



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
FACULDADE DE CEILÂNDIA – FCE  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

---

ANÁLISE DA QUALIDADE DO ACESSO ÀS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE: REFLEXÕES E  
PERSPECTIVAS PARA O SISTEMA

Elias Rodrigues Barbosa Júnior  
Brasília, 2013



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
FACULDADE DE CEILÂNDIA – FCE  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

---

ANÁLISE DA QUALIDADE DO ACESSO ÀS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE: REFLEXÕES E  
PERSPECTIVAS PARA O SISTEMA

**Anteprojeto de pesquisa apresentado à  
Faculdade de Ceilândia na Universidade de  
Brasília, como requisito parcial para a  
obtenção do diploma de graduação em  
Saúde Coletiva.**

**Professor Orientador: Dr. Breitner Tavares**

Elias Rodrigues Barbosa Júnior  
Brasília, 2013

## TERMO DE APROVAÇÃO

---

ELIAS RODRIGUES BARBOSA JÚNIOR

ANÁLISE DA QUALIDADE DO ACESSO ÀS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE: REFLEXÕES E  
PERSPECTIVAS PARA O SISTEMA

Monografia defendida e aprovada como requisito parcial para a obtenção do diploma de graduação em Saúde Coletiva na Faculdade de Ceilândia na Universidade de Brasília, a 12 de dezembro de 2013, pela banca examinadora assim constituída:

---

**Professor Dr. Breitner Tavares**

**Orientador**

(Universidade de Brasília – Brasília/DF)

---

Professor Doutor Pedro Jabur

(Universidade de Brasília – Brasília/DF)

---

Professor Doutor Sérgio Schierholt

(Universidade de Brasília – Brasília/DF)

## **AGRADECIMENTOS**

---

A realização deste trabalho não seria possível sem a colaboração e o apoio de pessoas muito especiais: minhas famílias, amigos, professores e colaboradores, às quais dedico meus sinceros agradecimentos.

*“O homem que jaz doente na cama talvez perceba que em geral está doente de seu ofício, de seus negócios ou de sua sociedade, e que por causa dessas coisas perdeu a capacidade de reflexão sobre si mesmo: ele obtém esta sabedoria a partir do ócio a que sua doença o obriga.”*

(Nietzsche, 1844-1900)

## SUMÁRIO

Índice de siglas	
Resumo	
Abstract	
Introdução – 01	
Justificativa – 05	
Marco teórico – 06	
Objetivos (geral e específicos) – 12	
Metodologia – 12	
Desenvolvimento – 13	
Regionalização e acolhimento na UBS – 13	
A medicalização do Acesso – 20	
Participação popular no acesso nas UBS – 22	
Considerações finais – 27	
Referências bibliográficas– 29	

## **Índice de siglas**

Sistema Único de Saúde (SUS)

Unidades Básicas de Saúde (UBS)

Centros de Saúde (CS)

Medicinas Alternativas (MA)

Constituição Federal (CF)

Programa de Saúde da Família (PSF)

Estratégia Saúde da Família (ESF)

Norma Operacional de Atenção à Saúde (NOAS)

Planejamento Participativo (MAPP)

## RESUMO

Esta revisão bibliográfica ressalta a valorização da discussão sobre a qualidade do acesso à atenção básica de saúde. Fundamenta as teorias expressas no que trata a política de humanização do Sistema Único de Saúde (SUS) e demonstra que há ainda muitas possibilidades de organizar o sistema de saúde a partir de participação popular e cogestão com os atores das ações de saúde. Os dados obtidos a partir da pesquisa documental foram captados na biblioteca virtual de saúde, em livros e cartilhas do Ministério da Saúde. A discussão sobre a qualidade do acesso infere a humanização das ações em saúde e é uma forte aliada para a conscientização das políticas para almejar as metas de universalidade, integralidade e equidade. Os profissionais de saúde, tais como os gestores em saúde coletiva, podem, com a ampliação da discussão sobre qualidade no acesso, desempenhar suas ações de promoção e prevenção em saúde de forma a visar o desenvolvimento de novas formas de acesso e acolhimento nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), também conhecido com Centros de Saúde (CS). A ausência da participação popular como uma ferramenta na discussão sobre a melhoria do acesso à saúde é uma lacuna e sua valorização pode ser almejada com o planejamento conjunto com a comunidade por meio de métodos de ouvidoria e de orientação da população.

Palavras-chave: política de humanização – saúde coletiva – qualidade de saúde – participação popular

## **ABSTRACT**

This literature review emphasizes the valorization of the discussion about the quality of the access to the basic health care. It bases the theories expressed about the humanization policy of the Unified Health System (SUS) and shows that there are still many possibilities for organizing the health system from popular participation and co-management with the actors of health. The data obtained from the desk research was captured in the virtual library of health books and booklets of the Ministry of Health. The discussion about the quality of access infers the humanization of health initiatives and it is a strong ally to the awareness of policies to set our goals of universality, comprehensiveness and equity. Health professionals, such as managers in public health, with the magnification of the discussion of the quality of access, can perform their actions of promotion and health prevention in order to target the development of new forms of access and acceptance in the Basic health (UBS), also known as health Centers (CS). The absence of popular participation as a tool in the discussion on improving access to health care is a gap and its value may be reached by the planning with the community through ombudsman methods and orientation of the population.

**Keywords:** Politics of humanization – public health – health quality – popular participation

## INTRODUÇÃO

Este estudo analisa os dados encontrados em textos, artigos e livros referentes às discussões sobre a qualidade do acesso em unidades básicas de saúde no Sistema Único de Saúde.

O profissional de saúde coletiva, no crescimento do conceito da participação popular, tem como base entender as peculiaridades dos seus objetos de trabalho em saúde a partir da perspectiva das problemáticas e propostas de melhorias das ações de saúde.

Procurando compreender o sentido inicial da busca dos usuários por saúde, o presente estudo pretende entender os caminhos escolhidos pelos profissionais de saúde de forma a melhorar a qualidade do acesso dos usuários de sistema de saúde no Brasil, bem como ampliar a participação popular na tomada de decisões e no planejamento das ações em saúde.

A referência bibliográfica nos possibilitará entender as políticas e programas de saúde que tratam do cotidiano, das vivências, das necessidades e das adaptações da participação popular para o aprimoramento dos serviços e ações de saúde, oferecidos em UBS.

A necessidade de aprimoramento do atendimento à saúde pública na atenção básica, a começar pela situação física e humana do acolhimento dos usuários, nas políticas de acolhimento do governo, demonstra que se faz urgente a preparação dos profissionais de saúde nesse particular. Nisso vê-se a constante tentativa de atualizar as tecnologias de ações de saúde. A saúde começa e ela tem que ser ordenada e coordenada por uma forte atenção básica mais perto de onde as pessoas vivem.

O aparente desamparo para com a situação humana dos usuários torna-se claro no gesto insuficiente da consciência da não acomodação dos usuários expostos a vento, ao orvalho e ao sol, quando não chuva e frio, no momento expressivo da procura por saúde e ações de saúde frente ao centro de saúde. O planejamento em saúde deve aqui aprofundar seus vínculos com as reais problemáticas, desde clima até a segurança da população à espera pelo

atendimento primário frente ao centro de saúde.

Muitos pesquisadores, utilizando-se da pesquisa qualitativa, observam que através dessa pesquisa consideram-se as condições puídas do discurso da saúde, no qual se busca o acolhimento e a humanização das relações entre usuários e os profissionais de saúde, e localizam-se suas mazelas mais sensíveis. Neste estudo busca-se entender os pontos positivos das ações propostas e utilizadas, bem como as necessidades emergentes nas práticas dos serviços. Para encontrar essas informações utilizou-se a revisão bibliográfica. Analisamos também o perfil sociocultural dos usuários de unidades básicas de saúde e a construção das buscas por saúde por parte desses usuários citados nas pesquisas encontradas nos trabalhos selecionados.

Este tema tem sua real importância para entender melhor a discussão acerca da atenção básica desde o seu intuito até as suas demandas. Dessa forma esse estudo acrescenta e reaviva as promissoras propostas da atenção básica nas atualizações constantes dos estudos dos fatores que alimentam a ideia de um sistema de saúde abrangente e integralizado. “O processo de trabalho deve ser inspirado a partir do reconhecimento das necessidades de saúde dos usuários” (MORAES, 2011).

Dessa forma a questão norteadora desse estudo é analisar “como é a qualidade do acesso à saúde em unidades básicas de saúde?” e tem como resposta a análise sensível e assomada das relações da contextualização da construção da presença política das ações de saúde que se fazem na estrutura física do centro de saúde instalado na comunidade. A equalização entre a vivência do cotidiano das ações de saúde que abrangem verdadeiramente as relações biomédicas e as possibilidades que a condição humana encontra para a resolução dos problemas de saúde é o que a sociedade emana. Neste foco observa-se a coadunação das medicinas alternativas (MA) como uma forma de preparo para a não utilização das fontes de ações de saúde pautadas pelo SUS.

A problemática aferida começa no discurso da cultura popular de que “tudo tem fila”. E resolver o problema de filas na frente de um centro de saúde se demonstra um retorno social tão valioso como o princípio de que “saúde é um direito de todos e dever do Estado”

(Art. 96, CF, 1988).

“Perseguir o princípio da universalidade no acesso aos serviços de saúde, mas reconhecer a existência de grupos populacionais que não são atingidos pelas ações de saúde requer a organização de diferentes práticas de saúde que permitam a garantia da assistência. Para isso, torna-se necessário reformular os processos técnico-assistenciais no interior dos serviços” relembra Regina et al (2005:69).

Os estudos aqui abordados para ilustrar as tentativas de discussão das experiências nos mostram que a valorização do profissional de saúde na atenção básica vai além da sua profissionalização em mais de uma especialidade. Molda-se em seus empenhos em minimizar as dificuldades encontradas desde o primeiro contato com os usuários em busca de saúde e emoldura-se na dura luta para atenuar as condições muitas vezes insalubres de trabalho e exaustão das demandas. O que deve também ser valorizado e discutido constantemente em busca de aprimoramentos com as tecnologias duras, aquelas que representam as ferramentas tecnológicas, e tecnologias leves, aquelas que representam as interações entre as ferramentas tecnológicas e as interações humanas envolvidas nos processos dos serviços de saúde (MEHRY & FRANCO, 2003.1).

Ampla é o histórico de problemáticas no decorrer da construção do SUS, mas o acesso às suas ações de saúde, que tem sido esquecido por parte dos gestores, é de fundamental importância à eficácia dos serviços disponíveis. Nesse sentido, nos embasamos no pensamento de que o acúmulo de discussões nos faz visualizar a forma como a sociedade vê este problema inicial: o acesso aos serviços, e o como percorre diversos circuitos de saúde em busca de uma forma de atenção para uma problemática e sua solução. Muitas vezes problemáticas de possível prevenção. Prevenção essa que passa por uma das vozes mais frequentes no discurso do profissional de saúde coletiva, quando procura implantar as propostas do Sistema Único de Saúde no Brasil.

No capítulo “Regionalização e acolhimento na UBS”, tratamos da temática de se considerar as diferenças regionais na concepção de abordagens que sinalizam a discussão acerca das características culturais no planejamento das ações em saúde para a melhoria da qualidade do acesso em UBS. No capítulo acerca da medicalização do acesso, abordamos o

modelo biomédico que se ampara na conscientização dos profissionais de saúde, junto à população de apenas considerar a medicalização com forma prioritária de tratamentos de saúde. Já no capítulo sobre a participação popular no acesso nas UBS, enfatizamos o aspecto que mais preocupa o planejamento das ações em saúde sem a participação ainda indefinida da população e sua ausência, bem como a forma de como a sociedade pode se incluir nas discussões e tomadas de decisão.

## **JUSTIFICATIVA**

O acesso à atenção básica tem suas características únicas e fundamentais no que diz respeito ao princípio fundamental da criação do Sistema Único de Saúde e tem sido cada vez menos discutido nos dias atuais. Porém a discussão acerca da qualidade desse tema tem importância destacada na formação do profissional que irá atuar na demanda que tem crescido nas últimas décadas.

Ao refletir sobre a vivência que obtive no estágio durante a graduação em Saúde Coletiva, entendi a importância de estudar as relações criadas entre o atendimento e os usuários em centro de saúde, suas necessidades e validações.

É necessária a discussão dos feitos e necessidades no amparo do usuário do sistema de saúde brasileiro através de um olhar mais qualificado em torno da ideia de aprimoramento das ações e dos serviços de saúde desde o seu primeiro contato. Por isso, a análise a partir da revisão bibliográfica das discussões do modelo composto ao redor de unidades básicas de saúde nos ajuda a perceber as dificuldades e como os reajustes têm alcançado as metas do plano inicial de saúde como um direito de todos.

Esse estudo tem o intuito de discutir as possibilidades de acesso e de ampliar nossos conhecimentos e intervenções posteriores na atenção básica, assim como incentivar a participação popular para a melhoria da qualidade do acesso às unidades básicas de saúde, a partir de uma perspectiva oriunda em unidades básicas de saúde. Pretendemos também realçar o valor de sinalizar o cuidado com a saúde do usuário desde o seu interesse por ela através do acolhimento dado ao mesmo. Não apenas sorvendo o atendimento a uma medicalização do atendimento como forma de um planejamento puramente biomédico para resolução dos problemas de saúde. Para ressaltar a importância da discussão iremos sinalizar a participação popular como a grande coadjuvante na interiorização do processo de promoção a saúde, que é um dos principais pontos de concretização do Sistema Único de Saúde no Brasil.

## MARCO TEÓRICO

A proposta de delinear os traços do acesso à atenção básica e suas ações tem nas referências pesquisadas um papel fundamental de quais os pontos de vista podemos seguir. Veremos a seguir aonde as janelas de entendimento podem se abrir para facilitar nossa compreensão sobre o acesso à atenção básica no SUS.

O estudo de revisão bibliográfica aponta para a necessidade de reformulação de ampliação da participação popular para uma melhor qualidade de saúde da população. Observa ainda que a participação social é conhecida como controle social, e a partir da lei nº 8142/90 o usuário tem o direito e o dever de influir no planejamento, formulação, execução e fiscalização das ações em saúde, bem como na gestão financeira e administrativa do sistema único de saúde.

Nunes (2009) contribui neste momento para a racionalização de que a população encontrará nos conselhos e conferências de saúde um canal aberto para participar das discussões sobre a gestão dos serviços de saúde. Vê-se aqui uma clara preocupação de outros pesquisadores na concepção de ideias que caminham na direção de incluir a participação popular no âmbito das proposições para dar continuidade à distinção da importância da inserção de políticas e programas voltados para um maior acesso do usuário ao sistema de saúde. Essa inserção começa pela estimulação da presença popular nessas conferências e conselhos de saúde. As conferências de saúde se reúnem de quatro em quatro anos em nível local, regional e nacional, para avaliar e propor as readequações na política de saúde.

Segundo Silva Júnior (2010), o acesso representa a relação de procura por cuidado de saúde por parte dos usuários e a entrada desses no sistema de serviços de saúde disponível. O que ressalta a inerente utilização é uma das forças do controle social na presença da sociedade nas relações com o SUS. O usuário prescinde a importância de se ter saúde e busca na porta de entrada o meio mais simples de ingressar no sistema de saúde, sendo que este é o primeiro desafio que estudiosos entendem como sociocultural e geográfico.

O desafio sociocultural do acesso aos serviços de saúde pode ser entendido como a maneira como os indivíduos se relacionam com as ofertas de serviços de saúde e suas atribuições. O desafio geográfico dos acessos aos serviços de saúde é visto como a distância percorrida, desde o deslocamento linear até os custos deste, dos usuários em busca da porta de entrada aos serviços de saúde. Nesse ínterim a busca da participação popular para entendermos as diversas dificuldades faz-se no cômputo das políticas de fomento do SUS.

Como lembra Sousa (2007), “o Programa de Saúde da Família (PSF), que vem sendo implantado no Brasil desde 1994 como uma estratégia política para promover a organização das ações de atenção básica à saúde nos sistemas municipais de saúde”, se insere como importante instrumento de intervenção e ampliação do acesso da população e sua delimitação territorial infere uma primeira estratégia de alcance às microrregiões em que os desafios do acesso geográficos e limita, e vai em busca de intervenções do Estado à ampliação do acesso à população carente. Silva Junior (2010) observa que a maior parte da população carente se desloca a pé, por causa do custo do deslocamento e da indisponibilidade de transporte coletivo até a UBS. Vê-se aqui uma dificuldade a mais que passa pela frequência adequada dos transportes coletivos em áreas em que esse é disponível.

O interesse, a opinião e o envolvimento do usuário são de grande valia para o fortalecimento da gestão participativa do SUS. Nesse sentido, a informação sobre a utilização do acesso aos serviços de saúde passa pela compreensão das dificuldades dos usuários. Kempfer (2011) sinaliza, em seus estudos, algumas das dificuldades comuns nos dias atuais, como o transporte até o serviço, a disponibilidade de medicamento, de exames e a submissão ao agendamento, ao tempo de espera pelos serviços e as filas causadas como consequências da demanda reprimida. A percepção positiva da resolutividade destas dificuldades, bem como a desorganização dos serviços e um mau atendimento dos usuários são fatores que nos fornecem dados, entrevistas e questionamentos sobre a melhoria dos atendimentos nos serviços de saúde. Ademais, a ampliação dos programas de saúde inseridos no cotidiano das populações por todo país atualmente dá-se de maneira contínua e multiestruturada.

Diz Moraes (2011) que a satisfação das necessidades encontra-se em potência no

produto de um processo de trabalho, assim como a necessidade de boas condições de vida é relacionada à necessidade de acesso a toda tecnologia de saúde capaz de melhorar e prolongar a vida. Salientamos aqui a necessidade de incrementar o constante planejamento de trabalho oriundo das informações captadas junto à população assistida para o aprimoramento das condições de trabalho, bem como a capacitação dos atores nele envolvidos.

A respeito das dificuldades encontradas nos serviços de atenção básica, não devemos esquecer as estratégias oriundas do planejamento e nos atemos aos casos em que o usuário se encontra impossibilitado de se deslocar a uma UBS. Nisso repensamos formas efetivas de trabalho, no que concerne à articulação de atividades de saúde coletiva, as ações de assistência clínica dos serviços. Tal processo é considerado a partir do reconhecimento das necessidades de saúde dos usuários (MORAES, 2011). A resolutividade dos serviços de saúde está relacionada com a sua organização (KEMPFER, 2011). A maior abrangência dos conhecimentos remete-nos a análise da maior quantidade de experiências organizacionais e suas contribuições no contexto social em que se inserem. É no convívio com as necessidades que as equipes e os trabalhadores dos serviços de saúde poderão se orientar e reajustar as ações em saúde. Desse modo, podem-se fortalecer as práticas e a efetivação de um controle social substantivo por parte da população.

Assis e Abreu de Jesus (2012) revelam “a diversidade de abordagens na formulação e implementação de políticas públicas e o seu potencial na organização do sistema de saúde”. Verificam o acesso econômico como as facilidades ou dificuldades do usuário em obter o atendimento como formas de custos. Identificam que há dimensões em níveis de análise que são: a política, quando há pactuação entre as instâncias e a participação popular; a socioeconômica, a qual se entende como as barreiras econômicas, sociais e físicas; a organizacional, que trata da porta de entrada, do fluxo de atendimento e das barreiras geográficas; a técnica, na qual se discute o acolhimento, a qualidade de atenção, o projeto terapêutico compartilhado e o vínculo entre equipe e paciente; e a simbólica, como o processo de saúde-doença e as relações de culturas, crenças, valores (ASSIS & JESUS, 2012).

Atualmente a Estratégia Saúde da Família (ESF) tem se tornado a porta de entrada

aos serviços de saúde aos usuários que não conseguiram alcançar os avanços de cobertura das políticas de atenção básica do sistema de saúde brasileiro. Ainda que por diversos moldes tenha se reformulado os modelos existentes, há ainda a necessidade de aprimoramento constantemente com a eminência de novas tecnologias de um mundo cada vez mais globalizado. Diante do fato de que as diversidades sociais e econômicas das populações, em pacífica convivência, espalhadas no extenso território brasileiro, oferecem um amplo espectro de figurações, faz-se recorrente a análise dos casos isolados e suas dificuldades e resolutividades. Para tanto é necessário se debruçar sobre os estudos das demandas mais carentes de acesso e averiguar quais as possibilidades de amenizar as desigualdades encontradas, tentando, assim, denotar as que necessitam de mais urgência. Faz-se necessário entender “equidade” como a organização de ações e serviços de saúde direcionados às condições desiguais socialmente observadas.

A partir do princípio da Universalidade, no qual a saúde passou a ser considerado um direito de todos e dever do Estado, os indivíduos passaram a ter acesso aos serviços de saúde bem com as dificuldades aos mesmos. Logo, os serviços não estavam preparados para abranger a demanda crescente das procuras por cuidados de saúde de uma população em constante crescimento.

Para Pontes (2010) “uma das dificuldades encontradas ainda no SUS é o reconhecimento e a utilização da rede básica como porta de entrada do sistema, pois grande parte da população faz uso da emergência para problemas que poderiam ser solucionados nos postos de saúde”. Essa discussão ganha forma e representa nos dias atuais o modo mais claro que o acesso às tecnologias duras não tem evitado que a população deixe de entender a importância de desafogar as emergências dos hospitais, por outro lado, não há a discussão paralela de como melhor equiparar as tecnologias leves para associá-las às tecnologias duras para um melhor acolhimento dos usuários na busca por cuidados de saúde na atenção básica (MEHRY, 2003).

Diversas vezes o que se percebe é um completo descaso com as condições mínimas de urbanização nas estruturas físicas das instalações das unidades básicas envolvida

na completa desinformação da participação popular na gestão desses serviços de saúde. Ainda sim se equiparando ao aparato técnico que se desenvolve precariamente pela falta de informação dos mesmos no que tange o agravamento da saúde dos usuários expostos às condições geográficas do acesso às unidades básicas mais próximas de suas residências, vê-se atualmente o trabalho iniciado em 1994 do PSF que tem auxiliado: no âmbito de criar indicadores de saúde; na diminuição de exames complementares; no encaminhamento às cirurgias e internações hospitalares. Isso tem sido ampliado com o aliado fundamental no processo de conscientização da participação popular, que é a informação de prevenção e promoção da saúde através de visitas e informativos de como procurar os serviços de saúde. Porém ainda não atinge a dimensão da acessibilidade proposta pelo advento da velocidade da tecnologia alocada em determinados municípios do território nacional.

A Norma Operacional de Atenção à Saúde (NOAS)/SUS 2001 prevê investimentos para possibilitar o acesso de todo cidadão a todas as ações e serviços de saúde necessários à resolução de seus problemas de saúde, o mais próximo de sua residência.

Assis (2012) relata que "o acesso aos serviços (de saúde) é focalizado e seletivo para responder a uma determinada queixa, (...) dirigido ao usuário de baixa renda que tem menor qualificação no setor formal da economia e à população excluída socialmente", ilustrando uma discrepante relação entre a real necessidade de uma sociedade que está na proposta magna do governo federal quando se propõe a tirar todos os cidadãos da miséria. O ponto de partida inicial nomeia como saída uma real humanização no que concerne dirigir à população algo que lhe seja comum e não um panorama no que diz respeito a uma sociedade esqualida e inconsciente de sua capacidade produtiva e cultural. Ao se associar o acesso aos direitos aqui não se sugere apenas um atendimento resolutivo digno, mas sim uma forma de atendimento que levante a bandeira de dignidade que o povo brasileiro se esquece por vezes e que tem requerido em seus trâmites usuais em suas relações com os órgãos do Estado.

A Política Nacional de Humanização, através do programa HumanizaSUS, diz que a democratização da gestão passa pela ideia de que a ampliação da participação dos sujeitos envolvidos na gestão participativa das ações forma uma trama para o cuidado em

saúde. O papel do gestor nos orienta a “lidar com conflitos, de ofertar métodos, diretrizes, quadros de referência para análise e ação das equipes nas organizações de saúde” (BRASIL, 2012:12), facilitando assim a compreensão das ações em saúde em face aos desafios que surgem no anseio de satisfazer a ambiência, no que se refere a uma “atenção acolhedora, resolutiva e humana” (BRASIL, 2013:32).

Dessa forma observa-se que a participação popular no direcionamento e entendimento das necessidades mais particulares das circunstâncias que formam o panorama da realidade observada mostra-se uma peça fundamental na construção de ações de saúde eficazes e inerentes aos planos de trabalho dos gestores de saúde coletiva. Cabe aqui salientar que o estudo pelo método qualitativo, utilizado por muitos dos autores aqui citados, fornecerá descobertas que prevalecem inertes nos anseios de quem mais precisa ser escutado, ou seja, a população que se desloca até os primeiros acessos à atenção básica de saúde. Nelas, Bauer (2002) encontra a visão dos autores aqui citados para fundamentar as possibilidades de intervenção em saúde pública e coletiva na busca de corrigir falhas e inovar as ações de saúde junto aos profissionais de saúde ali presentes. “Histórias pessoais expressam contextos sociais e históricos mais amplos, e as narrativas produzidas pelos indivíduos são também constitutivas de fenômenos sócio históricos específicos, nos quais as biografias se enraízam”, diz Bauer (2002).

## **OBJETIVO GERAL**

- Refletir sobre os discursos dos profissionais da saúde referente à qualidade da promoção da saúde a partir do acesso às Unidades Básicas de Saúde.

## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Destacar como os usuários conhecem a porta de entrada da atenção básica de uma unidade de saúde;
- Observar a tarefa de acolhimento no acesso de usuários da atenção básica em UBS;
- Observar as necessidades e adaptações da participação popular para o aprimoramento dos serviços e ações em saúde utilizando o método etnográfico de estudo;

## **METODOLOGIA**

Foram analisados 30 artigos sobre acesso encontrados na biblioteca virtual de saúde, bem com livros encontrados na BCE e cartilhas distribuídas sobre esse tema oriundas de publicações do Ministério da Saúde. Os estudos aqui utilizados estão compreendidos entre os anos de 1988 e 2013.

O método de pesquisa bibliográfica oferece uma visão panorâmica da diversidade de opiniões da realidade brasileira. A partir das informações oriundas desses estudos houve uma análise comparativa das mesmas. Essa análise se fundamentou nos anseios dos usuários e suas perspectivas em resolver e/ou evitar seus problemas de saúde na unidade básica em que eles buscam atendimento e nas referências pesquisadas e listadas ao fim desse trabalho.

Agradeço desde já ao apoio técnico da Universidade de Brasília, que guiará todo o trabalho através de seu corpo docente, em especial ao Professor Dr. Breitner Tavares.

## DESENVOLVIMENTO

O acesso nas UBS vem aqui se destacar juntamente com o interesse de uma população que a cada dia se vê esquecida de sua presença nos campos gestores de inserção social. Essa preocupação tem tomado importância real diante do panorama em que a sociedade cobra a cada dia um melhor atendimento à saúde como direito estabelecido na CF/88.

É mais cabível ao profissional gestor, em sua condição prioritária de formação, entrar em contato com os estudos relacionados ao assunto dado à banalização histórica da urgente demanda que cresce com o inchaço populacional das últimas décadas e o eminente envelhecimento da população, que vem sempre em busca de saúde nos hospitais e áreas de saúde em todo território nacional.

Devido à abrangência das possibilidades de discussão desse tema, venho ater-me aos pontos que considero destaque, pela sua repetida aparição nos ambientes dessa pesquisa, para que nosso foco não se faça mais uma falácia indumentária da incapacidade de se colocar na posição de eminentes usuários do sistema e ficarmos acumulando um débito social histórico de tratar bem os usuários no momento em que mais eles precisam de ajuda e acolhimento para sanar e/ou acompanhar suas dificuldades. É preciso entender o real problema para tomar mote à sua solução. Dos vários autores retiramos o essencial de suas ideias e colocações e organizamos uma forma de pensar como usuários ao que eles, como gestores, veem nossos problemas em questão.

## REGIONALIZAÇÃO E ACOLHIMENTO NO ACESSO NA UBS

Observo a regionalização como uma tentativa de padronização das relações entre serviços e usuários de saúde. Sua dimensão foi cabivelmente defendida por gestores que não tinham instrumentos de análise em que poderiam se apoiar para conduzir ações de saúde viáveis em condições em que a vulnerabilidade das pessoas é grande ou intransitável.

Segundo Silva e Benito (2013:2194), o discurso “aponta para a necessidade de se fortalecer a organização da saúde de forma regionalizada e, para tanto, torna-se necessário rever o sentido atribuído aos espaços formais de pactuação e negociação e a forma como os gestores se posicionam e se articulam nestes espaços”. Porém essa pactuação advém de mecanismos de governos e programas que vindouram negociatas em disputas de poder e de atuação generalizadas em áreas de visível impossibilidade de acessão social, como áreas dominadas pela violência e fatores insalubres como o saneamento público inexistente.

A forma padronizada de regionalização das áreas territoriais brasileiras desconsiderou durante muitos anos a diversidade de costumes e a atribuição de valor de uma sociedade multiculturalizada desde sua formação como democrática de direito a partir da CF/88. Misturas de raças não só permeiam a sensação de causa como condição por uma maior atenção à saúde de minorias esquecidas nos confins da sociedade. Não há como formatar uma grandeza regional se considerarmos as minutas urbanas e as dimensões amazônicas em sua extensão. O grande aspecto a ser dado como foco nesse sentido passa pela atenção às demandas que surgem no seio da sociedade e a na formatação atualizada constantemente de atendimento das necessidades dos usuários. Isso para fortalecer que “equidade é a introdução da diferença no espaço da igualdade e a eliminação das desvantagens, criando justas oportunidades” (SANCHO & SILVA, 2013:383). Se o dano causado por uma vantagem de acesso pela percepção que haja necessidade em se criar mais condições para que determinada população tenha acesso aos serviços de saúde, esse ponto tem que ser considerado uma questão emergencial e nesse aspecto relatadas suas urgências deliberadas às ações previamente consideradas no projeto gestor em caráter de condição para a qualidade preliminar de dar garantia de que os usuários terão acesso aos serviços oferecidos na UBS mais próxima de sua residência.

Para tanto é necessário criar e instituir um plano que ofereça condições de explorar os recursos muitas vezes mal utilizados e empacados nos burocráticos modelos de gestão sem dinamicidade plausível para com as condições de tráfegos de doenças, cada vez mais veloz. Devemos considerar também os aspectos culturais de cada região em sua mais

ampla trajetória histórica até os dias atuais. Isso demandará um coerente aprendizado em ouvir a população através de mecanismos de ouvidoria e acompanhamento estruturado em dados obtidos não só por dados estatísticos, mas também em ocorrências qualitativas observadas nas condições socioeconômicas de cada população.

Ouvir o intuito regional pela voz do usuário vem a “aumentar a capacidade da comunidade e fortalecer os indivíduos para influir nos fatores determinantes da saúde, o que exige educação prática, capacitação para a liderança e acesso a recursos” (BUSS, 2000:172). Apenas diante de se comunicar ao indivíduo sobre as possibilidades da sua condição como usuários, pode-se estabelecer um vínculo com este para seu acesso aos serviços com qualidade.

No que concerne aos entendimentos do trajeto que é criado pelos costumes culturais de cada região, entre cada uma com sua particularidade, Ramos e Lira (2003) percebem uma forma de contexto que se prende a formalização espontânea em suma criacionista dos costumes.

O acesso geográfico foi caracterizado por forma de deslocamento, tempo de deslocamento e distância entre a residência do usuário e o serviço de saúde. A forma de deslocamento utilizada pelo usuário é fator que facilita ou dificulta o seu acesso ao serviço de saúde. O acesso econômico foi caracterizado a partir de facilidades e dificuldades que o usuário encontra para obter o atendimento. Entre as facilidades identificaram-se: forma de deslocamento, procedimentos e obtenção de medicamentos. As dificuldades encontradas foram: custo de deslocamento, de procedimentos, de medicamentos e condição social atual.

O acesso funcional envolve a entrada propriamente dita aos serviços de que o cidadão necessita, incluindo-se os tipos de serviços oferecidos, os horários previstos e a qualidade do atendimento. A facilitação do acesso ao uso dos serviços de saúde juntamente com outros fatores, em especial o acolhimento, favorece o vínculo do usuário e, portanto, contribui muitas vezes para o tempo de utilização do serviço e para a frequência de procura pelo atendimento (RAMOS & LIMA, 2003:31).

O tempo e a forma como o indivíduo foi ao longo do seu processo de habituação à

região aonde mora estabeleceu um elo cultural que deve ser respeitado. E se caso ele, como usuário, tenha limitações tanto físicas como econômicas, isso deve ser considerado e colocado no diagnóstico sócio assistencial de prevenção de agravos decorrentes das suas necessidades de saúde. Indo além da proposta do PSF de induzi-lo ao acesso à UBS compactuar dentro do programa de acesso aos usuários condições para que esse tenha de fato o acesso. O acesso é uma primeira etapa a ser vencida pelo usuário que deseja saúde em uma UBS.

Os caminhos que culminaram da vasta visão de diversos autores perpassam para uma solução que nos orienta para a participação popular como um processo de empoderamento de via única para a solução dos problemas de acesso em UBS. A questão mais atenuante de todos os exemplos aqui citados nos dirige a ideias oriundas das necessidades prevalentes de cada região do país, bem como em cada situação sociocultural e socioeconômica haja vista que estes dados nem sempre são favoráveis às intervenções planejadas com a realidade que em cada situação se encontra. Os projetos de capacitação de profissionais de saúde surgem no âmbito de referendar a crescente demanda que urge nos ambientes de rápida expansão urbana e suas condições adversas de integralidade são as mais nítidas propostas de que a participação popular aliada ao conhecimento preavaliativo das condições básicas de assistência fornecem uma ferramenta capaz de sanar as falhas de sistemas pensados à revelia da sociedade como um todo.

Assis e Jesus (2012) consideram que o acesso é visto como um grau de ajuste entre os serviços de saúde prestados no SUS e a comunidade. Nisso consideramos as necessidades de uma visão geral e formatada sendo criada de forma a ignorar a natureza social implícita de diferenças e valores também relativos e imensuráveis do ponto de vista humano, no qual se observa que muitas comunidades não detêm nem de informações básicas sobre o acesso, tais como horários de atendimento, entre outras.

Pode-se considerar que “entende-se acesso à saúde em sua dimensão sócio organizacional da assistência, na qual os espaços criados nos serviços fundamentem-se no acolhimento das demandas e necessidades dos usuários” (BARBOSA, 2013:2349).

Medeiros (2010:405) nos orienta que “a qualidade do atendimento ao usuário

implica em comunicar disponibilidade e interesse, demonstrar compreensão e ajudá-lo a descobrir alternativas para seu problema.” Ou seja, ao buscar uma forma de se encontrar uma resolutividade para as necessidades dos usuários, devemos antes de tudo ouvi-los e tentarmos ao máximo entender suas demandas. Lembrem-nos André e Ciampone (2007:839) que “os gestores considerados mais eficazes passam a maior parte do tempo administrando pessoas e tomando decisões com relação a elas”. Entrar em contato com os usuários deveria ser a primeira iniciativa do gestor para dar uma continuidade nas relações de interesse pela resolutividade dos problemas regionais implícitos nos mecanismos de acesso. Sejam eles na busca pelo conforto da demanda espontânea ou na facilitação dos meios de acesso aos serviços, tais como consultas agendadas para a promoção da saúde ou criação de um canal específico para uma ouvidoria dos pacientes cadastrados na UBS.

A qualidade do acesso em cada região se dá de forma diferenciada, pois os moldes culturais não estão padronizados aos credos tecnológicos do mundo moderno. E caso ainda existam senhas que possam ser distribuídas para a marcação de consultas, haverá uma forma de ordenar uma conduta preestabelecida pela participação popular sobre a melhor forma de ela ser acolhida e ofertada. Os produtos de saúde são em sua natureza uma delicada expressão de acesso aos serviços. E tendo condição de palpar os serviços os usuários criam um vínculo de personificação e responsabilização dos próprios mecanismos de cuidado que lhe são ofertados. A maneira como o cuidado é estabelecido entre os profissionais da saúde e os usuários, começa no respeito estabelecido pelo caminho da coerência com o bem-estar em que ali se sugere quando na procura por atendimento na porta da UBS. O acolhimento é a relação do profissional com os usuários de saúde que busca atendimento através do acesso a uma UBS.

Como nos remetem Sancho e Silva (2013: 383), “o acesso aos serviços de saúde, mais do que uma mera busca pela resolução dos problemas relativos à doença, é, numa perspectiva de justiça, uma adequada e satisfatória resolução das necessidades, mesmo que, vale lembrar, nem todas as diferenças sejam inevitáveis e inaceitáveis”. De fato todas as escolhas feitas anteriormente pelo usuário ao se submeter aos serviços de saúde em uma UBS

são desde seu deslocamento até a solução para suas necessidades uma situação que envolverá riscos. E valerá a confiança depositada nos profissionais de saúde ali presente a importância conferida a todos os serviços de saúde da UBS em questão. “Estas dependem, em geral, da liberdade de escolha do indivíduo ao se submeter a situações de risco” (SANCHO & SILVA, 2013: 383).

Há que se considerar a possibilidade de criar-se um programa que se atualize de acordo com as necessidades de acolhimento do usuário para que o acesso se dinamize de acordo com as condições ambientais e estruturais ali existentes na região. O que transpassa a questão da mobilidade urbana e adentra a condição de deslocamento dos usuários. Bem como o tempo decorrido para esse deslocamento e suas dificuldades reais.

Diante o processo de atendimento que o profissional de saúde estabelece com o usuário, o acolhimento se dá de forma clara e resolutiva quando o perfil é conhecido e estruturado na formação desse profissional. Dizem Silva e Benito (2013:2198):

“Os discursos indicam a garantia de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de atenção, com ênfase na média e alta complexidade, como a maior preocupação dos gestores. Porém a qualidade, a resolutividade, a aproximação com as necessidades reais do usuário e a organização das redes de atenção são muito pouco expressas. Também não apontam uma preocupação com a oferta de serviços de prevenção de doenças, promoção da saúde e tratamento em todos os níveis de atenção, fundamental para a garantia de uma atenção integral. Reflete um entendimento limitado e fragmentado que não leva em consideração o ‘acesso de qualidade’, o que para nós refere se a um entendimento de acesso limitado que não necessariamente irá ao encontro das reais necessidades da população.”

Outrora nos faça lembrar a indissociabilidade do processo saúde doença, já que não há este sem o equilíbrio homeostático entre os prognósticos do paciente, sugere-se ofertar desde o início uma dinâmica de não ofertar apenas um tratamento medicamentoso, mas uma possibilidade de reabilitação de sua saúde por meio de um programa de prevenção de agravos à saúde. Saúde no âmbito real das possibilidades de acesso aos serviços de saúde. É dentro da formação em prevenção em agravos à saúde que o profissional de saúde da UBS estabelecerá uma prioridade no acolhimento desse usuário. Sendo que muitas vezes uma mudança brusca de temperatura nas primeiras horas da manhã quando o usuário inicia seu deslocamento para acessar a UBS mais próxima de sua residência pode interferir no agravamento de uma condição

homeostática do mesmo. Aqui valerá considerar o acolhimento como o entendimento aliado a um atendimento pontuado pela sua equidade.

Ramos e Lima (2003:31) nos lembram que “Essa questão estaria resolvida se fosse abolido o sistema de distribuição de fichas no início da manhã, caso essa atividade pudesse ser diluída ao longo do dia”. E que remonta um costume de aguardar na fila para terceiros. Caso fosse adotado um outro sistema de marcação de consultas, haveria uma maneira mais equitativa de delimitar os acessos aos serviços às demandas. O “Respeito ao usuário se traduz na limpeza e organização da área, na pontualidade do atendimento, nas informações prestadas, nas rotinas que contemplam a necessidade do usuário” (RAMOS & LIMA, 2003:32) e nisso pensar fortalece a ideia de simplicidade do atendimento prestado a partir de condições mais humanizadas.

Precisamos rever não apenas o conjunto de possibilidades que um bom atendimento se refere a conhecer melhor os usuários como também em receber sua visita em uma UBS. A transformação do acolhimento deve começar a partir do momento em que os usuários observam estranhamento quando deixam de ser cumprimentados e chamados pelo nome.

O usuário deve se tornar o foco do serviço de saúde e conhecer os usuários uma tarefa cotidianamente moldada e remoldada. “Incorporar a prática de avaliação do cotidiano, visando a instituir mudanças na perspectiva dos princípios norteadores da Atenção Primária à Saúde e no fortalecimento do Sistema Único de Saúde, tomando o usuário como o objeto central do processo de Trabalho.” Ferri (2007:526) amplia a discussão ao perceber certo distanciamento do usuário com os profissionais de saúde quando não há um fortalecimento dos conhecimentos ali adquiridos juntos a população.

Outro ponto bastante considerado refere-se ao horário de atendimento das UBS. Cunha e Silva (2010:733) lembram que “a abertura das unidades básicas em horário noturno poderia facilitar o uso por parte de trabalhadores, particularmente homens que tradicionalmente não procuram serviços de saúde da rede básica devido à incompatibilidade entre o horário de funcionamento e o trabalho”. Apesar das dificuldades serem enormes no que diz ao ponto em questão, podemos considerar que uma análise cuidadosa das condições dos usuários com essas dificuldades, poderia sim abrir uma possibilidade de acolhimento mais específico para tais situações. Cunha e Silva (2010:736) nos sinalizam que “a institucionalização de práticas mais articuladas, com clareza quanto às rotinas para o

atendimento e encaminhamentos dos usuários na rede pode repercutir positivamente nos resultados da acessibilidade.”

Souza (2008) pondera que

“nas unidades básicas de saúde, o dispositivo acolhimento é desconhecido, estando ausente no vocabulário e nas práticas dos profissionais. Essa ausência se traduz num modelo tradicional de organizar a recepção, de forma burocrática, de entrega de fichas e marcação no balcão, não escapando qualquer usuário do destino das filas. Essas são agravadas pelo convencional “dormir na fila” em madrugadas, nas quais, a disputa de vagas é compartilhada pelo frio da noite e pelo medo da violência muito presente nas metrópoles. Além de parecer destino, as filas continuam motivo de reclamações e insatisfação para usuários das unidades básicas de saúde.”

A UBS trabalha nos moldes tradicionais de organização, centrada na consulta médica, através da distribuição de fichas. Não se conseguiu eliminar a fila e muitos usuários ainda deixam a unidade sem ter seu problema resolvido. No entanto, há uma preocupação forte com o atendimento humanizado e os entrevistados, em sua maioria, referiram-se a isso como algo concreto no cotidiano do serviço (RAMOS & LIMA, 2003).

Somente através de um atendimento que realmente conheça os usuários por meio de condições culturais permeadas pela afinidade entre os mais diversos setores do acesso as UBS poderão facilitar a introdução de uma nova cultura para valorização do acolhimento como ferramenta importantíssima na disseminação da promoção da saúde. Silva e Alves (2008:80) ressaltam que “uma forma de acolhimento por meio das relações humanas entre trabalhador/usuário, em que há o estabelecimento de uma relação de vínculo, além de promover a autonomia do último, fatores essenciais para uma assistência à saúde de qualidade”, exemplificando como fortalecer um acolhimento no acesso mais humanizado.

## A MEDICALIZAÇÃO DO ACESSO

A sociedade capitalista de consumo atrai o costume social de resolução de problemas de forma instantânea e esse modelo de resolução de problemas nem sempre se adéqua aos problemas de saúde que existem. Porém o modelo de medicalizar a população oferecido pelas grandes multinacionais farmacêuticas atinge as demandas dos serviços de saúde das UBS. Giselle (2011:1879) comenta que o “acesso está de fato relacionado à oferta de serviços adequados às necessidades da população ou não e à política de assistência farmacêutica no estado”.

Como não se pode deixar de conflitar com a situação brasileira em geral através da manipulação social dos meios de comunicação, há uma falta de programas que viabilizem a conscientização da participação popular na busca de não apenas medicalizar-se em busca de saúde. Os objetivos dos gestores em saúde coletiva em ofertar a prevenção pela equidade dos serviços de saúde podem tomar como ideia central o que observam Silva e Benito (2013:2198):

“Compreendemos que a impotência apresentada pelos gestores para gerar mudanças e a falta de participação da sociedade e dos trabalhadores na gestão fortalecem a supremacia dos interesses do mercado e contribuem para a garantia de um ‘acesso limitado’, a manutenção do modelo de atenção vigente e, em última instância, a reprodução da sociedade de consumidores.”

A qualidade do acesso se dá nesse propósito de medicalizar a população como uma maneira de ela conseguir medicamentos através da UBS. Entende-se como essa uma forma de procurar saúde, mas não de fato uma forma de cuidado com sua própria saúde. “A promoção da saúde vem sendo interpretada, de um lado, como reação à acentuada medicalização da vida social e, de outro, como uma resposta setorial articuladora de diversos recursos técnicos e posições ideológicas”, diz Buss (2000:166).

Os meios pelos quais a disponibilização de uma melhor qualidade de acesso à saúde pode se orientar pela presença de profissionais qualificados em comunicar aos usuários quais costumes e hábitos podem influenciar diretamente na saúde destes. Em muitos dos casos observados nos textos selecionados nessa pesquisa nota-se que a participação de aconselhamento dos serviços de saúde se dá logo na porta de acesso da UBS pelos seguranças, estes, sem treinamento adequado para essa função. Fica-se refém apenas das informações valiosas prestadas pelo serviço médico ali oferecido através da consulta tais possibilidades de informações cruciais. Informações que vão desde higiene como o trato com outros usuários ali presentes como consigo próprios.

Diz-nos Barbosa (2013:2351-2352):

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

A qualidade do acesso, por sua vez, não deve apenas representar o acesso ao medicamento oferecido no tratamento, mas sim vir aliada à qualificação dos profissionais em orientar e certificar-se o acompanhamento adequado do tratamento que a alia-se ao medicamento prescrito. É verdade que há só medicamentos essenciais, mas o perfil psicológico dos usuários tem que ser observado como aliado na resistência biológica do mesmo. É através de um cuidado com as escolhas e comportamentos que soam sugeridos nesse ínterim de procedimentos que a qualidade do acesso se transforma num bem-estar e em uma condição de restauração de saúde.

Silva nos alerta que (2011:3400)

“é preciso considerar a participação dos trabalhadores envolvidos para que a solução não seja exclusivamente baseada em critérios técnicos. Desta forma, as edificações devem ser construídas tendo como base critérios operacionais (natureza e finalidade do serviço a ser prestado), de organização do trabalho e de participação efetiva dos atores envolvidos (diferentes setores).”

## PARTICIPAÇÃO POPULAR NO ACESSO ÀS UBS

Debater a participação popular no acesso às UBS seria uma trajetória árdua caso não fosse a indiscutível necessidade da mesma perante a inadmissível dificuldade de organização para melhoria. A saúde começa e ela tem que ser ordenada por uma forte atenção básica mais perto de onde as pessoas estão. Logo é preciso expor os profissionais de saúde nos bairros e nas comunidades onde as pessoas residem e/ou se encontram.

As equipes de multiprofissionais devem estar preparadas para coordenar o cuidado com os usuários de cada região de acordo com a necessidade norteadas pelo conhecimento adquirido junto à população. Logo as regras de organização não serão as mesmas, pois os territórios não são os mesmos. Isto considerando que territórios não são delimitações geográficas apenas. Os territórios em suas naturezas se justificam pelas necessidades de criação. E entender os territórios é tarefa fundamental em conhecer as suas necessidades.

A capacidade de acesso à saúde em uma UBS tem sua delimitação amparada na capacidade de especialidades de atendimento que ali se propõe. Nesse ínterim, a valorização do atendimento em uma UBS pelo usuário é definida pelo empenho do profissional em sua tarefa multiprofissional de atender o usuário e chegar a uma resolutividade através dos itinerários terapêuticos conhecidos pela população. Podemos entender que os territórios são assim criados não por coordenadas, mas sim por onde as pessoas fizeram seus trajetos até chegar a uma UBS. Esse conhecimento só é possível quando o profissional de saúde entra em contato com o usuário a fim de conhecer seu itinerário terapêutico. Esse conhecimento só é possível a partir de uma maior participação popular.

Campos e Mishima (2005:1264) nos dizem que “A população sente e verbaliza claramente esse afastamento do Estado, enquanto o discurso dos trabalhadores é dúbio, porque estão numa posição dúbia, estão numa instituição representativa de um Estado que não é protetor, embora tenha um discurso de proteção social, e que culpabiliza os trabalhadores pela ineficiência dos serviços, embora tenha operacionalizado manobras de satanização das instituições públicas.” Assim o usuário procura entender uma corresponsabilização que lhe é computada, mesmo que ele não saiba. Pois mesmo antes de saber que ele tem direito à saúde no ponto mais próximo de onde ele se encontra, ele se vê desamparado por não conhecer esse ponto. Em busca de um atendimento que lhe ofereça sanar suas doenças ou dificuldades, procura outros meios de medicalizar-se ou até mesmo tratar-se de forma não assistida pelo Estado.

No que concerne a presença de uma sociedade esclarecida das possibilidades de acesso a saúde em uma UBS, vemos com o passar das décadas o esquecimento da importância de se procurar o acesso digno e de qualidade por mera ausência de participação popular no fortalecimento dos vínculos entre usuários e profissionais de saúde. Como conclama Medeiros (2010):

“Finalmente, é preciso mais politização dos usuários, para que o efetivo controle social se estabeleça através de reivindicações firmes e organizadas, sendo esta participação o engate para que a unidade possa oferecer um acolhimento pleno, centrado na satisfação das necessidades e na conscientização do gestor das suas obrigações, de prestar uma assistência digna e da melhor qualidade, além de

favorecer simultaneamente a construção de uma sociedade mais consciente de suas responsabilidades com a saúde e seus direitos, contribuindo para a modificação positiva do perfil sócio-sanitário do seu espaço social.”

A participação popular é dificultada pela ausência de “uma comunicação eficaz é capaz de estabelecer um vínculo entre trabalhador/usuário, produzir o conhecimento das reais necessidades de saúde do indivíduo, transmitir confiança e responsabilidade para o mesmo e também promover a autonomia diante da promoção de sua saúde”, afirmam Silva e Alves (2008:81). Na discussão e definição de papéis, a comunidade delegava aos pesquisadores a tarefa de agendamento das reuniões com os gestores. De acordo com os moradores, os pesquisadores eram seus representantes legítimos na luta pela melhoria do acesso aos serviços de saúde e deveriam marcar a reunião, uma vez que estavam mais próximos socialmente dos gestores, completa Vargas (2011:826).

A ausência da participação popular em grande parte dos territórios do país está associada diretamente com o grau de acessibilidade que os usuários têm às UBS, mas em muitos casos passa também pela dificuldade gerada pela disputa de poder de governantes estabelecidos nos territórios onde gestores não podem estabelecer um contato maior com a população. O esclarecimento é uma ferramenta tão valiosa como o acolhimento nesse quesito e se transpõe nas necessidades que se observam nos noticiários.

É proveniente de um débito histórico inegável que populações não participam das discussões por melhorias em suas regiões, mas o processo de gestão de políticas públicas moderno tem o dever de amparar essas comunidades que se ampliam não só nos territórios mais afastados das grandes cidades como também no interior de grandes metrópoles. Visto que a multiculturalização da sociedade é entendida como um desafio sociocultural, podemos, como gestores, adquirir por meio de uma maior participação popular ferramentas que nos ajudem a descortinar as dificuldades e melhorar o atendimento à saúde. “A falta de planejamento das ações pelos gestores e a inadequação dos seus objetivos aos da comunidade consistem uma lacuna que interfere na organização e na resolutividade do serviço” (KEMPFER, 2011:1071).

É possível uma participação popular que nos oriente a um processo organizativo

que amplie a resolutividade em UBS. Botti e Scochi (2006), de posse dos conhecimentos do método Altadir de Planejamento Participativo (MAPP), dão um exemplo de que com a ajuda de ferramentas aparentemente simples podemos solucionar conflitos de grandes amplitudes. “O MAPP é método criativo para orientar as discussões de problemas em bases populares possibilitando a seleção e hierarquização de problemas que afetam o ator que planeja, a fim de planejar e propor soluções” (disponível no site ITEIA).

A partir do plano geral de realizar encontros para o desenvolvimento da cidadania; implantar o colegiado gestor da UBS; organizar reuniões de caráter permanente e com a participação de todos os trabalhadores da UBS; e implantar processo de educação permanente aos trabalhadores, garantimos “periodicamente um espaço coletivo de discussão com a participação de todos os trabalhadores da UBS e representantes dos usuários, para a realização do planejamento local.” Como nos sinalizam Botti e Scochi (2006:112-113):

“Os encontros foram realizados durante a semana, no período noturno, e aos sábados, no período da tarde, para que a população pudesse participar de forma mais ativa. Os agentes de saúde distribuíram convites no bairro e pessoalmente explicaram o objetivo dos encontros para as famílias. Do primeiro encontro participaram 25 pessoas, entre trabalhadores, usuários e conselheiros locais, mas a participação foi se tornando mais expressiva no decorrer do trabalho, chegando a 60 pessoas no último encontro. Em um segundo momento, outros assuntos relevantes para problematizar a discussão foram tratados, como as características da área de abrangência e as relações com as condições de saúde do bairro, buscando assim envolver os membros do Conselho Local de Saúde e também outros trabalhadores e usuários da UBS. (...) Após essa etapa, algumas mudanças foram sentidas: o Conselho Local de Saúde tornou-se mais representativo, iniciou-se um planejamento local e os trabalhadores da UBS mostraram-se mais interessados em discutir estratégias para a melhoria do trabalho. A partir dessas discussões havia condições para realizar um mapeamento das necessidades e das potencialidades da comunidade, para que o planejamento direcionasse as ações futuras.”

Um novo pensamento sobre a participação popular pode ser elaborado a partir da aproximação dos gestores com os usuários. Silva (2011:3401) diz que a “adoção de formas isoladas de compreensão da dinâmica do trabalho tem se distanciado da atividade real dos trabalhadores e produzido condições de trabalho inadequadas, precárias condições de saúde, baixa eficácia produtiva e sofrimento no trabalho”. A partir da pactuação das ações através de um trabalho crítico e reflexivo compreenderemos novas lógicas de como pertencer ao vínculo com o ambiente sociocultural dos usuários. Dessa forma poderemos estabelecer estratégias adequadas de uma corresponsabilização das ações e tomadas de decisões que vão nortear a

garantia dos direitos à saúde que a CF/88 nos remete nos esclarecimentos do ensino dos princípios do SUS: universalidade; integralidade, e equidade.

Para tanto, nos faz lembrar Backes (2009:909) que

“Quanto mais o planejamento do SUS estiver articulado e integrado com a coletividade, tanto maior será a garantia de um serviço de saúde com qualidade e equidade. Não basta garantir o acesso ao sistema público. É preciso criar uma consciência política dos usuários para que não se tornem meros receptores das propostas governamentais. É preciso que todos os atores sociais estejam engajados e comprometidos na luta pela transformação da sociedade.”

E logo nos afirma Kempfer (2011:1017) que “a continuidade de estudos acadêmicos, preferencialmente de forma abrangente e sistemática, é indispensável para fornecer subsídios para melhores práticas e a efetivação de um controle social substantivo por parte da população.”

André e Ciampone (2007:839) ainda nos sugerem pensar que

“existe uma distância muito grande entre o que os gestores acreditam serem os conhecimentos gerenciais necessários a um gestor de Unidade Básica de Saúde e aqueles considerados conteúdos programáticos essenciais e que são desenvolvidos nos cursos de gestão em saúde. (...) O sistema ainda é regido predominantemente por princípios administrativos que se assemelham aos tradicionais e ultrapassados, devido à rigidez da mediação que deve ser mantida entre interlocutores interessados em diferentes projetos.(...) Tal fato acarreta planejamentos e direcionamentos diferentes a serem implementados ao mesmo tempo pelos agentes da gerência no nível do meio com seus interlocutores, gerentes e agentes que atuam nos loci das práticas e que enfrentam as agruras de não poderem planejar as ações, passando o tempo todo improvisando e apagando incêndios, como referem os próprios sujeitos da pesquisa.”

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Da formação dos profissionais de saúde podemos também afirmar que, confiantes das situações sociais implícitas na comunidade, estes poderão adequar as possibilidades de assistência à saúde ali ofertada de acordo com a demanda. Desde a urgência ao acompanhamento ambulatorial até a marcação de exames. A tomada de decisões deve ser ordenada na formação interdisciplinar desses profissionais. Castro (2012:1782) sinaliza que é necessário a “instituição de um programa de educação continuada que alcance todos os profissionais.”

Sob o foco da educação dos profissionais de saúde, Almeida Filho (2013:1681) culpa a insuficiência da qualidade da formação dos profissionais de saúde, na qual observa que “os avanços políticos no setor saúde não foram suficientes para garantir a transformação dos modelos de formação profissional vigentes na realidade brasileira atual.” Pois tais avanços ainda não foram consolidados adequadamente na cultura popular de viés nepotista ainda muito forte nas relações sociais intrincadas de preconceitos e submissão à economia voltada para o capital privado.

As relações de poder que se estabelecem ao atribuir acesso às consultas médicas figuram nesse perfil de insuficiência de profissionais nas UBS. Nessas unidades há uma reclamação de que mais médicos são necessários e é exatamente nessas unidades onde menos se provê o fortalecimento de práticas de prevenção de doenças, pois a população se orienta a uma medicalização como forma de acesso à saúde apenas.

Face ao panorama encontrado, vê-se a necessidade de uma temática de discussão entre os gestores de saúde pública em todos os ambientes dos serviços de saúde oferecidos dentro do SUS. Para ampliar esses serviços devem ser oferecidas ações em saúde. Devemos considerar, ao longo dos acordos, que não pode haver formatação do modelo de atenção básica, pois o ser humano é constantemente modificado pela natureza urbana em que ele é inserido, tanto pela poluição como pelo estilo de vida diferenciado, não esquecendo a vida moderna, a velocidade e a adaptação pelas necessidades de vitória e ascensão profissional da

cultura popular.

A polarização dos serviços de saúde considerados como desencadeadores da qualidade de saúde no acesso aos serviços resvala na automaticidade e velocidade dos conceitos modernos de saúde que a indústria moderna nos impõe sob o jugo do capitalismo das demandas insurgentes. Nisso vê-se que a medicina moderna se tornou um ponto de exclamação para a maior parte das doenças existentes. Enquanto o cuidado para com as doenças em geral tornou-se um fardo quando observadas pelo propósito do cuidado pela prevenção em evitá-las ao longo da vida. Esqueceu-se o princípio da qualidade de vida pela angústia de acompanhar o mundo moderno das atitudes fractais.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA FILHO, N. M. de. Contextos, impasses e desafios na formação de trabalhadores em Saúde Coletiva no Brasil. *Rev. Ciência e Saúde Coletiva*. Salvador, Bahia, 18(6) 1677-1682, 2013.

ANDRÉ, A. M.; CIAMPONE, M. H. T. Competências para a gestão de Unidades Básicas de Saúde: percepção do gestor. *Rev. Esc Enferm USP*; 2007; 41(Esp):835-40).

ASSIS, M. M. A.; JESUS, W. L. A. de. Acesso aos serviços de saúde: Abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Rev. Ciência e Saúde Coletiva*, Bahia, 17(11), 2865-2875, 2012.

BACKES, Dirce Stein. O que os usuários pensam e falam do Sistema Único de Saúde? Uma análise dos significados à luz da carta dos direitos dos usuários. Santa Maria, RS. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(3):903-910, 2009.

BARBOSA, Simone de Pinho. Ótica dos profissionais de saúde sobre o acesso à atenção primária à saúde. Governador Valadares MG. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(8):2347-2357, 2013.

BAUER, M.; JOVCHELOVITCH, S. Entrevista narrativa. In: Bauer, Martin & Gaskel, George Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som. Um manual prático. Petrópolis: Vozes, 2002, p. 90-113.

BOTTI, M. L.; SCOCHI, M. J. O Aprender Organizacional: relato de experiência em uma unidade básica de saúde. *Saúde e Sociedade*. Maringá – SP. v.15, n.1, p.107-114, jan-abr 2006.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, Senado, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência. Regionalização da Assistência à Saúde:

aprofundando a descentralização com equidade no acesso: Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/02 e Portaria MS/GM n.º 373, de 27 de fevereiro de 2002 e regulamentação complementar / Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência. – 2. ed. revista e atualizada. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coletânea de Normas para o Controle Social no Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. Rio de Janeiro, RJ. Ciência & Saúde Coletiva, 5(1):163-177, 2000.

CAMPOS, C. M. S.; MISHIMA, S. M. Necessidades de saúde pela voz da sociedade civil e do Estado. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 21(4):1260-1268, jul-ago, 2005.

CASTRO et al. Avaliação da qualidade da atenção primária pelos profissionais de saúde Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, 28(9):1772-1784, set, 2012.

CUNHA, A. B. O; SILVA, L.M.V. Acessibilidade aos serviços de saúde em um município do Estado da Bahia, Brasil, em gestão plena do sistema. Salvador, Bahia. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 26(4):725-737, abr, 2010.

GASKELL, G. Entrevistas individuais e grupais. In Bauer, Martin & Gaskell, George: Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som. Um manual prático. Petrópolis: Vozes. 2002. - p. 64-89.

GOUVEIA, Gisele Campos. Satisfação dos usuários com a assistência de saúde no estado de Pernambuco, Brasil, 2005. PE. Ciência & Saúde Coletiva, 16(3):1849-1861, 2011.

KEMPFER, S. S.; Bellaguarda, M. L. R.; MESQUITA, M. P. L.; ALVAREZ, A. M. Percepção dos usuários sobre serviços de saúde pública no Brasil: revisão integrativa. Rev. Rene, Fortaleza. 2011; 12(n. esp.):1066-73.

MEDEIROS et al. Acolhimento em uma Unidade Básica de Saúde: a satisfação do usuário em foco. Rev. salud pública.Natal - RN 12 (3): 402-413, 2010.

MERHY, E. E. & FRANCO, T. B.; Por uma Composição Técnica do Trabalho Centrada nas Tecnologias Leves e no Campo Relacional in Saúde em Debate, Ano XXVII, v.27, N. 65, Rio de Janeiro, Set/Dez de 2003.

MORAES, P. A.; BERTOLOZZI, M. R.; Hino, P. Percepções sobre necessidades de saúde na atenção básica segundo usuários de serviços de saúde. Rev. Esc. Enfermagem USP 2011; 45(i) 19-45.

NEVES, S. M. As tecnologias leves como geradoras de satisfação em usuários de uma unidade de saúde da família. Ribeirão Preto, SP. Comunic, Saúde, Educ, v.11, n.23, p.515-29, set/dez 2007.

NUNES, G. M.; COSTA, J. G.; TEIXEIRA, M. M.; RAMOS, P. R. Os desafios da Participação popular no Sistema Único de Saúde. II ENAPEGS, Petrolina. 2009.

PASKULIN, L. M. G.; VALER, D. B.; VIANNA, L. A. C. Utilização e acesso de idosos a serviços de atenção básica em Porto Alegre (RS, Brasil). Rev. Ciência e saúde coletiva, Rio Grande do Sul, 16(6), 2935-2944, 2011.

PONTES, A. P. M.; CESSO, R. G. D.; OLIVEIRA, D. C.; GOMES, A. M. T. Facilidades de acesso reveladas pelos usuários de do Sistema Único de Saúde. Rev. Bras. Enferm, Brasília, 2010 jul-ago;63(4):570-80.

RAMOS, D.; LIMA, M. A. D. da S. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. Rev. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 19(1):27-34, jan-fev, 2003.

SANCHO, L. G.; SILVA, N. E. K. Descortinando o acesso aos serviços de saúde na perspectiva da interdisciplinaridade: debate de ideias. Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 23(2):371-391,2013.

SILVA JÚNIOR et al. Acessibilidade geográfica à atenção primária à saúde em distrito sanitário do município de Salvador, Bahia. Rev. Bras. Saúde mater. Infant., Recife, 10 (Supl. 1) S49-S60 nov 2010.

SILVA, B. F. S.; BENITO, G. A. S.; A voz de gestores municipais sobre o acesso à saúde nas práticas de gestão. Rev. Ciência e Saúde Coletiva, Espírito Santo, 18 (8): 2189-2200, 2013.

SILVA, L. G. da. O acolhimento como ferramenta de práticas inclusivas de saúde. Juiz de Fora – MG. Rev. APS, v. 11, n. 1, p. 74-84, jan./mar. 2008.

SILVA, N. R. da. Fatores determinantes da carga de trabalho em uma unidade básica de saúde. Marília SP. Ciência & Saúde Coletiva, 16(8):3393-3402, 2011.

SOUSA, M. F. de. Programa Saúde da Família no Brasil. Análise da desigualdade no acesso à atenção básica. Maria Fátima de Souza – Brasília: Editora do Departamento de Ciência da informação e Documentação da Universidade de Brasília. 2007. p. 21.

SOUZA, E. C. F. de.; Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. Natal, RN. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24 Sup1:S100-S110, 2008.

VARGAS, A. M. D. et al . O Acesso aos Serviços Públicos de Saúde em Área Limítrofe Entre Municípios Saúde Soc. São Paulo, v.20, n.3, p.821-828, 2011.

#### SITES:

<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei8142.pdf>

<http://www.iteia.org.br/conhecendo-o-passo-a-passo-do-mapp-metodo-altadir-de-planejamento-participativo>