CENÁRIOS DA BAHIA, BRASIL. Os resultados obtidos poderão contribuir para a melhoria no acesso e na atenção básica. Se você concordar e após sua autorização, suas respostas serão gravadas no momento da entrevista, que será feita em um local que assegure sua privacidade e confidencialidade, e/ou registradas no momento da observação, e você poderá ter acesso, para retirar e/ou acrescentar informações a qualquer tempo. O material coletado será organizado em um banco de dados pelos pesquisadores do Núcleo de Pesquisa Integrada em Saúde Coletiva (NUPISC), após organização do banco de dados o material será guardado por um período de cinco anos e posteriormente será destruído. Os pesquisadores asseguram o seu anonimato, isto é, ninguém saberá que foi você quem respondeu às perguntas, buscando respeitar a sua integridade moral, intelectual, social e cultural, tendo como **benefícios** proporcionar reflexões críticas sobre atenção à saúde na rede SUS, rediscutir como vem sendo prestada esta atenção e redefinir rumos para a Saúde da Família nos cenários locais. Os possíveis **riscos** estão relacionados ao desconforto devido ao aparecimento de possíveis conflitos de opiniões ou pelo sentimento por parte dos trabalhadores de saúde de estarem sendo observados. Os dirigentes podem se sentir incomodados com o processo de observação e os usuários podem se sentir inibidos para expor as suas opiniões com receio de influenciar no atendimento que necessitam. No entanto, os sujeitos poderão a qualquer momento desistir de participar da pesquisa ou anular este consentimento em qualquer fase, caso decidam, de forma que se evite que seu depoimento sofra consequência danosa na expressão livre de suas opiniões. No momento em que houver necessidade de esclarecimento de qualquer dúvida sobre a sua participação na pesquisa, você pode entrar em contato com a pesquisadora responsável pelo telefone (75) 3161-8162 no Centro de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UEFS - Módulo VI - NUPISC, Avenida Transnordestina, Novo Horizonte, Campus Universitário, em Feira de Santana, BA. Após ter sido informado (a) sobre os objetivos da pesquisa, caso concorde em participar, afirmamos que as informações coletadas serão utilizadas para relatórios de pesquisa, bem como para a divulgação dos resultados obtidos, somente para fins científicos. Se você concordar, por sua livre vontade, em participar da pesquisa, assine este termo de consentimento, ficando com uma cópia do mesmo.

Feira de Santana, Bahia, ____ de _____ de 201_.

Nome do Entrevistado (a)

Assinatura do Entrevistado (a)

Profa. Dra. Marluce Maria Araújo Assis
Pesquisadora Responsável

Márlon Vinícius Gama Almeida
Pesquisador Colaborador

**APÊNDICE B - QUADRO 02: PERFIL DOS TRABALHADORES DAS EQUIPES DE SAÚDE NAS USF DE FEIRA DE SANTANA,
BA ENTREVISTADOS NO PERÍODO DE SETEMBRO À DEZEMBRO DE 2012**

CÓD.	SEXO	IDADE (ANOS)	ESCOLARIDADE	TEMPO DE FORMAÇÃO	QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL	TEMPO DE ATUAÇÃO NA USF	TIPO DE VÍNCULO	CARGA HORÁRIA SEMANAL (HORAS)	OUTROS VÍNCULOS	FUNÇÃO
001	M ⁶	28	Ensino médico completo	2 anos	Técnico em Administração	7 anos	Concurso	40	Não	ACS
002	M	28	Fundamental completo	-	-	2 anos	Cooperativa	-	Não	Porteiro
003	F ⁷	40	Superior completo	17 anos	Especialista em Radiologia e Odontologia do Trabalho	7 anos	Cooperativa	40	Não	Cirurgiã-dentista
004	F	44	Ensino médio completo	-	-	10 anos	Cooperativa	40	Não	ACD
005	F	32	Ensino médio completo	7 anos	Técnico em Enfermagem	6 meses	Cooperativa	40	Não	Técnica de enfermagem
006	F	28	Ensino médio completo	1 ano	Técnico em Enfermagem	9 meses	Cooperativa	40	Sim	Técnica de enfermagem
007	F	28	Superior completo	3 anos	-	3 anos	Cooperativa	40	Não	Enfermeira
008	F	45	Ensino médio completo	-	-	7 anos	Concurso	40	Não	ACS
009	M	27	Superior completo	3 anos	Especialista em Ortodontia	3 anos	Cooperativa	40	Sim.	Cirurgião-dentista

⁶ Masculino.

⁷ Feminino.

CÓD.	SEXO	IDADE (ANOS)	ESCOLARIDADE	TEMPO DE FORMAÇÃO	QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL	TEMPO DE ATUAÇÃO NA USF	TIPO DE VÍNCULO	CARGA HORÁRIA SEMANAL (HORAS)	OUTROS VÍNCULOS	FUNÇÃO
010	F	-	Superior completo	10 anos	Especialização em Medicina do Trabalho e Gastroenterologia	4 anos	Cooperativa	40	Não	Médica
011	M	41	Ensino médio completo	-	Técnico em Contabilidade	5 anos	Concurso	40	Sim	ACS
012	F	51	Ensino médio completo	-	Técnico em Enfermagem	12 anos	Cooperativa	40	Não	Técnica de enfermagem
013	F	32	Ensino médio completo	12 anos	Auxiliar em Enfermagem	3 anos	Cooperativa	40	Sim	Auxiliar de enfermagem
014	F	36	Ensino médio completo	4 anos	Técnico em Enfermagem	2 anos	Cooperativa	40	Não	Técnica de enfermagem
015	M	34	Superior completo	7 anos	Especialização em Educação Inclusiva	3 anos	Cooperativa	40	Não	Educador físico
016	F	46	Ensino médio completo	-	Técnico em ACD	7 anos	-	40	Não	ACD
017	F	37	Superior completo	14 anos	Especialização em Saúde Mental	6 anos	Cooperativa	40	Sim	Enfermeira
018	F	51	Ensino médio completo	27 anos	-	-	Concurso	40	Não	Recepcionista
019	F	-	Superior completo	20 anos	Especialização em Saúde da Família	12 anos	Cooperativa	40	Não	Enfermeira

CÓD.	SEXO	IDADE (ANOS)	ESCOLARIDADE	TEMPO DE FORMAÇÃO	QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL	TEMPO DE ATUAÇÃO NA USF	TIPO DE VÍNCULO	CARGA HORÁRIA SEMANAL (HORAS)	OUTROS VÍNCULOS	FUNÇÃO
020	M	41	Superior completo	18 anos	Especialista em Pediatria	5 anos	Cooperativa	32	Sim	Médico
021	F	23	Ensino médio completo	1 ano	Técnico em Enfermagem	6 meses	Cooperativa	40	-	Técnica de enfermagem
022	F	32	Superior incompleto	-	Técnico em Enfermagem e Atualização em Enfermagem do Trabalho	2 anos	Cooperativa	40	Não	Técnica de enfermagem
023	F	47	Superior completo	20 anos	-	7 anos	Cooperativa	40	Não	Enfermeira
024	M	26	Superior completo	2 anos	-	8 meses	Cooperativa	40	Não	Cirurgião-dentista
025	F	52	Ensino médio completo	-	-	8 meses	Cooperativa	40	Não	Recepcionista
026	M	60	Superior completo	28 anos	Especialização em Saúde Materna e Neonatal	9 anos	Cooperativa	40	Não	Enfermeiro
027	F	25	Superior completo	1 ano	Atualização em Farmacologia	1 ano	Contrato	30	Não	Cirurgião-dentista

APÊNDICE C - QUADRO 03: PERFIL DOS TRABALHADORES DAS EQUIPES DE SAÚDE NAS USF DE SANTO ANTÔNIO DE JESUS, BA ENTREVISTADOS NO PERÍODO DE SETEMBRO À DEZEMBRO DE 2012

CÓD.	SEXO	IDADE (ANOS)	ESCOLARIDADE	TEMPO DE FORMAÇÃO	QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL	TEMPO DE ATUAÇÃO NA USF	TIPO DE VÍNCULO	CARGA HORÁRIA SEMANAL (HORAS)	OUTROS VÍNCULOS	FUNÇÃO
001	F ⁸	25	Superior completo	2 anos	-	1 ano	Contrato	40	Sim	Enfermeira
002	F	31	Ensino médio completo	7 anos	Técnico em Enfermagem	4 anos	Concurso	40	Não	Técnica de enfermagem
003	F	25	Superior completo	2 anos	Especialização em Motricidade Orofacial	1 ano	Cooperativa	40	Sim	Fonoaudióloga
004	F	31	Superior incompleto	-	-	2 anos	Concurso	40	Não	Recepcionista
005	F	35	Superior incompleto	-	-	14 anos	Concurso	40	Sim	ACS
006	F	37	Ensino médio completo	-	Técnico em Enfermagem	14 anos	Concurso	40	Não	ACS
007	M ⁹	-	Ensino médio incompleto	-	-	15 anos	Concurso	40	Não	ACS
008	F	59	Ensino médio completo	-	Técnico em Enfermagem	12 anos	Concurso	40	Não	ACS
009	F	48	Ensino médio completo	-	-	8 anos	Concurso	40	Não	ACS
010	F	50	Ensino médio completo	4 anos	Técnico em Higiene Bucal	7 anos	Concurso	30	Sim	THB

⁸ Feminino

⁹ Masculino

CÓD.	SEXO	IDADE (ANOS)	ESCOLARIDADE	TEMPO DE FORMAÇÃO	QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL	TEMPO DE ATUAÇÃO NA USF	TIPO DE VÍNCULO	CARGA HORÁRIA SEMANAL (HORAS)	OUTROS VÍNCULOS	FUNÇÃO
011	F	-	Superior incompleto	5 anos	-	3 anos	Cooperativa	40	Não	Enfermeira
012	F	34	Superior incompleto	-	Técnico em Enfermagem	6 anos	Concurso	30	Não	Técnica de enfermagem
013	F	38	Ensino médio completo	-	-	8 anos	Concurso	40	Não	ACS
014	F	49	Ensino médio completo	8 anos	Técnico em Patologia	5 anos	Concurso	30	Não	Agente administrativa
015	F	41	Ensino médio completo	-	-	5 anos	Concurso	40	Não	ACS
016	F	46	Superior completo	16 anos	Especialização em Emergência	1 ano	Cooperativa	40	Não	Médica
017	F	29	Ensino médio completo	-	-	3 anos	Concurso	40	Não	Recepcionista
018	M	35	Ensino médio completo	-	-	11 anos	Concurso	40	Não	ACS
019	F	56	Superior completo	-	-	9 anos	Concurso	30	Não	Cirurgiã-dentista
020	F	39	Ensino médio completo	8 anos	-	4 anos	Contrato	40	Sim	ACD
021	M	67	Superior completo	36 anos	-	5 anos	Contrato	40	Sim	Médico
022	F	25	Superior completo	1 ano	-	8 meses	Cooperativa	30	-	Médica

APÊNDICE D - QUADRO 04: PERFIL DOS USUÁRIOS DAS USF DE FEIRA DE SANTANA, BA ENTREVISTADOS NO PERÍODO DE SETEMBRO À DEZEMBRO DE 2012

CÓDIGO	SEXO	IDADE (ANOS)	ESCOLARIDADE	RESIDE NA ÁREA
001	Feminino	19	Ensino médio incompleto	Sim
002	Feminino	27	Ensino médio completo	Sim
003	Feminino	29	Ensino médio completo	Sim
004	Masculino	49	Ensino fundamental incompleto	Não
005	Masculino	24	Ensino médio completo	Sim
006	Feminino	34	Ensino fundamental incompleto	Sim
007	Feminino	32	Ensino fundamental completo	Sim
008	Feminino	43	Ensino fundamental incompleto	Sim
009	Feminino	70	Ensino fundamental incompleto	Não
010	Feminino	34	Ensino fundamental incompleto	Sim
011	Feminino	24	Ensino médio completo	Sim
012	Feminino	58	-	Sim
013	Masculino	50	Ensino fundamental incompleto	Sim
014	Feminino	24	Ensino médio completo	Sim
015	Feminino	31	Ensino médio completo	Sim
016	Feminino	43	Ensino fundamental incompleto	Sim
017	Feminino	25	Ensino fundamental incompleto	Sim
018	Feminino	33	Ensino fundamental incompleto	Sim
019	Feminino	36	Ensino fundamental completo	Sim

APÊNDICE E - QUADRO 05: PERFIL DOS USUÁRIOS DAS USF DE SANTO ANTÔNIO DE JESUS, BA ENTREVISTADOS NO PERÍODO DE SETEMBRO À DEZEMBRO DE 2012

CÓDIGO	SEXO	IDADE (ANOS)	ESCOLARIDADE	RESIDE NA ÁREA
001	Feminino	43	Ensino fundamental incompleto	Sim
002	Feminino	51	Ensino fundamental incompleto	Sim
003	Masculino	29	Ensino fundamental incompleto	Sim
004	Feminino	46	Ensino fundamental incompleto	Sim
005	Feminino	33	Ensino médio completo	Sim
006	Feminino	34	Ensino fundamental incompleto	Não
007	Feminino	31	Ensino fundamental incompleto	Sim
008	Feminino	42	Ensino fundamental incompleto	Sim
009	Feminino	18	Ensino fundamental incompleto	Sim
010	Feminino	36	Ensino fundamental incompleto	Sim
011	Masculino	55	Ensino fundamental incompleto	Sim
012	Feminino	34	Ensino fundamental completo	Sim
013	Feminino	44	-	Sim
014	Feminino	34	Ensino médio completo	Sim
015	Feminino	30	Ensino médio completo	Sim
016	Feminino	27	Ensino médio completo	Sim
017	Feminino	22	Ensino médio completo	Sim
018	Feminino	28	Ensino médio completo	Sim

**APÊNDICE F - QUADRO 06: PERFIL DOS DIRIGENTES DO SUS DE FEIRA DE SANTANA, BA ENTREVISTADOS NO
PERÍODO DE SETEMBRO À DEZEMBRO DE 2012**

CÓD.	SEXO	IDADE (ANOS)	FORMAÇÃO PROFISSIONAL	TEMPO DE FORMAÇÃO	QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL	TEMPO QUE ATUA COMO DIRIGENTE	CARGA HORÁRIA	OUTROS VÍNCULOS
001	F ¹⁰	29	Enfermeira	6 anos	Especialização em Saúde Pública	3 anos	40	Não
002	F	27	Enfermeira	2 anos	Especialização em Auditoria da Saúde	1 ano	40	Não
003	F	27	Enfermeira	-	Especialização em Saúde Pública	2 anos	40	Sim
004	F	28	Enfermeira e Fisioterapeuta	1 ano / 7 anos	Especialização em Emergência e UTI	11 meses	40	Não
005	F	25	Enfermeira	3 anos	-	1 ano	40	Não
006	F	-	Enfermeira	20 anos	Especialização em Gerenciamento da Unidade Básica de Saúde	1 ano	30	Sim
007	F	34	Enfermeira	10 anos	Especialização em Gestão em Saúde e Enfermagem do Trabalho	5 anos	30	Sim
008	F	28	Enfermeira	3 anos	Especialização em Urgência e Emergência	1 ano	20	Não

¹⁰ Feminino

CÓD.	SEXO	IDADE (ANOS)	FORMAÇÃO PROFISSIONAL	TEMPO DE FORMAÇÃO	QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL	TEMPO QUE ATUA COMO DIRIGENTE	CARGA HORÁRIA	OUTROS VÍNCULOS
009	F	50	Enfermeira	28 anos	Especialização em Gerenciamento da Unidade Básica de Saúde	2 anos	30	Não
010	F	39	Enfermeira	17 anos	Especialização em Auditoria em Saúde Pública e Pedagogia Aplicada à Enfermagem	5 anos	30	Sim
011	F	34	Enfermeira	4 anos	Especialização em Saúde Pública	3 anos	30	Sim

APÊNDICE G - QUADRO 07: PERFIL DOS DIRIGENTES DO SUS DE SANTO ANTONIO DE JESUS, BA ENTREVISTADOS NO PERÍODO DE SETEMBRO À DEZEMBRO DE 2012

CÓD.	SEXO	IDADE (ANOS)	FORMAÇÃO PROFISSIONAL	TEMPO DE FORMAÇÃO	QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL	TEMPO QUE ATUA COMO DIRIGENTE	CARGA HORÁRIA	OUTROS VÍNCULOS
001	F ¹¹	35	Cirurgiã-dentista	10 anos	Especialização em Gestão da Atenção Básica	4 anos	40	Sim
002	F	27	Enfermeira	4 anos	-	4 anos	40	Sim
003	F	26	Enfermeira	4 anos	Especialização em Saúde Coletiva	1 ano	40	Não
004	M ¹²	27	Enfermeiro	4 anos	Especialização em Saúde Coletiva	1 ano	40	Sim
005	F	28	Enfermeira	4 anos	Especialização em Terapia Intensiva	6 meses	40	Não

¹¹ Feminino

¹² Masculino

**APÊNDICE H - OFÍCIO PARA A SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE
FEIRA DE SANTANA, BA**



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
Autorizada pelo Decreto Federal no. 77.496, de 27.04.1976
Reconhecida pela Portaria Ministerial no. 874, de 19.12.1986
Recredenciada pelo Decreto Estadual no. 9.271, de 14.12.2004
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
NÚCLEO DE PESQUISA INTEGRADA EM SAÚDE COLETIVA


Feira de Santana, Bahia, 24 de Agosto de 2012.

Ilmo. Sr. Getúlio da Silva Barbosa
Secretário Municipal de Saúde de Feira de Santana

Tendo em vista a realização da pesquisa do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Mestrado Acadêmico, intitulada “Acesso aos serviços de saúde na atenção à saúde da família em dois cenários da Bahia, Brasil”, a ser realizada pelo mestrando e bolsista CAPES, Márlon Vinícius Gama Almeida, solicitamos a contribuição desta secretaria para possibilitar a coleta de dados empíricos com os sujeitos, trabalhadores e dirigentes que atuam na atenção a saúde da família. A pesquisa é parte do projeto integrado, financiado pelo CNPq (Edital Universal 2011), denominado “Acesso com qualidade aos serviços de saúde na Estratégia Saúde da Família em dois cenários da Bahia” e está sendo coordenado pela Profa. Dra. Marluce Maria Araújo Assis, que também é responsável pela orientação. A pesquisa tem como objetivos compreender as dimensões política, econômico-social, organizativa, técnica e simbólica do acesso aos serviços de saúde, através do fluxo do atendimento e das práticas (individuais e coletivas) operadas pelas equipes na Saúde da Família, bem como caracterizar a organização do acesso na Saúde da Família, através do fluxo do atendimento na “porta de entrada” e suas interfaces com a rede de atendimento SUS, analisar as práticas (individuais e coletivas) desenvolvidas na Saúde da Família e como estas facilitam e/ou dificultam o acesso do usuário a rede SUS e descrever as práticas operadas pela equipe na Saúde da Família e suas articulações com outros níveis do sistema, para possibilitar o acesso do usuário aos serviços de saúde.

De antemão agradecemos a oportunidade no desenvolvimento do trabalho referido acima.

Atenciosamente,


Profa. Dra. Marluce Maria Araújo Assis
Pró-Reitora de Pesquisa e Pós-Graduação/UEFS
Pesquisadora Orientadora

**APÊNDICE I - OFÍCIO PARA A SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE
SANTO ANTÔNIO DE JESUS, BA**



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA

Autorizada pelo Decreto Federal no. 77.496, de 27.04.1976
Reconhecida pela Portaria Ministerial no. 874, de 19.12.1986
Recredenciada pelo Decreto Estadual no. 9.271, de 14.12.2004

**DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
NÚCLEO DE PESQUISA INTEGRADA EM SAÚDE COLETIVA**

Feira de Santana, Bahia, 24 de Agosto de 2012.

Ilmo. Sr. Joan Paulo Souza

Secretário Municipal de Saúde de Santo Antônio de Jesus

Tendo em vista a realização da pesquisa do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Mestrado Acadêmico, intitulada “Acesso aos serviços de saúde na atenção à saúde da família em dois cenários da Bahia, Brasil”, a ser realizada pelo mestrando e bolsista CAPES, Márlon Vinícius Gama Almeida, solicitamos a contribuição desta secretaria para possibilitar a coleta de dados empíricos com os sujeitos, trabalhadores e dirigentes que atuam na atenção a saúde da família. A pesquisa é parte do projeto integrado, financiado pelo CNPq (Edital Universal 2011), denominado “Acesso com qualidade aos serviços de saúde na Estratégia Saúde da Família em dois cenários da Bahia” e está sendo coordenado pela Profa. Dra. Marluce Maria Araújo Assis, que também é responsável pela orientação. A pesquisa tem como objetivos compreender as dimensões política, econômico-social, organizativa, técnica e simbólica do acesso aos serviços de saúde, através do fluxo do atendimento e das práticas (individuais e coletivas) operadas pelas equipes na Saúde da Família, bem como caracterizar a organização do acesso na Saúde da Família, através do fluxo do atendimento na “porta de entrada” e suas interfaces com a rede de atendimento SUS, analisar as práticas (individuais e coletivas) desenvolvidas na Saúde da Família e como estas facilitam e/ou dificultam o acesso do usuário a rede SUS e descrever as práticas operadas pela equipe na Saúde da Família e suas articulações com outros níveis do sistema, para possibilitar o acesso do usuário aos serviços de saúde.

De antemão agradecemos a oportunidade no desenvolvimento do trabalho referido acima.

Atenciosamente,

A handwritten signature in black ink, reading 'Marluce Maria Araújo Assis'.

Profa. Dra. Marluce Maria Araújo Assis
Pró-Reitora de Pesquisa e Pós-Graduação/UEFS
Pesquisadora Orientadora

ANEXOS¹³

¹³ Os instrumentos da coleta de dados (Anexos A, B, C e D) foram retirados do Projeto de Pesquisa, aprovado no Edital Universal do CNPq em 2011, intitulado: “Acesso com qualidade aos serviços de saúde na Estratégia Saúde da Família em dois cenários da Bahia” (ASSIS, 2011).

**ANEXO A - ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA
(DIRIGENTES DO SUS MUNICIPAL)**

1 DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:

Código do entrevistado: _____ Idade: _____ Sexo: _____

Local de trabalho: _____

Formação profissional: _____

Tempo de formação: _____

Qualificação profissional: _____

Tempo que atua como gestor, gerente ou coordenador: _____

Outro(s) vínculo(s) empregatício(s): () SIM () NÃO

Qual (is)? _____

2 ROTEIRO TEMÁTICO:

2.1 Acesso aos serviços de saúde

- Acesso - tipo de demanda (organizada, espontânea), número de vagas;
- Sistema de atendimento (consultas agendadas, critérios de marcação de consultas);
- Encaminhamento para outros serviços (referência e contrarreferência);
- Atitude do dirigente em relação às demandas dos usuários e vice-versa;
- Resolução de problemas que dependem de outros serviços, práticas e unidades da rede (exames complementares, tratamentos específicos).

2.2 Articulações entre sujeitos sociais (dirigentes, trabalhadores de saúde e usuários)

- Relações estabelecidas entre os dirigentes do SUS e o Programa Saúde da Família;
- Relacionamento entre dirigente, trabalhadores de saúde e usuários para atendimento das demandas da Saúde da Família (Conselho Municipal e Conselhos Locais de Saúde);

2.3 Outros comentários:

**ANEXO B - ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA
(TRABALHADORES DE SAÚDE)**

1 DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:

Código do entrevistado: _____ Idade: _____ Sexo: _____

Unidade de Saúde: _____

Formação profissional: _____

Tempo de formação: _____

Qualificação profissional: _____

Tempo que trabalha na Unidade de Saúde da Família: _____

Tempo que atua nesta equipe: _____

Outro(s) vínculo(s) empregatício(s): () SIM () NÃO

Qual (is)? _____

2 ROTEIRO TEMÁTICO:

2.1 Acesso aos serviços de saúde

- “porta de entrada” do serviço (quem e como);
- Critérios para o atendimento das necessidades individuais e coletivas;
- Oferta - tipo de demanda (organizada, espontânea), número de vagas;
- Sistema de atendimento (consultas agendadas, critérios de marcação de consultas);
- Encaminhamentos no próprio serviço;
- Encaminhamento para outros serviços (referência e contrarreferência);
- Atitude da equipe em relação às demandas dos usuários e vice-versa;
- Definir o projeto terapêutico e quem se responsabiliza em resolver os problemas apresentados pelos usuários.

2.2 Práticas da equipe de saúde e enfermagem

- Atenção à demanda interna (ações específicas em saúde da mulher, criança e adolescente, adulto, idoso, mulher e saúde bucal - promoção, prevenção, cura e reabilitação);
- Realização de procedimentos (quem realiza ou quem encaminha);
- Resolução de problemas que dependem de outros serviços, práticas e unidades da rede (exames complementares, tratamentos específicos, entre outros).

2.3 Articulações estabelecidas entre sujeitos sociais (dirigentes, equipe de saúde e usuários)

- Relações estabelecidas entre os sujeitos sociais que atuam na unidade;
- Relação entre os dirigentes do SUS e trabalhadores de saúde e entre estes e usuários;
- Relações estabelecidas entre as unidades de referência e contrarreferência;
- Presença de Conselho de Saúde na Unidade.
- Organização para reivindicar o acesso aos serviços de saúde.
- Participação do usuário.

2.4 Outros comentários:

**ANEXO C - ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA
(USUÁRIOS)**

1 DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:

Código do entrevistado: _____ Idade: _____ Sexo: _____

Unidade de Saúde: _____

Grau de Escolaridade: _____

Reside na área de abrangência: () SIM () NÃO

2 ROTEIRO TEMÁTICO:

2.1 Acesso aos serviços de saúde

- Características do atendimento na recepção da unidade de saúde (tempo de espera, condições do ambiente, satisfação no atendimento);
- Serviços de saúde que são ofertados na unidade de saúde: número de vagas, tipo de atendimento, consultas agendadas ou não, critério de marcação;
- Relação com os trabalhadores de saúde da unidade;
- Definição do procedimento a ser realizado no momento da consulta;
- Critérios de definição (pelo material disponível; sua necessidade; sua vontade; seu desejo, outros);
- Forma de acesso à unidade de saúde: a pé, de ônibus, transporte próprio, outros;
- Atendimento as suas necessidades e como você participa (ou gostaria de participar) da elaboração de decisões para definir prioridades e/ou necessidades;
- Facilidade de acesso quando procura uma unidade de saúde durante o dia, noite e nos finais de semana;
- Período de funcionamento das unidades de saúde;
- Acesso comunicacional (existência de um número de telefone para marcar consultas e/ou atendimento ou pedir informações);
- Serviço de saúde e a relação com o dia de trabalho do usuário;
- Acesso a todos os medicamentos que precisa.

2.2 Articulações estabelecidas entre os usuários, trabalhadores de saúde e dirigentes:

- Relações entre as pessoas (porteiro, auxiliar de enfermagem, técnico de enfermagem, ACS, entre outros) que atuam na unidade e a relação da equipe com os usuários e seus familiares;
- Participação em Conselho Local ou Municipal de Saúde.

2.3 Outros comentários:

ANEXO D - ROTEIRO PARA OBSERVAÇÃO SISTEMÁTICA

1 DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:

Código da unidade: _____ Tempo de funcionamento da Unidade: _____

2 ROTEIRO TEMÁTICO:

2.1 Acesso aos serviços de saúde e fluxo do atendimento

- Responsáveis pela recepção do usuário na Unidade;
- Acomodação das pessoas durante a espera;
- Tempo médio de espera na recepção;
- Acolhida dos usuários (informações, esclarecimentos, abordagem, linguagem);
- Tipo e adequação das informações sobre as atividades desenvolvidas pelos trabalhadores de saúde (cronogramas, fluxogramas, organogramas, cartazes, mapas, gráficos, relatórios);
- Critério utilizado para consulta (ordem de chegada, idade, necessidade, ordem de marcação, sexo, endereço);
- Critério para consulta subsequente;
- Condições do consultório (espaço físico, iluminação, ventilação/temperatura, nível ruído, aspecto estético, distribuição dos equipamentos);
- Horário de chegada/saída dos trabalhadores;
- Número de consultas por turno;
- Tempo médio por consulta;
- Vínculo da equipe com a comunidade;
- Como é definido o projeto terapêutico e quem se responsabiliza em resolver os problemas apresentados pelos usuários;
- Outras observações.

2.2 Acesso as práticas da equipe de saúde e enfermagem

- Atividade educativa (clientela, tipo de atividade, critérios para os temas abordados, número de atividades educativas, planejamento das atividades, locais onde são desenvolvidas);
- Critério para realização de um procedimento clínico (necessidade do usuário, vontade do usuário, vontade do trabalhador, de acordo com o material disponível);
- Abordagem dispensada pelos trabalhadores aos usuários no momento do atendimento: presença respeito aos seus desejos, respostas para suas dúvidas, valorização dos saberes do outro, esclarecimento sobre o procedimento a ser realizado;
- Participação da comunidade no planejamento das atividades (marcação, critérios de consulta, número de procedimentos, critérios de prioridades);
- Relação dialógica e pedagógica profissional e usuário (o exercício da fala, da compreensão, de respeito, compromisso);
- Outras observações.

2.3 Articulações estabelecidas entre os sujeitos sociais (dirigentes, equipe e usuários)

- Relação entre os diversos membros da equipe na Unidade de Saúde da Família;
- Reuniões de planejamento de atividades conjuntas (dirigentes, trabalhadores e usuários);
- Relação entre os dirigentes e os trabalhadores;
- Relações entre os trabalhadores e os usuários;
- Outras observações.

2.4 Outras observações importantes:

ANEXO E - AUTORIZAÇÃO DE ENTRADA NO CAMPO DE PESQUISA

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SEÇÃO DE CAPACITAÇÃO PERMANENTE



Feira de Santana, 19 de Setembro de 2012.

DA: SEÇÃO DE CAPACITAÇÃO PERMANENTE
PARA: Comitê de Ética em Pesquisa UEFS
C/C: Atenção Básica
ATT: Dr^a Erika Sabrina Leão

ENCAMINHAMENTO ACADÊMICO/IES
Mestrado

Estamos encaminhando o mestrando **Marlon Vinícius Gama Almeida**, da **UEFS**, onde o mesmo solicita deste setor, início de coleta de dados nas **USF**, com **trabalhadores de saúde e usuários, assim como, na Secretaria Municipal de Saúde**, cadastrados neste centro fins acadêmicos, tendo como tema de pesquisa: **"Acesso aos Serviços de Saúde na Atenção à Saúde da Família em dois Cenários da Bahia, Brasil"**.

Atenciosamente,

Ariella Karla de O. Covas
Ariella Karla de O. Covas
Coordenadora da Seção
de Capacitação Permanente
Ariella Karla Covas
Coord. da Seção de Capacitação Permanente

ANEXO F - AUTORIZAÇÃO DE ENTRADA NO CAMPO DE PESQUISA

Prefeitura Municipal de Santo Antônio de Jesus
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CARTA DE APRESENTAÇÃO

Santo Antônio de Jesus, 25 de setembro de 2012.

Encaminho o estudante do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva (Mestrado Acadêmico) da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), **Márlon Vinícius Gama Almeida**, para realizar uma coleta de dados nas Unidades de Saúde da Família Alto do Morro, Boa Vista, Cocão, Esperança, Alto Santo Antonio, Amparo, Andaiá I e II, Aurelino Pereira dos Reis, Calabar, Dr. Fernando Queiroz I e II, Geraldo Pessoa Sales, Irmã Dulce, Manoel Nascimento de Almeida, Marita Amâncio, São Francisco, São Paulo, Urbis II, Urbis III e Viriato Lobo, da pesquisa intitulada **“ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE NA ATENÇÃO À SAÚDE DA FAMÍLIA EM DOIS CENÁRIOS DA BAHIA, BRASIL”**.

Esta pesquisa tem como objetivos: 1. Compreender as dimensões política, econômico-social, organizativa, técnica e simbólica do acesso aos serviços de saúde, através do fluxo do atendimento e das práticas (individuais e coletivas) operadas pelas equipes na Saúde da Família em Feira de Santana e Santo Antônio de Jesus; 2. Caracterizar a organização do acesso na Saúde da Família, através do fluxo do atendimento na “porta de entrada” e suas interfaces com a rede de atendimento SUS; 3. Analisar as práticas (individuais e coletivas) desenvolvidas na Saúde da Família e como estas facilitam e/ou dificultam o acesso do usuário a rede SUS; 4. Descrever as práticas operadas pela equipe na Saúde da Família e suas articulações com outros níveis do sistema, para possibilitar o acesso do usuário aos serviços de saúde.

Serão sujeitos desta pesquisa, os membros das Equipes de Saúde e Usuários da USF que atendam aos critérios de inclusão preestabelecidos.

Assim, o pesquisador deverá contactar com as (os) gerentes das referidas unidades para agendar um horário que não interfira na rotina de trabalho dos profissionais. Saliendo que, conforme a Resolução 196/96, nenhum ser humano é obrigado a participar de qualquer pesquisa, portanto, participarão desta, apenas, quem der o consentimento livre e esclarecido.

Atenciosamente,

Tatiane S. Couto de Almeida
 Coordenadora da Integração
 Ensino e Trabalho

TATIANE SANTOS COUTO DE ALMEIDA
Coordenadora da Integração Ensino-Serviço

Ilmº. Srº.:

Rua A – Quinta do Inglês – Centro Médico Cajaíba, no. 87 – Sala 203 – 2.º andar
 Santo Antônio de Jesus – BA – CEP: 44572-055
 E-mail: sajsaude@mma.com.br - Telefax: (75) 3632-4482/4491-4538/4634

ANEXO G - AUTORIZAÇÃO DE ENTRADA NO CAMPO DE PESQUISA

Prefeitura Municipal de Santo Antônio de Jesus
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CARTA DE APRESENTAÇÃO

Santo Antônio de Jesus, 25 de setembro de 2012.

Encaminho o estudante do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva (Mestrado Acadêmico) da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), **Márlon Vinícius Gama Almeida**, para realizar uma parte da sua coleta de dados nesta Secretaria de Saúde, com **Dirigentes do SUS municipal**, constituído pelo secretário de saúde, coordenadores da ABS, entre outros, da pesquisa intitulada **“ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE NA ATENÇÃO À SAÚDE DA FAMÍLIA EM DOIS CENÁRIOS DA BAHIA, BRASIL”**.

Esta pesquisa tem como objetivos: 1. Compreender as dimensões política, econômico-social, organizativa, técnica e simbólica do acesso aos serviços de saúde, através do fluxo do atendimento e das práticas (individuais e coletivas) operadas pelas equipes na Saúde da Família em Feira de Santana e Santo Antônio de Jesus; 2. Caracterizar a organização do acesso na Saúde da Família, através do fluxo do atendimento na “porta de entrada” e suas interfaces com a rede de atendimento SUS; 3. Analisar as práticas (individuais e coletivas) desenvolvidas na Saúde da Família e como estas facilitam e/ou dificultam o acesso do usuário a rede SUS; 4. Descrever as práticas operadas pela equipe na Saúde da Família e suas articulações com outros níveis do sistema, para possibilitar o acesso do usuário aos serviços de saúde.

Serão sujeitos desta pesquisa, os membros das Equipes de Saúde, Usuários da USF e Dirigentes Municipais que atendam aos critérios de inclusão preestabelecidos.

Assim, o pesquisador deverá contactar previamente com os informantes-chave para agendar um horário que não interfira na rotina de trabalho dos profissionais. Saliento que, conforme a Resolução 196/96, nenhum ser humano é obrigado a participar de qualquer pesquisa, portanto, participarão desta, apenas, quem der o consentimento livre e esclarecido.

Atenciosamente,

Tatiane S. Couto de Almeida
 Coordenadora da Integração
 Ensino - Trabalho

TATIANE SANTOS COUTO DE ALMEIDA
 Coordenadora da Integração Ensino-Serviço

Ilmº. Srº.:

Rua A – Quinta do Inglês – Centro Médico Cajaíba, no. 87 – Sala 203 – 2.º andar
 Santo Antônio de Jesus – BA – CEP: 44572-055

E-mail: sajsaude@mma.com.br - Telefax: (75) 3632-4482/4491-4538/4634

