



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

MARIANA DE OLIVEIRA ARAÚJO

**DINÂMICA ORGANIZATIVA DO ACESSO DOS USUÁRIOS DO PSF AOS
SERVIÇOS E ÀS PRÁTICAS DE SAÚDE DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE**



FEIRA DE SANTANA – BAHIA
2014

MARIANA DE OLIVEIRA ARAÚJO

**DINÂMICA ORGANIZATIVA DO ACESSO DOS USUÁRIOS DO PSF AOS
SERVIÇOS E ÀS PRÁTICAS DE SAÚDE DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de Concentração: Políticas, Planejamento e Gestão em Saúde.

Linha de Pesquisa: Planejamento, Gestão e Práticas de Saúde.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria Angela Alves do Nascimento

Ficha Catalográfica – Biblioteca Central Julieta Carteado

A69d Araújo, Mariana de Oliveira
Dinâmica organizativa do acesso dos usuários do PSF aos serviços e às práticas de saúde de média e alta complexidade / Mariana de Oliveira Araújo. – Feira de Santana, 2014.
189 f. : il.

Orientadora: Maria Angela Alves do Nascimento.

Mestrado (dissertação) – Universidade Estadual de Feira de Santana, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2014.

1. Serviços de saúde – Feira de Santana, BA. 2. Programa Saúde da Família (PSF). 3. Sistema Único de Saúde (SUS). I. Nascimento, Maria Angela Alves do, orient. II. Universidade Estadual de Feira de Santana. III. Título.

CDU: 614(814.22)

MARIANA DE OLIVEIRA ARAUJO

DINÂMICA ORGANIZATIVA DO ACESSO DOS USUÁRIOS DO PSF AOS SERVIÇOS E ÀS PRÁTICAS DE SAÚDE DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Feira de Santana-BA, 14 de março de 2014

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Maria Angela Alves do Nascimento
Universidade Estadual de Feira de Santana-UEFS
(Orientadora)

Prof. Dr. Adriano Maia dos Santos
Universidade Federal da Bahia-UFBA
(1º Examinador)

Prof^a. Dr^a. Cristina Setenta Andrade
Universidade Estadual Santa Cruz-UESC
(2º Examinadora)

[...] a defesa do SUS e o sucesso do SUS dependem da força com que a sociedade brasileira coloque a vida das pessoas acima de todas as outras racionalidades, e ainda compreenda que as políticas públicas podem se constituir em um meio poderoso para a efetiva defesa da vida (CAMPOS, 2007a, p. 306).

Eis que se finaliza mais uma etapa de minha caminhada, trilhada em meio a diversos desafios que só foram superados devido àqueles que colaboraram e me impulsionaram a seguir em frente nesta jornada. Por isso é chegada a hora de agradecer àqueles que me auxiliaram na concretização desse sonho...

Aos meus pais **Emilton Mota Araujo e Maria São Pedro de Oliveira Araujo** por terem sido fonte de estímulo e exemplo de fé e perseverança para que eu pudesse seguir em frente e lutar pelos meus sonhos e objetivos, me apoiando e me fortalecendo em minhas escolhas. Obrigada pelo carinho e amor! Amo vocês!

Ao meu esposo Crisogno Conceição C. dos Santos – **Cris**, pela força nos momentos difíceis e apoio quando precisamos estar distantes fisicamente, nos quais estivemos sempre próximos em nossos sentimentos e em nossos corações. Obrigada pelo companheirismo, compreensão e estímulo durante toda essa caminhada.

Ao meu filho **Matheus Araujo dos Santos** razão do meu viver e da minha existência, que mesmo na sua inocência infantil soube compreender os momentos que precisei me dedicar aos estudos aguardando que a “tarefa” terminasse. Obrigada por existir e trazer alegria à minha vida. Mamãe te ama “pequeno, médio, grande e infinito”!

AGRADECIMENTO ESPECIAL

À **Deus** pai todo poderoso pelo seu amor incondicional, por ter compreendido meus anseios e dado-me força para vencer os obstáculos, atingir meus objetivos e por me permitir vivenciar este momento de concretização de mais uma vitória em minha vida. Obrigada pelas bênçãos e pela graça de poder estar e viver em sua presença e em seu infinito amor!

À Prof^a Dr^a **Maria Angela Alves do Nascimento** exemplo de mestre, mas acima de tudo amiga, que na sua dedicação e empenho nos ensina o caminho a ser trilhado na construção do conhecimento. Minha gratidão pela sua tolerância, disponibilidade e oportunidade de compartilhar momentos de aprendizagem e crescimentos imensuráveis.

AGRADECIMENTOS

À **minha família** [avós, tias, tios, primas e primos] pelo apoio, companheirismo e conforto proporcionados durante a realização deste mestrado.

Aos meus irmãos **Bianca** e **Vítor David** pela união, carinho recebido e incentivo diante dos desafios.

À minha amiga **Valdirene** por ter cuidado do meu filho junto com meu esposo nos momentos em que estive ausente.

A **Renilza, Gresse** e **Mariana** pela contribuição nos momentos em que mais precisei e pela torcida para que meus sonhos fossem concretizados.

Aos **colegas/ amigos do mestrado**, os quais contribuíram para meu crescimento profissional e pessoal, durante estes dois anos de convivência. Obrigada pelos momentos compartilhados em sala de aula e pela alegria que vivenciamos em nossas confraternizações.

A minha colega **Luciana** pelo companheirismo durante o mestrado, mas principalmente pela amizade que construímos neste percurso.

Aos **funcionários do Mestrado, Goreth e Jorge** pelo apoio e compreensão nos momentos que precisei.

Aos **docentes do Mestrado**, especialmente aos professores **Carlito Sobrinho, Maria Angela, Marluce Assis, Márcio Campos, Maria Conceição, Maria Geralda, Maria Lúcia Servo, Rosely Carvalho, Thereza Cristina Coelho e Valéria Freitas**, pelas discussões e conhecimentos adquiridos.

À **Secretaria Municipal de Saúde de Feira de Santana** pela disponibilidade e por ter autorizado a coleta de dados desta pesquisa.

Aos **usuários, profissionais e gestores/ coordenadores de saúde** do município de Feira de Santana pela disponibilidade em participar deste estudo.

A **Ana Ofélia**, secretária de saúde do município de Santaluz, e a **Arnaldo Amaral**, ex-secretário de saúde do município de Valente, pela confiança em meu trabalho e liberação de minhas atividades em momentos que precisei desenvolver as atividades do Mestrado.

Aos **antigos e atuais colegas de trabalho**, respectivamente funcionários do PSF de Santa Rita de Cássia e do Hospital Municipal Petronilho Evangelista dos Santos pelo crescimento pessoal e profissional proporcionados durante o período em que estivemos juntos e pela compreensão e colaboração nos momentos que precisei.

A **Universidade do Estado da Bahia – Campus Senhor do Bonfim** futuro campo de trabalho que se constituirá na concretização de um sonho e dos esforços empreendidos durante todo mestrado para o exercício da docência.

A **CAPES** pelo auxílio financeiro durante um período do mestrado.

Ao **NUPISC** pela oportunidade de aquisição de conhecimento e descobertas proporcionadas tanto durante a graduação quanto no Mestrado.

À **UEFS** por ter se constituído em uma casa de conhecimento para a minha edificação profissional tanto na graduação como no Mestrado.

Enfim, expresso o meu agradecimento a **todos** que direta ou indiretamente torceram ou contribuíram para meu sucesso e aprendizado.

RESUMO

O acesso aos serviços de saúde de forma universal, equânime e integral, se constitui em um direito de cidadania, garantido legalmente na Constituição Federal de 1988, a qual regulamenta e institui o Sistema Único de Saúde (SUS). Contudo, percebemos que o acesso universal aos serviços de saúde não tem sido traduzido efetivamente na prática, em especial nas ações de média e alta complexidade. Assim, este estudo teve como objetivos compreender a dinâmica organizativa do acesso dos usuários do Programa Saúde da Família (PSF) aos serviços de saúde de média e alta complexidade da rede SUS e analisar as práticas de saúde realizadas pelos profissionais da atenção básica, de média e alta complexidade para a viabilização deste acesso. Analisamos a dinâmica organizativa do acesso aos serviços de média e alta complexidade, tendo como bases orientadoras as dimensões de análise de acesso política, técnica e simbólica, delimitadas por Giovanella e Fleury (1995) e complementadas com o modelo teórico proposto por Assis e outros (2011). No referencial teórico discutimos os caminhos para a efetivação do acesso aos serviços de saúde enquanto direito de cidadania, bem como a organização dos serviços de saúde de média e alta complexidade sob o enfoque dos modelos assistenciais em saúde. Trata-se de um estudo qualitativo, de abordagem crítico-analítica, numa perspectiva aproximada do método Dialético, tendo como cenário as Unidades de Saúde da Família (USF), Policlínicas e Hospitais públicos de Feira de Santana-BA. Os participantes do estudo foram constituídos de três grupos: profissionais de saúde (Grupo I), usuários (Grupo II) e gestores/ coordenadores dos serviços de saúde (Grupo III), totalizando 26 participantes. Utilizamos como técnicas de coleta de dados a entrevista semi-estruturada, a observação sistemática e a análise documental; a análise de dados foi uma aproximação do método Hermenêutico-dialético. A partir do confronto dos dados emergiram três categorias: 1) DINÂMICA ORGANIZATIVA DO ACESSO DOS USUÁRIOS E A MATERIALIDADE DOS SENTIDOS E SIGNIFICADOS: a transversalidade das dimensões política, técnica e simbólica; 2) O PROCESSO DE TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA, DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE: um entrelaçamento entre as tecnologias de saúde; 3) O ACESSO DOS USUÁRIOS AOS SERVIÇOS E ÀS PRÁTICAS DE SAÚDE DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE: relação público x privado. Os resultados explicitam que os sentidos/ significados de acesso aos serviços de saúde transversalizam as dimensões política, técnica e simbólica. As práticas individuais e coletivas realizadas pelos profissionais que atuam na atenção básica, de média e alta complexidade para a promoção do acesso do usuário à rede SUS envolvem ações compromissadas, acolhedoras, com instituição do vínculo e a valorização da subjetividade dos usuários em alguns momentos, e em outros passam pelo modelo profissional centrado, voltado para a queixa-conduta, medicalização e tecnicismo, co-existindo dialeticamente um entrelaçamento das tecnologias leve, leve-dura e dura nesse processo. Dentre as dificuldades e limites que os usuários têm encontrado para acessar os serviços de saúde de média e alta complexidade foi citada a demanda por esses serviços ser maior que a sua oferta. Deparamo-nos com diversas portas de entradas utilizadas pelos usuários para acessar os serviços de média e alta complexidade. Além disso, a relação entre o público e o privado é constitutiva da organização desta realidade. O acesso do usuário do PSF aos serviços e às práticas de média e alta complexidade ainda necessita para a sua concretização de um comprometimento dos usuários, profissionais e gestores da saúde de modo a operacionalizá-lo enquanto um direito de cidadania.

PALAVRAS-CHAVE: Acesso aos Serviços de Saúde; Atenção de Saúde; Organização de Serviços de Saúde; Programa Saúde da Família.

ABSTRACT

The access to health services in a global, equal and comprehensive way constitutes itself a civil right legally granted in the Brazilian Federal Constitution of 1988 which regulates and establishes the Unified Health System (SUS). However it is noticeable that the comprehensive access to health services has not been effectively put into practice, especially, in actions of medium and high complexity. Hence, this study aims to understand the organizational dynamic of the access of users of the Family Health Program (PSF) to the healthcare services of medium and high complexity of the SUS network and to analyze health practices performed by the primary care team, medium and high complexity for the feasibility of this access. We have analyzed the organizational dynamic of access to medium and high complexity healthcare services based on the guidelines of the dimensions of a political, technical and symbolical access analysis bounded by Giovanella and Fleury (1995) and supplemented with the theoretical model proposed by Assis *et alii* (2011). In the theoretical framework we discuss ways for the effectuation of the access to the healthcare services as a citizenship right as well as the organization of healthcare services in medium and high complexity under the focus of healthcare assistance models. This is a qualitative study, of critical and analytical approach in an approximate view of the dialectic method, which has as field of work the Family Health Units (USF), the Polyclinics and the Public Hospitals of Feira de Santana city in the State of Bahia. The participants of the study consisted of three groups: (1) healthcare professionals, (2) users and (3) managers/coordinators of healthcare services totaling 26 participants. We have used techniques such as data collection through semi-structured interviews, systematic observation and document analysis. The data analysis was an approximation of the hermeneutic-dialectic method. From the comparison of the studied data three categories rose up: (1) ORGANIZATIONAL DYNAMIC OF THE ACCESS OF THE USERS AND THE MATERIALITY OF ITS SENSES AND MEANINGS: the transversality of the political, technical and symbolical dimensions; (2) THE WORK PROCESS OF THE HEALTH PROFESSIONALS IN BASIC HEALTHCARE OF MEDIUM AND HIGH COMPLEXITY: an interweaving among healthcare; (3) THE ACCESS OF THE USERS TO THE SERVICES AND THE PRACTICES OF HEALTH OF MEDIUM AND HIGH COMPLEXITY: public/private relationship. The results make the senses/meanings of access to healthcare services that cross the political, technical and symbolical dimensions abundantly clear. The individual and collective practices, held by professionals working in primary care of medium and high complexity to promoting the access of the user to the SUS network, involve committed and welcoming actions by instituting bonds and enhancing the subjectivity of the users in some moments, and in other moments it involves a centered professional model geared towards the patients' concerns/conduct, medicalization and technicism co-existing dialectically an intertwining of lightweight, soft-hard and hard technologies in this process. Within the difficulties and limitations that the users have found to access healthcare services of medium and high complexity the demand was cited once these services are offered on a wider scale than its supply. We have come across several inputs used by users to access the health services of medium and high complexity. Furthermore the relationship between public and private is constitutive of the organization of this reality. The access of the user of the PSF to the practices of medium and high complexity still needs, for its embodiment, an all-embracing commitment of users, health professionals and health managers so as to operationalize it as a citizenship right.

KEYWORDS: Access to the Healthcare Services; Healthcare Assistance; Healthcare services Organization; the Family Health Program.

SUMÁRIO

1	DA TEORIA À PRÁTICA: a delimitação do objeto de estudo	11
2	REFERENCIAL TEÓRICO: da historicidade às categorias de análise do acesso	27
2.1	Acesso aos serviços de saúde: os caminhos para sua efetivação enquanto direito de cidadania	28
2.2	Modelos Assistenciais na organização dos serviços de saúde de média e alta complexidade	37
2.3	Dinâmica organizativa do acesso dos usuários às ações e aos serviços de média e alta complexidade	46
3	CAMINHO E INSTRUMENTAL NA COMPREENSÃO DO OBJETO	55
3.1	Tipo de estudo	56
3.2	Campo de estudo	58
3.3	Participantes do estudo	64
3.4	Técnicas de coleta de dados	69
3.5	Método de análise de dados	73
3.6	Considerações Éticas e Legais da Pesquisa	78
4	DINÂMICA ORGANIZATIVA DO ACESSO DOS USUÁRIOS E A MATERIALIDADE DOS SENTIDOS E SIGNIFICADOS: a transversalidade das dimensões política, técnica e simbólica	81
5	O PROCESSO DE TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA, DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE: um entrelaçamento entre as tecnologias de saúde	117
6	O ACESSO DOS USUÁRIOS DO PSF AOS SERVIÇOS E ÀS PRÁTICAS DE SAÚDE DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE: relação público x privado	142
7	SÍNTESE DO ESTUDO	167
	REFERÊNCIAS	172
	APÊNDICES	184
	APÊNDICE A – Roteiro da entrevista semi-estruturada: gestores dos serviços	185
	APÊNDICE B – Roteiro da entrevista semi-estruturada: profissionais de saúde	186
	APÊNDICE C – Roteiro da entrevista semi-estruturada: usuários	187
	APÊNDICE D – Roteiro da observação sistemática	188
	APÊNDICE E – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	189

1 DA TEORIA À PRÁTICA: a delimitação do objeto de estudo



O acesso como possibilidade da consecução do cuidado de acordo com as necessidades tem inter-relação com a resolubilidade e extrapola a dimensão geográfica, abrangendo aspectos de ordem econômica, cultural e funcional de oferta de serviços (SOUZA et al., 2008, p. S101).

O objeto deste estudo é a dinâmica organizativa do acesso dos usuários do Programa Saúde da Família (PSF¹) aos serviços e às práticas de saúde de média e alta complexidade² em Feira de Santana-Bahia.

O interesse em estudá-lo emergiu das discussões em sala de aula durante a nossa formação acadêmica, graduação em Enfermagem, inclusive como bolsista voluntária do Núcleo de Pesquisa Integrada em Saúde Coletiva (NUPISC), como também nos cursos de pós-graduação, quer na Especialização em Saúde Pública quer no Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS).

Além disso, a nossa prática profissional enquanto enfermeira em um Hospital Municipal e na Atenção Básica, particularmente no PSF em dois municípios baianos, também levaram-nos a algumas inquietações, motivando-nos a pesquisar a temática acesso, na tentativa de entender a dinâmica organizativa do acesso dos usuários do PSF aos serviços e às práticas de saúde de média e alta complexidade pela sua relevância na construção de uma assistência integral e resolutiva, para a efetividade da Atenção Básica à Saúde (ABS) como uma das “portas de entrada” do usuário para o sistema público de saúde.

Durante a nossa atuação no PSF percebemos as dificuldades/ limites de acesso aos serviços de média e alta complexidade e vimos quão complicado se configurava tal processo em consequência da grande demanda e pouca oferta das ações, da distância geográfica dos serviços, do transporte em quantidade insuficiente e da baixa resolubilidade dos serviços oferecidos pelos municípios pactuados com repercussões que impossibilitavam e/ ou dificultavam o acesso aos serviços e ações de saúde de maneira a garantir acolhimento³, vínculo⁴ e resolubilidade⁵ aos usuários do sistema de saúde.

¹ **Programa Saúde da Família (PSF):** neste estudo utilizamos esta terminologia por entendermos que apesar de atualmente ser considerada uma ‘estratégia’, na realidade estudada e na vivência enquanto discente e trabalhadora de saúde percebemos que as práticas desenvolvidas ainda traduzem fortemente o modelo das Ações Programáticas. Todavia, respeitaremos as citações dos autores quando anexadas ao texto ao referirem a Estratégia de Saúde da Família (ESF).

² **Média e alta complexidade:** apesar de alguns autores sugerirem o termo média e alta densidade tecnológica, utilizamos neste estudo a terminologia média e alta complexidade por se tratar da nomenclatura mais comumente utilizada.

³ **Acolhimento:** consiste em uma relação humanizada, acolhedora, estabelecida entre os trabalhadores e o serviço com seus diferentes tipos de usuário (MERHY, 1994).

⁴ **Vínculo:** significa ter relações próximas com o usuário, é ter responsabilidade e compromisso pela promoção da sua saúde, sem, contudo, ameaçar a sua autonomia, a sua capacidade de autocuidar-se (MERHY, 1994).

⁵ **Resolubilidade:** utilizar tudo o que se dispõe para sanar o sofrimento do usuário e as suas causas, colocando a disposição toda a tecnologia disponível e necessária para alterar o quadro do usuário e satisfazê-lo (MERHY, 1994).

Consequentemente, observamos também em nossa prática a baixa resolubilidade da atenção básica e o aumento da demanda por serviços e procedimentos de média e alta complexidade que, muitas vezes, não são capazes de proporcionar o acesso da população.

O acesso aos serviços de saúde de forma universal, equânime e integral se constitui em um direito de cidadania, garantido legalmente após a aprovação da Constituição Federal de 1988, a qual regulamenta e institui o Sistema Único de Saúde (SUS). Entretanto, é relevante lembrarmos que esta conquista foi consequência de lutas de movimentos sociais, que ocorreram principalmente na década de 1980, almejando a melhoria no acesso e na qualidade da atenção à saúde prestada aos usuários.

A partir de então, como preconiza o artigo 196 da Constituição Federal na Seção II da Saúde, a saúde passa a se constituir em “um direito de todos os cidadãos e dever do Estado”, o qual deve ser garantido mediante políticas sociais e econômicas que objetivem reduzir o risco de doença e de outros agravos, bem como promover o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

Tais ações e serviços englobam os três níveis de atenção à saúde humana, com abrangência às ações e aos serviços de promoção da saúde, prevenção, reabilitação e tratamento de doenças, desde a atenção básica, caracterizada por um conjunto de ações individuais e coletivas, aqui representada pela Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização segundo os preceitos do SUS, até aquelas de média complexidade, que demandam a disponibilidade de profissionais especializados e o uso de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico, assim como de alta complexidade, definida por um conjunto de procedimentos de alta tecnologia e alto custo com o objetivo de propiciar à população acesso aos serviços ‘qualificados’, integrando-os aos outros níveis de atenção à saúde (BRASIL, 2009a).

Contudo, percebemos que apesar do SUS garantir legalmente o acesso universal aos serviços de saúde esse não tem sido traduzido efetivamente na prática, em especial nas ações de média e alta complexidade. No entanto, comungamos com Assis e outros (2011), que a organização da rede dos serviços de saúde no Brasil experienciou grandes mudanças com a introdução de programas inovadores e estratégicos, a exemplo do PSF, atualmente nominado de Estratégia Saúde da Família (ESF), sem, entretanto, consolidar a efetivação do acesso, principalmente no que diz respeito aos serviços de média e alta complexidade, mesmo com alguns avanços conquistados, uma vez que o acesso aos serviços disponibilizados pelo SUS ainda é desigual e excludente em algumas situações, destacadas nos estudos a seguir.

O trabalho *Acesso a ambulatório pediátrico de um hospital universitário* (FRANCO; CAMPOS, 1998), ao estudar dois ambulatórios de pediatria de um hospital universitário, um geral e outro de uma subespecialidade (Pneumologia), fez uma comparação entre os referidos serviços e o acesso desses usuários. Os resultados concluíram que os usuários que frequentam o ambulatório de pediatria (geral e especialidade) apesar de possuírem, em sua maioria um vínculo previdenciário, mas sem convênios médicos, são predominantemente assalariados (proletários e subproletários), com baixo nível de renda. Já os usuários do ambulatório da especialidade é formado por uma significativa ‘clientela’ com melhores condições socioeconômicas, com uma proporção de pessoas conveniadas a outros serviços de saúde. Quanto à inserção social propriamente dita, foi menor percentagem de indivíduos subproletários e desempregados, ou seja, houve menos pessoas com inserção socioeconômica marginal. Esta diferenciação entre os dois grupos de usuários levaram a inferir o acesso privilegiado ao ambulatório da especialidade, que representa a última instância de complexidade dentro do sistema de saúde, configurando uma clara situação de inequidade.

Ao avaliarem o acesso no estudo *Desigualdades na utilização e no acesso a serviços odontológicos: uma avaliação em nível nacional*, Barros e Bertoldi (2002) tomaram como referência o modo de financiamento e a avaliação dos atendimentos odontológicos, bem como seus diferenciais entre os grupos sociais e observaram desigualdades expressivas no acesso a tais serviços, ao perceber que o grupo com baixo poder econômico apresentou uma tendência de redução de acesso com a idade, contrária à tendência global. Outrossim, nos grupos mais favorecidos uma idade maior propiciou mais recursos para o pagamento do atendimento; no grupo desfavorecido economicamente, esse avanço na idade acaba por reduzir as condições e oportunidades de acesso ao sistema público, o que nos permite caracterizá-lo como desigual e excludente.

O acesso seletivo e excludente aos serviços disponibilizados pelo SUS também foi caracterizado no estudo *Desigualdades no acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil* (LIMA et al., 2002), acompanhado por entraves no acesso aos serviços públicos no país, particularmente nas consultas médicas e odontológicas, que aumentam expressivamente conforme a renda, sendo maior nas regiões Sudeste e Sul que nas regiões Nordeste e Norte.

A pesquisa *Linhas de tensões no processo de acolhimento das equipes de saúde bucal do Programa Saúde da Família: o caso de Alagoinhas, Bahia, Brasil* (SANTOS et al., 2007) sobre o acolhimento do usuário pelas equipes de saúde bucal em unidades de saúde da família de uma realidade específica, ressalta as dificuldades enfrentadas pela população na busca pelo acesso aos serviços de saúde bucal, que ainda apresenta em sua configuração relações tensas e

conflitantes, principalmente, pela baixa resolubilidade no atendimento às necessidades demandadas.

Diante de tais colocações, reiteramos que o acesso universal aos serviços de saúde não foi efetivo nesses estudos, nem tão pouco na nossa vivência enquanto profissional de saúde, perpassando por uma assistência muitas vezes caracterizada como seletiva e excludente, diante de entraves para o ingresso do usuário ao sistema e a garantia de resolubilidade do problema de saúde que apresenta.

Na Atenção Básica à Saúde, o PSF foi implantado em 1994 no Brasil com o intuito de reorganizar e reorientar os serviços de saúde, visando efetivar os princípios da universalidade, integralidade e equidade, a partir de sua configuração, considerada por Giovanella, Escorel e Mendonça (2003), como uma “porta de entrada” do sistema, ou seja, o primeiro nível de atenção à saúde, o qual deveria estar integrado a uma rede de serviços, possibilitando resolubilidade e acompanhamento do usuário.

O PSF é definido, segundo Andrade, Barreto e Bezerra (2006) como um modelo de atenção primária, o qual deverá ser operacionalizado com ações preventivas, promocionais, de recuperação, reabilitação e cuidados paliativos das equipes de saúde da família, tendo como foco a unidade familiar e o contexto socioeconômico, cultural e epidemiológico da comunidade em que está inserida.

Para Assis e outros (2007), a Saúde da Família avançou inicialmente de programa à estratégia de reorganização da ABS, no entanto, apesar de ter contribuído para o reordenamento dos saberes e fazeres desse nível de atenção, ele tem sido insuficiente para mudá-lo, visto que são necessários um maior aprofundamento da participação do sujeito político, do resgate da clínica e de sua articulação com a epidemiologia, o planejamento em saúde e a gestão dos serviços, envolvendo saberes e práticas interdisciplinares, democráticas e horizontais.

Por conseguinte, no sentido de contribuir para a consolidação de uma nova perspectiva de gestão de saúde no Brasil, caracterizada por uma transferência de autoridade de gestão administrativa e orçamentária para o município e por uma maior consciência e participação dos cidadãos nas discussões da saúde, é urgente que os gestores efetive sua proposta para tornar-se uma estratégia.

O estudo intitulado *Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002* (MACINKO et al., 2006), cujo objetivo foi avaliar o impacto do Programa de Saúde da Família no Brasil sobre as taxas de mortalidade infantil estaduais durante a década de 1990, identificou que o aspecto importante para a redução da mortalidade

infantil no país foi a escolaridade das mulheres, seguido da ampliação da oferta do PSF. Além disso, foi evidenciado um aumento de 10% na cobertura do PSF responsável por uma diminuição de 4,6% na mortalidade infantil, tendo o acesso à água sido atribuído a uma diminuição de 3,0% na mortalidade infantil; e o aumento de 10% nos leitos hospitalares foi indicativo de uma diminuição de 1,35% na mortalidade infantil; contraditoriamente a fertilidade e a renda *per capita* apresentaram associações modestas com as taxas de mortalidade infantil.

Deste modo, percebemos que o acesso a níveis primários de atenção à saúde proporcionado pelo PSF foi relevante para o declínio da mortalidade infantil no Brasil, assim como para a ampliação do acesso a outros bens e serviços necessários para a promoção da saúde dos cidadãos e melhoria das condições de vida.

Na publicação *As Redes de Atenção à Saúde*, especificamente no *Capítulo 2 – As redes de atenção à saúde: revisão bibliográfica, fundamentos, conceito e elementos constitutivos* (MENDES, 2011), o autor discute as pesquisas realizadas em diferentes países e em tempos diversos e os seus resultados mostraram as evidências positivas da Atenção Primária em Saúde (APS) nos sistemas de atenção à saúde, destacando-se:

- a adequação dos sistemas de atenção à saúde baseados na APS porque se organizam a partir das necessidades de saúde da população;
- a efetividade, por se constituírem na única forma de enfrentar a situação epidemiológica de hegemonia das condições crônicas e por impactar significativamente os níveis de saúde da população;
- a eficiência, porque apresentam menores custos e reduzem procedimentos mais caros;
- a equidade, porque discriminam positivamente grupos e regiões mais pobres e diminuem o gasto do bolso das pessoas e famílias;
- a maior qualidade porque colocam ênfase na promoção da saúde e na prevenção das doenças e ofertam tecnologias mais seguras para as pessoas usuárias e para os profissionais de saúde.

Diante de tais argumentos concordamos que um sistema de saúde orientado para a APS deverá contribuir para a garantia de serviços de saúde de qualidade que tenham a promoção da saúde e a prevenção de agravos como linhas orientadoras de atuação. Percebemos, portanto, que o acesso aos serviços de saúde de atenção básica poderá contribuir

para a melhoria das condições de vida da população e para a redução das morbidades e mortalidades, bem como para a ampliação do acesso a outros níveis de complexidade.

Mas, apesar de Giovanella, Escorel e Mendonça (2003) também referirem as evidências sobre a sua efetividade na melhoria dos resultados de saúde por meio da expansão do acesso aos serviços básicos e pelo aumento da resolubilidade desse nível de assistência, vemos ainda algumas contradições sobre a sua lógica de pensar e fazer saúde diante de algumas características tais como focalização em programas para atendimento a grupos de risco, pronto atendimento, desarticulação de um trabalho de parceria em equipe, ações curativas direcionadas à queixa-conduta, insuficiência de referência e contrarreferência, oferta de serviço exageradamente menor que a demanda, dificuldade de acesso às ações e serviços como consultas especializadas.

O estudo *O Programa Saúde da Família no Brasil: análise do acesso à atenção básica* (SOUSA, 2008) ratifica tais contradições sobre a implantação do PSF realizada nos 12 municípios pioneiros, ao destacar como limites do acesso aos serviços básicos de saúde a baixa capacidade de integração entre as equipes de atenção básica e as equipes do PSF e vice-versa, e a consequente manutenção do modelo médico-centrado, com valorização da queixa-conduta, incipiência das práticas de trabalho em equipe, além de uma não integração entre os serviços de assistência à saúde, resultante na maioria das vezes, pela inexistência de uma política de referência e contrarreferência.

Todavia, compreendemos que não basta apenas a reorganização do sistema e a ampliação do acesso aos serviços de saúde para que o PSF se constitua como porta de entrada do sistema; ele deve estar integrado à rede de serviços, a fim de garantir o acesso dos usuários às ações e aos serviços de saúde de média e alta complexidade, no sentido de possibilitar uma resolubilidade às necessidades de saúde apresentadas pelo usuário individual/ coletivo.

No estudo do Ministério da Saúde *Avaliação normativa do Programa Saúde da Família no Brasil: monitoramento da implantação e funcionamento das Equipes de Saúde da Família - 2001/2002* (BRASIL, 2004), os seus resultados explicitam que o apoio diagnóstico e a referência para atenção especializada ainda são insuficientes para garantir a resolubilidade e a continuidade da atenção aos usuários assistidos pelo PSF, destacando como um dos desafios para reorganização do SUS a construção de redes assistenciais que garantam serviços básicos resolutivos e a continuidade da atenção, com uma oferta organizada de serviços de média e alta complexidade, com vistas a assegurar o acesso ao sistema.

Todavia, concordamos com Assis e Abreu-de-Jesus (2010) que o acesso a tais níveis de assistência deve ser uma ferramenta transformadora, para que haja uma assistência integral

e resolutiva que permita ao usuário ingressar no sistema no intuito de solucionar o problema de saúde que o aflige, na medida em que o acesso vai além do conceito de porta de entrada, configurando-se em um dispositivo transformador da realidade. Entretanto, entendemos que o acesso em si precisa vir acompanhado de outros elementos que o transversalizam, dentre eles, o acolhimento.

O acolhimento destacado na pesquisa *O “Acolher Chapecó” e a mudança do processo de trabalho no Programa Saúde da Família (PSF)* (FRANCO; PANIZZI; FOSCHIERA, 2004) é considerado como uma diretriz operacional que pode provocar mudanças no processo de trabalho, aumentar a capacidade de atendimento e, por consequência, o acesso aos serviços de saúde. Esse estudo possibilitou um envolvimento dos profissionais na assistência clínica aos usuários, com uma valorização do seu trabalho; além do conhecimento aguçado sobre os problemas da área de abrangência do PSF, a partir da escuta realizada no acolhimento; bem como uma facilitação no acesso e atendimento mais ágeis, graças ao aumento na oferta de serviços e ao aproveitamento da capacidade instalada.

Concretamente, vemos que nessa realidade o acolhimento funcionou como um dispositivo capaz de transformar as práticas de saúde e garantir uma maior acessibilidade dos usuários aos serviços ofertados.

Esta consideração se coaduna com o estudo de Franco, Bueno e Merhy (1999, p. 346), ao reforçarem que “o acolhimento funciona como um dispositivo a provocar ruídos sobre os momentos nos quais o serviço constitui seus mecanismos de recepção aos usuários”, podendo evidenciar como se conforma a acessibilidade aos serviços de saúde.

Todavia, consideramos que o acesso aos serviços de saúde não seria apenas um dispositivo enquanto estratégia de mudança e sim um direito dos usuários a ser alcançado, a partir da sua inserção nos serviços e da garantia da resolubilidade dos problemas de saúde apresentados. No entanto, o acesso deve ser universal, igualitário e equânime para que a interrelação entre usuários/ serviço de saúde seja concretizada. Porém, questionamos qual a dimensão do acesso nesta pesquisa?

A palavra acesso, segundo Travassos e Martins (2004), possui um conceito complexo, muitas vezes utilizado de forma imprecisa, que varia de acordo com o contexto e com os diferentes autores, sendo a terminologia empregada também variável, usada por alguns como substantivo de acessibilidade (DONABEDIAN, 1973 *apud* TRAVASSOS; MARTINS, 2004), ou como substantivo acesso (ingresso, entrada), ou ambas, indicando o grau de facilidade com que as pessoas obtêm a atenção à saúde.

Entretanto, a dimensão de acesso aos serviços de saúde deverá abranger uma compreensão multidimensional, que de acordo com Giovanella e Fleury (1995), comporta uma **dimensão econômica** (referente a relação oferta-demanda), uma **dimensão técnica** (relativa à planificação e organização dos serviços), uma **dimensão política** (relacionada ao desenvolvimento da consciência sanitária e da organização popular) e uma **dimensão simbólica** (referente às representações sociais sobre a atenção e ao sistema de saúde).

Outrossim, neste estudo, tomamos como referência três dimensões de acesso aos serviços de saúde: **dimensão política** enquanto um direito do cidadão, que deverá garantir não apenas sua entrada nos serviços de saúde; **dimensão técnica** como aquela relacionada a integralidade da atenção de modo a resolver o problema de saúde; e **dimensão simbólica**, a partir de um atendimento que atenda e satisfaça as suas necessidades.

Assim, no sentido de pesquisar o nosso objeto de estudo DINÂMICA ORGANIZATIVA DO ACESSO DOS USUÁRIOS DO PSF AOS SERVIÇOS E ÀS PRÁTICAS DE SAÚDE DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE, fizemos um levantamento das produções científicas nacionais sobre acesso aos serviços de saúde na biblioteca eletrônica *Scientific Electronic Library Online* (SciELO). Para tanto, utilizamos como descritor acesso aos serviços de saúde sendo encontrados 172 artigos, dos quais foram selecionados 10 artigos, segundo os seguintes critérios: aqueles que foram publicados no período de 2008 a 2013; que estudaram o acesso aos serviços de saúde no Brasil; que considerassem o acesso aos serviços de saúde de uma maneira geral e não por grupos, populações, profissionais ou setores específicos. Além disso, também foram excluídos os artigos que se tratavam de acesso ao uso de medicamentos e à saúde suplementar brasileira, bem como as revisões bibliográficas e estudos estritamente quantitativos, sem, contudo, eliminarmos aqueles que apresentavam uma metodologia qualitativa e quantitativa associada.

O estudo *Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde* (SOUZA et al., 2008) avaliou as potencialidades e desafios da integralidade do cuidado na atenção básica, a partir da percepção de usuários e profissionais de saúde, tendo como referência o processo de trabalho desenvolvido em unidades de saúde de capitais do Nordeste brasileiro. Os resultados referem a ampliação do acesso, com desproporções entre oferta potencial, atendimento à demanda e dificuldades de referência. Além disso, o acolhimento como tecnologia operacional ainda se constitui um processo em construção, variando nas unidades de saúde da família em níveis de concepção e estratégias de reorganização cotidiana do trabalho, uma realidade inexistente nas unidades básicas de saúde.

Contudo, os autores reforçaram que apesar da ampliação do acesso, ainda existem entraves para a acessibilidade à atenção básica à saúde nos municípios pesquisados devido a desproporção entre demanda e oferta dos serviços, bem como a dificuldade de referenciar os usuários a serviços especializados quando necessário. Porém, apesar desse delineamento da realidade possibilitar um certo avanço no acesso às ações da atenção básica, se faz necessário ampliar a oferta de serviços para garantir a resolubilidade e a operacionalização do sistema de saúde.

A pesquisa *Acesso a serviços de saúde: olhar de usuários de uma unidade de saúde da família* (CORRÊA et al., 2011), complementa tal perspectiva na medida em que ao buscar analisar a percepção de usuários de uma USF do SUS em Cuiabá/ Mato Grosso sobre a organização do serviço de saúde do município e identificar em que medida os princípios do acolhimento, vínculo e acesso têm se concretizado na prática daquele serviço de saúde, trouxe como resultados que o acesso é, às vezes, concebido de forma nem sempre positiva devido demora no atendimento e baixa resolubilidade, induzindo a busca por outros serviços.

Entretanto, vemos que muitas vezes o usuário procura os serviços de ABS para resolver o problema de saúde focalizado no atendimento médico e poder ser encaminhado para alguma especialidade, uma evidência da centralização na figura do médico e na medicalização, característicos do modelo médico centrado/ profissional centrado e biologicista. Além disso, a busca por serviços de atenção secundária pode estar associada à demora de atendimento nas Unidades Básicas de Saúde ou à baixa resolubilidade.

Os estudos *Demandas cotidianas na atenção primária: o olhar de profissionais da saúde e usuários* (SANTOS; PENNA, 2013) e *Acessibilidade e demanda em uma Unidade de Pronto Atendimento: perspectiva do usuário* (GOMIDE; PINTO; FIGUEIREDO, 2012) nos remetem a essas discussões sobre os motivos e situações que levam o usuário a buscar atendimento nos serviços de saúde.

Deste modo, os resultados da pesquisa de Santos e Penna (2013) faz referência às situações diárias que demandam a utilização dos serviços de saúde de acordo com a percepção de usuários e profissionais de saúde resultam da conjugação de aspectos sociais, individuais e culturais prevalentes na população. Reiteram que os atendimentos ocorrem a partir da demanda espontânea dos usuários e, para os profissionais, o interesse que se apresenta é por consulta, geralmente médica, com encaminhamento para especialistas e distribuição gratuita de medicamentos, ou seja, baseado no modelo de atenção a saúde medicalizante e biologicista.

Contudo, diante desses achados concordamos com Santos e Penna (2013) que o cuidado em saúde precisa transcender o corpo biológico, superar as práticas tradicionais e compreender outras dimensões e questões que compõem o cotidiano dos usuários em busca da resolubilidade.

De modo complementar, o estudo de Gomide, Pinto e Figueiredo (2012) retrata que os usuários consideraram que nas UBS houve demora no atendimento e agendamento das consultas e que o horário de funcionamento desses serviços coincide com a jornada de trabalho dos usuários, impossibilitando-os, muitas vezes, de conseguir atendimento, sendo que o acesso às tecnologias e aos medicamentos no Pronto Atendimento estudado foi facilitado, graças aos modos de organização desse serviço que atende toda demanda espontânea.

Por conseguinte, entendemos que os serviços de saúde deverão estar organizados de modo a garantir o acesso dos usuários a toda tecnologia e equipamentos disponíveis, proporcionando resolubilidade ao problema que apresenta independente de qual seja a sua porta de entrada no sistema. Entretanto, acreditamos que a atenção básica precisa atender e resolver as questões demandadas pelos usuários, com vistas a evitar a superlotação de serviços de média e alta complexidade com questões que poderiam ser atendidas e solucionadas no nível primário de atenção.

Ao nos referimos sobre os motivos e situações que têm levado os usuários a buscarem atendimento tanto nos serviços de atenção primária quanto secundária é importante também analisarmos a atuação das UBS no atendimento à demanda dos usuários numa rede de atenção à saúde. O estudo *Concepção de profissionais de saúde sobre o papel das unidades básicas nas redes de atenção do SUS/Brasil* (PUCCINI et al., 2012) nos faz refletir sobre essas questões e aponta a insuficiência de recursos e dificuldades no processo de trabalho das UBS como os motivos mais referidos por médicos de Pronto Socorro (PS)/ Ambulatório de Assistência Médica Ambulatorial (AMA) no município de São Paulo para justificar a procura inadequada por esses serviços. Alguns profissionais referiram que essas ocorrências deveriam ser atendidas na atenção básica, concluindo que a atuação das UBS na atenção a essa demanda, sobretudo de profissionais da atenção básica, ainda se configura de forma limitada e possivelmente resulta em práticas restritivas ao acesso da população.

A atuação das UBS precisa ser discutida tanto por profissionais que atuam nos serviços de atenção básica quanto de média e alta complexidade, juntamente com os seus usuários de forma a possibilitar um maior conhecimento sobre as ações desenvolvidas tendo como objetivo reduzir a demanda por atendimentos hospitalares e ambulatoriais que poderiam

ser resolvidos na UBS e facilitar o acesso para aqueles que realmente necessitam de serviços disponibilizados nos níveis de assistência de maior complexidade.

Porém, é necessário conhecimento para discutirmos os moldes de operar que têm facilitado o acesso aos serviços de saúde, as experiências positivas que devem continuar a ser realizadas e podem ser exemplos seguidos e praticados para a promoção da universalidade do acesso.

A pesquisa *Facilidades de acesso reveladas pelos usuários do Sistema Único de Saúde* (PONTES et al., 2010) objetivou analisar a percepção dos usuários sobre as facilidades de acesso às ações e serviços do SUS. Nesse estudo os usuários reconhecem o acesso a diversos serviços públicos de saúde, assim como os aspectos associados ao acesso, como o processo de referência que facilita o atendimento e o fluxo dentro do sistema, além da sorte e a crença em Deus. Os autores ainda ressaltaram a existência de uma atitude positiva acerca do sistema de saúde a partir da menção de acesso a diversos tipos de serviços (consultas, exames, medicações, internações, cirurgias, serviços de alta complexidade) bem como a identificação de um conjunto dos seus princípios.

Temos clareza que com a criação do SUS houve um avanço significativo no acesso da população aos serviços de saúde, referido também nas falas e na atitude positiva expressadas pelos usuários. Mas, questionamos até que ponto esse progresso na universalidade da assistência tem ocorrido, visto que alguns desses usuários consideraram a “sorte” e a “crença em Deus” como facilitadores para o acesso ao sistema?

Concordamos com Pontes e outros (2010) que o alcance do atendimento como uma questão de fé e sorte remete a falta de efetividade deste sistema que não garante o acesso enquanto um direito. Discussões, reflexões e ações deverão ser desenvolvidas e novos equipamentos e modos de organização dos serviços precisam ser implementados de modo a promover o acesso universal enquanto direito de cidadania.

Partindo desta premissa o estudo *O complexo regulador da assistência à saúde na perspectiva de seus sujeitos operadores* (FERREIRA et al., 2010) ressalta que o complexo regulador provocou alterações tanto na acessibilidade organizacional e equidade da rede de saúde quanto na atenção ambulatorial e hospitalar. Todavia, salienta a necessidade de constituição de uma rede resolutiva e humanizada enquanto ferramenta profícua de avaliação e gestão. Além disso, na concepção dos participantes – sujeitos operadores o complexo regulador melhorou o acesso às consultas especializadas e aos exames complementares de maior densidade tecnológica, os quais eram anteriormente realizados a partir da distribuição de um determinado número de guias de referência para cada unidade.

Com a sua implantação houve mudanças no processo de trabalho dos sujeitos mas teve pouco reconhecimento junto aos usuários do SUS. No entanto, apesar do pouco tempo de implantação, a estratégia do complexo regulador se constitui enquanto potência para colaborar na sustentabilidade do SUS. Porém, são necessários investimentos, divulgação e aperfeiçoamento para sua efetividade, uma vez que consideramos que são dispositivos e equipamentos como o complexo regulador que poderão auxiliar para que o acesso aos serviços de saúde possa ser efetivado de modo a garantir a universalização, equidade e integralidade da atenção.

No artigo *O Acesso aos Serviços Públicos de Saúde em Área Limítrofe Entre Municípios* (VARGAS et al., 2011) o acesso dos moradores de dois municípios aos serviços de saúde configurou-se dificultoso por se tratar de uma área limítrofe entre esses municípios. Dentre as dificuldades que geravam insatisfação dos usuários foram citados a falta de insumos em um determinado Centro de Saúde; o local onde a unidade se localiza fica em um matagal próximo a estrada; bem como a ausência frequente de médico nas unidades estudadas e o descaso dos médicos em relação às queixas apresentadas pelos usuários.

Deste modo, percebemos que a organização dos serviços nos municípios estudados sinaliza para a necessidade do comprometimento para a promoção do acesso aos serviços de saúde, bem como notamos a importância do envolvimento dos usuários na implantação dos serviços e na efetivação do acolhimento enquanto dispositivo capaz de provocar ruídos no cotidiano do trabalho dos profissionais de saúde para a concretização do acesso às práticas implementadas.

Outrossim, torna-se relevante que conheçamos a visão dos gestores sobre como tem se instituído esse acesso aos serviços de saúde, enquanto um dos atores responsáveis por sua efetivação, uma vez que é de suma importância compreendermos de que modo eles têm visualizado como o acesso tem se configurado na prática e o que pode ser realizado para a sua concretização.

Já pesquisa *A voz de gestores municipais sobre o acesso à saúde nas práticas de gestão* (SILVA; BENITO, 2013), cujo objetivo foi reconhecer as representações sociais presentes na narrativa das práticas dos gestores municipais de saúde de uma microrregião do sudeste do Brasil sobre o acesso aos serviços de saúde apresentou como resultados que a qualidade, a resolubilidade, a aproximação com as necessidades do usuário e a organização das redes de atenção são pouco expressas, o que demonstra um entendimento que não leva em consideração o ‘acesso de qualidade e resolutivo’. Os gestores referiram a sua impotência para gerar mudanças, acompanhada da falta de participação da sociedade e dos trabalhadores

na gestão que acabam por fortalecer a supremacia dos interesses do mercado e contribuir para a garantia de um ‘acesso limitado’ e a manutenção do modelo de atenção hegemônico com a reprodução de uma sociedade de consumidores.

Os autores concluíram que o acesso aos serviços tem se configurado de forma limitada e desigual, prevalecendo em muitos municípios relações de bases assistencialistas e clientelistas entre os gestores e os usuários, caracterizando-o como um bem de consumo que apenas alguns indivíduos podem usufruir, sendo necessário a implementação de mecanismos e ações que garantam a universalidade enquanto direito do usuário e dever do Estado. Para tanto, acreditamos que os serviços devem estar interligados de modo a permitir a continuidade do cuidado de maneira integral e resolutiva.

O último artigo analisado, *Articulação entre os níveis de atenção dos serviços de saúde na Região Metropolitana de Curitiba: desafios para os gestores* (AGUILERA et al., 2013) objetivou compreender a prática discursiva de gestores em relação à articulação entre os níveis de atenção primária e de média/alta complexidade dos serviços públicos de saúde na Região Metropolitana de Curitiba. Os resultados traduziram que os municípios se encontram em diferentes estágios de implantação e organização da atenção primária, com aspectos que têm dificultado o acesso aos serviços de média/alta complexidade e que promovem interrupção na continuidade das linhas de cuidado. Como agravantes para o acesso a serviços de média/alta complexidade os gestores apontaram o sistema de marcação de consultas e exames especializados e a distância entre os municípios e a capital. No que concerne a questão do atendimento hospitalar, uma parcela dos gestores aponta o difícil acesso via Central de Leitos, especialmente o encaminhamento de pacientes para leitos de Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) geral ou neonatal. Além disso, quanto à saúde bucal, verificaram que os municípios ainda não conseguem responder às demandas na APS, muito menos na média complexidade.

A partir da análise dessas produções científicas vimos que a efetivação do acesso à saúde apresenta entraves e limites que precisam ser superados. Um desses limites seria a oferta/ demanda, sendo necessária uma ampliação dos serviços ofertados que atendam às reais demandas da população usuária para proporcionar o desenvolvimento de ações de qualidade e resolutivas tanto na atenção básica, quanto de média e alta complexidade, a partir de práticas que ultrapassem o modelo de atenção tradicional, medicalizante, biologizante e profissional centrado, que tenha o usuário enquanto o centro da atenção desenvolvida.

Diante de tal realidade sentimo-nos instigadas a desenvolver este estudo, considerando-se que nas produções nacionais vimos nos anos de 2008 a 2013 no *Scielo* que

apesar de 172 artigos discutir sobre o acesso aos serviços de saúde, apenas 10 se encontraram entre os critérios de inclusão para a pesquisa. Daí acreditamos que este estudo, a partir dos seus resultados, poderá contribuir com uma ‘outra’ prática diferenciada até então, porque ponderamos que é uma oportunidade para se pensar e fazer uma prática humanizada, em que os usuários tenham acesso aos serviços de saúde, com abrangência à atenção básica, de média e alta complexidade que, consequentemente, respondam com resolubilidade às suas necessidades de saúde individual e coletiva.

Esperamos, com esta pesquisa, fornecer subsídios para a formulação de políticas públicas sobre as formas estratégicas de vencer dificuldades e fortalecer as facilidades do acesso, tendo em vista a promoção da integralidade e equidade da assistência prestada, bem como a resolubilidade dos problemas de saúde demandados.

Este estudo poderá também colaborar para a valorização da atuação dos profissionais de saúde e gestores para a promoção do acesso aos serviços dos diversos níveis do sistema, ratificando a sua importância na efetivação dos princípios do SUS e na articulação dos diversos níveis de assistência, bem como contribuir com a possibilidade da melhoria do acesso e de uma prática compromissada, responsável e resolutiva.

Além disso, a partir da compreensão das dimensões do acesso aos serviços de média e alta complexidade vivenciadas pelos usuários, profissionais de saúde e gestores/coordenadores da rede municipal de serviços de saúde, poderemos apreciar as crenças e valores que permeiam o significado de acesso, bem como favorecer o planejamento e a organização da rede de serviços com vistas a garantir o atendimento universal e resolutivo.

Diante da realidade do modelo médico hegemônico neoliberal que ainda prevalece nos serviços de saúde e que se caracteriza por ser centrado na figura do médico, na doença e na “queixa-conduta”, acreditamos que o acesso ao ser concretizado como um direito poderá contribuir com a transformação da prática, tornando-a integral, humana e resolutiva, de modo a permitir e facilitar a entrada do usuário no SUS e a consequente resolubilidade do problema de saúde.

Isto posto, procuramos neste estudo responder às **questões norteadoras** descritas a seguir.

A primeira questão versa sobre o processo da dinâmica organizativa do acesso:

Como se processa a dinâmica organizativa do acesso dos usuários do Programa Saúde da Família aos serviços de saúde e às práticas de média e alta complexidade?

Esta dinâmica organizativa levou em consideração as dimensões política (relativa ao desenvolvimento da consciência sanitária e da organização popular), técnica (referente à

planificação e organização da rede de serviços) e simbólica (atinente às representações sociais acerca da atenção e ao sistema de saúde), para compreender a dinâmica do acesso, conforme apresentado por Giovanella e Fleury (1995), especificamente aos serviços de média e alta complexidade.

A segunda questão deste estudo é referente às práticas desenvolvidas pela equipe de saúde da família para o acesso dos usuários aos serviços de média e alta complexidade:

Como vêm sendo desenvolvidas pelos profissionais de atenção básica, de média e alta complexidade as práticas para a viabilização do acesso do usuário aos serviços de média e alta complexidade da rede SUS?

No sentido de responder a tais questionamentos, elaboramos os seguintes **objetivos**:

Compreender a dinâmica organizativa do acesso dos usuários do PSF aos serviços de saúde de média e alta complexidade da rede SUS.

Analisar as práticas de saúde realizadas pelos profissionais da atenção básica, de média e alta complexidade para a viabilização do acesso do usuário aos serviços de média e alta complexidade da rede SUS.

Por conseguinte, a partir de tais questões, no sentido de servir de sustentação no percurso do nosso estudo, elaboramos o seguinte **pressuposto**:

A organização das práticas operadas pela equipe no PSF para a viabilização do acesso aos serviços de saúde de média e alta complexidade revela-se por meio de serviços de saúde fragmentadas, com falhas no sistema de referência e contrarreferência estruturado que garanta o intercâmbio de informações e o fluxo de atendimento do usuário pelos serviços, bem como a sua acessibilidade ao sistema e a resolubilidade de suas necessidades.

2 REFERENCIAL TEÓRICO: da historicidade às categorias de análise do acesso



A cientificidade não pode ser reduzida a só uma forma de conhecer: ela pré-contém, por assim dizer, diversas maneiras concretas e potenciais de realização (MINAYO, 2010, p. 39).

A construção do referencial teórico deste estudo é sustentada pelas seguintes temáticas: **Acesso aos serviços de saúde: os caminhos para a sua efetivação enquanto direito de cidadania**, onde contextualizamos a historicidade da política de saúde brasileira e o caminho trilhado para a garantia do acesso universal; **Modelos Assistenciais na organização dos serviços de saúde de média e alta complexidade**, com o intuito de possibilitar uma maior compreensão da sua conformação histórica até o momento atual; e a **Dinâmica organizativa do acesso dos usuários às ações e aos serviços de média e alta complexidade**, enquanto categoria de análise.

2.1 Acesso aos serviços de saúde: os caminhos para sua efetivação enquanto direito de cidadania

Para discutirmos a questão do acesso dos usuários aos serviços de saúde de média e alta complexidade no município de Feira de Santana-BA, se faz necessário contextualizar os aspectos históricos da política de saúde brasileira que em seu percurso garantiram o princípio da universalidade às ações de saúde enquanto direito de cidadania.

No período colonial brasileiro, especificamente os séculos XVI, XVII e XVIII, e mesmo durante parte do século XIX, segundo Ferreira (1999a), a Medicina foi praticada principalmente por curandeiros, feiticeiros, padres, barbeiros cirurgiões e por raros médicos com formação universitária europeia. Os serviços de saúde pública, influenciados pelo pensamento higienista da época, visavam manter a higiene e infraestrutura dos centros urbanos, a fim de conservar as cidades organizadas, ventiladas e com razoável grau de salubridade.

Para Bertolozzi e Greco (1996), no período colonial o Brasil se encontrava à margem do capitalismo mundial, submetendo-se econômica e politicamente à metrópole Portugal, que o explorava economicamente através da extração do pau-brasil, do cultivo da cana de açúcar e do café e da mineração. Inexistia um sistema de saúde formalmente estruturado, as ações eram de caráter focal, sendo o acesso aos profissionais legais da medicina, trazidos de Portugal, exclusividade dos senhores do café.

Os autores ressaltam ainda que a Saúde Pública no Brasil era calcada em intervenções baseadas no Sanitarismo, que se operacionalizava no âmbito urbano das cidades, com a

comercialização e transporte de alimentos e cobertura dos portos marítimos, com medidas “promovidas pontualmente sob a forma de campanhas, as quais eram abandonadas assim que se conseguiam controlar os surtos presentes na época” (p. 382).

Deste modo, segundo Mendes (1995) e Silveira (2006), as políticas de saúde estavam voltadas para o saneamento dos espaços de circulação de mercadorias e a eliminação ou controle de doenças que poderiam prejudicar a exportação, o que caracterizou a prática do sanitarismo campanhista como modelo hegemônico de saúde, em consequência do início da industrialização brasileira.

O processo de industrialização, com o fim do modelo agroexportador, mudou o pólo dinâmico da economia para os centros urbanos gerando uma massa operária que deveria ser atendida pelo sistema de saúde. Para tanto, segundo Mendes (1995, p. 21), o importante não é mais “sanear o espaço de circulação das mercadorias, mas atuar sobre o corpo do trabalhador, mantendo e restaurando sua capacidade produtiva”. Tal fato fez surgir a assistência médica da Previdência Social, com diminuição das ações campanhistas que não respondiam às necessidades de uma economia industrializada e que acabaram por levar a conformação e a hegemonia do modelo médico-assistencial privatista caracterizado pela valorização da prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada, orientada em termos da lucratividade e do aumento da cobertura previdenciária.

A organização da assistência à saúde brasileira esteve desde os anos de 1920 vinculada à Previdência Social (MENDES, 1995; SILVEIRA, 2006; GIOVANELLA; FLEURY, 1995). Desta forma, especificamente em 1923, foram criadas as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP), sendo a primeira a dos ferroviários, as quais seguiram-se outras, que tinham como atribuição a prestação dos serviços médicos aos seus beneficiários.

O surgimento das CAP, para Silveira (2006), marca assim o nascimento de um sistema no qual a previdência e assistência estariam juntas até o surgimento do Sistema Único de Saúde em 1990, com uma atenção médica restrita àqueles que possuíam carteira de trabalho assinada, inseridos no mercado de trabalho formal, sem considerar a saúde enquanto direito de todo o cidadão.

A década de 1930, segundo Carvalho, Martin e Cordoni Jr (2001) é marcada pela criação do Ministério da Educação e Saúde, que coordenava as ações de saúde de caráter coletivo. Além disso, as mudanças que ocorreram no País após a revolução de 1930, que colocou Getúlio Vargas no poder, juntamente com a quebra da bolsa de Nova Iorque em 1929 e a crise do café que culminou com a desvalorização deste produto no mercado internacional, causaram o deslocamento da economia para centros urbanos e para as indústrias na região

centro-sul do Brasil, o que originou um novo contingente de trabalhadores assalariados, principalmente no setor de transporte e na indústria.

Todavia, de acordo com Giovanella e Fleury (1995) a partir da década de 1930, foram constituídos os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP) por categorias profissionais, que eram responsáveis por garantir a assistência médica aos seus segurados, a partir da colaboração dos mesmos com um percentual do seu salário, juntamente com a introdução do financiamento Estatal.

Tais institutos foram criados por Getúlio Vargas para favorecer as camadas de trabalhadores urbanos mais ligados aos seus sindicatos, fundamentais para a economia do país, de modo a atuar sobre o corpo do trabalhador, manter e/ ou restaurar sua saúde e sua capacidade reprodutiva.

O período que se estende de 1937 a 1945, denominado Estado Novo, foi caracterizado por práticas clientelistas, típicas do regime populista do governo Vargas. Deste modo é que, segundo Luz (1991) pode-se observar nesse período o centralismo, verticalismo e autoritarismo corporativo do lado da saúde pública, bem como o clientelismo, populismo e paternalismo nas instituições de previdência social, incluindo as de atenção médica.

A centralização das ações do Estado, de acordo com Silveira (2006), foram vivenciadas no governo Vargas também no setor saúde, a partir de intervenções na estrutura sindical brasileira e na nomeação de pessoas de sua confiança para presidir os IAP, os quais se constituíram em instituições corporativas que fragmentam o poder reivindicatório dos trabalhadores.

A organização do sistema de saúde brasileiro naquela época era caracterizada a partir da distinção dos setores responsáveis pelo desenvolvimento das ações de saúde pública com as práticas das campanhas sanitárias sob a responsabilidade do Estado – o modelo sanitarista campanhista –, enquanto a atenção à saúde individual e curativa era restrita a um grupo populacional específico sob o encargo da assistência previdenciária – modelo médico-assistencial privatista.

Nesse período, a assistência da população não vinculada ao mercado formal de trabalho ainda permanecia sob a responsabilidade das Santas Casas de Misericórdia, entidades de caridade e pelo poder público de modo menos expressivo. Para a população que possuía vínculo empregatício a assistência médica previdenciária passava a ocupar um espaço cada vez mais significativo na prestação dos serviços de saúde àqueles que necessitavam.

Contudo, Mendes (1995) ressalta que no período de 1930 a 1945 a preocupação da Previdência Social e dos IAP era de caráter contencionista, com vistas a acumulação de capital, sendo a assistência médica considerada como função provisória e secundária.

Por conseguinte, o período que se entende pela década de 1950 é caracterizado pela manutenção de práticas campanhistas, voltadas para assistência preventiva à saúde, quando foram criados vários serviços de combate a endemias. Segundo Carvalho, Martin e Cordoni Jr (2001), no ano de 1953 foi criado o Ministério da Saúde, que incorporou a estrutura do antigo Departamento Nacional de Saúde, com orçamento bastante escasso, ainda persistindo a dicotomia saúde pública e atenção médica individual.

O início dos anos de 1960 foi marcado por movimentos sociais que lutavam por mudanças estruturais na área de saúde, de acordo com Silveira (2006), a partir da promoção da universalização da atenção e da participação da sociedade nas decisões relativas à organização da assistência a saúde no nível local.

Entretanto, esse movimento “liderado e conduzido pelas elites progressistas que reivindicavam ‘reformas de base’ imediatas, entre as quais uma reforma sanitária consistente”, segundo Luz (1991, p. 80-81), foi impossibilitado de continuar a defender os seus interesses, devido as forças sociais conservadoras que reagiram com o golpe militar de 1964.

Em 1967, os IAP são unificados no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). De acordo com Silveira (2006), o que se percebeu com esta unificação foi o desvio de recursos arrecadados dos trabalhadores para o financiamento de megaconstruções – como a Usina de Itaipu, a Transamazônica e a ponte Rio-Niterói – e um aumento da influência Estatal na implantação da medicina de grupo e proteção do empresariado.

Nesse período,

[...] começa a MEDICINA DE GRUPO como sistema, o que estimulou o consumo de medicamentos e equipamentos estrangeiros. O INPS torna-se um órgão repassador de dinheiro público para a iniciativa privada, criando um capitalismo sem riscos na área de saúde, em que a participação do Estado aumenta e protege o empresariado (SILVEIRA, 2006, p. 37).

Desta maneira, de acordo com Giovanella e Fleury (1995), o INPS desenvolveu um processo de centralização a partir do controle do Estado que uniformizou benefícios e excluiu os trabalhadores da gestão, com uma concomitante ampliação da cobertura previdenciária, por meio da regulamentação do Fundo de Assistência e Previdência do Trabalhador Rural,

incluindo os trabalhadores rurais no sistema previdenciário, com posterior inclusão dos trabalhadores autônomos e domésticas.

Se por um lado houve incremento no acesso à assistência médica aos previdenciários, por outro a população não-previdenciária, a massa indigente que não participava do mercado formal e não possuía carteira assinada, encontrava-se à margem desse atendimento, usufruindo dos poucos serviços de saúde pública e filantrópicos, muitas vezes de baixa qualidade quando necessitavam.

A assistência destinada a grupos mais vulneráveis, àqueles mais pobres, inspirava-se, deste modo, em uma perspectiva caritativa, pois segundo Fleury (2008), o acesso a certos bens e serviços eram medidas compensatórias, caracterizadas como cidadania invertida, pois o indivíduo tinha que provar o seu fracasso no mercado de trabalho para ser objeto de proteção social.

Em contrapartida, Cohn (1999, p. 18) caracteriza essa política econômica de cidadania regulada pela condição do trabalho, que reconhece como “cidadãos somente aqueles que apresentam uma das ocupações reconhecidas e definidas por lei”.

Assim sendo, percebemos que o acesso aos serviços de saúde continuava excludente, destinado a grupos específicos, àqueles que possuíam carteira assinada ou poderiam pagar pelos serviços.

Com a crise financeira no setor da saúde, que se expressava na seguridade social e no modelo de saúde privatizante no início dos anos 1980, segundo Bertolozzi e Greco (1996), a proposta do movimento sanitário, que remonta aos primeiros anos da Ditadura Militar, apresentava forte reação às políticas de saúde, se conformando em uma alternativa concreta para a reformulação do sistema nesse campo. O movimento sanitário difundia também um novo paradigma científico com a introdução das disciplinas sociais na análise do processo saúde-doença.

Todavia, segundo Nunes (1994) as reformas que foram defendidas no campo científico estavam estreitamente vinculadas a um projeto pedagógico, em que se procurava ao criticar a biologização do ensino centrado em práticas individuais e hospitalares, não apenas adentrar outros conhecimentos, mas garantir uma visão mais completa e integral do indivíduo, a partir da introdução de disciplinas sociais, como Epidemiologia, Sociologia, Antropologia. Portanto, é nesse cenário que se iniciam as discussões de implantação de ideias da Medicina Preventiva

e Social⁶, enquanto campo de saber e práticas, que se converte em um movimento que se estendeu até meados da década de 1970 e que influenciou o movimento sanitário.

O trabalho *O Dilema Preventivista* (AROUCA, 1975) fez uma análise crítica do projeto preventivista, ao discutir sobre a Medicina Preventiva e Social enquanto movimentos ideológicos que surgiram a partir da crítica da prática médica, e de uma transformação da atitude do médico para com o paciente, família e comunidade, que perpassava por mudanças na formação e no ensino deste profissional.

No nosso entendimento, esse estudo foi de grande relevância para o surgimento do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, detalhado posteriormente, bem como para o ensino médico e o desenvolvimento científico e tecnológico.

Concordamos com Nunes (2006) que outro fato que merece destaque na década de 1970, mais precisamente no ano de 1978, foi a Declaração de Alma-Ata, que fundamentaria muitas das questões sobre a saúde nos anos seguintes, essencialmente no que diz respeito ao direito à saúde, ao papel do Estado e a organização da atenção primária enquanto porta de entrada do sistema de saúde.

Acreditamos que a Declaração de Alma-Ata apresentou grande repercussão no campo da saúde, pois propiciou avanços no que concerne ao acesso à saúde e a valorização da atenção primária enquanto porta de entrada, bem como suas medidas preventivas, as quais ainda repercutem positivamente no sistema de saúde atual.

Reforçamos também atuação relevante da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), instituída em 1979, que para Nunes (2006) representou ‘novos’ moldes para a criação e consolidação da saúde coletiva, a partir das discussões realizadas em congressos, grupos de trabalho, pesquisas e ensino, constituindo-se em um verdadeiro movimento sanitário com contribuições importantes para a Reforma Sanitária Brasileira.

Com a eclosão da crise da Previdência Social, concomitantemente com a crise econômica e a redemocratização do país, nos primeiros anos da década de 1980 foi elaborado pelo governo brasileiro, em 1979, um projeto de reorientação do sistema de saúde denominado *Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde* (PREV-SAÚDE), apresentando como princípio a universalização da atenção e a articulação interministerial,

⁶ Segundo Arouca (1975, p. 109) a Medicina Preventiva se constitui em uma prática ideológica, ligada aos grupos hegemônicos da sociedade civil, “existindo como uma norma que não se instaura, por suas próprias contradições decorrentes da articulação da medicina com o econômico, na prática”. Já a Medicina Social busca promover uma ruptura com esta postura ideológica e “delimitar um objeto de estudos a partir do qual pudesse produzir conhecimentos que contribuíssem para uma prática transformadora”, ou seja, um discurso que procura se organizar a partir da contradição das classes sociais, assumindo uma postura na teoria diante dessas contradições.

para integrar as Secretarias de Saúde. Contudo, para Mendes (1995) e Silveira (2006), tal plano se constituiu em uma proposta frustrada, inviabilizada política e economicamente.

A inviabilização desse Plano, segundo Mendes (1995), teve determinações políticas, ideológicas e econômicas. Politicamente, pelas contestações sofridas em debate público, de caráter ideológico de grupos interessados na questão da saúde, sendo o projeto analisado pela Comissão Interministerial de Planejamento (CIPLAN) e encaminhado à Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados, de onde não mais sairia devido a própria crise financeira da Previdência Social, que identifica a assistência médica como um dos focos destes problemas financeiros.

Além disso, segundo Bertolozzi e Greco (1996), o PREV-SAÚDE propunha a hierarquização do atendimento de forma tal que a atenção primária se constituísse a porta de entrada dos usuários no sistema de saúde. A participação comunitária, a integração dos serviços público e privado existentes, assim como a regionalização definida por área e população, eram entendidos como pressupostos básicos desse Programa, considerado por muitos como "progressista", o que contribuiu para que o PREV-SAÚDE fosse rejeitado.

Deste modo, dentre as medidas elencadas para debelar a crise financeira da Previdência Social foi criado o Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária – CONASP (1981), mais racionalizador, tinha o objetivo de reorientar a assistência à saúde no âmbito da previdência social com o intuito de integrar as ações de saúde por meio das Ações Integradas de Saúde (AIS) (MENDES, 1995; SILVEIRA, 2006).

Diante do exposto, e de propostas de reorientação da assistência à saúde que não tiveram êxito, a exemplo do PREV-SAÚDE (1979) e posteriormente o CONASP, de acordo com Silveira (2006), surgem grupos de resistência ao autoritarismo, como o Movimento Sanitário Brasileiro, o qual buscou criar espaços de construção de cidadania a partir do setor saúde.

As *Ações Integradas de Saúde* (AIS) surgiram em 1983 como parte integrante do CONASP e iniciaram o processo de integração dos serviços públicos com o intuito, segundo Mendes (1995), de conter os custos da assistência médica previdenciária. Consagrou-se como um programa de atenção médica através do fortalecimento da gestão colegiada, descentralização das ações de saúde, estímulo ao financiamento das ações preventivas e na democratização através da participação social. Entretanto, apesar dos resultados positivos obtidos com as AIS, para Mendes (1995) elas não conseguiram superar o caráter de política social compensatória, nem tampouco se constituir numa estratégia de mudança do sistema de saúde.

Concretamente as AIS, na rede pública

reproduziram o princípio da produtividade, através da concepção de pagamento por produção. Além disso, esse plano tinha como princípios, a integração entre as ações e instituições, a regionalização, a hierarquização, o repasse de recursos da previdência, além da descentralização do planejamento e da administração (BERTOLOZZI; GRECO, 1996, p. 391).

Deste modo, apesar da vontade política de certos setores no sentido de expandir rapidamente os seus princípios, o que se observou, conforme apresentado por Bertolozzi e Greco (1996) foi uma lenta adesão dos municípios ao convênio, sendo decorrente, além de outras causas, da carência de informações para a definição do Plano de Aplicação Municipal, bem como pela postura do INAMPS que impunha determinadas exigências.

Para tanto, as ações iniciadas pelas AIS serviram de base para implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), em 1987, por meio do qual foi iniciado um processo de descentralização das decisões e aprofundamento da desconcentração das ações para o nível municipal e estadual (GIOVANELLA; FLEURY, 1995), sem contudo avançar na promoção do acesso universal e igualitário aos serviços de saúde, pois, segundo Mendes (1995, p. 46) “o SUDS reforçou os mecanismos de universalização excludente e não conseguiu superar as relações clássicas de intermediação entre Estado e sociedade caracterizadas pelo clientelismo e corporativismo”, além de reforçar a assistência médica individual em detrimento das ações coletivas de atuação residual dos programas de saúde pública.

Entretanto, antes de prosseguirmos na análise e caracterização da história das Políticas de Saúde brasileira, destacamos o evento político-sanitário por nós considerado relevante na década de 1980: a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), em 1986.

Salientamos que todo o movimento principiado pelo projeto contra-hegemônico nos campos político, ideológico e institucional, desde o início dos anos 1970, vai convergir para realização da 8ª CNS, em março de 1986, em Brasília, diferindo das demais conferências pelo seu caráter democrático e pela sua configuração como um processo social que começa com as conferências municipais e estaduais, até chegar à nacional.

E, diante de tal realidade, Silveira (2006) e Giovanella e Fleury (1995) ressaltam que a participação pró-ativa do Movimento Sanitário de forma a buscar a redemocratização do sistema público de saúde, contribuiu para a construção de um novo modelo assistencial para o Sistema Nacional de Saúde, por meio de propostas surgidas na 8ª CNS que buscavam garantir

a saúde enquanto direito de todos e dever do Estado, por meio do acesso universal e igualitário aos serviços, a descentralização do sistema e a participação social.

Com a promulgação da Constituição Nacional em 1988 é instituído o Sistema Único de Saúde (SUS), após as lutas capitaneadas pelo Movimento Sanitário, consagrando um elenco de princípios por ele defendidos. A partir de então a saúde passou a ser concebida segundo Giovanella e Fleury (1995, p. 182) enquanto “direito social universal, cabendo ao Estado, dada a sua determinação social, econômica e política, garanti-la mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução de riscos e agravos”.

Desta forma, ao SUS caberia garantir acesso universal e igualitário as ações e serviços de saúde, sendo organizado segundo os princípios da descentralização, direção única em cada esfera de governo, integralidade da atenção e controle social. Com a criação do SUS toda população, independente do seu vínculo previdenciário, de possuir ou não trabalho formal, passa a ter o direito de ser atendida pelos serviços de saúde do sistema público, caracterizando-se assim o acesso universal.

A saúde passa a se constituir, por conseguinte, em um direito de cidadania e dever do Estado, enquanto regulador público e responsável por sua garantia. Nesse processo, segundo Mendes (1995), se efetiva a transição de uma cidadania regulada, a qual embasava as políticas compensatórias, para uma cidadania plena, reconhecendo o direito igualitário de todos às ações de saúde.

Assim, por meio da cidadania plena o acesso aos serviços de saúde passa a ser garantido enquanto um direito de cada cidadão independente de seu vínculo empregatício, sendo um dever do Estado prover a saúde à população, mediante políticas que facilitem e promovam este acesso.

Em 1990, o SUS foi regulamentado através da promulgação da Lei nº 8.080, que dispõe sobre as condições de promoção, proteção e recuperação da saúde e as respectivas competências dos vários níveis de governo (BRASIL, 1990a), bem como a Lei nº 8.142 de 1990 (BRASIL, 1990b), que define o direito a participação social na gestão do SUS e regulamenta as transferências intergovernamentais de recursos financeiros da saúde.

A atuação do Estado passa ser regida por medidas de caráter coletivo, enquanto a assistência médica individual fica, muitas vezes, sob a responsabilidade do setor privado, em larga medida financiado pela Previdência Social. Para Conh (1999, p. 44), “nesse processo [...] o setor público vai assumindo um caráter suplementar, tendo de suprir a ausência do setor privado onde este não tem interesse por inviabilidade de retorno econômico”.

No entanto, observamos que

Em determinados municípios e regiões, a oferta ambulatorial especializada ainda se encontra fortemente vinculada aos serviços privados (filantrópicos ou lucrativos), principalmente os de natureza hospitalar. A contratação destes serviços pelo SUS tende a dar alguma agilidade e ampliar a resolutividade para os usuários que conseguem ter acesso (SOLLA; CHIORO, 2008, p. 8).

Mas de que modo temos vivenciado esta cidadania plena? O acesso aos serviços de saúde tem sido efetivado concretamente nas práticas?

Apesar de duas décadas posteriores a institucionalização do SUS, ainda não vivenciamos a concretização do acesso universal e igualitário aos serviços de saúde, essencialmente no que concerne aos serviços de média e alta complexidade. Temos a oferta destes serviços em sua maioria pela esfera privada, o que tem dificultado e impossibilitado a consolidação do acesso dos usuários a tais níveis de atenção. Por conseguinte, discutiremos a seguir os modelos assistenciais que têm influenciado na organização e operacionalização do acesso aos serviços de média e alta complexidade.

2.2 Modelos Assistenciais na organização dos serviços de saúde de média e alta complexidade

Apesar das inúmeras definições sobre **modelo assistencial**, comungamos com a definição de Campos (1989, p. 53), concebida como “o modo como são produzidas ações de saúde e a maneira como os serviços de saúde e o Estado se organizam para produzi-las e distribuí-las”.

No Brasil, nos seus diversos períodos históricos e mesmo na contemporaneidade identificamos a existência de vários modelos assistenciais decorrentes das várias políticas de saúde existentes, dentre eles, o modelo liberal privatista, o modelo racionalizador/ reformista e o Sistema Único de Saúde (SUS), caracterizados a seguir.

O modelo liberal privatista privilegia a lógica de mercado, a qual organiza a produção e distribuição dos serviços de saúde, sendo que o usuário paga diretamente pela assistência recebida. O atendimento é “individual, curativo e centrado em procedimentos mais racionais do ponto de vista de mercado” (CAMPOS, 1989, p. 54), sendo reforçado por Merhy (1994), que neste modelo o usuário se torna um mero depositário de problemas de saúde, os quais são resolvidos pelo saber da Clínica e da Epidemiologia, caracterizado como médico-centrado ou

profissional-centrado, tratando o usuário muitas vezes de maneira impessoal e descompromissada.

Tal modelo desenvolvido na prática impossibilita, muitas vezes, a expressão da subjetividade e a valorização dos usuários dos serviços, o qual é considerado como objeto e não sujeito coparticipante do processo de produção da saúde.

Quanto ao modelo racionalizador/ reformista sua principal meta foi corrigir algumas distorções da prática liberal, sem, contudo, acabar com a medicina de mercado (CAMPOS, 1989).

Já o modelo SUS surge com a proposta de considerar a saúde como um direito legal do cidadão e não como forma de obtenção de lucro, fundamentando-se nos princípios da universalidade, integralidade, hierarquização, descentralização e equidade. Para Campos (1989), o foco central deixa de ser o médico e suas ações, e passa a ser o usuário, o qual é visto como parte essencial do processo de produção de saúde, valorizando-se, desta maneira, a sua autonomia e a humanização do atendimento prestado.

Ao ser instituído pela Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988), o SUS pressupõe uma lógica de organização das redes de serviços que se caracterizam pelas prerrogativas de suas diretrizes organizativas de descentralização, hierarquização e regionalização, possibilitando o acesso às ações preventivas e curativas, de atenção ambulatorial e hospitalar, em todos os níveis de complexidade – atenção básica e serviços especializados.

Deste modo, com vistas a regulamentar o processo de descentralização, conforme apresentado na Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988) e nas Leis Orgânicas da Saúde 8080/90 e 8142/90, nos anos 1990 (BRASIL, 1990a; 1990b) são propostas as Normas Operacionais Básicas (NOB) – 01/91, 01/93, 01/96 – constituindo-se em instrumentos relevantes para o processo de consolidação da diretriz da descentralização.

A Norma Operacional Básica 01/91 (NOB SUS 01/91) (BRASIL, 1991) buscou garantir a gestão descentralizada do SUS, de acordo com o arranjo institucional previsto na legislação, possibilitando um avanço no processo de municipalização. Entretanto, de acordo com Levcovitz, Lima e Machado (2001), na prática, a lógica de transferência de recursos a estados e municípios permanece o pagamento por produção de serviços, com um privilégio a assistência médica em detrimento das ações de promoção e prevenção, que não constavam na tabela de remuneração. Além disso, os convênios de municipalização excluía a participação dos Estados, os quais eram estabelecidos diretamente entre o Ministério da Saúde/ INAMPS e as prefeituras.

A garantia da gestão descentralizada não pode ser efetivada com a NOB SUS 01/91, devido aos entraves que essa norma operacional apresentou, a exemplo do repasse de recursos por produção de serviços e a ausência de integração e articulação entre as três esferas de governo, apesar do notável avanço na municipalização.

Assim, segundo Carvalho, Martin e Cordoni Jr (2001), um clima de insatisfação se espalhou com essa política setorial, sendo demandada em 1992 a realização da IX Conferência Nacional de Saúde (CNS), principalmente pelas lideranças do movimento pela reforma sanitária, que propunham discutir os caminhos para implementação do SUS e da descentralização, tendo como tema central *Sistema Único de Saúde: a municipalização é o caminho*. As propostas e recomendações traçadas nessa ocasião, com o objetivo de implementar a municipalização, foi exposto e divulgado o documento *Descentralização das ações de saúde: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei*. A NOB SUS 01/93 (BRASIL, 1993) é a tradução operacional da última versão deste documento, resultado dos debates e discussões entre o Conselho Nacional de Saúde e a Comissão Intergestora Tripartite (CIT), sendo publicada na portaria do Ministério da Saúde nº 545, de 20 de maio de 1993.

A NOB SUS 01/93 (BRASIL, 1993) estabeleceu instâncias privilegiadas de negociação, pactuação e articulação entre gestores na esfera federal (Comissão Intergestores Tripartite – CIT) e estadual (Comissão Intergestores Bipartite – CIB). Além disso, instituiu duas condições de gestão para os Estados (Condição de Gestão Parcial e Semiplena) e três para os Municípios (Condição de Gestão Incipiente, Parcial e Semiplena), definindo suas atribuições e responsabilidades.

Dentre os avanços alcançados com a NOB SUS 01/93 (BRASIL, 1993), destacamos a implementação dos mecanismos de transferência “fundo a fundo”, apesar do pagamento por produtividade, conforme preconizado pela NOB SUS 01/91, ainda prevalecer, e uma maior autonomia para os municípios habilitados na gestão semiplena.

Todavia, compreendemos que a NOB SUS 01/93 rompeu com a lógica convenial de transferência de recursos proposta pela NOB SUS 01/91 e efetivou a transferência automática “fundo a fundo”, o que possibilitou uma maior autonomia dos municípios na gestão do setor saúde, principalmente aqueles habilitados na gestão semiplena, impulsionando o processo de municipalização.

Com o intuito de superar os limites da descentralização, da gestão e do financiamento que não foram solucionados com as NOB 01/91 e 01/93, foi publicada a NOB SUS 01/96 (BRASIL, 1996) a partir da portaria do Ministério da Saúde nº 2203, em 5 de novembro de 1996, implantada efetivamente em janeiro de 1998, sendo justificado tal atraso devido as

discussões sobre necessidade de recursos adicionais, que só foram viabilizados com a criação da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF), em 1997.

Dentre as principais finalidades propostas da NOB SUS 01/96, citados por Levcovitz, Lima, Machado (2001), destacamos a reorganização do modelo assistencial, com maior responsabilidade dos municípios na gestão da atenção básica e garantia da transferência regular e automática fundo a fundo dos recursos federais aos estados e municípios.

A atuação dos níveis municipal, estadual e federal são definidos com a NOB SUS 01/96, sendo reafirmado a participação da CIT e CIB no processo de articulação entre os gestores, além de estabelecer tetos financeiros para as esferas de governo. Assim, o Teto Financeiro Global do Município (TFGM) passa a ser constituído pelo Piso de Atenção Básica Fixo (PAB fixo) que estabelece um valor per capita para o custeio das ações básicas de assistência a saúde; o Piso de Atenção Básica Variável (PAB variável) que compreende incentivos destinados a programas específicos – Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), PSF, Ações de Vigilância Sanitária, Assistência Farmacêutica Básica, e outros; Fração Assistencial Especializada (FAE) para custeio das ações especializadas e de alto custo realizadas em regime ambulatorial; e a Remuneração de Internações Hospitalares com base na Autorização de Internação Hospitalar (AIH).

Segundo Levcovitz, Lima, Machado (2001), no período de implantação da NOB 96 houve de fato um aumento expressivo do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e do Programa de Saúde da Família (PSF) em todo país, sendo que em 2000 atingiam, respectivamente, 51,5% e 22,5% da população brasileira, com certa variação na cobertura, com relação as distintas regiões.

Percebemos que com a NOB SUS 01/96 é dado maior ênfase e estímulo à implantação do PACS e PSF como modelos de reorientação do sistema, por meio do repasse financeiro, com o intuito de garantir uma ampliação da rede de atenção básica à saúde, a descentralização do sistema, bem como um maior acesso da população a esses serviços. Portanto, a partir da implementação do Piso de Atenção Básica, notamos um importante processo de ampliação do acesso à atenção básica, bem como expansão e consolidação do Programa Saúde da Família.

A NOB SUS 01/96 (BRASIL, 1996) ainda prevê duas modalidades de gestão para os municípios (Gestão Plena da Atenção Básica e Gestão Plena do Sistema Municipal) e duas para os estados (Gestão Avançada do Sistema Estadual e Gestão Plena do Sistema Estadual), a fim de definir as atribuições e responsabilidades de cada gestor nestas esferas de governo.

Diante desta situação, Carvalho (2001), ainda argumenta que outra medida proposta por esta norma operacional foi a necessidade de um Planejamento e Programação Pactuada

Integrada (PPI), a qual seria programada entre os gestores e pactuada entre as esferas de governos, elaborada num processo ascendente, de base municipal, determinando também as responsabilidades do Estado, a fim de garantir acesso universal aos serviços de saúde, de forma direta ou por referência a outro município, por intermédio da relação gestor-gestor, com base nos procedimentos e serviços pactuados previamente.

A PPI almeja, portanto, garantir a saúde enquanto direito universal e efetivar a equidade enquanto diretriz do sistema, superando barreiras geográficas e possibilitando a pactuação de serviços e procedimentos não disponibilizados com outros municípios, a fim de garantir o acesso as ações necessárias para prevenção de doença, promoção, manutenção e reabilitação da saúde dos usuários, enquanto direito de cidadania.

Contudo, para Carvalho, Martin e Cordoni Jr (2001), a PPI não foi capaz de garantir a regulação e a articulação entre as redes de serviços interestaduais e intermunicipais devido a heterogeneidade do território brasileiro, e, deste modo, não foi possível superar as dificuldades burocráticas de acesso da população entre os municípios e estados.

Neste sentido, foi criada a Norma Operacional de Assistência a Saúde (NOAS) 01/2001 (BRASIL, 2001), através da Portaria nº 95 de 26 de janeiro de 2001, buscando enfrentar tal realidade. Para tanto, apresenta três proposições estratégicas: a regionalização e organização da assistência, com elaboração do Plano Diretor de Regionalização (PDR) e organização dos serviços de média e alta complexidade; o fortalecimento da capacidade de gestão do SUS, a partir do processo de programação da assistência e definição de responsabilidades de cada nível de governo na garantia do acesso da população referenciada; e a revisão dos critérios de habilitação municipal e estadual.

Todavia, durante a implementação da NOAS 01/2001, em alguns Estados foram identificados, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2002), entraves na operacionalização de determinados itens, decorrentes, principalmente, das dificuldades para estabelecer o comando único sobre os prestadores de serviços ao SUS, bem como assegurar a totalidade da gestão municipal nas sedes dos módulos assistenciais, além da fragilidade para explicitação dos mecanismos necessários à efetivação da gestão estadual para as referências intermunicipais.

Em decorrência da necessidade de viabilizar a implantação dessa norma, o processo de negociação foi reaberto, sendo elaborada a Norma Operacional de Assistência a Saúde (NOAS) 01/02 (BRASIL, 2002), que buscava assegurar a manutenção das diretrizes organizativas definidas pela NOAS-SUS 01/01 e oferecer as alternativas necessárias para

superar as dificuldades e impasses oriundos da sua efetivação, sendo implantada a partir da Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002.

A NOAS SUS 01/02 propõe a organização de uma rede funcional regionalizada, composta por módulos assistenciais, microrregiões, macrorregiões e regiões, fundamentada em territórios autossuficientes em atenção básica à saúde, em atenção mínima de média complexidade (M1) – que compreende as atividades ambulatoriais de apoio diagnóstico e terapêutico e de internação hospitalar que deverão ser garantidas no âmbito dos módulos assistenciais –, em atenção de média complexidade (MC) – conjunto de ações e serviços ambulatoriais e hospitalares que visam a atender os principais problemas de saúde da população que demandam a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico – e em atenção de alta complexidade (BRASIL, 2002). Nessa proposta prevalece uma visão do sistema de serviços de saúde como estrutura piramidal (Figura 1), organizada por níveis que são hierarquizados.

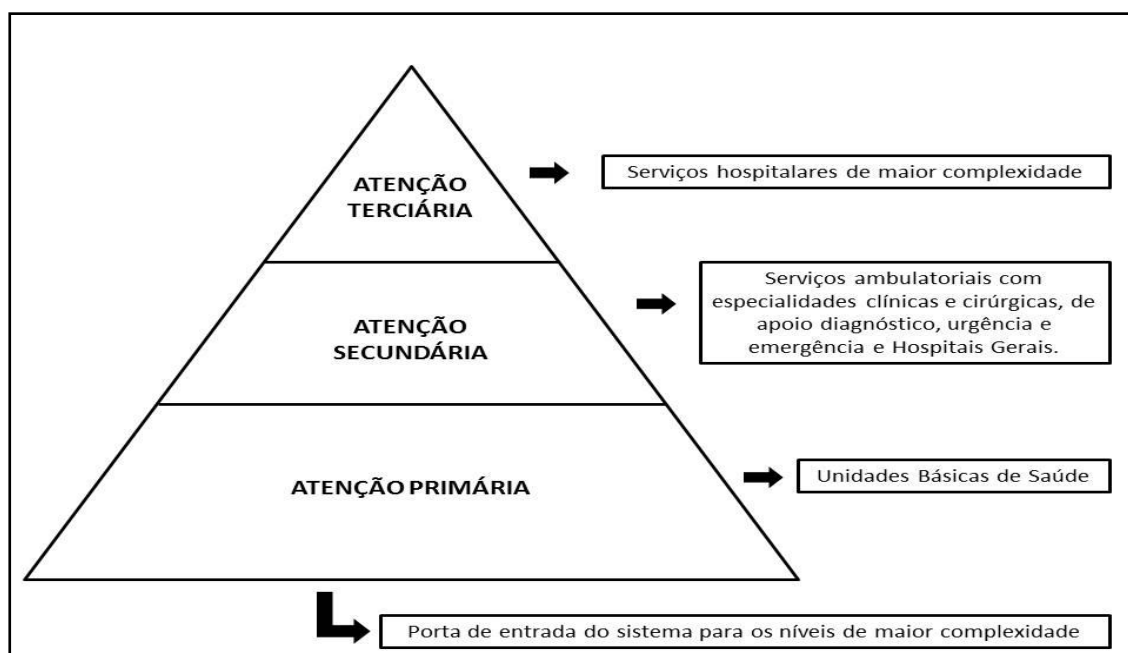


FIGURA 1 MODELO DA PIRÂMIDE

FONTE: Adaptada de Solla; Chioro (2008); Silva (2006).

O enfoque da atenção à saúde proposto pela NOAS SUS 01/02, configurado na Figura 1, preconiza que o acesso da população à rede de serviços de saúde se dá, inicialmente, pela atenção primária, a qual deve se constituir em porta de entrada do sistema e que deverá atender e resolver os principais problemas que demandam serviços de saúde, ou seja, capaz de “resolver 85% dos problemas de saúde”. Caso esses problemas não sejam resolvidos, os

usuários deverão ser referenciados para serviços especializados ambulatoriais ou hospitalares, na atenção secundária ou terciária.

Diante dessa organização do sistema de saúde brasileiro, para Cecílio (1997), na ampla base da pirâmide estariam distribuídos os serviços de atenção primária à saúde, com a missão de oferecer atenção integral à saúde das pessoas dentro das atribuições deste nível, funcionando como uma “verdadeira porta de entrada” para os outros níveis de atenção. Na parte intermediária, estariam localizados os serviços secundários, basicamente ambulatoriais com suas especialidades clínicas e cirúrgicas. E o topo seria ocupado pelos serviços terciários, ou seja, aqueles disponibilizados pelos hospitais de maior complexidade.

De acordo com Mendes (2002, p. 12),

essa visão piramidal supõe que a atenção primária à saúde é menos complexa que os procedimentos definidos como de média e alta complexidades. Não é correto esse suposto. Ou será mesmo que ofertar uma atenção primária à saúde de qualidade, o que exige uma interação constante com os cidadãos e cidadãs usuários dos serviços, a responsabilização por sua saúde, a utilização de procedimentos promocionais e preventivos, a resolução de 85% dos problemas e a coordenação dos fluxos e contra-fluxos na rede de serviços, é menos complexo que oferecer serviços de média e alta complexidades ambulatorial e hospitalar?

Apesar dos serviços e procedimentos disponibilizados nos níveis secundários e terciários necessitarem de maior densidade tecnológica – aquela composta pelos serviços do sistema que devem estar aptos, dentro do limite de sua complexidade e capacidade tecnológica, a garantir resolubilidade aos problemas de saúde apresentados pelos usuários – e financeira para sua efetivação (SOLLA; CHIORO, 2008), ela não será suficiente para considerar a atenção primária menos complexa. Pelo contrário, as ações e práticas desenvolvidas neste nível de assistência exigem um amplo conjunto de conhecimentos, atitudes e habilidades, que possibilitem o desenvolvimento de ações intersetoriais e interdisciplinares, com o intuito de promover a prevenção, promoção e reabilitação da saúde individual e coletiva.

Todavia, concordamos com Cecílio (1997) que a pirâmide poderá representar a possibilidade de racionalização do atendimento ao procurar demonstrar o fluxo ordenado dos usuários nos níveis de assistência à saúde a fim de garantir resolubilidade ao problema que apresenta. Daí, a proposta de regionalização e hierarquização dos serviços traduzida na pirâmide ser incorporada ao ideário do SUS por estar relacionada com a ideia de expansão da cobertura do acesso aos serviços de saúde, constituindo-se em um orientador para priorização

de investimentos, pois seria fácil perceber onde estariam localizadas as reais necessidades da população.

Outrossim, segundo Cecílio (1997), não tem sido possível utilizar e visualizar com precisão a imagem projetada pela pirâmide nos serviços de saúde, pois a rede básica não tem conseguido configurar-se realmente como “porta de entrada” mais importante do sistema; os prontos-socorros ainda encontram-se lotados com problemas apresentados pelos usuários que poderiam ser resolvidos em unidades básicas de saúde; as dificuldades de acesso aos serviços especializados e cirurgias eletivas são corriqueiras, mesmo com a implantação de medidas de referência mais exigentes pelas unidades básicas.

Diante do exposto, acreditamos que “é possível dizer que a pirâmide, a despeito da justeza dos princípios que representa, tem sido muito mais um desejo dos técnicos e gerentes do sistema, do que uma realidade com a qual a população usuária possa contar” (CECÍLIO, 1997, p. 472), sendo o acesso ao sistema pelos usuários efetivado por onde é mais fácil ou possível de acontecer.

É preciso reconstruir formas que sejam capazes de representar a real maneira como tem se dado o acesso aos níveis de atenção à saúde pelos usuários, de modo a possibilitar uma melhor compreensão de como tem se organizado os serviços produzidos.

Deste modo,

é necessário pensar novos fluxos e circuitos dentro do sistema, redesenhados a partir dos movimentos reais dos usuários, dos seus desejos e necessidades e da incorporação de novas tecnologias de trabalho e de gestão que consigam viabilizar a construção de um sistema de saúde mais humanizado e comprometido com a vida das pessoas (CECÍLIO, 1997, p. 174).

A construção de um sistema de saúde que atenda as verdadeiras necessidades do usuário poderá ser viabilizada a partir da releitura do atual sistema, de modo a possibilitar a entrada do usuário e a resolubilidade e qualidade na assistência oferecida.

Em contraposição ao modelo piramidal, Mendes (2002, p. 20) propõe sua substituição na NOAS SUS 01/02 pela concepção de uma rede horizontal integrada de serviços de saúde “onde todos os pontos são importantes e formam um contínuo de atenção, ainda que se reconheça que há diferentes complexidades e densidades tecnológicas em cada um dos pontos de atenção à saúde”.

Numa outra perspectiva Cecílio (1997) recomenda um modelo como um círculo, com portas de entradas múltiplas e qualificadas que possam privilegiar o acolhimento e a garantia do acesso dos usuários ao tipo de atendimento mais adequado à sua necessidade de saúde;

além disso, o círculo está associado à ideia de movimentos, de várias alternativas de entrada e saída, que abre possibilidades do ingresso do usuário em qualquer nível de atenção.

Por conseguinte,

[...] o que importa mais é a garantia de acesso ao serviço adequado, à tecnologia adequada, no momento apropriado e como responsabilidade intransferível do sistema de saúde. Trabalhando assim, o centro de nossas preocupações é o usuário e não a construção de modelos assistenciais apriorísticos [...] (CECÍLIO, 1997, p. 477) [destaques nossos].

O acesso ao serviço de saúde adequado, que atenda as necessidades do usuário, independente do modelo de organização do sistema adotado, é o mais relevante, de modo a garantir resolubilidade e humanização nas ações oferecidas e a permitir que estas valorizem o usuário na sua singularidade.

Entretanto, acreditamos que a conformação do modelo médico hegemônico, centrada em procedimentos, na lucratividade e não nos interesses e na valorização do usuário inviabilizam, na maioria das vezes, a garantia de um cuidado acolhedor, resolutivo e acessível.

Deste modo, concordamos com Merhy (1998) que na produção do cuidado nos serviços de saúde, muitas vezes, encontra-se presente a confluência dos interesses do “complexo médico-industrial”, bem como do modelo assistencial hegemônico que tem os processos de produção de atos de saúde centrados em procedimentos, supondo o consumo exacerbado destes recursos, voltados para interesses privados, estranhos aos dos usuários, mas que favorecem a produção de riquezas às grandes corporações econômicas.

O modelo assistencial atual que caracteriza os serviços de saúde está organizado, em sua grande maioria, a partir de problemas específicos, da realização de procedimentos, com um distanciamento do usuário e calcado na produção de atos de saúde que expressa o interesse de um grupo social específico, com fins a lucratividade.

Este modelo reproduz, portanto, um viés biologicista e altamente consumidor de procedimentos, o que resulta em sobrecarga, em maior demanda para os serviços de média e alta complexidade, e maior gastos financeiros para o setor saúde.

Assim, a equação difícil de resolver é garantir o acesso aos procedimentos de média e alta complexidade e ao mesmo tempo não operar processos de trabalho centrados em procedimentos, na prescrição e no consumo. Isto significa que o uso dos serviços de média e alta complexidade deve ocorrer de acordo com a necessidade do usuário e não por força do imaginário atual, a produção imaginária da demanda, que, segundo Franco e Merhy (2005),

associa cuidado ao consumo de procedimentos, no qual o usuário deposita toda expectativa de ser cuidado e protegido.

Mas é necessário que o usuário perceba que o procedimento técnico é apenas parte do processo de cuidar em saúde, o qual perpassa por outras ações que são desenvolvidas no interior dos serviços de saúde e que dependem da inter-relação entre trabalhador de saúde e usuário, a qual se concretiza por meio da utilização de forma associada de tecnologias leves, leve-duras e duras para atender a necessidade de saúde que apresenta.

Deste modo, é preciso que compreendamos a dinâmica organizativa do acesso dos usuários do PSF aos serviços do SUS nos diversos níveis de complexidade, independente da “porta de entrada” utilizada, com o intuito de garantir a integralidade e a resolubilidade nas ações desenvolvidas, e, conseqüentemente, entender como as práticas realizadas pela Equipe Saúde da Família (EqSF) têm contribuído para o acesso desses usuários aos serviços de saúde de média e alta complexidade da rede SUS.

Por conseguinte, discutiremos na próxima seção a dinâmica organizativa, as diferentes dimensões e as formas de acesso dos usuários às ações e serviços de média e alta complexidade.

2.3 Dinâmica organizativa do acesso dos usuários às ações e aos serviços de média e alta complexidade

A concepção de saúde enquanto direito de cidadania preconizada pelo Sistema Único de Saúde (SUS) requer que o sistema de saúde esteja centrado nos princípios da universalidade, equidade, integralidade e acesso às ações de saúde. Desde as lutas lideradas pelo Movimento da Reforma Sanitária Brasileira se tem buscado combater a exclusão de muitos brasileiros dos serviços de saúde e do sistema de atendimento em geral. Assim, para Merhy (1995) a luta pelo acesso à saúde deve conquistar o direito de qualquer cidadão entrar no serviço, ser atendido e ter resposta ao problema que apresenta, a necessidade de saúde que traz consigo.

Para tanto, iniciamos as nossas discussões sobre o conceito de acesso definido pelo Dicionário Aurélio (FERREIRA, 1999b) enquanto ingresso, entrada, trânsito, passagem, trato comunicativo, ato ou efeito de acessar. Entretanto, ao relacionarmos com os serviços de saúde

temos uma definição ampliada de suas dimensões, pautada na utilização e nos recursos oferecidos.

Segundo Abreu-de-Jesus e Assis (2010) o acesso pode ser entendido como a “porta de entrada”, local de recepção, acolhimento do usuário que apresenta uma necessidade de saúde específica, bem como os caminhos trilhados pelo mesmo no sistema em busca de resolubilidade da sua necessidade de saúde. Outrossim, fazem uma ressalva pois compreendem que o acesso vai além da concepção de “porta de entrada” do sistema, configurando-se em um dispositivo transformador da realidade, passando a ser um elemento disparador capaz de garantir a promoção do vínculo, acolhimento, humanização e resolubilidade da assistência.

Já para Giovanella e Fleury (1995), o acesso se constitui em uma categoria central para o conhecimento e análise das interrelações usuários/ serviços de saúde, relacionada a capacidade de um grupo ou usuário buscar e obter atenção desejada. Diante de tal compreensão, o acesso pode se configurar em um conceito geral, que encerra um conjunto de dimensões específicas as quais descrevem a adequação entre o sistema de saúde e os usuários, tais como:

- Disponibilidade entendida como a relação entre o volume e o tipo de serviço existente, bem como o volume de usuários e o tipo de necessidades.
- Acessibilidade que está relacionada à localização da oferta e a localização dos usuários, considerando os recursos para transporte, tempo de viagem, distância e custos.
- Acomodação ou adequação funcional diz respeito ao modo como a oferta encontra-se organizada para receber os usuários e a capacidade dos usuários acomodarem-se a estes aspectos e perceberem a conveniência dos mesmos.
- Capacidade financeira que conforma a relação entre os preços dos serviços de acordo com o mantenedor necessário para o atendimento do usuário, a sua entrada, manutenção ou saída do serviço.
- Aceitabilidade engloba as atitudes dos usuários sobre os profissionais de saúde e as características dos provedores dos serviços, ou melhor, trabalhadores de saúde, juntamente com a aceitação de prestar assistência aos usuários pelos trabalhadores.

Os estudos sobre acesso aos serviços de saúde utilizam, rotineiramente, a conceitualização de acessibilidade, a qual foi formulada por Frenk e Donabedian citados por Giovanella e Fleury (1995), que entendem acessibilidade como a disponibilidade de recursos

de atenção a saúde em local e tempo determinado, bem como as características do recurso que facilitam ou dificultam a sua utilização pelos usuários, considerando a acessibilidade como o “grau de ajuste” entre características dos recursos de atenção a saúde e o da população que busca assistência nos serviços.

No nosso entendimento a acessibilidade perpassa pela facilidade na obtenção e/ ou utilização dos serviços e/ ou recursos disponíveis, conformando-se em uma condição de acesso aos serviços, que deve ser garantido não apenas na entrada do usuário, mas durante todo o seu trilhar na rede de saúde, com o objetivo de sanar o seu problema de saúde.

Contudo, para Travassos e Martins (2004, p. 191) o termo acessibilidade é mais abrangente que a mera disponibilidade de recursos em um determinado momento e lugar. Advém das características dos serviços e dos recursos de saúde que facilitam ou dificultam seu uso pelos usuários, “é, assim, fator da oferta importante para explicar as variações no uso de serviços de saúde de grupos populacionais, e representa uma dimensão relevante nos estudos sobre a equidade nos sistemas de saúde”, incluindo a adequação dos profissionais e dos recursos tecnológicos usados para sanar as necessidades de saúde dos usuários.

Por conseguinte, Unglert (p. 224, 1995) concebe a acessibilidade como uma característica dos serviços de saúde, que aborda os pontos de vista

geográfico, no nível de distância a ser percorrida e obstáculos a serem transpostos; funcional, se considerarmos os tipos de serviços que são oferecidos, seu horário de funcionamento e sua qualidade; cultural, se analisarmos a inserção do serviço de saúde nos hábitos e costumes da população; e econômico, considerando que a totalidade dos serviços de saúde não está disponível a todos os cidadãos [destaques nossos].

A partir das discussões sobre acessibilidade, Giovanella e Fleury (1995) tomam como eixo de análise quatro dimensões explicativas para o acesso: a política, a econômica, a técnica e a simbólica. A dimensão política é relativa ao desenvolvimento da consciência sanitária e da organização popular; a econômica é referente à relação entre oferta e demanda; a técnica, diz respeito a utilização e as dificuldades encontradas pelo usuário no seu atendimento, bem como ao planejamento e organização da rede de serviços; e a dimensão simbólica relaciona-se às representações sociais acerca da forma como se organiza e como são disponibilizados os serviços de atenção à saúde.

Diante de tais dimensões explicativas das categorias de acesso, Giovanella e Fleury (1995) caracterizam e analisam a categoria acesso, articulada ao referencial teórico e a

definição conceitual. Para tanto, distiguem os modelos teóricos economicista, sanitarista-planificador, sanitarista-politicista e o da representação social caracterizados a seguir.

No modelo economicista são mapeados os diferentes padrões de consumo dos indivíduos, onde se estuda a relação entre a oferta e a demanda, e os diferentes padrões de consumo dos indivíduos que influenciam esta relação.

O modelo sanitarista-planificador caracteriza o conceito de acesso enquanto possibilidade de consumo garantida pela distribuição planejada de recursos da rede de serviços de acordo com a demanda, através de uma ação planejadora do Estado, que deverá ser pautada na regionalização, hierarquização, agilidade nos processos administrativos, disponibilização da informação adequada aos usuários sobre os serviços existentes e organização do sistema por meio dos princípios de referência e contra-referência.

O modelo sanitarista-politicista busca entender o acesso a partir do conceito-chave de consciência sanitária, a qual é compreendida como componente cognitivo por meio do qual a população entende a determinação social do processo saúde-doença, bem como os fatores que influenciam na organização social das práticas de saúde.

O modelo das representações sociais se caracteriza por uma crítica ao modelo sanitarista-politicista, propondo um deslocamento da problemática saúde do Estado, para a vida social, seus planos e instituições. Busca assim, resgatar o lugar de sujeito histórico, já que o estudo das representações sociais no âmbito da saúde perpassa pelas “representações acerca da atenção médica e do sistema de saúde como um todo, a ser apreendido a partir da interação imediata do usuário com os serviços de saúde” (GIOVANELLA; FLEURY, 1995, p. 196).

Além das quatro dimensões de análise – política, técnica, simbólica, econômica – sobre o acesso propostas por Giovanella e Fleury (1995), Assis e outros (2011), complementam mediante releituras teóricas e metodológicas com a dimensão organizacional, a qual se centraliza na garantia do acesso a partir de uma rede caracterizada por uma porta de entrada ao sistema, com um fluxo do atendimento definido – apesar das barreiras geográficas que possam existir –, pautada na regulação, no processo de referência e contrarreferência e na avaliação permanente das ações desenvolvidas, conforme apresentado no modelo teórico na Figura 2.

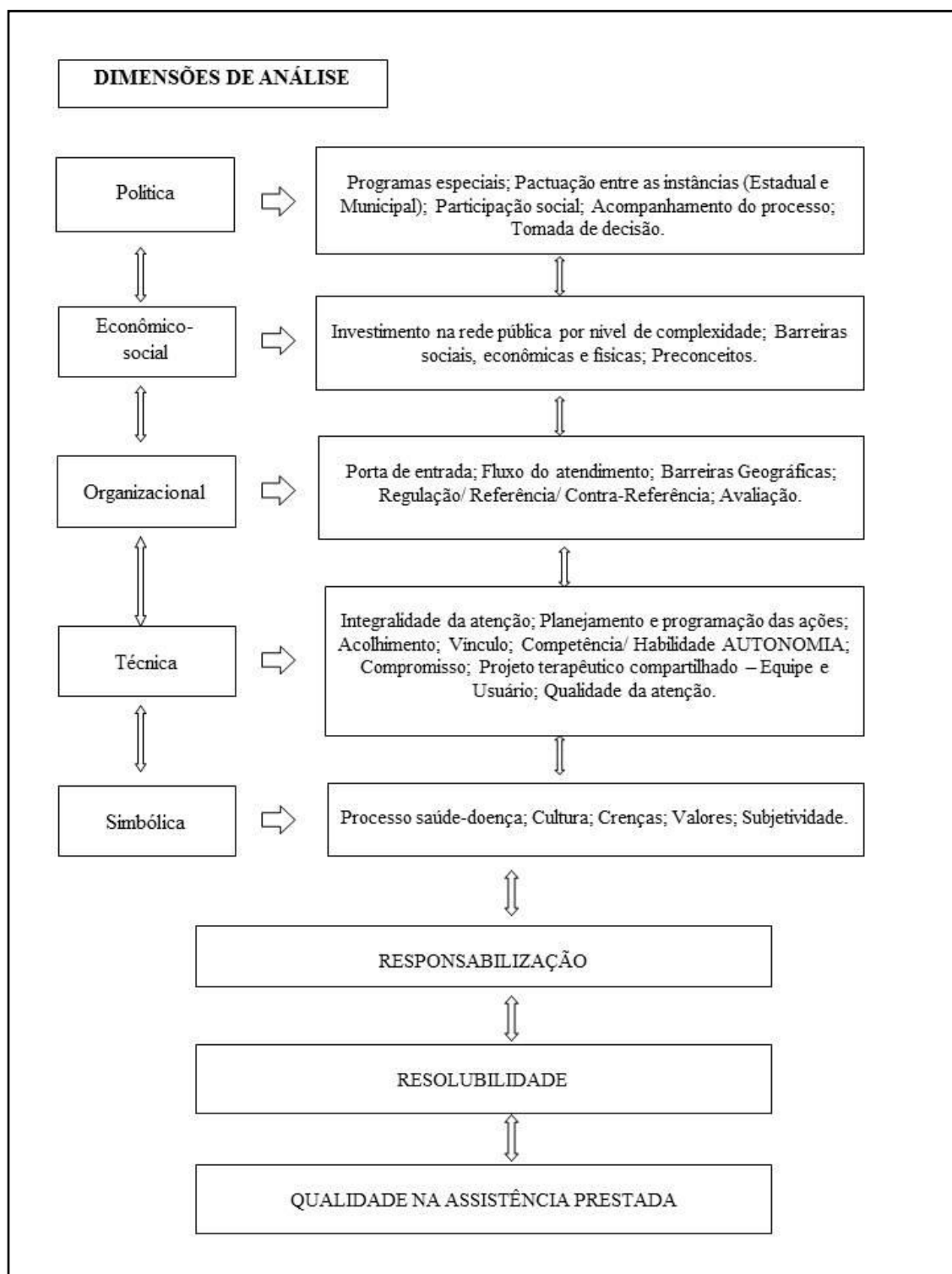


FIGURA 2 MODELO TEÓRICO: ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE
FONTE: Assis e outros (2011).

Nesta pesquisa analisamos a configuração do acesso aos serviços de média e alta complexidade, a partir de bases orientadoras as dimensões de análise de acesso política, técnica e simbólica, delimitadas por Giovanella e Fleury (1995), complementada com a

(re)leitura do modelo teórico proposto por Assis e outros (2011) diante da coerência e aproximação para com o objeto desta pesquisa, apresentada na Figura 3.

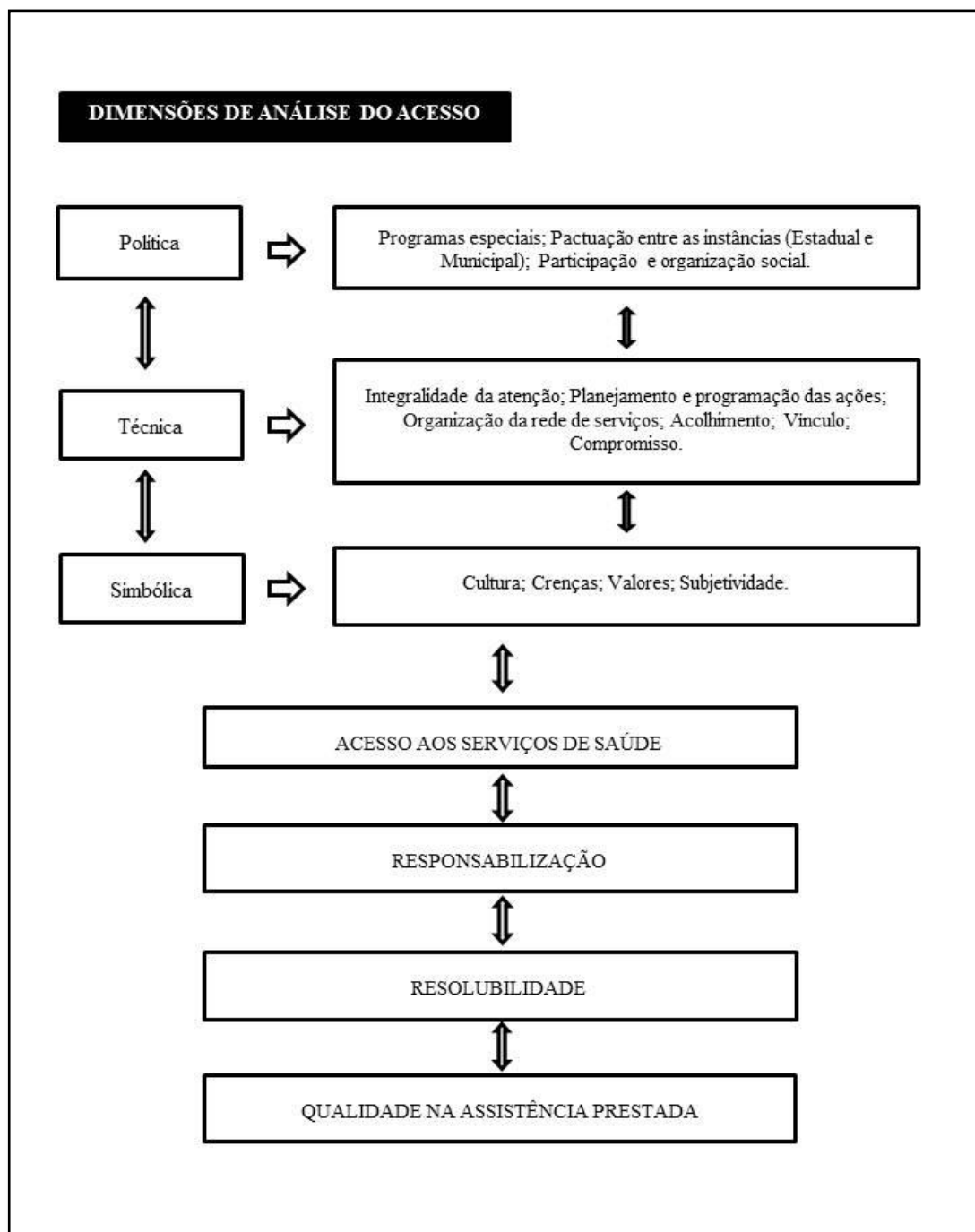


FIGURA 3 DIMENSÕES DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE
FONTE: Adaptado de Assis e outros (2011); Giovanella; Fleury (1995).

A análise das dimensões política, técnica e simbólica auxiliou na compreensão de como o acesso aos serviços de saúde tem se moldado, possibilitando não apenas a entrada do usuário no sistema e serviços de saúde, como também a responsabilização dos trabalhadores

de saúde para com os problemas e necessidades apresentados pelo usuário durante todo o seu trilhar nos serviços de saúde, de forma a garantir a resolubilidade e qualidade da assistência prestada.

As discussões do acesso estudadas por Assis, Villa e Nascimento (2003) destacam que no Brasil, ainda convive com o acesso seletivo, excludente e focalizado nos diferentes serviços públicos e privados, o que não condiz com o indicado pela Constituição Federal, que preconiza a saúde como direito de cidadania, bem como a universalidade das ações e serviços de saúde.

Para as referidas autoras, o acesso é considerado seletivo, pois ainda se apresenta de forma desigual na distribuição de benefícios, a qual está associada ao poder de compra dos usuários, seja de maneira direta através do desembolso do usuário ou pelos contratos estabelecidos com as seguradoras de saúde ou cooperativas médicas, que são consideradas a medicina supletiva.

Já acesso excludente é aquele pautado na lógica de mercado e condiciona o direito de acesso à assistência universal aos mecanismos de racionamento dos gastos, que acabam por determinar a deterioração da qualidade da atenção prestada nos serviços públicos.

Na medida em que ocorre a restrição do atendimento público a determinado serviço ou programa, o acesso se torna focalizado, e a universalização da atenção se apresenta em um sistema segmentado e desarticulado no seu âmbito interno e na sua cadeia organizativa como um todo.

Quando nos reportamos aos serviços de média e alta complexidade, vislumbramos de maneira mais evidente o quanto que o acesso a esses serviços tem se conformado de maneira seletiva, excludente e focalizada, visto que tem sido condicionado pelo poder de compra dos usuários, pela lógica de mercado e racionalização dos gastos, bem como pela limitação do atendimento público a serviços e programas específicos.

Outrossim, de acordo com Solla e Chioro (2008), a lógica de organização do SUS pressupõe a constituição de uma rede de serviços hierarquizada e regionalizada de forma a permitir o acesso universal às ações e aos serviços de saúde, através do nível primário de atenção e/ ou serviços especializados ambulatoriais e hospitalares, que busquem solucionar a necessidade de saúde apresentada pelo usuário.

Entretanto, apesar da atenção primária a saúde se constituir no primeiro nível de contato do usuário com os serviços, ou seja, o início de um processo de hierarquização de atenção, que de acordo com a organização da rede de atenção, segundo Assis e outros (2007),

não tem assegurado a resolubilidade nas ações desenvolvidas e nem se configurado realmente como uma “porta de entrada” aos serviços de saúde.

Paradoxalmente, a atenção secundária e terciária, de acordo com Solla e Chioro (2008), deve se constituir em níveis de referência para a atenção básica segundo a lógica de hierarquização e regionalização do SUS, e pode ainda ser subdividida em ações de média e alta complexidade, as quais se fundamentam na diferenciação de remuneração de procedimentos. Todavia, a precária integração entre os serviços de saúde tem sido uma característica presente nos sistemas de saúde, o que tem ampliado as dificuldades no acesso e gerado sua ineficiência como um todo.

O estudo *Redes na micropolítica do trabalho em saúde: (des)construção das práticas do Programa Saúde da Família* (ARAÚJO, 2012) objetivou compreender os significados e sentidos atribuídos à Rede na micropolítica do trabalho em saúde do PSF e discutir a (des)articulação das redes nesse Programa com os serviços de média e alta complexidades, destacou que as redes se configuram enquanto “nós” no funcionamento do sistema de saúde, com fluxos de informações e de trabalho entre o PSF e os serviços de média e alta complexidade que são viáveis e acontecem, porém, muitas vezes há um rompimento desta rede que abre linhas de fuga na produção do cuidado.

Deste modo, nesse estudo, as redes no trabalho em saúde edificadas a partir do PSF, encontram-se em processo de construção, pois ainda perpassam por ações de saúde fragmentadas nos pontos de interseção das práticas, com interferência na sua resolubilidade. Além disso, os serviços de referência e contrarreferência não são estruturados de forma a possibilitar o intercâmbio de informações e fluxo de atendimentos do usuário, o que se constitui em um obstáculo na articulação das atividades e na resolubilidade das ações.

Concretamente, é visível que a falta de um sistema de referência e contrarreferência eficaz que ordene as necessidades de saúde apresentadas pelo usuário tem dificultado a articulação e integração das redes de assistência a saúde o que poderá inviabilizar a integralidade da atenção prestada ao usuário quer individual, quer coletivo.

Entretanto, ressaltamos que os serviços de média e alta complexidade têm sido ofertados, em sua maioria, pelo setor privado, o que é ratificado pelo estudo *As contradições entre o SUS universal e as transferências de recursos públicos para os planos e seguros privados de saúde* (BAHIA, 2008), ao referir que 62% dos estabelecimentos com internação e 68% dos leitos do país são disponibilizados por hospitais privados. Tais dados apontam que o segmento suplementar disponibiliza uma oferta de serviços hospitalares para a atenção à saúde de média e alta complexidade muito maior do que a oferecida pelo SUS, o que leva-nos

a concordar com Assis e outros (2011) que o acesso neste nível de atenção é dependente da capacidade financeira do usuário, ou seja, mais seletivo e excludente.

Para tanto, precisamos ainda de um trabalho participativo de todos: gestores, trabalhadores de saúde, usuários e sociedade civil para que consigamos concretizar a democratização do acesso às ações e aos serviços de saúde, tornando-os universal, equitativo e integral, buscando garantir o maior quantitativo possível de serviços, recursos financeiros, humanos e gerenciais, que objetivem promover a saúde enquanto um direito, a partir da ampliação e qualificação dos serviços públicos, em particular os serviços de média e alta complexidade, almejando ampliar a sua oferta.

Portanto, é indispensável compreendermos a dinâmica organizativa do acesso dos usuários do PSF aos serviços e às práticas de saúde de média e alta complexidade, em suas dimensões técnica, política e simbólica, com o intuito de contribuir com a sua configuração nestes níveis de atenção e a promoção da saúde enquanto direito de cidadania, com um acesso universal de maneira mais equitativa e igualitária, conforme preconiza a Constituição Federal.

3 CAMINHO E INSTRUMENTAL NA COMPREENSÃO DO OBJETO



O endeusamento das técnicas produz um formalismo árido ou respostas estereotipadas. Seu desprezo, ao contrário, leva ao empirismo sempre ilusório em suas conclusões, ou a especulações abstratas e estéreis (MINAYO, 2007, p. 15).

Segundo Minayo (2007, p. 14), metodologia é o “caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade”, a qual inclui a teoria da abordagem (método), os instrumentos de operacionalização do conhecimento (técnicas) e a capacidade criativa do pesquisador (sua experiência, sensibilidade, subjetividade).

Buscamos com a construção desta metodologia fundamentar o “caminho do pensamento” percorrido (MINAYO, 2010), a partir do diálogo entre a empiria e a teoria para a construção de ‘outros’ saberes e práticas da realidade pesquisada.

3.1 Tipo de estudo

Optamos pelo estudo qualitativo, pois este permite responder questões particulares que não podem ser atendidas por outros métodos de estudo. Nesse sentido, de acordo com Minayo (2007), a pesquisa qualitativa se preocupa com uma realidade que não pode ser medida, quantificada, mas que é significativa para as Ciências Sociais, a qual encerra significados, sentidos e subjetividades de cada sujeito social.

E, por ser uma pesquisa de campo a pesquisa qualitativa possibilitou uma maior aproximação da realidade, além de permitir a observação de situações cotidianas da maneira como concretamente acontecem.

A pesquisa qualitativa busca compreender

a lógica interna de grupos, instituições e atores quanto a: a) valores culturais e representações sobre sua história e temas específicos; b) relações entre indivíduos, instituições e movimentos sociais; c) processos históricos, sociais e de implementação de políticas públicas e sociais (MINAYO, 2010, p. 23).

Por conseguinte, comungamos com Deslandes e Assis (2002), que o estudo qualitativo permite uma aproximação à realidade dos sujeitos pesquisados, já que, enquanto pesquisadora estaremos inserida no cotidiano dos sujeitos e instituições pesquisados, oportunizando-nos uma maior intimidade com a realidade, numa inter-relação com os sujeitos envolvidos na ação social, o que poderá facilitar na produção dos “novos”/ outros conhecimentos.

Além disso, este tipo de estudo nos possibilitou incorporarmos as questões relativas aos significados e intencionalidades como inerentes aos atos, relações, estruturas sociais, enquanto significativos para as construções humanas (MINAYO, 2010).

Deste modo, tendo um dos seus objetivos compreender a dinâmica organizativa do acesso dos usuários do PSF aos serviços de média e alta complexidade da rede SUS, fizemos uma abordagem crítico-analítica no sentido de possibilitar uma compreensão da realidade, das ações, comportamentos e subjetividades, numa perspectiva aproximada do método Dialético, aquele que se propõe a “analisar os contextos históricos, as determinações socioeconômicas dos fenômenos, as relações sociais de produção e de dominação com a compreensão das representações sociais” (MINAYO, 2007, p. 24) e a trabalhar com as contradições presentes nas ações e realizações humanas.

Para Nascimento (2010), não existem ideias, princípios, categorias, entidades absolutas na Dialética, tudo o que existe na vida humana e social está em contínua transformação, em movimento, nada é duradouro, pois está sujeito ao fluxo da história.

Dentre as características da Dialética citamos Nascimento (2010), que embasada em Marx destaca:

- Movimento: tudo se transforma e está em constante transformação, a realidade é um constante devir, na qual prevalece a luta dos opostos. Deste modo, consideramos na construção do estudo os aspectos convergentes, complementares, divergentes e diferentes encontrados na realidade estudada, a partir dos dados coletados.
- Historicidade: parte do pressuposto que o entendimento do presente só pode ser alcançado por referência a situações passadas. Para tanto, procuramos contextualizar o objeto estudado, traçando uma cronologia da história da saúde pública em busca da garantia do acesso enquanto direito de cidadania.
- Transformação: a natureza e a sociedade não são constantes, não são entidades acabadas, mas em contínua transformação, sujeitas ao fluxo da História. Evitamos, portanto, realizar afirmações, pois a realidade é sujeita ao movimento e às transformações, sendo feitas colocações consideradas como possibilidades.
- Totalidade: cada fenômeno faz parte de uma totalidade e seu estudo e entendimento só poderá ser realizado com referência ao seu todo, ao seu conjunto. Buscamos, desta maneira, compreender a dinâmica organizativa do acesso dos usuários do PSF aos serviços e às práticas de média e alta complexidade a partir da análise deste fenômeno do ponto de vista de um número de sujeitos que o vivencia,

mas que faz parte dos serviços de saúde de Feira de Santana e poderá representar em sua totalidade como esta realidade tem se efetivado.

Enfim, a Dialética procura a partir da compreensão do movimento, da historicidade, da transformação e da totalidade compreender os fenômenos, os seus significados, as suas raízes, as causas de sua existência e as suas relações, buscando produzir conhecimentos que nunca estão acabados, pois não existem verdades absolutas.

3.2 Campo de estudo

Segundo Minayo (2010, p. 201) na pesquisa qualitativa o campo é entendido como “o recorte espacial que diz respeito à abrangência, em termos empíricos, do recorte teórico correspondente ao objeto da investigação”.

Na realização de uma investigação é imprescindível localizar geograficamente onde a mesma acontecerá, visto que os fenômenos ocorrem de modos variados nos diversos lugares, devido às características culturais, políticas, econômicas, sociais e históricas que cada realidade apresenta (SANTANA, 2010).

O recorte espacial escolhido para esta pesquisa foi a cidade de Feira de Santana – BA, a qual possui lugar de destaque na atenção à saúde de média e alta complexidade, visto que, de acordo com o Plano Diretor de Regionalização (BAHIA, 2012), como município sede da Macrorregião Centro-Leste, da Região de Saúde de Feira de Santana e da 2ª Diretoria Regional de Saúde, constituiu-se em referência para tais serviços.

De acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010) este município possui uma população estimada de 556.642 habitantes, distribuídos em uma área territorial de aproximadamente 1.338 km².

Segundo dados do Plano Diretor de Regionalização da Bahia (BAHIA, 2012), Feira de Santana localiza-se na região Centro-Leste do Estado da Bahia, na Região de Saúde de Feira de Santana. A respeito da sua composição sanitária esta é constituída por 575 estabelecimentos de saúde, 5834 profissionais de saúde e 1.205 leitos hospitalares cadastrados no SUS, caracterizando-se em pólo de referência à macro e micro da região de saúde.

O município está habilitado na Gestão Plena do Sistema de Saúde segundo a NOAS SUS 01 – 2002, de acordo com a Portaria Ministerial nº 352 de 09 de março 2004 e reafirmado após a homologação do Termo de Compromisso da Gestão Municipal do Pacto

Pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão do Ministério da Saúde (FEIRA DE SANTANA, 2012b).

Feira de Santana possui em seu território 125 estabelecimentos públicos de saúde, distribuídos em: 103 Unidades Básicas de Saúde, destas 86 são USF; 14 Clínicas Especializadas/ Ambulatórios Especializados (Policlínicas); quatro Hospitais Especializados; um Hospital Geral e três Postos de Saúde (Quadro 1), que oferecem serviços de atenção básica, média e alta complexidade aos seus munícipes, bem como à população de municípios circunvizinhos que procuram atendimentos em especialidades não disponibilizados nos municípios de origem (IBGE, 2009; DATASUS, 2012).

Quadro 1 Distribuição dos Estabelecimentos de Saúde, segundo prestador público em Feira de Santana

TIPO DE ESTABELECIMENTO	QUANTIDADE
Centro de Saúde/ Unidade Básica de Saúde	103
Clínica Especializada/ Ambulatório Especializado	14
Hospital Especializado	4
Hospital Geral	1
Posto de Saúde	3
Total	125

Fonte: BRASIL, Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES (DATASUS, 2012).

No Quadro 2, apresentamos a estrutura da rede de serviços da Atenção Básica de Feira de Santana – BA. A rede de serviços da Atenção Básica encontra-se estruturada a partir de instituições que integram as Unidades de Saúde da Família, Unidades Satélites, Postos Tradicionais de Saúde, Unidades Básicas Tradicionais, nas quais se desenvolvem as ações e práticas das Equipes de Saúde da Família e Equipes de Saúde Bucal.

Quadro 2 Estrutura da rede de serviços da Atenção Básica por tipo de unidade em Feira de Santana – BA, 2012.

ESTRUTURA DA ATENÇÃO BÁSICA	NÚMERO DE UNIDADES
Nº de Unidades de Saúde da Família	<u>80 Unidades de Saúde da Família:</u> <u>34 USF em sede própria</u> possuem sala de recepção, sala de procedimentos, sala de vacina, consultório de enfermagem, consultório médico, consultório odontológico, expurgo, sala para lavagem, sala para esterilização de material, sala de reunião, sala de espera, sanitários para usuários e equipe. <u>46 USF instaladas em casas alugadas</u> são realizadas adaptações físicas. Segundo o padrão do MS possuem: consultório médico, consultório de enfermagem, sala de vacina, sala de procedimentos, sala de espera com recepção, sala de esterilização.
Nº de Unidades Satélites	<u>02 Unidades</u> que servem de apoio às USF em áreas rurais, atendendo a populações mais distantes ou isoladas: Posto de Sete Portas no distrito de Jaguara e Posto de Pedra da Canoa no distrito de Ipuacu.
Nº de Postos de Saúde Tradicional	<u>01 Posto de Saúde Tradicional:</u> Posto do Centro de Abastecimento
Nº de Unidades Básicas Tradicionais	<u>15 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e 31 equipes EACS:</u> Baraúnas I, Baraúnas II, CASEB I, CASEB II, CASEB III, CASEB IV, CASSA I, CASSA II, CSU I, CSU II, Dispensário Santana I, Dispensário Santana II, Irmã Dulce I, Irmã Dulce II, Jardim Cruzeiro I, Jardim Cruzeiro II, Mangabeira I, Mangabeira II, Parque Ipê I, Parque Ipê II, Queimadinha I, Queimadinha II, Queimadinha III, Queimadinha IV, Rua Nova I, Rua Nova II, Rua Nova III, Serraria Brasil I, Serraria Brasil II, Subaé, Parque Getúlio Vargas.
Nº de Equipes de Saúde da Família	<u>86 Equipes de Saúde da Família:</u> - 20 USF e 21 ESF da zona rural - 60 USF e 65 ESF zona urbana
Nº. de Equipes de Saúde Bucal na saúde da família Modalidade I	<u>37 ESB</u> (composta por um cirurgião-dentista e um auxiliar de consultório dentário)
Número de ESB vinculadas a 01 ESF	<u>22 ESB/ 22 ESF</u>
Número de ESB vinculadas a 02 ESF	<u>15 ESB/ + 30 ESF</u>
Razão entre ESB/ESF	<u>0,43 ESB/ESF</u>
Número de equipes de Saúde Bucal nas UBS/tradicionais	<u>09 EQUIPES, 09 ACD</u>
Número de ACS	<u>994 Agentes Comunitários de Saúde</u>

Fonte: FEIRA DE SANTANA. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Rede de Atenção Básica. Relatório de Gestão – 2011. Feira de Santana, 2012b.

Segundo o Relatório de Gestão – 2012 (FEIRA DE SANTANA, 2012b), a Atenção Básica de Saúde tem se constituído como porta de entrada de todo o Sistema de Saúde de Feira de Santana, caracterizando-se por um conjunto de ações individuais e coletivas destinadas a promover e proteger a saúde, através do diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde, bem como prevenir possíveis danos e agravos.

O município de Feira de Santana apresenta uma cobertura pela Estratégia de Saúde da Família (EFS) para os anos de 2011 e 2012 de respectivamente 59,43% e 63,11%. Já a cobertura da Estratégia de Saúde Bucal (ESB) foi de 22,11% para o ano de 2011 e 24,79% para o ano de 2012. Estes dados demonstram um crescimento relativo na cobertura tanto da ESF quanto da ESB o que pode ter auxiliado para ampliação do acesso a esses serviços ofertados pelo município (FEIRA DE SANTANA, 2012b).

No que diz respeito a Rede de Atenção Básica, segundo Relatório de Gestão – 2012 de Feira de Santana (FEIRA DE SANTANA, 2012b), as UBS apresentam um quantitativo de 680 profissionais, sendo 158 de nível superior (35 enfermeiras, 85 médicos, 27 odontólogos, seis (6) nutricionistas e cinco (5) fisioterapeutas), 523 pessoal nível médio (93 técnicos de enfermagem, 73 assistentes administrativos, quatro (4) vigilantes, 12 serviços gerais, 15 gerentes, 325 ACS).

As USF possuem 1.090 profissionais atuando, dos quais 209 são de nível superior (86 enfermeiros, 86 médicos 37 odontólogos) e 881 profissionais de nível médio (210 técnicos de enfermagem e 671 ACS).

Na coordenação da atenção básica atuam um (1) médico, dois (2) odontólogos, 19 enfermeiras, quatro (4) nutricionistas, dois (2) assistentes sociais, um (1) administrador, cinco (5) auxiliares administrativos, um (1) auxiliar de serviços gerais, totalizando 35 profissionais.

Quanto ao vínculo profissional, 100% dos ACS são efetivos, sete (7) técnicas de referência dos programas (apoiadoras institucionais) são efetivas e os demais profissionais da coordenação da atenção básica, ESF, NASF, ESB são cooperativados (FEIRA DE SANTANA, 2012b).

De acordo com o Relatório de Gestão – 2011 de Feira de Santana (FEIRA DE SANTANA, 2011) as Policlínicas e Centros Especializados dispõem de diversos profissionais dentre eles: coordenadores médicos e clínicos, gerentes, médicos clínicos, pediatras e especialistas, odontólogos, enfermeiros, bioquímicos, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais, farmacêuticos, técnicos de enfermagem, técnicos em radiologia, técnicos em laboratório, assistentes administrativos, entre outros.

A distribuição de pessoal da Secretaria Municipal de Saúde de Feira de Santana totaliza 4.169 funcionários, sendo 1.665 efetivos, 1.046 contratados e 1.458 cooperados (FEIRA DE SANTANA, 2011).

Em Feira de Santana, no que concerne a Rede Municipal de Média Complexidade destinada especificamente a Atenção às Urgências e Emergências, bem como ao atendimento de especialidades, ficam sob a responsabilidade das Policlínicas e Centros Especializados, os

quais dão suporte às UBS. Deste modo, a Rede Municipal de Média Complexidade é composta por seis (6) Policlínicas, que oferecem serviço de Pronto Atendimento aos munícipes, das quais cinco (5) delas também desenvolvem atendimento especializado. Além disso, o município ainda conta com dois (2) Centros Especializados da rede própria, com estruturas físicas independentes: o Centro de Especialidades Dr. Leone Leda (CSE), onde atuam 36 profissionais especializados na área de saúde, e o Centro de Atendimento ao Diabético e Hipertenso (CADH), destinado ao atendimento às pessoas com Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial, dispondo de 29 profissionais de saúde (FEIRA DE SANTANA, 2012b).

No Quadro 3, destacamos as Policlínicas, sua localização e os tipos de atendimento em Feira de Santana/ BA.

Quadro 3 Serviços oferecidos e distribuição das Policlínicas no município de Feira de Santana – BA, 2012.

POLICLÍNICA	LOCALIZAÇÃO	TIPO DE ATENDIMENTO
Policlínica Osvaldo Monteiro Pirajá	Bairro do Tomba (Zona Urbana)	Pré-hospitalar fixo/ 8 profissionais médicos especializados
Policlínica Francisco Martins da Silva	Bairro Rua Nova (Zona Urbana)	Pré-hospitalar fixo/ 7 profissionais médicos especializados
Policlínica João Durval Carneiro	Bairro Feira X (Zona Urbana)	Pré-hospitalar fixo/ 23 profissionais médicos especializados
Policlínica Emília Freitas Cruz	Bairro Parque Ipê (Zona Urbana)	Pré-hospitalar fixo
Policlínica do George Américo	Bairro George Américo (Zona Urbana)	Pré-hospitalar fixo/ 21 profissionais médicos especializados
Policlínica Yara Stefans Bispo	Distrito de Humildes (Zona Rural)	Pré-hospitalar fixo

Fonte: construído a partir das informações obtidas no Relatório de Gestão – 2012, Feira de Santana, 2012 (FEIRA DE SANTANA, 2012b).

Conforme o Quadro 3, Feira de Santana possui seis (6) policlínicas em seu território, das quais cinco encontram-se localizadas na zona urbana. Todas realizam atendimento pré-hospitalar fixo às urgências e emergências, sendo que quatro (4) destas dispõem também de médicos para atendimento ambulatorial especializado.

Os prestadores que realizam atendimento de atenção básica, média e alta complexidade em Feira de Santana – BA, quanto a natureza da instituição podem ser caracterizados em serviço público estadual, serviço público municipal, serviço filantrópico e serviço privado.

No Quadro 4 apresentamos a distribuição de prestadores que realizam atendimentos de baixa, média e alta complexidade em Feira de Santana, por natureza da instituição (FEIRA DE SANTANA, 2012b).

Quadro 4 Distribuição de prestadores que realizam atendimento de baixa, média e alta complexidade, por natureza da instituição, Feira de Santana – BA, 2012.

PRESTADOR	NATUREZA DA INSTITUIÇÃO			
	Público Estadual	Público Municipal	Filantrópico	Privado
APAE			X	
BIOLAB				X
LAB. IMUNE				X
CITOLAB				X
VITALAB				X
CSS				X
BIOCENTER				X
PFTALMOFEIRA				X
CEPARH			X	
GASTEN				X
CLOF				X
CSB				X
CLIORT				X
LAB. CENTRAL				X
COE				X
HIPS		X		
CMPC		X		
CMDI		X		
HC		X		
LABOP				X
MATER DEI				X
HTO				X
HOSP OTORRINOS				X
IHEF				X
IMA				X
IOFS				X
IUNE				X
VIRGINIA PAIM				X
ANACILN NILSON				X
LAB. SANTANA				X
M.N.				X
OFTALMED				X
ROBERTO V. PINTO				X
HDP A			X	
HGCA	X			
HELR	X			
HEMOLABOR				X
HORT				X
SIPACC/CEDAP				X
SOS				X
UNIDADES DA REDE PRÓPRIA		X		
Total	2	120	3	31

Fonte: FEIRA DE SANTANA. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Diretoria de Atenção à Saúde. Relatório de Gestão – 2012. Feira de Santana, 2012b.

No Quadro 4 vemos que a maioria dos serviços oferecidos pelo SUS aos usuários do município de Feira de Santana, principalmente os serviços de média e alta complexidade, são oriundos das instituições privadas, seguidas das instituições públicas municipais.

O campo de investigação propriamente dito deste estudo foram quatro (4) das 86 Unidades de Saúde da Família (USF), localizadas na zona rural e urbana, distribuídas geograficamente no norte, sul, leste e oeste do município, selecionadas a partir dos seguintes critérios:

- USF com equipe completa (enfermeiro, médico, auxiliar/ técnico de enfermagem, agente comunitário de saúde, cirurgião-dentista e auxiliar de consultório dentário⁷);
- USF em funcionamento há mais de um (1) ano;
- USF situada tanto na zona urbana quanto rural.

Os serviços de média e alta complexidade selecionados para o estudo foram duas Policlínicas (situadas uma na zona urbana e outra na zona rural do município), bem como dois hospitais gerais (Hospital Geral Clériston Andrade – HGCA/ Hospital Dom Pedro de Alcântara – HDPa), sendo um público e o outro filantrópico que atendem tanto as populações das áreas urbanas como rurais de Feira de Santana e municípios circunvizinhos.

Para a seleção desses serviços elencamos os seguintes critérios: Policlínicas e Centros de Saúde Especializados com mais de um (1) ano de funcionamento, que fossem referência para as USF que se enquadram nos critérios anteriormente citados; policlínicas e hospitais gerais públicos e conveniados com o SUS.

3.3 Participantes do estudo

Segundo Minayo (2007, p. 14), a pesquisa qualitativa valoriza a realidade social, ou seja, a cena e o seio do dinamismo da vida individual e coletiva, com toda a riqueza e significados que apresenta. Para tanto, neste estudo foram abordados um “conjunto de expressões humanas constantes nas estruturas, nos processos, nas representações sociais, nas expressões da subjetividade, nos símbolos e significados”.

Deste modo, valorizamos as expressões e representações de cada sujeito que vivencia determinada realidade social, considerando a sua singularidade e ponto de vista sobre um acontecimento ou prática social específica.

Por isso, concordamos com Santana (2010, p. 95) que nesse tipo de estudo é relevante identificar qual o indivíduo ou grupo de indivíduos está ligado ou relacionado com o

⁷ Neste estudo é um profissional de saúde, nível médio, que auxilia o cirurgião-dentista, independente de possuir ou não formação técnica na área específica.

fenômeno estudado, pois eles se constituem em “sujeitos ou atores sociais que experienciam determinada situação alvo de interesse do pesquisador e que se dispõem a fornecer informações, sobre suas experiências, suas práticas, seus sentimentos, seus pontos de vista”, sem ter a preocupação com o critério numérico desses sujeitos.

Para tanto, Minayo (2007) reforça que a representatividade da pesquisa qualitativa não depende de critérios numéricos, pois a amostragem representativa é aquela que permite ter uma maior abrangência do problema investigado, diante da possibilidade da visão mais ampliada do objeto de estudo, considerando-se inclusive que é imprescindível compreender os valores culturais, as relações entre os indivíduos e os processos históricos que representam a realidade de cada grupo, instituição e sujeito.

Deste modo, foram 26 os participantes do estudo. Tal amostragem foi delimitada pelo critério de saturação, ao notarmos uma repetição na fala dos sujeitos sobre o objeto pesquisado, ou seja, quando as concepções, explicações e sentidos atribuídos começaram a ter uma regularidade de apresentação, e quando conseguimos no campo de investigação “compreender a lógica interna do grupo ou da coletividade em estudo” (MINAYO, 2010, p. 197-198).

O estudo foi constituído de três grupos de participantes, formados por profissionais, usuários e gestores dos serviços de saúde, que nos permitiram, de acordo com a especificidade da sua singularidade, estudar a realidade pesquisada.

O Grupo I profissionais de saúde, foi constituído por nove (9) profissionais que atuam nos serviços de saúde (enfermeiros, técnico de enfermagem, médico, cirurgião-dentista, auxiliar/ técnico de enfermagem, agente comunitário de saúde). Esses profissionais foram selecionados mediante os seguintes critérios de inclusão:

- atuar no PSF e/ ou serviços de média e alta complexidade (Policlinicas e Hospital Geral) conveniados com o SUS;
- ter no mínimo seis (6) meses de experiência profissional, independente do seu vínculo empregatício.

O Quadro 5, a seguir, caracteriza estes participantes.

Quadro 5 Caracterização dos participantes da pesquisa – Profissionais de Saúde (Grupo I). Feira de Santana – BA, abr. a set. 2013.

Ordem da entrevista	Sexo	Idade (anos)	Tempo de formação	Profissão/ ocupação	Tempo de serviço	Duplo vínculo	Pós-graduação
Ent. 2	M	61	29 anos	Enfermeiro – PSF	10 anos	--	--
Ent. 6	M	35	--	ACS	15 anos	--	--
Ent. 7	F	47	21 anos	Enfermeiro – PSF	7 anos	--	Especialização em Saúde Pública
Ent. 10	F	35	5 anos	Téc. enfermagem da Policlínica	5 anos	Téc. Enfermagem de Hospital Municipal	--
Ent. 12	F	28	4 anos	Enfermeiro Plantonista da Policlínica	1 ano	--	Especialização em Urgência e Emergência (em curso)
Ent. 13	F	43	12 anos	Téc. enfermagem da Policlínica	6 anos	Universidade Estadual	--
Ent. 20	M	46	22 anos	Cirurgião Dentista - PSF	8 anos	--	Especialização em Saúde Coletiva (em curso)
Ent. 23	M	40	15 anos	Médico Plantonista do Pronto Atendimento	6 meses	Hospital Particular e Serviço de Atendimento Móvel de Urgência	Mestrado Profissional em Terapia Intensiva; Especialização em Saúde Pública; Especialização em Saúde e Segurança do Trabalho; Residência em Cirurgia Geral
Ent. 26	F	39	12 anos	Médica Plantonista da Emergência e Chefe de Plantão	5 anos	Em Feira de Santana: PSF, UBS e Policlínica. Outro município: Centro de Saúde	Especialização em Gastroenterologia Clínica (em curso)

No Grupo I, profissionais de saúde, participaram quatro (4) profissionais que atuam no PSF, três (3) em Policlínica e dois (2) em Hospital, dos quais quatro (4) são do sexo masculino. A faixa de idade dos entrevistados foi de 28 a 61 anos; a formação profissional foi variada, sendo dois (2) médicos, três (3) enfermeiros, um (1) cirurgião-dentista, duas (2) técnicas de enfermagem e uma (1) agente comunitário de saúde, todos eles com um tempo de formação profissional entre 4 e 29 anos. Quatro (4) dos participantes têm outro vínculo trabalhista como hospital público, hospital particular, policlínica e universidade estadual. Dois (2) profissionais de nível superior já concluíram o curso de Pós-graduação nas áreas de Saúde Pública e Saúde e Segurança do Trabalho, sendo que um deles além de dois (2) cursos de especialização concluídos já cursou Mestrado profissional em Terapia Intensiva e Residência

em Cirurgia Geral. Outros três profissionais de nível superior estão cursando Pós-graduação *latu senso* em Saúde Pública, Urgência e Emergência e Gastroenterologia Clínica.

O Grupo II, usuários, é formado por oito (8) participantes. Esses usuários foram selecionados atendendo-se os seguintes critérios de inclusão:

- Estar cadastrado na Unidade de Saúde da Família (USF) há pelo menos seis (6) meses;
- Maior de 18 anos, independente do sexo;
- Morador de zona urbana ou rural;
- Estar em atendimento ou na condição de acompanhante na USF ou nos serviços de saúde de média e/ ou alta complexidade (Policlinicas e Hospitais Gerais públicos).

No Quadro 6 a seguir eles são caracterizados.

Quadro 6 Caracterização dos participantes da pesquisa – Usuários (Grupo II). Feira de Santana – BA, abr. a set. 2013.

Ordem da Entrevista	Sexo	Idade (anos)	Escolaridade	Ocupação	Tempo de residência	Local onde está sendo atendido
Ent. 1	F	34	Ensino médio completo	Dono de casa	14 anos	PSF
Ent. 3	F	30	Ensino médio completo	Dona de casa	2 anos	PSF
Ent. 4	F	22	Ensino médio completo	Lavadora	22 anos	PSF
Ent. 5	F	44	5º ano do ensino fundamental	Lavadora	20 anos	PSF
Ent. 9	F	31	Ensino médio incompleto	Lavadora	31 anos	Policlínica
Ent. 11	F	30	Ensino médio incompleto	Lavadora	30 anos	Policlínica
Ent. 22	F	48	Superior completo	Secretária	10 anos	Hospital
Ent. 24	F	34	Superior completo	Desempregada	24 anos	Hospital

No grupo dos usuários pesquisados, conforme o Quadro 6, em sua totalidade são do sexo feminino, na faixa de idade entre 22 a 48 anos. Quatro (4) delas estavam sendo atendidas ou acompanhando algum outro usuário para ser atendido no PSF, duas (2) nas Policlinicas e duas (2) nos Hospitais (uma no HGCA e uma no HDPA). O tempo de residência na área de abrangência do PSF foi de 2 a 31 anos. No que diz respeito a escolaridade uma (1) possui ensino fundamental completo, duas (2) ensino médio incompleto, três (3) possuíam ensino médio completo e duas (2) ensino superior completo, sendo que duas (2) usuárias são donas de casa, quatro (4) são lavadoras, uma (1) secretária e uma (1) encontra-se desempregada no momento.

O Grupo III, gestores dos serviços do SUS, foi constituído pelos gestores/ coordenadores da Secretaria Municipal de Saúde de Feira de Santana, bem como aqueles funcionários que assumiam cargo de gerência/ coordenação dos serviços de média e alta complexidade (Policlinicas, HGCA, HDPA), que estavam no cargo há pelo menos seis (6) meses.

O Grupo III foi constituído por nove (9) participantes, sendo oito (8) gestores/ coordenadores do sexo feminino; a faixa de idade variou entre 27 a 53 anos. Esse grupo foi representado por sete (7) enfermeiras, uma (1) contadora e um (1) administrador, os quais possuem um tempo de formação que variou de 3 a 28 anos; o tempo de experiência profissional no serviço vai desde seis (6) meses a 16 anos. Todos possuem curso de Pós-graduação *latu senso* (Administração Hospitalar, Saúde Coletiva, Saúde Pública, Gerência de Unidades Básicas de Saúde – GERUS, Urgência e Emergência, Contabilidade, Gestão em Saúde), um deles com Mestrado, sendo que um entrevistado já concluiu o Mestrado em Marketing Estratégico e outro está cursando o Mestrado Profissional em Enfermagem. Atuam nas Policlinicas, Hospital Geral Clériston Andrade, bem como na própria Secretaria Municipal de Saúde, nos setores de Atenção Básica, Coordenação das Policlinicas, Central de Regulação e Divisão de Média e Alta Complexidade, onde desempenham a função/ cargo de Gerente Clínica, Coordenação de Equipes de Saúde da Família, Supervisora da Central de Regulação, Apoiadora Institucional, Referência em Vigilância Epidemiológica (VIEP) e Vigilância Sanitária (VISA) da Atenção Básica (AB), Supervisora das Policlinicas, Chefe da Divisão de Média e Alta Complexidade (DAMAC), Coordenadora das Policlinicas, bem como Coordenador do SAME, do Setor de Faturamento Hospitalar, do Setor de Órtese e Prótese, do Ambulatório e da Recepção da Emergência do HGCA. Desses nove (9) participantes, cinco (5) têm outro vínculo empregatício: dois (2) são professores de faculdade privada; dois (2) atuam em hospital; e um (1) é docente de escola técnica profissionalizante pública, conforme caracterização do Quadro 7, a seguir.

Quadro 7 Caracterização dos sujeitos da pesquisa – Gestores dos Serviços do SUS (Grupo III). Feira de Santana – BA, abr. a set. 2013.

Ordem da entrevista	Sexo	Idade (anos)	Formação	Tempo de Formação	Função/ cargo	Tempo de serviço	Duplo vínculo	Pós-graduação
Ent. 8	F	38	Enfermagem	8 anos	Gerente Clínica	5 anos	--	Especialização em Administração Hospitalar
Ent. 14	F	41	Enfermagem	18 anos	Coordenação de Equipes de Saúde da Família	9 anos	Professor Faculdade Privada	Especialização em Saúde Coletiva
Ent. 15	F	27	Enfermagem	3 anos	Supervisora da Central de Regulação	6 meses	--	Especialização em Saúde Pública e Mestrado Profissional em Enfermagem (em curso)
Ent. 16	F	50	Enfermagem	28 anos	Apoiadora Institucional e Referência em VIEP e VISA da AB	6 meses	--	Especialização em Gerência de Unidades Básicas de Saúde – GERUS
Ent. 17	F	28	Enfermagem	4 anos	Apoiadora Institucional	2 anos	Hospital privado	Especialização em Saúde Pública
Ent. 18	F	34	Enfermagem	13 anos	Supervisora das Policlínicas	6 anos	Hospital público	Especialização em Urgência e Emergência
Ent. 19	F	48	Ciências Contábeis	17 anos	Chefe do DAMAC	16 anos	--	Especialização em Contabilidade e Gestão em Saúde
Ent. 21	F	53	Enfermagem	26 anos	Coordenadora das Policlínicas	6 meses	Escola Téc. Profissionalizante pública	Especialização em Saúde Pública
Ent. 25	M	33	Administrador	12 anos	Coord. do SAME, do Setor de Faturamento Hospitalar, do Setor de Órtese e Prótese, do Ambulatório e da Recepção da Emergência	1 ano	Professor Faculdade privada	Mestrado em Marketing Estratégico e Especialização em Administração Hospitalar

Todos os participantes foram identificados por um número de acordo com a ordem crescente das entrevistas, seguidas pela primeira letra do grupo ao qual pertencem, no sentido de garantir o seu anonimato, de acordo com a Resolução 466/ 2012 (BRASIL, 2012) que trata de pesquisa com seres humanos.

3.4 Técnicas de coleta de dados

Nesta pesquisa escolhemos como técnicas de coleta de dados a **entrevista** (roteiros – Apêndices A, B e C), a **observação** (roteiro – Apêndice D) e a **análise de documentos**, por

possibilitarem a produção de dados que puderam sustentar o estudo, a partir dos seus questionamentos e objetivos.

A entrevista se constitui em uma forma de interação social em que o(a) pesquisador(a) coleta os dados que interessam à investigação nas informações contidas nas falas dos entrevistados (GIL, 1999; MINAYO, 2007). Assim, de acordo com Minayo (2007, p. 64), a entrevista se caracteriza por “uma conversa a dois, ou entre vários interlocutores, realizada por iniciativa do pesquisador” a qual tem por objetivo “construir informações pertinentes para um objeto de pesquisa, e abordagem pelo entrevistador, de temas igualmente pertinentes com vistas a este objetivo”.

A partir desta técnica, escolhemos o tipo de entrevista semiestruturada, aquela que, segundo Minayo (2007, p. 64), “combina perguntas fechadas e abertas, em que o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão sem se prender a indagação formulada”.

Na entrevista semiestruturada questionamos o(a) entrevistado(a) acerca de assuntos que interessavam à pesquisa, interrogando-os quantas vezes foram necessárias em consequência das respostas oferecidas que não atendiam aos objetivos propostos. Desta maneira, nos respaldamos em Triviños (2009, p. 146) ao reforçar que a entrevista semiestruturada “ao mesmo tempo que valoriza a presença do investigador, oferece todas as perspectivas possíveis para que o informante alcance a liberdade e a espontaneidade necessárias, enriquecendo a investigação”.

Ressaltamos que a opção pela escolha da técnica de entrevista não foi apenas pela sua pertinência ao estudo, mas também pelas suas vantagens, ou seja, podemos realizá-la tanto com alfabetizados quanto não alfabetizados; ser um método flexível, pois nos permitiu formular os questionamentos de acordo com a compreensão de cada entrevistado(a). Os roteiros para a realização da entrevista semiestruturada (Apêndices A, B e C) foram elaborados de acordo os grupos de sujeitos a serem entrevistados.

As entrevistas foram agendadas no dia e horário de acordo com a vontade e disponibilidade de cada participante; elas foram realizadas no próprio local de trabalho do profissional de saúde, gestor e/ ou coordenador, bem como no local onde o usuário estava sendo atendido, em ambiente reservado para tal, livre da escuta e interrupção de outrem, para que os sujeitos pudessem expor sua opinião de forma privativa. Alguns participantes, talvez por medo de represálias, ou indisposição em contribuir com a pesquisa, ou ter que deixar de realizar as atividades rotineiras de seu trabalho em alguns momentos para serem entrevistados

não quiseram participar do estudo. Entretanto, isso ocorreu de forma reduzida e, mais precisamente, por parte de alguns profissionais de saúde (Grupo I).

Após a leitura, esclarecimento de quaisquer dúvidas e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido as entrevistas foram gravadas em gravador de MP3 com a autorização dos participantes e salvas em notebook, as quais foram posteriormente transcritas, com duração que variou entre cinco (5) minutos e 20 segundos a uma (1) hora, 13 minutos e 15 segundos.

Na verdade a utilização da entrevista semiestruturada enquanto técnica de coleta de dados nos possibilitou uma obtenção de informações detalhadas sobre a realidade vivenciada por cada sujeito entrevistado, pois nos permitiu interrogar o participante da pesquisa, criando novas perguntas, de modo que obtivéssemos um conhecimento mais ampliado sobre a percepção dos mesmos com relação ao tema estudado.

Na construção da análise dos dados os participantes são nominados nos fragmentos das suas falas a partir da ordem de cada entrevista realizada com a respectiva inicial da letra do grupo ao qual pertence. Deste modo, o Grupo I profissionais de saúde são identificados com os códigos: Ent. 2P, Ent. 6P, Ent. 7P, Ent. 10P, Ent. 12P, Ent. 13P, Ent. 20P, Ent. 23P e Ent. 26P. O Grupo II usuários são identificados de acordo com o código: Ent. 1U, Ent. 3U, Ent. 4U, Ent. 5U, Ent. 9U, Ent. 11U, Ent. 22U e Ent. 24U. E o Grupo III gestores dos serviços do SUS receberam a identificação: Ent. 8G, Ent. 14G, Ent. 15G, Ent. 16G, Ent. 17G, Ent. 18G, Ent. 19G, Ent. 21G e Ent. 25G.

Em conformidade com o exposto por Santana (2010), acreditamos que apesar da entrevista se centralizar no falar e no ouvir, passa também pela capacidade que o(a) pesquisador(a) tem de observar os elementos entremeados na fala.

Todavia, no sentido de sustentar e/ ou reforçar os conteúdos dessas falas, escolhemos também a observação, um método de obtenção de informações que se utiliza dos sentidos para percebermos determinados aspectos do cotidiano. O tipo de observação utilizada foi a sistemática, pois além de permitir atender aos objetivos da pesquisa, na medida em que não consiste em apenas ver e ouvir o que está à sua volta, mas pode ser sistematicamente planejada a fim de atender a questões específicas, ou seja, aquela que, segundo Gil (1999), nos permitiu preestabelecer quais os aspectos a serem observados, conforme explicitados no roteiro – Apêndice D.

Deste modo, durante a coleta de dados foram observados aspectos que constavam no roteiro – Apêndice D e que estavam presentes nas práticas, comportamentos, gestos, expressões, sentimentos, bem como na própria dinâmica das unidades de saúde, sendo tais

informações registradas sempre ao final do dia após voltar do campo de estudo, para que nenhum fato observado fosse perdido.

Além da entrevista e observação utilizamos também, com intuito de complementar os dados obtidos, enquanto fonte secundária, a análise de documentos. Para Alves-Mazzotti e Gewandsznajder (2000) a análise de documentos é um tipo de técnica que se utiliza de documentos oficiais e/ou qualquer registro escrito como fonte de informação, a exemplo de regulamentos, atas de reuniões, relatórios, arquivos, pareceres, dentre outros, que podem fornecer subsídios para o pesquisador compreender o fenômeno investigado.

Desta forma, realizamos um levantamento prévio dos documentos a serem analisados enquanto fonte secundária, sendo posteriormente selecionados os documentos que descrevemos a seguir:

Documento 1: Relatório de Gestão – 2011 do Município de Feira de Santana – BA, 2011;

Documento 2: Relatório de Gestão – 2012 do Município de Feira de Santana – BA, 2012;

Documento 3: Plano Municipal de Saúde do Município de Feira de Santana – BA, 2010-2013;

Documento 4: Programação Anual de Saúde do Município de Feira de Santana – BA, 2012;

Documento 5: Ata da Reunião do Conselho Municipal de Saúde de Feira de Santana-BA do dia 11 de novembro de 2012;

Documento 6: Portaria Nº 1.097 de 22 de maio de 2006, define o processo da Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Saúde seja um processo instituído no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Documento 7: Relatórios sobre a Programação de Média e Alta Complexidade, 2013.

Documento 8: Ata da Reunião do Conselho Municipal de Saúde de Feira de Santana-BA do dia 07 de maio de 2013;

Os documentos foram disponibilizados pela Secretaria Municipal de Saúde, especificamente no Setor de Planejamento, Coordenação das Policlínicas e Setor de Educação Permanente, com exceção dos Documentos 4, 5 e 8 que foram obtidos através da internet.

No texto, os documentos inerentes da análise de documentos serão identificados por um número, conforme listagem deste subitem, ou seja, Documento 1, leia-se Doc-1, nos capítulos de análise.

3.5 Método de análise de dados

A análise ou tratamento do material empírico procura ultrapassar a incerteza, integrar novas descobertas e enriquecer a leitura, através da articulação do material empírico com o teórico “no entrecruzamento de comunicações, na observação de condutas, nas concepções, idéias e valores, e na ação particular, coletiva e social” (ASSIS; JORGE, 2010, p. 139-140).

De acordo com Minayo (2010) analisar, compreender e interpretar um material qualitativo tem a finalidade de penetrar nos significados que os sujeitos sociais compartilham na vivência de sua realidade.

Por isso, o método de análise de dados que utilizamos foi uma aproximação da **Hermenêutica-Dialética** por entendermos que o mesmo possibilita o encontro de duas perspectivas teóricas que ultrapassam a descrição e fortalecem a subjetividade dos participantes do estudo, a partir da transversalização das convergências, diferenças, complementariedades e diferenças encontradas nas falas, observações e documentos analisados.

Nessa perspectiva, segundo Minayo (2002, p. 101) uma análise Hermenêutica-dialética busca compreender “a prática social empírica dos indivíduos em sociedade em seu movimento contraditório”.

A Hermenêutica é concebida por Minayo (2010) a arte de compreender textos – narrativa, biografia, entrevista, documento, livro, artigo, dentre outros – e que tem como unidade temporal o presente que é o encontro entre o passado e o futuro, o diferente e a diversidade dentro da vida atual, intercedida pela linguagem.

Já a Dialética, Minayo (2002, p. 101) a define como a forma em que a realidade se desenvolve a partir do movimento, da transformação e do estranhamento que caracteriza as relações sociais, as quais são “historicamente dinâmicas, antagônicas e contraditórias entre classes, grupos e culturas”.

Desse modo, compreendemos que enquanto a Hermenêutica busca as bases do consenso e da compreensão na tradição e na linguagem, a Dialética estabelece uma atitude crítica a partir da introdução na compreensão da realidade do princípio do conflito e da contradição como algo que se explica na transformação e no movimento da realidade.

Daí a relevância desse método para a construção deste estudo a partir da articulação entre o subjetivo (falas obtidas a partir das entrevistas e opinião das autoras) e do objetivo (observações e documentos analisados) que transversalizam o objeto pesquisado: DINÂMICA

ORGANIZATIVA DO ACESSO DOS USUÁRIOS DO PSF AOS SERVIÇOS E ÀS PRÁTICAS DE SAÚDE DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE.

É nesta direção que Assis e Jorge (2010, p. 149) consideram que na análise dos dados o “confronto, dialeticamente integrado, entre as categorias empíricas situadas no plano concreto operacional e as categorias analíticas (referencial teórico norteador) que se articulam, se movimentam e se questionam na realidade natural-social”

Por isso, para facilitar o entendimento na análise Hermenêutica-dialética apresentamos na Figura 4 o fluxograma analisador proposto por Assis e Jorge (2010, p. 155) na operacionalização desta análise:

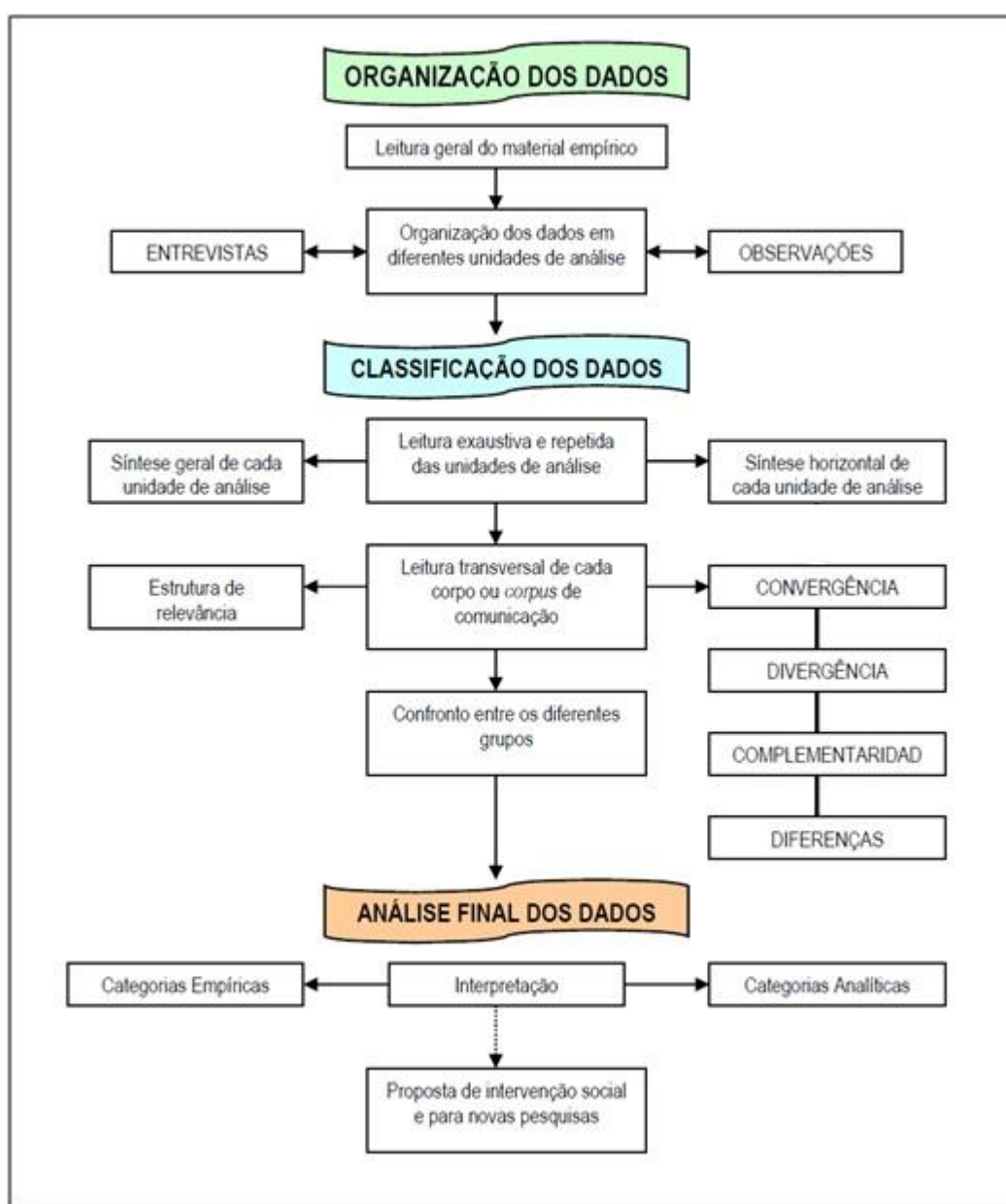


FIGURA 4 DESENVOLVIMENTO DA ANÁLISE HERMENÊUTICA-DIALÉTICA.
FONTE: Assis e Jorge (2010).

Portanto, tomando como referência os estudos de Minayo (2010) e Assis e Jorge (2010) na perspectiva dos caminhos percorridos no método de análise Hermenêutico-dialético, sistematizamos a seguir os momentos de análise de dados – ordenação, classificação e análise final dos dados – didaticamente organizadas de forma separada e sequencial para facilitar a compreensão de como ocorreu esse processo, mas salientamos que essas etapas são relacionadas, dinâmicas e complementares entre si.

1º Momento: ordenamento dos dados

Nessa fase tivemos o primeiro contato com o material empírico obtido a partir da transcrição *ipsi literis* das entrevistas, que foram gravadas em aparelho de MP3. Além disso, diariamente quando retornávamos do campo de estudo realizávamos a digitação das observações sistemáticas.

Ao término da transcrição de todas as entrevistas procedemos à leitura geral do material transcrito o que nos possibilitou uma primeira aproximação aos núcleos de sentido contidos nas falas dos entrevistados, assim como das observações sistemáticas realizadas, organizando o material de acordo com os grupos aos quais pertencem.

A respeito da análise dos documentos, fizemos também uma leitura preliminar, demarcando os conteúdos que poderiam compor a análise.

2º Momento: classificação dos dados

Essa etapa compreende, de acordo com Minayo (2010), a “leitura flutuante” que possibilita apreender as estruturas de relevância e núcleos de sentido das entrevistas e observações e documentos de análise, as ideias centrais que tentam transmitir os momentos-chave da DINÂMICA ORGANIZATIVA DO ACESSO DOS USUÁRIOS DO PSF AOS SERVIÇOS E ÀS PRÁTICAS DE SAÚDE DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE.

Desse modo, a leitura exaustiva e flutuante dos textos das entrevistas, observações e documentos nos permitiu visualizar as ideias centrais sobre o tema pesquisado, representando os núcleos de sentido.

A partir da análise das entrevistas identificamos 11 núcleos de sentido para os Grupos I e III dos entrevistados: significado de acesso; organização do acesso; programas especiais; pactuação entre as instâncias; sujeitos envolvidos no processo; práticas profissionais/gestores; planejamento das ações; participação social; dificuldades/ limites; avanços/facilidades; e perspectivas. Já no Grupo II encontramos os seguintes núcleos de sentido:

significado de acesso; práticas profissionais para promoção do acesso; experiências no acesso dificuldades/ limites; avanços/ facilidades; e participação social.

A partir de então, recortamos os conteúdos das entrevistas, observações e documentos em “unidades de sentido, por estruturas de relevância, por tópicos de informação ou por temas” e colocamos “as partes semelhantes juntas, buscando perceber as conexões entre elas, e guardando-as em códigos ou gavetas” (MINAYO, 2010, p. 358), construindo três (3) quadros de acordo com os grupos pesquisados: Grupo I – profissionais de saúde (Quadro 8); Grupo II – usuários (Quadro 9); Grupo III – gestores/ coordenadores (Quadro 9).

Quadro 8 Síntese dos confrontos das entrevistas do Grupo I – profissionais de saúde, Feira de Santana – BA, abr. a set. 2013.

Núcleos de Sentido	Ent. 2P	Ent. 6P	Ent. (...)P	Ent. 26P	Síntese Horizontal
Significado de acesso					
Organização do acesso					
Programas especiais					
Pactuação entre as instâncias					
Sujeitos envolvidos no processo					
Práticas profissionais					
Planejamento das ações					
Participação social					
Dificuldades/ Limites					
Avanços/ Facilidades					
Perspectivas					
Síntese Vertical					

Quadro 9 Síntese dos confrontos das entrevistas do Grupo II – usuários, Feira de Santana – BA, abr. a set. 2013.

Núcleos de Sentido	Ent. 1U	Ent. 3U	Ent. (...)U	Ent. 24U	Síntese Horizontal
Significado de acesso					
Práticas profissionais para promoção do acesso					
Experiências no acesso					
Dificuldades/ Limites					
Avanços/ Facilidades					
Participação social					
Síntese Vertical					

Quadro 10 Síntese dos confrontos das entrevistas do Grupo III – gestores dos serviços do SUS, Feira de Santana – BA, abr. a set. 2013.

Núcleos de Sentido	Ent. 8G	Ent. 14G	Ent. (...)G	Ent. 25G	Síntese Horizontal
Significado de acesso					
Organização do acesso					
Programas especiais					
Pactuação entre as instâncias					
Sujeitos envolvidos no processo					
Práticas profissionais/ gestores					
Planejamento das ações					
Participação social					
Dificuldades/ Limites					
Avanços/ Facilidades					
Perspectivas					
Síntese Vertical					

Sistematizamos os dados empíricos a partir da síntese horizontal (leitura de cada categoria representada por cada entrevistado) e a síntese vertical (ideia global de cada entrevista e do conjunto de entrevistados de cada grupo representativo).

Em cada quadro ao realizarmos a síntese horizontal identificamos as convergências, divergências, complementariedades e diferenças de cada núcleo de sentido existentes nas falas dos entrevistados. Por sua vez, na síntese vertical realizamos uma síntese da ideia global de núcleos de sentido por entrevistado.

Por conseguinte, a partir dos núcleos de sentido extraídos dos dados [entrevistas, observações e documentos] elaboramos três (3) categorias:

Categoria 1: DINÂMICA ORGANIZATIVA DO ACESSO DOS USUÁRIOS E A MATERIALIDADE DOS SENTIDOS E SIGNIFICADOS: a transversalidade das dimensões política, técnica e simbólica

Categoria 2: O PROCESSO DE TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA, DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE: um entrelaçamento entre as tecnologias de saúde

Categoria 3: O ACESSO DOS USUÁRIOS AOS SERVIÇOS E ÀS PRÁTICAS DE SAÚDE DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE: relação público x privado

3º Momento: análise final dos dados

Segundo Minayo (2010, p. 358-359) este momento final é caracterizado pelo aprofundamento no material empírico obtido nas etapas anteriores [ordenação e classificação do dados], numa tentativa de compreender o objeto estudado a partir do movimento “que vai do empírico para o teórico e vice-versa, que dança entre o concreto e o abstrato, que busca as riquezas do particular e do geral”.

Por isso, com o intuito de estabelecer relações dialéticas entre as diferentes fontes de dados, realizamos a triangulação do material empírico [entrevistas, observações e documentos] e do referencial teórico, buscando conhecer as realidades históricas e sociais presentes nos diferentes contextos, bem como as convergências, divergências, complementariedades e diferenças que os dados coletados pudessem apresentar. Salientamos que algumas falas apresentam um fragmento em negrito no sentido de dar uma visibilidade à análise daquele conteúdo, sem precisar descontextualizá-la.

Desse modo, a análise final dos dados possibilitou a articulação entre as falas, observações e documentos, com os referenciais teóricos de modo a construir as categorias descritas anteriormente, respondendo as questões norteadoras propostas neste estudo, a partir do objetivos propostos.

3.6 Considerações Éticas e Legais da Pesquisa

Por se tratar de um estudo que envolve seres humanos, na realização do mesmo buscamos atender as diretrizes e regulamentações propostas na Resolução do Conselho Nacional de Saúde, nº 466, de 12 de dezembro de 2012 (BRASIL, 2012).

A presente Resolução fundamenta-se nos principais documentos internacionais que originaram declarações e diretrizes sobre pesquisas que envolvem seres humanos, a exemplo: o Código de Nuremberg (1947), a Declaração dos Direitos do Homem (1948), a Declaração de Helsinque (1964 e suas versões posteriores de 1975, 1983 e 1989), o Acordo Internacional sobre Direitos Civis e Políticos (ONU, 1966, aprovado pelo Congresso Nacional Brasileiro em 1992), as Propostas de Diretrizes Éticas Internacionais para Pesquisas Biomédicas Envolvendo Seres Humanos (CIOMS/OMS 1982 e 1993) e as Diretrizes Internacionais para Revisão Ética de Estudos Epidemiológicos (CIOMS, 1991) (BRASIL, 2012).

Deste modo, a Resolução 466/ 2012 (BRASIL, 2012) incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, os quatro princípios básicos da Bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, entre outros, e visa garantir os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado.

Assim, a Resolução 466/ 2012 preconiza que todo projeto de pesquisa envolvendo seres humanos deverá obedecer às recomendações desse documento e dos demais que visam preservar os direitos éticos e legais dos sujeitos envolvidos na pesquisa.

Desta maneira, para que pudéssemos realizar a pesquisa, inicialmente foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana (CEP – UEFS) um projeto para ser apreciado por este comitê, no dia dez (10) de dezembro de 2012, visto que é uma pesquisa que envolve seres humanos para sua efetivação. Obtivemos parecer favorável do CEP – UEFS no dia 23 de janeiro de 2013, segundo parecer nº 188.191/ 2013 (CAAE 11789312.8.0000.0053).

A formulação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – Apêndice E, teve por finalidade orientar os sujeitos desta pesquisa, por meio de uma linguagem acessível, procurando-lhes mostrar a justificativa, os objetivos e a metodologia utilizada no estudo, bem como os direitos que eles tinham de recusar-se a participar ou retirar o seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem prejuízo de qualquer natureza, assim como a garantia do sigilo e o caráter confidencial dos dados coletados, como também esclarecê-los sobre os possíveis riscos e os benefícios na participação na pesquisa, ressaltados todos no subitem a seguir.

Após a aprovação do Projeto de Pesquisa pelo CEP – UEFS, entramos no campo de pesquisa propriamente dito e iniciamos a coleta dos dados, por meio da entrevista semi-estruturada, observação sistemática e análise de documentos, mais precisamente em 11 de março de 2013, quando na oportunidade iniciamos as observações, pois se tratava do primeiro contato com alguns serviços de saúde disponibilizados no município de Feira de Santana, e posteriormente em 23 de abril de 2013 iniciamos as primeiras entrevistas, finalizando-as em 13 de setembro de 2013, as quais foram posteriormente transcritos e analisadas pelo método Hermenêutico-dialético.

3.6.1 Riscos e benefícios do estudo

Os riscos deste estudo são mínimos se comparados aos benefícios que o mesmo possa apresentar, conforme exposto no Quadro 11, a seguir.

Quadro 11 Possíveis riscos e benefícios do estudo

Riscos	Benefícios
• Relembrar situações constrangedoras em que o acesso não pôde ser efetivado devido entraves no sistema de saúde tanto por parte dos usuários, profissionais e gestores; • Aos profissionais de saúde, perceber que os esforços empreendidos não são o bastante para promover o acesso aos serviços de média e alta complexidade; • Sentir medo, desconfiança e/ ou constrangimento em conversar com a pesquisadora no momento da entrevista; • Sentir-se incomodado por estar sendo observado durante as práticas e/ ou dimensões de serviços; • Sentir-se impaciente devido a entrevista tornar-se longa e, consequentemente, demorada; • Medo em conversar sobre o assunto, temendo represálias.	• Divulgar as formas de acesso dos usuários do PSF aos serviços de média e alta complexidade; • Identificar as dificuldades e/ou facilidades encontradas pelos profissionais de saúde e gestores na garantia do acesso às ações de média e alta complexidade; • Contribuir com as políticas públicas sobre as formas estratégicas de vencer as dificuldades e fortalecer as facilidades sobre o acesso aos serviços e práticas de saúde de média e alta complexidade, tendo em vista a integralidade da assistência prestada, a resolubilidade e qualificação dos serviços ofertados; • Difundir as dimensões do acesso em prol de uma assistência integral, resolutiva e humanizada; • Valorizar a atuação dos profissionais de saúde e gestores para a promoção do acesso aos serviços de média e alta complexidade, ratificando a sua importância no processo de na articulação dos diversos níveis do sistema.

Percebemos, portanto, que apesar dos riscos existentes, estes poderão ser superados pelos benefícios que este estudo deverá trazer, de modo a promover meios que auxiliem na promoção do acesso aos serviços de média e alta complexidade a partir da compreensão do objeto estudado.

4 DINÂMICA ORGANIZATIVA DO ACESSO DOS USUÁRIOS E A MATERIALIDADE DOS SENTIDOS E SIGNIFICADOS: a transversalidade das dimensões política, técnica e simbólica



[...] o cotidiano não é, de modo exclusivo, nem de um lado o aparente/ falso e o funcional, em que opera o mundo harmônico das identidades e papéis; nem do outro o lugar só do dissonante, mas sim uma dobra expressiva da simultaneidade destes mundos. O cotidiano é o lugar onde há permanentemente as mútuas invasões dos dois mundos entre si. É, portanto, onde se produzem os “estranhamentos”, os “ruídos”, as “falhas” do mundo com sentido no instituído, e cheio de significados, onde os acordos e os contratos existem e funcionam, e ao mesmo tempo onde os instituintes impõem estranhamentos, quebras, linhas de fuga, novos possíveis em disputa (MERHY et al., 2006, p. 117-118).

Os diversos sentidos e significados que caracterizam a palavra acesso, transversalizam por vários aspectos que influenciam na sua concretização. Desse modo, segundo Assis e Abreu-de-Jesus (2012) o acesso aos serviços de saúde se constitui em um tema multifacetado que envolve aspectos políticos, econômicos, sociais, organizativos, técnicos e simbólicos para o estabelecimento da universalização da atenção.

A compreensão das dimensões de acesso pode possibilitar conhecer as políticas operacionadas pelos gestores da saúde, o modo como os serviços de saúde estão organizados, como os trabalhadores de saúde desenvolvem suas ações para a promoção do (des)cuidado e como as demandas apresentadas pelos usuários têm sido ou não atendidas no SUS.

Em busca de uma totalidade concreta, para Abreu-de-Jesus e Assis (2010) as dimensões de análise da categoria acesso deverão estar alicerçadas no princípio da equidade, da universalização da atenção, regionalização, hierarquização e participação popular, sendo imprescindível a contribuição dos sujeitos individuais e coletivos, que colaboram para a produção de novas ou outras realidades sociais em busca de sua efetivação.

Nesta perspectiva, neste estudo, os significados e sentidos do acesso se expressam nos ambientes instituintes onde se desenvolvem as relações entre gestor/ profissional de saúde/ usuário, espaços de efetivação do trabalho em saúde e dos princípios da universalização, equidade e integralidade. É nesse contexto que são expressos de modo convergente, divergente, complementar ou diferente as compreensões daqueles que são sujeitos desse processo.

E, no cotidiano dos serviços de saúde há o “cenário” de vários mundos das significações atravessados e muitas vezes não compartilhados onde, segundo Merhy e outros (2006, p. 116) opera distintamente o mundo “dos sentidos e sem sentidos, que se mostra através de ‘falhas’ ocorridas no anterior”, as quais são expressões dos homens enquanto operadores do (e sobre o) mundo, enquanto máquinas desejanças, políticas e criadoras.

Diante disso, concordamos com Giovanella e Fleury (1995) que na avaliação das condições de acessibilidade é preciso levar em consideração as lógicas que norteiam planejadores e usuários, as quais se configuram de maneiras distintas; mas, acrescentamos que a concepção dos profissionais de saúde, enquanto participantes do processo de trabalho em saúde também deverá ser valorizada.

O gestor poderá considerar como relevante para a promoção do acesso a organização racional do sistema de forma hierarquizada e regionalizada, enquanto o profissional de saúde poderá preocupar-se com um cuidado tecnicista ou os meios necessários para a prestação da

assistência e, numa outra perspectiva, o usuário valorizará a presteza na atenção recebida, a disponibilidade dos profissionais e serviços necessários para a resolubilidade de seu problema ou a garantia de uma atenção acolhedora e humanizada.

Portanto, buscamos nos aproximar das práticas desenvolvidas pelos gestores, profissionais de saúde e usuários de modo a compreender os significados/ sentidos sobre o acesso aos serviços de saúde por aqueles que formulam as políticas, produzem o cuidado ou demandam a sua produção, respectivamente.

Desse modo, a partir das entrevistas, observações e documentos analisados percebemos que os sentidos/ significados de acesso aos serviços de saúde apresentados pelos participantes deste estudo transversalizam a dimensão política, técnica e simbólica.

De acordo com Assis e Abreu-de-Jesus (2012) a **dimensão política** deverá buscar demonstrar as ações dos formuladores de políticas em prol do acesso universal aos serviços de saúde, como a pactuação entre instâncias de poder, envolvendo governo, sociedade civil, prestadores de serviços públicos e/ ou privados e instituições formadoras de profissionais de saúde, a partir do acompanhamento da tomada de decisão partilhada entre os diferentes sujeitos envolvidos neste processo.

Por conseguinte, a dimensão política perpassa pela implementação de ações que visam promover o acesso enquanto um direito de todo cidadão, de modo a garantir a sua universalidade, equidade e integralidade de acordo com o preconizado na Constituição Federal. Envolve, portanto, a promoção de programas especiais para atender a necessidades específicas da população, a pactuação entre as instâncias (Estadual e Municipal), bem como a participação e organização social, como apresentado no modelo teórico de análise proposto em nosso estudo.

Mediante tal perspectiva, as falas dos gestores, a seguir, coadunam com essas concepções, pois consideram que o acesso aos serviços de saúde perpassa pela sua garantia de acordo com os princípios do SUS:

[...] ter acesso, pra gente aqui a gente entende aqui que todo paciente que a gente trabalha com as **diretrizes do SUS**, né, que **todos os pacientes têm que ter acesso igualmente, a questão da equidade** e a gente tenta fazer com que todas as equipes, mesmo de zona rural, que é o que é mais difícil, que o acesso pra o paciente chegar até a unidade é mais difícil, né (Ent. 14G).

Ter acesso é você poder utilizar os serviços de saúde de maneira devida. Ter acesso pra mim é isso, **é você poder utilizar os serviços de saúde de acordo com os preceitos do SUS**, né (Ent. 16G).

Para as Ent. 14G e Ent. 16G o acesso se configura em um direito de cidadania que deve ser garantido de acordo com os princípios do SUS para permitir a utilização dos serviços de saúde por todos aqueles que necessitarem. Porém, a Ent. 14G ainda complementa que a promoção do acesso passa pela igualdade e equidade da atenção realizada de modo a possibilitar a sua concretização mesmo para aqueles “pacientes” que residem em zona rural que podem ter dificuldades de conseguir acessar os serviços de saúde.

Do mesmo modo, a fala da usuária, Ent. 9U, converge para essas discussões, pois considera o acesso um direito do cidadão receber atendimento quando necessário, diante de sua demanda pelos serviços de saúde.

Porque **a gente tem o direito** de a gente... como é? Da gente **chegar e ser atendida**, né. Porque isso é um direito da gente, né. A gente ser atendida quando a gente mais precisa (Ent. 9U).

Sabemos que desde a instituição do SUS com a Lei 8080/ 90 (BRASIL, 1990a) a saúde passou a ser um direito de todo o cidadão independente do seu vínculo empregatício. Assim, em seu Artigo 2º considera a saúde “um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício”. Dessa maneira, além de se constituir um direito, o acesso é um dever do Estado, o qual mediante políticas e ações deve garantir a sua efetivação, conforme ratificado na fala a seguir:

[...] Com ou sem os programas, se você tem uma patologia de alta complexidade **é obrigação** [falou pausadamente] **do Estado atender e resolver é o que tá escrito na lei** (Ent. 26P).

Independente se o usuário apresenta alguma patologia de base, se faz parte de algum programa específico, o Ent. 26P considera que é uma obrigação, um dever do Estado atender e dar resolubilidade à demanda apresentada pelo indivíduo, conforme preconiza a legislação, pois, de acordo com o Artigo 196 da Constituição da República Federativa do Brasil (BRASIL, 1988) “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

A consagração da saúde como direito do cidadão e dever do Estado em uma seção específica da Constituição Brasileira de 1988, para Elias (2004) se constitui em um aspecto relevante, pois desloca a noção de seguro social pela de seguridade, semelhante ao que ocorre

no Estado de Bem-Estar Social e considera que o acesso pleno ao sistema de saúde passa a não depender da renda, mas se efetiva como um novo padrão de cidadania.

Contudo, em um caso particular, uma acompanhante de uma usuária que estava internada em um hospital, cenário deste estudo, para realizar um cateterismo referiu durante o período da nossa observação que conseguiu ser transferida de outra instituição para submeter-se ao procedimento cirúrgico cardíaco mediante liminar do Ministério Público.

Além disso, percebemos ainda nos serviços de média e alta complexidade uma demanda muito acima da oferta, com demora para marcação de especialidades e procedimentos, que chega, às vezes, a meses de espera desses usuários para serem atendidos por especialistas nos ambulatorios dos hospitais observados; vimos ainda macas pelos corredores e falta de vagas para internamento.

Várias falas salientaram também dificuldades para acessar esses serviços de média e alta complexidade o que nos leva a pensar que a contrapartida do Estado e o cumprimento de seu papel para a garantia do acesso enquanto direito de todo o cidadão não tem sido efetivado na prática, ou sua implementação tem ocorrido em alguns momentos a partir de instrumentos como a judicialização para conseguir a sua efetivação.

[...] hoje nós trabalhamos com seis policlínicas onde **nós não estamos tendo o apoio do governo geral do Estado**, né, governo estadual, onde **a gente não tem tido muito sucesso com relação aos, as regulações**, entendeu. [...] Então hoje é porta fechada para pacientes das policlínicas tanto do HEC quanto do Hospital Geral Clériston Andrade. E eu acho que o usuário ele não merece isso, né. Que a própria constituição diz que a saúde é direito de todos e dever do estado e a gente não está vendo isso, **o dever do Estado está ficando pra trás**, porque a nossa parte enquanto policlínica nós temos tentado sustentar o paciente onde ele fica numa maca 24, 48, 36 horas, né, ali deitadinho aguardando ser regulado para uma unidade com maior suporte e a gente não tem tido esse retorno [...] (Ent. 21G).

A fala da Ent. 21G expressa que apesar de o município estar colaborando com a dimensão política do acesso aos serviços de média e alta complexidade, com a implantação de seis (6) policlínicas pela gestão municipal, não tem existido um apoio, um suporte por parte do governo Estadual em garantir a ampliação da rede de serviços que atendam aos encaminhamentos necessários realizados pelas policlínicas. Fica evidente, portanto a dificuldade apontada por essa gestora em conseguir regular pacientes da policlínica que precisam de cuidados em hospitais de maior porte que atendem a população de Feira de Santana e municípios circunvizinhos, a exemplo de um Hospital Geral Público do Estado e um Hospital Estadual da Criança (HEC).

Entretanto, salientamos que apesar dessa dificuldade na prática, observamos especificamente um caso numa Policlínica de um distrito rural de uma criança que foi regulada após aproximadamente uma (1) hora e 30 minutos do relatório de regulação ter sido encaminhado ao Hospital Estadual da Criança solicitando uma avaliação neurológica, sendo a mesma transferida para o referido hospital em uma ambulância da policlínica acompanhada de seu familiar e de uma técnica de enfermagem.

Divergindo do Ent. 21G, o Ent. 25G refere que a contrapartida municipal não está sendo efetivada ou está sendo de forma desequilibrada porque o Estado está sobrecarregado. Acrescenta ainda que esta responsabilidade deveria ser dividida e que diante do crescimento populacional de Feira de Santana seria necessário a construção de mais um hospital geral e ampliação dos já existentes.

Então você tem hoje uma situação como Feira de Santana onde efetivamente o **Clériston responde por praticamente 100% de cirurgias ortopédicas**, quando as unidades municipais não estão realizando a cirurgia de ortopedia. [...] o acesso a essa, a essa questão ela tá desequilibrada, porque efetivamente **os municípios não dão a contrapartida, né, aí o estado tá sobrecarregado**. Então hoje a questão da saúde, muito se fala que o Hospital Clériston Andrade precisa de macas, que o Hospital Clériston Andrade não tem capacidade de atendimento, **na verdade essa responsabilidade deveria ser dividida** com o município e sim com o estado, deveríamos realmente ter no mínimo mais um hospital geral aqui na cidade de Feira de Santana e ampliação dos leitos municipais, né. O Clériston Andrade ele foi projetado a 30 anos pra uma população de 70 mil habitantes, hoje Feira de Santana tem meio milhão (Ent. 25G).

Concordamos com Machado (2009) que conforme apresentado no Artigo 196 da Constituição Federal, a ação do Estado é a condição fundamental para a efetivação do direito à saúde e não deve haver limites à garantia da saúde dos cidadãos, entretanto, compreendemos que nenhum dos entes federados poderá eximir-se de tal obrigação.

Logo, segundo Cohn (2006), cabe ao Estado a responsabilidade por providenciar as condições e recursos para a garantia do acesso a todo o cidadão brasileiro, de forma igualitária, independente das diferenças e desigualdades sociais.

Nesta perspectiva, acreditamos que cada um dos entes federados devem cumprir com as obrigações que lhes competem, buscando garantir o acesso aos serviços e a promoção da saúde dos indivíduos. Assim, concordamos com o Ent. 25G que essa responsabilidade deverá ser compartilhada entre município, estado e federação de modo a promover a saúde enquanto direito.

Salientamos, contudo, que a reorganização do sistema de saúde brasileiro e o princípio da descentralização e municipalização dos serviços de saúde aumentaram as responsabilidades designadas ao município e os gastos financeiros com o setor, como apresentado na pesquisa *Vivenciando o processo de municipalização do SUS no município de Juazeiro do Norte (CE)* (CORIOLANO et al., 2010), que ao constatou que assim como a maioria dos municípios brasileiros, Juazeiro do Norte sofre pela insuficiência de recursos no setor e problemas de saúde de diferentes complexidades resolutivas, apontando para a necessidade da divisão de responsabilidades das três esferas de poder com o setor saúde.

Contudo, Solla e Chioro (2008) reiteram que a produção de serviços de média e alta complexidade é uma atribuição predominantemente da esfera estadual, apesar de destacar em que sob a gestão municipal a oferta de média complexidade ambulatorial aumentou de 46,3% em 2002 para 52,3%, enquanto a alta complexidade ambulatorial aumentou em números absolutos (14.117.640 procedimentos em 2002 e 22.959.521 em 2005) e reduziu proporcionalmente de 10,2% em 2002 para 7,1% em 2005.

No que concerne ainda a **dimensão política** do acesso aos serviços de saúde, segundo o modelo teórico proposto em nosso estudo, destacamos os programas especiais, enquanto artifícios da organização da assistência em saúde que poderá colaborar para a concretização do acesso aos serviços de média e alta complexidade, conforme apresentado na fala do profissional de saúde:

Agora, por exemplo, pra hipertenso e diabético tem a casa do HIPERDIA, que às vezes facilita por lá, que às vezes, a maioria das vezes já tem os próprios profissionais, tem endocrinologista, tem nefrologista, então, tudo lá, e aí às vezes acelera (Ent. 6P).

Para o Ent. 6P, os programas especiais têm facilitado o acesso aos serviços de média complexidade, destacando o atendimento a hipertensos e diabéticos realizado no Centro de Atendimento ao Diabético e Hipertenso (CADH) em Feira de Santana, onde são realizados atendimentos por uma equipe multiprofissional a esse grupo específico. Então, a existência de especialistas como endocrinologista, nefrologista entre outros nessa unidade de saúde tem possibilitado a promoção do acesso a tais serviços de forma mais rápida aos usuários.

Todavia, complementando a fala do Ent. 6P, o Ent. 7P acrescenta outros programas que têm oportunizado o acesso aos serviços de média e alta complexidade:

Ó, o caso do PAISM mesmo da saúde da mulher a gente tem grandes avanços, eu digo por aqui, né. É, eu já consegui vários atendimentos. O DST/ AIDS também nós já conseguimos grandes avanços. O hipertenso e diabetes também nós já tivemos, é um pouquinho difícil, mas a gente já conseguiu, principalmente o diabético, melhoria nos atendimentos, principalmente aqueles pacientes que têm problemas de ferimentos no pé e aí a gente consegue mais um apoio (Ent. 7P).

Apesar do Ent. 7P considerar que o atendimento a hipertensos e diabéticos apresenta algumas dificuldades, relata que existe melhoria no atendimento, principalmente para aqueles que são diabéticos e possuem algum ferimento. Além disso, cita outros programas que facilitaram o acesso aos serviços de média complexidade sem detalhar os avanços alcançados, como o Programa de Atenção Integral a Saúde da Mulher (PAISM) e o Programa de DST/ AIDS.

As gestoras, Ent. 15G e Ent. 18G, complementam as falas desses profissionais ao afirmarem que os centros de referência que atendem a grupos com patologias específicas facilitam o acesso aos serviços de média complexidade porque muitas vezes a demanda é resolvida no próprio serviço ou o usuário tem acesso direto a média complexidade por terem prioridade no atendimento:

[...] o Centro de Referência, tipo o CADH, né, [...] ele já oferece uma gama de consultas, de acompanhamento, tratamento, dentro do próprio CADH. Então, o paciente que é cadastrado no CADH ele tem, muitas vezes, sua demanda resolvida no próprio CADH. Outras questões, né, que o CADH não consegue resolver eles também têm o contato com a Central pra vim fazer os agendamentos. [...] Então, é importante quando a gente vê assim que há uma atenção voltada para pessoas que já estão com um diagnóstico, né. Então a gente sempre procura priorizar e dar uma atenção a esse Centro de Referência (Ent. 15G).

[...] o CADH que é o Centro de Especialidades de Hipertensos e Diabéticos; os CAPS, [...] a gente tem o CAPS álcool e drogas, né, os CAPS também facilitaram bastante; ah, o que mais... Até os próprios Centros de Atendimento Odontológico também são parceiros da gente. Porque são programas bem organizados que funcionam com especialistas, atendem também, a gente recebe, vice-versa, todos os pacientes do CADH mesmo [...]. Então são programas que facilitaram porque na verdade o paciente tem o acesso direto a média complexidade, ele não vai... E na maioria das vezes ele acaba tendo até a prioridade do atendimento porque ele já chegou com um diagnóstico prévio, ele precisa ser atendido naquele momento, então facilita bastante (Ent. 18G).

Assim, na fala dos entrevistados percebemos que o CADH tem se constituído como um centro de referência facilitador no acesso dos diabéticos e hipertensos aos serviços de média complexidade. Para o Ent. 15G esse acesso é proporcionado pela realização de consultas, acompanhamentos e tratamento no próprio CADH, além do contato direto que esse

serviço tem com a Central de Regulação para agendar encaminhamentos dos usuários que já possuem um diagnóstico definido para outros serviços não disponibilizados nesse centro de referência. Do mesmo modo, o Ent. 18G afirma que os usuários de programas especiais como o CADH, CAPS e Centro de Atendimento Odontológico têm acesso direto aos serviços de média complexidade e acabam tendo uma prioridade no atendimento porque já apresentam um diagnóstico prévio.

O Doc-3 (FEIRA DE SANTANA, 2010) e o Doc-4 (FEIRA DE SANTANA, 2012c) apresentam item sobre a Implantação e Implementação de Centros de Referência, enquanto uma ação que poderá qualificar os serviços de média complexidade oferecidos. As atividades específicas propostas para o desenvolvimento dessa ação são descritas no Doc-4 que coloca como ponto central o fortalecimento dos programas já existentes (tuberculose, hanseníase, hepatites virais, raiva animal, asma e rinite, hipertensão, diabetes) os quais funcionam em serviços de referência no município de Feira de Santana. Dentre as ações elencadas, nos chamam atenção a: a ampliação da oferta de serviços especializados no atendimento de Hepatites Virais com implementação de ações no ambulatório de Hepatologia; o aumento à disponibilidade de cotas, junto a Central de Regulação para o CADH; e a priorização do atendimento odontológico para pacientes referenciados pelo CADH. Tais ações leva-nos a pensar que os gestores têm buscado garantir um atendimento prioritário a grupos específicos e, caso efetivadas, poderão facilitar o acesso aos serviços de média complexidade por aqueles indivíduos que apresentam o diagnóstico de diabetes, hipertensão ou hepatite viral.

Desse modo, o Doc-4 complementa o que afirma o Ent. 15G, ao referir que a priorização do atendimento das demandas dos usuários do CADH pela Central de Regulação é uma preocupação também daqueles envolvidos no processo de planejamento, além de considerar a necessidade de ampliação da oferta de serviços especializados para os portadores de hepatites virais.

Os entrevistados 8G e 19G ainda acrescentam que usuários/ pacientes com diagnóstico de câncer e renais crônicos têm o acesso facilitado a média e alta complexidade:

É mais rápido [...]. Pacientes com, renais crônicos, pacientes com câncer, esses pacientes eles têm um atendimento preferencial, porque o tempo pra eles urge, não pode esperar. [...] a gente não pode igualar esse paciente [...] com um paciente ambulatório [...] (Ent. 8G).

Todos os pacientes que são de, portadores de CID C, que é câncer, AVC, eles dão um atendimento prioridade. É, programa de diabetes também, paciente que faz hemodiálise, eles também têm, e hipertensão, eles também tem uma prioridade. Então existe sim (Ent. 19G).

Do mesmo modo, para um entrevistado, profissional de saúde, quando o usuário tem um diagnóstico definido auxilia o seu ingresso nos serviços de saúde, visto que aqueles que ainda não possuem diagnóstico ficam “rodando” nos postos de saúde e, portanto, para eles acessarem serviços de maior complexidade precisam ter a “sorte” de ser diagnosticado.

[...] agora assim nosso problema é quando o paciente ele não tem diagnóstico e fica rodando nos postos de saúde, o principal problema é esse, o paciente ele não tem acesso ao pronto socorro porque não tem como a gente, é, direcionar por falta, por falta de biopsia, por falta de, de tratamento, né, aqui a gente não tem como direcionar isso aí. [...] Essa pergunta que assim, pode, não sei se o acesso facilitado seria, eu acho assim tem que ter a sorte, eu acho que a sorte, de ser diagnosticado, de ser, conseguir a biopsia, e conseguir exames de imagem precocemente pra, aí tem a sorte realmente de ser muito bem conduzido [...] (Ent. 23P).

Durante a observação, percebemos que um dos hospitais pesquisados possui duas ‘portas de entrada’ para atendimento da população: uma, destinada aos usuários que realizarão cirurgia eletiva, no setor de internamento; uma outra no Pronto Socorro da unidade para receber os usuários a serem avaliados pelo médico plantonista ou pelo ortopedista (ambulatório).

Na verdade, a fala do Ent. 23P deve refletir a sua prática enquanto médico que atende no Pronto Socorro do referido hospital, pois observamos que o acesso aos serviços dessa instituição de saúde por essa porta de entrada é destinado àqueles usuários que já apresentam diagnóstico de câncer definido ou alguma patologia cardiológica específica, pois de acordo com os dados coletados junto a uma enfermeira da unidade, cerca de 90% dos atendimentos do Pronto Socorro são de Oncologia. Portanto, apesar de se tratar de um hospital geral ele vem implementando serviços destinados a grupos específicos que apresentam tais patologias ou que realizarão cirurgias eletivas.

Nesse caso específico desse hospital o diagnóstico se mostra relevante para que o usuário consiga ingressar ao serviço. No entanto, apesar de constatarmos que o diagnóstico em si é facilitador, vemos que ele por si só não é suficiente para permitir o acesso aos serviços/ ações de média e alta complexidade e a continuidade de um tratamento específico.

A pesquisa *Childhood cancer and pediatric oncologic care in Brazil: access and equity* (GRABOIS; OLIVEIRA; CARVALHO, 2011) faz referência que o acesso começa com a suspeita clínica ainda na assistência básica seguido pelo encaminhamento para níveis mais complexos onde são definidos o diagnóstico e se inicia o tratamento, e, conseqüentemente, a definição do diagnóstico de câncer facilita o início do tratamento.

Acreditamos que o acesso prioritário a esses grupos específicos se constitui em uma maneira de garantir a implementação da equidade e da integralidade da atenção, pois possibilita que seja promovida uma assistência mais rápida àqueles que necessitam de modo mais urgente por esses serviços, dispondo de todos os meios e ações que sejam precisos para a resolubilidade da demanda apresentada pelo usuário.

Essa equidade preconiza tratar distintamente aquele que apresenta um problema mais urgente, promovendo o cuidado para quem mais precisa, ou seja, a justiça social, a partir da identificação das diferentes necessidades de cada indivíduo.

Deste modo, concordamos com Cohn (2006, p. 234) que a equidade é diferente da igualdade, pois “contempla as diferenças do padrão de necessidades de cada indivíduo e/ ou segmento social visando exatamente a igualdade”.

Entretanto, apesar dos entrevistados acreditarem que os usuários que participam de programas específicos têm um acesso facilitado aos serviços e as práticas de média e alta complexidade, encontramos alguns estudos que têm uma discussão contrária.

Os trabalhos *Acesso universal? Obstáculos ao acesso, continuidade do uso e gênero em um serviço especializado em HIV/AIDS em Salvador, Bahia, Brasil* (OLIVEIRA, 2009) e *Iniquities in the access to renal transplant for patients with end-stage chronic renal disease in Brazil* (MACHADO et al., 2011) explicitam dificuldades no acesso a serviços por usuários que apresentam uma patologia específica.

Segundo Oliveira (2009), o acesso e continuidade na utilização do Serviço de Atenção à AIDS de Salvador eram condicionados à disponibilidade de bens sociais e simbólicos. Além disso, determinados grupos de usuários tinham acesso facilitado às ações do serviço, apesar do Serviço de Atenção à AIDS de Salvador apresentar limitada capacidade de adequação diante de especificidades de alguns grupos de usuários. Os resultados desse estudo referem a limitações da operacionalização das políticas de acesso universal.

Já a pesquisa de Machado e outros (2011) evidencia que acesso ao transplante é diferenciado de acordo aos aspectos sociodemográficos, clínicos, geográficos e sociais do usuário, o que indica que o sistema de alocação de órgão não tem eliminado disparidades evitáveis para aqueles que esperam por um órgão.

Por conseguinte, mesmo apresentando uma patologia específica o acesso aos serviços de saúde, apesar da existência de programas especiais que objetivam promover a equidade, ainda tem se configurado de forma seletiva e excludente nas práticas desenvolvidas em alguns momentos.

A fala do Ent. 12P ratifica que os programas apesar de teoricamente serem maravilhosos e terem se instalado, na prática eles não têm se mostrado eficazes:

Menina, teoricamente tem programas ‘maravilhosos’ aí, né, que tem se instalado e tudo o mais, mas o que a gente vê na prática é que não é eficaz, não tem sido pelo menos eficaz (Ent. 12P).

Tal fala nos leva a refletir se os programas existentes estão sendo capazes de provocar mudanças positivas no atendimento a grupos específicos e se têm promovido a universalidade e integralidade da assistência.

Além disso, mesmo considerando que os programas especiais têm auxiliado um atendimento mais especializado àqueles que necessitam, o Ent. 26P acredita que eles são importantes na prevenção do surgimento de complicações que só poderão ser resolvidas no nível de alta complexidade:

[...] Então assim eu acho válido ter um atendimento especializado pro paciente que utiliza drogas ilícitas, craque, coca, uma atendimento especializado, como por exemplo, CADH é maravilhoso, porque é válido pra aquele, é, paciente que precisa de acompanhamento de equipe multidisciplinar, mas pra resolver situações, agravos de alta complexidade, você tem que abrir leito, contratar pessoas, comprar material, disponibilizar um ambiente de trabalho mínimo pro profissional exercer a função para qual ele está sendo contratado [...]. Esse paciente vai fazer acompanhamento no CADH, é um programa especial, super válido [...] Porque é um paciente que no CADH vai ter orientação multidisciplinar [...]. [...] nesse momento esse programa é top, mas naquele momento que ele já tá com o pé necrosado, que ele precisa de amputação é aqui, não tem programa [...]. Esse programa é importante pra tentar não deixar o paciente chegar nesse momento, mas quando ele chegou nesse momento a gente precisa é do que eu te falei: leito, vaga, remédio, profissional, condição de trabalho, pererê, pererê (Ent. 26P).

Portanto, o Ent 26P acredita ser válida a existência de programas que atendem a usuários de drogas ilícitas, a pacientes com hipertensão e diabetes, a exemplo do CADH, entretanto considera que os mesmos são válidos para evitar que uma complicação dessas patologias se instalem, quando será necessário o atendimento em níveis de maior complexidade de assistência, no ambiente hospitalar, e para que esse atendimento de alta complexidade seja efetivado se faz necessário que os gestores invistam para que sejam disponibilizados leitos e vagas que atendam às demandas da população, bem como garanta a promoção de condições dignas de trabalho para os profissionais de saúde.

Na verdade, para Solla e Chioro (2008), a média complexidade ambulatorial tem o objetivo de atender aos principais problemas de saúde e agravos da população a partir de um

conjunto de ações e serviços, que demandam a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico, enquanto a alta complexidade deverá propiciar o acesso da população a serviços qualificados de alta tecnologia e alto custo, considerando a integração com a atenção básica e a média complexidade.

Desse modo, a média complexidade, divergentemente do exposto pelo Ent. 26P, poderá atuar tanto no diagnóstico quanto no tratamento de uma determinada patologia. Contudo, concordamos que quando um processo patológico mais complicado instala-se, o usuário necessitará da disponibilidade de serviços de alto custo e alta tecnologia em níveis de alta complexidade que promovam a resolubilidade do problema que apresenta. Para tanto, se torna essencial um financiamento que garanta o funcionamento dos serviços de alta complexidade, com materiais e equipamentos necessários e condições adequadas de trabalho para os profissionais de saúde que neles atuam, como salientado pelo Ent. 26P.

Além dos programas especiais a pactuação de servidos entre as instâncias estadual e municipal poderá se configurar como uma ferramenta para a garantia do acesso universal, da integralidade e resolubilidade da assistência disponibilizada.

Para tanto, o processo que determina esta pactuação é delimitado e definido pela Portaria N° 1.097 de 22 de maio de 2006 (BRASIL, 2006) – Doc-6, onde são descritas e quantificadas as ações de saúde destinadas à população de um território e são efetuados os pactos intergestores para a garantia de acesso da população aos serviços de saúde.

De acordo com o Doc-6 (BRASIL, 2006, p. 2), a Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Saúde tem o objetivo de “organizar a rede de serviços, dando transparência aos fluxos estabelecidos, e definir, a partir de critérios e parâmetros pactuados, os limites financeiros destinados à assistência da população própria e das referências recebidas de outros municípios”, buscando, dentre outros objetivos, garantir a equidade de acesso às ações e serviços em todos os níveis de complexidades e fornecer subsídios para os processos de regulação do acesso aos serviços de saúde.

Acreditamos, portanto, que a Programação Pactuada e Integrada (PPI) é essencial como um instrumento para a promoção da universalidade da assistência, pois busca, por meio dos pactos de gestão firmados entre municípios, promover a disponibilização e o acesso da população a procedimentos e ações de saúde que não são oferecidos nas cidades onde residem.

A análise dos Relatórios sobre a Programação de Média e Alta Complexidade (BAHIA, 2013) – Doc-7, no que concerne a Programação Ambulatorial de Média

Complexidade, o município de Feira de Santana enquanto encaminhador está pactuado com o município de Salvador para o atendimento de diversos procedimentos, como consta no Quadro 12.

Quadro 12 Programação Ambulatorial de Média Complexidade por referência, município de Feira de Santana como encaminhador - quem me atende. Feira de Santana-BA, nov., 2013.

Agregado	Cód ibge executor	Executor
0211020044 - monitoramento pelo sistema holter 24 hs (3 canais)	292740	Salvador
0211020060 - teste de esforço / teste ergométrico	292740	Salvador
021105xxxx - eletromiograma	292740	Salvador
0211100013 - aplicacao de teste p/ psicodiagnostico	292740	Salvador
0301010048 - consulta de profissionais de nivel superior na atencao especializada (exceto médico) - 2234 – farmacêutico	292740	Salvador
0301010048 - consulta de profissionais de nivel superior na atencao especializada (exceto médico) - 2238 – fonoaudiólogo	292740	Salvador
0301010072 - consulta medica em atencao especializada - 223102 - médico alergista e imunologista	292740	Salvador
0301010072 - consulta medica em atencao especializada - 223113 - médico cirurgião torácico	292740	Salvador
0301010072 - consulta medica em atencao especializada - 223126 - médico fisiatra	292740	Salvador
0301010072 - consulta medica em atencao especializada - 223131 - médico geriatra	292740	Salvador
0301010072 - consulta medica em atencao especializada - 223140 - médico neurocirurgião	292740	Salvador
0301040036 - terapia em grupo - 2231 – médico	292740	Salvador
0301040036 - terapia em grupo - 2238 – fonoaudiólogo	292740	Salvador
0301040036 - terapia em grupo - 2515 - psicólogo/psicanalista	292740	Salvador
0301040044 - terapia individual - 2231 – médico	292740	Salvador
0301040044 - terapia individual - 2238 – fonoaudiólogo	292740	Salvador
0301040044 - terapia individual - 2515 - psicólogo/psicanalista	292740	Salvador
0309020000 - terapias em doenças alérgicas	292740	Salvador
0309030000 - terapias do aparelho geniturinário	292740	Salvador
0407010000 - esôfago, estômago e duodeno	292740	Salvador

Fonte: este quadro foi elaborado pela referida pesquisadora, adaptado de Bahia (2013) – Doc-7.

No Quadro 12 estão discriminados 20 serviços pactuados pelo município de Feira de Santana com Salvador, não sendo especificado outro município além de Salvador que atende os serviços ambulatoriais de média complexidade encaminhados por Feira de Santana (Doc-7) (BAHIA, 2013), dos quais quatro (4) são procedimentos, sete (7) consultas e nove (9) terapias de grupo diferentes.

Convergindo com o exposto no Doc-7 os entrevistados 15G, 17G e 18G em suas falas ratificam que alguns serviços foram pactuados com Salvador:

A regulação de Feira só tem oferta de serviços para Feira de Santana ou Salvador, né. Tem algumas, alguns serviços que foram pactuados em Salvador, muito poucos, mas alguns vão pra Salvador (Ent. 15G).

Eu tenho dois anos e meio aqui basicamente e pouquíssimas vezes as enfermeiras me procuraram pra falar de um problema de um paciente que ele não conseguiu ser atendido aqui no município, certo? Recentemente eu tive até um caso semana

passada, paciente com hepatite, hepatite C e ela precisava de uma biopsia e o município não estava fazendo [...]. E aí **a Central de Regulação orientou a paciente que ela procurasse o Hospital das Clínicas em Salvador [...]** (Ent. 17G).

Oh, a gente tem Gestão Plena, então, **quando o paciente é transferido de Feira pra Salvador**, por exemplo, né, ele vai via alta complexidade (Ent. 18G).

As falas desses entrevistados reforçam a existência de pactuação entre os municípios de Feira de Santana e Salvador, estando esse último na situação de executor de serviços. Para o entrevistado 15G a Central de Regulação Municipal oferece serviços que são realizados em Feira de Santana e alguns em Salvador e orienta os seus usuários a realizarem os procedimentos disponibilizados em Salvador quando não são realizados em Feira de Santana, conforme descrito pela Ent. 17G. A Ent. 18G ainda acrescenta que como Feira de Santana tem Gestão Plena dos serviços municipais, os pacientes que são transferidos para Salvador são aqueles que necessitam de assistência de alta complexidade, apesar de ser evidenciado no Doc-7 que alguns serviços de média complexidade são pactuados com Salvador.

Feira de Santana pactua com o município de Itabuna serviços ambulatoriais de alta complexidade na área de Oncologia, Radioterapia e Radioterapia geral, apresentado no Quadro 13.

Quadro 13 Programação Ambulatorial de Alta Complexidade por abrangência, município encaminhador: Feira de Santana (quem me atende). Feira de Santana-BA, nov., 2013.

Serviços por abrangência e municípios executores		
Agregado/serviço a ser ofertado pelo executor por processo regulatório para o município de Feira de Santana	Executores	
	Cod IBGE	Município executor
Bolsas - para ostomizados	292740	Salvador
Cirurgias por radiologia intervencionista - cirurgias por radiologia intervencionista	292740	Salvador
Diagnósticos - cardiologia intervencionista	292740	Salvador
Diagnósticos - densitometria óssea	291080	Feira de santana
Diagnósticos - medicina nuclear (cintilografias)	291080	Feira de santana
Diagnósticos - medicina nuclear (terapias)	292740	Salvador
Diagnósticos - radiologia intervencionista	292740	Salvador
Diagnósticos - ressonância magnética	291080	Feira de santana
Diagnósticos – tomografia	291080	Feira de santana
Litotripsia - serviço litotripsia	292740	Salvador
Oncologia - quimioterapia – hematologia	291080	Feira de santana
Oncologia - quimioterapia - oncologia clínica	291080	Feira de santana
Oncologia - quimioterapia - oncologia pediátrica	291080	Feira de santana
Oncologia - radioterapia – braquiterapia	292740	Salvador
Oncologia - radioterapia - radioterapia geral	291480	Itabuna
Reabilitação física - serviço de reabilitação - nível intermediário	292740	Salvador
Reabilitação física - serviço de refer em medicina física e reabilitação	292740	Salvador
Saúde auditiva - alta complexidade sem fonoterapia	292740	Salvador
Saúde auditiva – fonoterapia	291080	Feira de santana
Saúde auditiva - média complexidade sem fonoterapia	291080	Feira de santana
Trs - rdc - diálise peritoneal	291080	Feira de santana
Trs - rdc – hemodiálise	291080	Feira de santana

Fonte: este quadro foi elaborado pela referida pesquisadora, adaptado de Bahia (2013) – Doc-7.

O Quadro 13 apresenta a programação da pactuação de alta complexidade ambulatorial de Feira de Santana com outros municípios, sendo um total de 22 serviços pactuados; 11 deles são pactuados com prestadores do próprio município, 10 com serviços de saúde de Salvador e um (1) com Itabuna. Essas informações do Doc-7 complementam as falas dos entrevistados 15G, 17G e 18G e convergem com o exposto pelos entrevistados 7P e 23P.

Foi um paciente de CA e aí conseguimos agendar a consulta pra **Salvador**, lá eles fizeram todo atendimento e graças a Deus tivemos êxito e o paciente, né, está recuperado, fez quimioterapia, fez a radio. [...] Teve um período mesmo que os pacientes iam para **Itabuna** [...] (Ent. 7P).

Existe um hospital em Itabuna, é, que é uma rede de Santa Casa de **Itabuna** [...]. Já teve casos que eu como diretor eu já dei assistência pro pessoal de Feira de Santana porque aqui só tem um [...] prédio de radioterapia né, quebrou uma vez [...]. Acho que Feira de Santana se apóia muito em **Salvador** no Aristides Maltês [...] (Ent. 23P).

A fala do Ent. 7P faz referência que alguns casos de câncer são encaminhados para Salvador e teve um período que esses pacientes realizavam tratamento oncológico em Itabuna.

Da mesma forma, a fala do Ent. 23P destaca que um hospital filantrópico em Itabuna recebia pacientes oncológicos de Feira de Santana, salientando que esse município ainda necessita dos serviços disponibilizados pelo Hospital Aristides Maltêz em Salvador.

Acreditamos que a pactuação de serviços oncológicos com Itabuna e Salvador são de suma importância para a integralidade da assistência prestada aos feirenses, entretanto, com a implantação da Unidade de Alta Complexidade em Oncologia (Unacon) deverá haver um investimento na assistência desenvolvida nessa unidade de modo a garantir a resolubidade e qualidade nas ações desenvolvidas.

Quadro 14 Programação Hospitalar de Alta Complexidade por abrangência, município encaminhador: Feira De Santana (quem me atende). Feira de Santana-BA, nov., 2013.

Serviços por abrangência e municípios executores		
Leito-especialidade a ser ofertado pelo executor por processo regulatório para o município de Feira de Santana	Executores	
	Cod ibge	Município executor
Cirurgicos - cardiologia - cirurgia endovascular	292740	Salvador
Cirurgicos - cardiologia – eletrofisiologia	292740	Salvador
Cirurgicos - cirurgia geral	292740	Salvador
Cirurgicos - neurocirurgia - coluna e nervos periféricos	292740	Salvador
Cirurgicos - neurocirurgia - neurocirurgias vasculares	292740	Salvador
Cirurgicos - neurocirurgia - outras cirurgias	292740	Salvador
Cirurgicos - neurocirurgia - tratamento neuro-endovascular	292740	Salvador
Cirurgicos - neurocirurgia - tratamento neurocirurgico da dor funcional	292740	Salvador
Cirurgicos - neurocirurgia - trauma e anomalias do desenvolvimento	292740	Salvador
Cirurgicos - neurocirurgia - tumores do sistema nervoso	292740	Salvador
Cirurgicos - oftalmologia - cavidade orbitaria e globo ocular	292740	Salvador
Cirurgicos - oftalmologia - conjuntiva, cornea, camara anterior, iris, corpo ciliar e cristalino	292740	Salvador
Cirurgicos - oftalmologia - palpebras e vias lacrimais	292740	Salvador
Cirurgicos - oncologia - cabeca e pescoço	292740	Salvador
Cirurgicos - oncologia - cirurgia torácica	292740	Salvador
Cirurgicos - oncologia - colo-proctologia	292740	Salvador
Cirurgicos - oncologia – ginecologia	292740	Salvador
Cirurgicos - oncologia – mastologia	292740	Salvador
Cirurgicos - oncologia – oftalmologia	292740	Salvador
Cirurgicos - oncologia - ossos e partes moles	292740	Salvador
Cirurgicos - oncologia – otorrinolaringologia	292740	Salvador
Cirurgicos - oncologia - pele e cirurgia plástica	292740	Salvador
Cirurgicos - oncologia - sistema linfático	292740	Salvador
Cirurgicos - oncologia – urologia	292740	Salvador
Cirurgicos - ortopedia/traumatologia - cintura escapular	292740	Salvador
Cirurgicos - ortopedia/traumatologia - cintura pélvica	292740	Salvador
Cirurgicos - ortopedia/traumatologia - coluna vertebral e caixa torácica	292740	Salvador
Cirurgicos - ortopedia/traumatologia – gerais	292740	Salvador
Cirurgicos - ortopedia/traumatologia - membros inferiores	292740	Salvador
Cirurgicos - ortopedia/traumatologia - membros superiores	292740	Salvador
Cirurgicos - plastica - deformidade labio palatal e cranio facial	292740	Salvador
Cirurgicos - plastica - outras cirurgias plasticas/reparadoras	291360	Ilhéus
Clinicos – AIDS	292740	Salvador
Clinicos - nefrologia/urologia	292740	Salvador
Clinicos – neurologia	292740	Salvador
Clinicos – neurologia	293135	Teixeira de Freitas
Clinicos - oncologia - medicina nuclear - terapeutica oncologica	292740	Salvador
Clinicos - oncologia - quimioterapia - procedimentos especiais	292740	Salvador
Hospital-dia – AIDS	292740	Salvador
Pediatria cirurgica - cardiologia - cardiologia intervencionista	292740	Salvador
Pediatria cirurgica - cardiologia - cirurgia cardiovascular	292740	Salvador
Pediatria cirurgica - cardiologia - cirurgia endovascular	292740	Salvador
Pediatria cirurgica - cardiologia - cirurgia vascular	292740	Salvador
Pediatria cirurgica - cardiologia – eletrofisiologia	292740	Salvador
Pediatria cirurgica - gastroenterologia - intestinos , reto e anus	292740	Salvador
Pediatria cirurgica - neurocirurgia - coluna e nervos periféricos	292740	Salvador
Pediatria cirurgica - neurocirurgia - neurocirurgia funcional estereotaxica	292740	Salvador
Pediatria cirurgica - neurocirurgia - neurocirurgias vasculares	292740	Salvador
Pediatria cirurgica - neurocirurgia - tratamento neurocirurgico da dor funcional	292740	Salvador
Pediatria cirurgica - neurocirurgia - trauma e anomalias do desenvolvimento	292740	Salvador

Fonte: este quadro foi elaborado pela referida pesquisadora, adaptado de Bahia (2013) – Doc-7.

O Quadro 14 apresenta que Feira de Santana pactua serviços hospitalares de alta complexidade com Salvador, Ilhéus e Teixeira de Freitas. Destacamos que esses dois últimos municípios não foram expressados nas falas dos entrevistados, sendo considerado o encaminhamento para hospitais de Salvador que oferecem serviços de alta complexidade a partir da regulação realizada por um Hospital Geral Público do Estado e não diretamente pelas policlínicas:

Já, dois casos de meningite foi pra Salvador. Um caso foi comigo [...]. Entrou no Clériston [...]. Passou um mês internada no Clériston, em coma na UTI e de lá ela foi pra Salvador. [...] o pessoal do Clériston mesmo faz isso, faz esse processo todo. Então tirando os casos de meningite, os outros ficam no Clériston (Ent. 10P).

[...] a orientação que a gente recebe e a nossa unidade de referência para transferência é Clériston Andrade. É Clériston Andrade para alta complexidade, é Dom Pedro pra média, pra gestante é Hospital da Mulher ou Materday e pra criança Hospital Estadual da Criança. [...] os médicos de lá disseram para a gente transferir para Salvador. [...] Só quem pode regular para Salvador é Clériston em Feira [...] (Ent. 12P).

Os Ent. 10P e 12P em suas falas destacam como hospital de referência em Feira de Santana e que realiza a regulação para Salvador quando necessário um Hospital Geral Público do Estado. O Ent. 12P acrescenta ainda o nome de outros hospitais de referência em Feira de Santana, mas ratifica que só pode regular para Salvador esse hospital geral público. Entretanto, questionamos que se os outros hospitais estão aptos a regular os seus usuários quando necessário por que não o fazem? Ratificamos que não tivemos oportunidade de observar tal prática durante a fase de coleta de dados.

Além desses municípios citados anteriormente o Doc-7 apresenta outros que são executores de serviços hospitalares de média complexidade para Feira de Santana que também não foram mencionados pelos entrevistados apresentados no Quadro 15 a seguir, como São Gonçalo dos Campos, Riachão do Jacuípe, Cachoeira, São Félix, Santo Amaro, Tanquinho, Santa Bárbara, Juazeiro, Itiúba, Wagner, Antas e Serrinha. Achamos estranho esses dados em razão da distância de Feira de Santana para alguns desses municípios, bem como devido ao porte dos mesmos e os tipos de serviços pactuados, como exemplo clínicos, cardiologia e cirurgia vascular em Tanquinho. Por isso, pensamos que esses dados deverão estar desatualizados, apesar de constar na pesquisa realizada na internet que esses relatórios analisados fazem parte da competência de novembro / 2013.

Quadro 15 Programação Hospitalar de Média Complexidade por referência, município de Feira de Santana como encaminhador - quem me atende. Feira de Santana-BA, nov., 2013.

Leito – especialidade	Cod ibge executor	Executor
Cirurgicos - cirurgia geral	292740	SALVADOR
Cirurgicos - cirurgia geral	292860	SANTO AMARO
Cirurgicos - cirurgia geral	292900	SÃO FÉLIX
Cirurgicos - cirurgia geral	292930	SÃO GONÇALO DOS CAMPOS
Cirurgicos – gastroenterologia	290490	CACHOEIRA
Cirurgicos – gastroenterologia	292630	RIACHÃO DO JACUIPE
Cirurgicos – gastroenterologia	292740	SALVADOR
Cirurgicos – gastroenterologia	292860	SANTO AMARO
Cirurgicos – gastroenterologia	292900	SÃO FÉLIX
Cirurgicos – gastroenterologia	292930	SÃO GONÇALO DOS CAMPOS
Cirurgicos - nefrologia/uropologia	292740	SALVADOR
Cirurgicos - nefrologia/uropologia	292860	SANTO AMARO
Cirurgicos - nefrologia/uropologia	292900	SÃO FÉLIX
Cirurgicos - nefrologia/uropologia	292930	SÃO GONÇALO DOS CAMPOS
Clinicos - cardiologia - cirurgia vascular	292740	SALVADOR
Clinicos - cardiologia - cirurgia vascular	292860	SANTO AMARO
Clinicos - cardiologia - cirurgia vascular	293110	TANQUINHO
Clinicos - clinica geral	292740	SALVADOR
Clinicos - clinica geral	292750	SANTA BÁRBARA
Clinicos - clinica geral	292860	SANTO AMARO
Clinicos - clinica geral	293110	TANQUINHO
Clinicos - nefrologia/uropologia	292740	SALVADOR
Clinicos - nefrologia/uropologia	292860	SANTO AMARO
Clinicos - nefrologia/uropologia	293110	TANQUINHO
Clinicos – neurologia	291840	JUAZEIRO
Clinicos – neurologia	292740	SALVADOR
Clinicos – pneumologia	291700	ITIÚBA
Clinicos – pneumologia	292740	SALVADOR
Clinicos – pneumologia	292750	SANTA BÁRBARA
Clinicos – pneumologia	292860	SANTO AMARO
Clinicos – pneumologia	292930	SÃO GONÇALO DOS CAMPOS
Clinicos – pneumologia	293110	TANQUINHO
Clinicos – pneumologia	293340	WAGNER
Obstetricos - obstetrica cirúrgica	292740	SALVADOR
Obstetricos - obstetricia clinica	292740	SALVADOR
Pediatria cirurgica - cirurgia geral	292740	SALVADOR
Pediatria cirurgica – gastroenterologia	292740	SALVADOR
Pediatria cirurgica – gastroenterologia	292930	SÃO GONÇALO DOS CAMPOS
Pediatria cirurgica - ortopedia/traumatologia	292740	SALVADOR
Pediatria clinica - clinica geral	292740	SALVADOR
Pediatria clinica – dermatologia	292740	SALVADOR
Pediatria clinica – dermatologia	292750	SANTA BÁRBARA
Pediatria clinica – dermatologia	292860	SANTO AMARO
Pediatria clinica - nefrologia/uropologia	292740	SALVADOR
Pediatria clinica – neonatologia	292740	SALVADOR
Pediatria clinica – pneumologia	290160	ANTAS
Pediatria clinica – pneumologia	292740	SALVADOR
Pediatria clinica – pneumologia	292750	SANTA BÁRBARA
Pediatria clinica – pneumologia	292860	SANTO AMARO
Pediatria clinica – pneumologia	293050	SERRINHA
Pediatria clinica – pneumologia	293110	TANQUINHO
Pediatria clinica – pneumologia	293340	WAGNER

Fonte: este quadro foi elaborado pela referida pesquisadora, adaptado de Bahia (2013) – Doc-7.

Por isso, concordamos com o Ent. 15G que a PPI encontra-se desatualizada e precisa “urgentemente de uma maior deliberação”:

[...] a última PPI que foi feita foi de 2004. Então na época eu ainda não atuava como profissional (...). E esse processo já precisa urgentemente de uma deliberação maior do que é que vai ser feito porque as PPI elas são extremamente desatualizadas e vem realmente trazendo prejuízos, tanto pra Feira quanto para os municípios vizinhos, né, pactuantes, em relação a esses procedimentos que foram pactuados (Ent. 15G).

Diante dessa situação se faz necessária a atualização contínua da PPI, de modo a estabelecer metas e serviços que realmente atendam às demandas de seus munícipes. Para tanto, é essencial que a sua construção seja coletiva e que envolva gestores, profissionais de saúde e usuários. Os gestores de saúde municipais devem conhecer esse processo tão importante para a promoção da integralidade do cuidado prestado ao usuário, extrapolando as fronteiras da cidade onde reside buscando garantir a resolubilidade do problema demandado.

Então eu tenho participado da PPI. Eu acho que as que eu participei, eu acho que os municípios não estão assim muito inteirados do que eles precisam mesmo. Aí eles fazem uma pactuação [...] só com ortopedista esquece de pedir [...] ortopedista especialista em mão, porque agora a gente tem, neurologista, aí eles esquecem isso. Então eu acho que os municípios não estão assim inteirados do que precisam [...] para fazer a pactuação, aí isso gera alguns problemas futuros. [...] ao tempo a gente vai explicando e vai remanejando o que eles pactuaram (Ent. 19G).

Consta no Plano Municipal de Saúde 2010-2013 (FEIRA DE SANTANA, 2010, p. 61) – Doc-3 e Programação Anual de Saúde – 2012 (FEIRA DE SANTANA, 2012c, p. 19) – Doc-4, enquanto ação a ser efetivada por este município a “Ampliação das quotas de marcação de consultas e procedimentos pactuados com o Estado”, estando em consonância com o Doc-6, que afirma que a PPI deverá integrar o processo de planejamento em saúde de cada Estado e município, de forma coerente com os Planos de Saúde em cada esfera de gestão e deve orientar-se pelo diagnóstico dos principais problemas de saúde, para definição de prioridades.

Desse modo, o Ent. 14G pondera que no processo de pactuação é realizada uma avaliação, um diagnóstico do quantitativo de usuários, quais os programas necessários para atender a essa população e quais as metas o município precisa pactuar e alcançar.

Então **na pactuação eles tentam fazer uma avaliação geral** de quantos pacientes eu tenho, de que programas eu preciso, o que é que eu preciso alcançar, [...] então a gente precisa pactuar uma meta pra poder a gente alcançar [...] (Ent. 14G).

Consideramos que essa ‘avaliação geral’ ou diagnóstico situacional deve ser realizado de forma coletiva, envolvendo gestores, trabalhadores e usuários da saúde, o que requer uma organização e participação social ativa.

Nessa perspectiva, a participação e organização social se constituem em determinantes que influenciam a dimensão política do acesso, pois poderá ou não colaborar para formulação e implementação de políticas que atendam as demandas apresentadas pelos usuários, trabalhadores e gestores e não apenas aquelas apresentadas por esses dois últimos grupos especificamente, uma vez que é assegurado a sua participação/ controle social.

O controle/ participação social “é entendido como um espaço de representação da sociedade, onde se articulam diferentes sujeitos, com suas diversas representações” (ASSIS; VILLA, 2003, p. 377). Para as autoras constitui, portanto, num campo de relações sociais, que envolve a participação de diferentes sujeitos por meio de distintas articulações, processadas interna ou externamente nos espaços institucionais, na busca da identificação das necessidades de trabalhadores, gestores e usuários da saúde.

A Lei 8.142 de 1990 (BRASIL, 1990b) dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS, que se efetivará mediante a implantação de Conselhos de Saúde e da realização de Conferências de Saúde.

Essas formas de efetivação do controle social, em concordância com o exposto por Assis e Villa (2003), protagonizam a participação da comunidade nas decisões relativas a gestão do SUS, a partir da articulação de atores sociais que através de olhares distintos, convergentes, harmônicos ou em meio a conflitos de negociação buscam o consenso em defesa dos princípios de um sistema público equânime e resolutivo.

Entretanto, apesar da existência desses meios de concretização da participação social, as falas dos usuários demonstraram que eles desconhecem a existência de Conselho Local de Saúde em sua comunidade e não participam do mesmo:

Eu acho que deve ter, mas, particularmente não participo. A não ser o que se reúne pra falar da, da família, né, no caso, tomar os anticoncepcionais, esses tipos de coisa. [...] não tenho conhecimento (Ent. 3U).

[conselho local de saúde] **Não, que eu saiba não.** Não, que chegue ao meu conhecimento, não (Ent. 4U).

Não sei te informar. [participação] Nunca... Não sei também lhe informar porque eu nunca participei de nada disso (Ent. 22U).

A convergência das falas desses usuários nos faz refletir sobre a pouca participação dos mesmos em dispositivos que buscam impulsionar o controle social, mediante vários motivos como a falta de divulgação dos mesmos ou até mesmo o desconhecimento e o descompromisso da população em lutar em prol do SUS enquanto bem público, conquistado mediante o compromisso e o esforço dos movimentos sociais. Como expressado pela Ent. 3U, a comunidade costuma participar de atividades desenvolvidas na Unidade Básica de Saúde que vão lhes trazer um retorno imediato sejam orientações ou serviços, como reuniões que discutam sobre temas relativos a família, anticoncepcionais, entre outros.

Percebemos nas falas dos usuários que muitos ainda desconhecem o que significa Conselho de Saúde ou Conselho Local de Saúde e os confundem em alguns momentos com as Reuniões Comunitárias que são realizadas pelos profissionais do PSF onde são discutidos os problemas existentes e as possíveis soluções. Alguns confirmaram a existência de Conselho Local de Saúde em sua comunidade e já terem participado de reuniões, enquanto a maioria refere que nunca participou.

Os Ent. 2P e 20P comentam sobre a implantação de conselhos locais de saúde na área de abrangência dos PSF que fazem parte

[...] aqui, recentemente, nós criamos [...] o **conselho local de saúde**, que foi... implantado não, como é... tomamos posse em dezembro e de lá pra cá, sempre... [...] aquele cidadão que falou ali, [nome] é o presidente, eu sou o vice-presidente do conselho local e ele já veio aí para a gente agendar uma reunião já com a comunidade pra gente já dá alguns retornos, né. Na primeira reunião, assim que nós fomos empossados, fizemos uma reunião, fizemos um levantamento dos problemas citados pela comunidade e alguns a gente já resolveu (Ent. 2P).

[...] nós temos procurado responsabilizá-la também, [...] criando o Conselho Local de Saúde, a gente procura fazer com que a comunidade também participe [...] e procurar também fazer com que ela possa estar imbuída em colaborar na prevenção. [...] de um ano passado pra cá a gente já está com o Conselho, com a entidade formada. Eu acho assim que ainda tá uma coisa meio começando [...]. [...] a gente espera, né, que a própria comunidade ela acorde mais pra essas necessidades e assim, [...] a comunidade ela tem uma força enorme [...] (Ent. 20P).

De modo convergente as falas dos entrevistados anteriores referem ao compromisso que alguns profissionais do PSF têm tido de implantar os Conselhos Locais de Saúde, com vistas a possibilitar a participação da comunidade e sua responsabilização no processo de promoção da saúde e melhoria dos serviços oferecidos. O Ent. 20P ainda salienta a força que a comunidade possui e que deve ser utilizada para a garantia de seus direitos e para resolução dos problemas elencados, como acrescenta o Ent. 2P.

Das quatro (4) USF pesquisadas duas (2) possuem o Conselho Local de Saúde implantado e observamos inclusive um comunicado referente a reunião do mesmo em local visível em uma delas. Além disso, como uma forma de avaliar os serviços oferecidos um dos hospitais estudados dispõe de uma caixa de sugestão, mas não havia papel no interior da caixa, levando-nos a mencionar que a mesma não estava sendo usada. Nas policlínicas não presenciávamos nenhum fato sobre a participação social.

Entretanto, no outro hospital pesquisado apesar de não existir qualquer aviso ou prática específica de estímulo ao controle social, um profissional de saúde diante de um caso particular de um usuário que havia realizado procedimento cirúrgico ortopédico na instituição e necessitava fazer curativo nas UBS não conseguiu, retornando ao hospital para realizar curativo do membro superior; a mesma realizou o curativo e o orientou a procurar a Secretaria de Saúde para reclamar por não ter conseguido o atendimento desejado na Atenção Básica. Não foi visualizado em nenhum momento avisos em nenhuma das unidades pesquisadas que divulgassem a reunião do Conselho Municipal de Saúde.

A partir dessas observações, compreendemos que apesar dos meios legais disponíveis para a participação social, eles ainda são pouco utilizados pela população usuária do SUS. Contudo, ratificamos que a participação informal através de instrumentos como caixas de sugestão, bem como a reclamação junto a Secretaria de Saúde poderá colaborar para avaliar os serviços disponíveis e contribuir para a sua melhoria.

Em concordância com Martins e outros (2008, p. 106), acreditamos que os Conselhos de Saúde são elementos importantes para a participação da sociedade civil na tomada de decisão e no processo de construção da cidadania, sendo ainda um instrumento relevante de controle social e “mecanismo estratégico na garantia do direito à saúde, fundamentado nos princípios da democratização do poder decisório” no SUS. A não-divulgação dos Conselhos, das iniciativas e atividades desenvolvidas para a comunidade pode comprometer a sua atuação e levar ao seu desconhecimento pela população.

Concebemos a participação social como ferramenta relevante para a avaliação dos serviços de saúde e para o processo de tomada de decisão que caminhe na direção de promover ações de qualidade e resolutivas.

A participação social também tem se efetivado a partir de reuniões comunitárias com representantes da Secretaria Municipal de Saúde, que procura ouvir os problemas apresentados pelos usuários e dar os encaminhamentos necessários.

[...] geralmente cada bairro tem um representante, né, e existe **reuniões** [...] com o corpo já da secretaria de saúde que fica responsável de receber os moradores e os representantes dos bairros e lá eles discutem mesmo, se tiverem algum tipo de dificuldade de dá andamento algum tipo de marcações, [...] a secretaria de saúde que faz todo encaminhamento para que aprimore cada vez mais o atendimento com o usuário. [...] na qual essa **ouvidoria** ela é trabalhada, ela é triada com muito cuidado, certo, e **existe a participação muito ativa dessa sociedade sim** (Ent. 8G).

A maioria das unidades, das policlínicas, elas estão em bairros extremamente politizados. [...] Terça a tarde teve uma **reunião** lá na policlínica da Rua Nova, [...] Justamente com as lideranças comunitárias, da associação de moradores, só que foi dentro da policlínica pra discutir problemas de saúde de policlínica. Então, **é muito forte em alguns bairros, outros não muito**, [...] as pessoas reclamam, buscam, vão junto aos representantes do legislativo, que são os vereadores. [...] Eles discutem, pedem, pedem, nessa reunião mesmo queriam pediatra na unidade, porque a gente acaba colocando o próprio clínico pra atender criança, então, eles são bem conscientes de seus direitos. E inclusive a diretora de Gestão ficou de resolver isso, né, pra colocar realmente esse profissional (Ent. 18G).

Como apresentado pelo Ent. 8G e Ent. 18G as reuniões comunitárias tem se constituído como um instrumento utilizado pela gestão municipal para conhecer os problemas de cada comunidade e poder tentar solucioná-los, sendo acrescentado pelo Ent. 8G que a sociedade tem participado ativamente também da ouvidoria municipal, apesar do Ent. 18G falar que a participação é mais expressiva em alguns bairros que em outros.

A ouvidoria da Secretaria Municipal de Saúde de Feira de Santana foi criada de maneira informal em 2004, como afirmam os Doc-1(FEIRA DE SANTANA, 2011) e Doc-2 (FEIRA DE SANTANA, 2012b), sendo o atendimento realizado de forma presencial ou por telefone, que tem um sistema informatizado específico para ouvidoria denominado *callcenter*.

Quadro 16 Número de queixas prestadas por tipo no setor ouvidoria, Feira de Santana-BA, 2010, 2011, 2012.

Tipo	Nº de queixas 2010	Nº de queixas 2011	Nº de queixas 2012
Ouvidor SUS	90	-	193
Presenciais	309	207	354
Total	399	207	547

Fonte: Adaptado do Relatório Gestão 2011 e 2012 (Doc-1; Doc-2).

Nos dados do Quadro 16, extraídos do Doc-1 e Doc-2, vemos que o ano com menor número de queixas prestadas na ouvidoria foi 2011, com uma queda de 92,75% em relação a 2010, havendo um aumento significativo em 2012 para um valor total de 547 queixas, talvez por ter ocorrido as eleições municipais o que pode ter contribuído para aumentar as reclamações junto a esse órgão da Secretaria Municipal de Saúde.

Contudo, divergindo do depoimento dos gestores 8G e 18G, os Ent. 14G e 16G acreditam que ainda precisa existir um resgate do controle social de modo a fortalecê-lo, pois a população não tem participado de forma efetiva dos Conselhos Municipais de Saúde, das Conferências Municipais de Saúde e tão pouco dos Conselhos Locais de Saúde. A falta de quórum nas reuniões do Conselho, a dificuldade da sua implantação devido a pouco empenho e interesse social, a inexistência de mobilização da comunidade, em sua maioria, para participar das Conferências Municipais de Saúde ratificam os entraves para a efetivação do controle social em Feira de Santana, apesar de não impossibilitarem a prática dos mesmos.

[...] o controle social ainda está precisando resgatar... Na verdade as pessoas reclamam muito de, [...] mas na hora de chegar junto, né? [...] **Marca reunião do Conselho, simplesmente não tem quórum** e aí depois as próprias pessoas que fazem parte do Conselho que não vêm, [...] vão pra mídia dizer que a gente não reúne, [...] **as equipes de saúde elas tentam trabalhar Conselho Local de Saúde, quase ninguém tem.** [...] Porque a comunidade diz assim ‘eu não vou me meter, porque eu não vou estar à frente, porque eu não quero ser cobrado, porque eu não ganho nada por isso’ [...]. [...] porque a população que tem que se fortalecer para ir em busca, né, da melhora (Ent. 14G).

Existe os Conselhos Locais, [...] as conferências municipais de saúde, né, mas **eu não vejo muito a sociedade se mobilizar para participar dessas conferências.** Eu digo porque eu já trabalhei na ponta e sei que a dificuldade que se tem de reunir, [...] Mas elas não vão, você não tem nada pra dar lá na hora. Se você fizer reunião disser que é Bolsa Família todo mundo vai, [...] Vão as lideranças, a diretora da escola, o presidente da associação, o que é envolvido com a igreja, se for, né. [...] Estou falando na minha época que eu trabalhei, se melhorou foi muito pouco. Mas que acaba acontecendo as conferências acaba, se escolhe representantes e que eles vêm pra cá, né, tudo acaba acontecendo, mas que é difícil é, é difícil é (Ent. 16G).

Apesar da tentativa de estímulo a participação presente tanto na Programação Anual de Saúde 2012 (FEIRA DE SANTANA, 2012c) – Doc-4 e no Plano Municipal de Saúde 2010-2013 (FEIRA DE SANTANA, 2010) – Doc-3, com a finalidade de manter as atividades desenvolvidas pelo Conselho Municipal de Saúde e fortalecê-las, o Doc-5 (FEIRA DE SANTANA, 2012a) e Doc-8 (FEIRA DE SANTANA, 2013) destacam como dificuldade a falta de quórum para a realização das reuniões do Conselho Municipal de Saúde.

Por conseguinte, vimos que o Doc-5 e Doc-8 são convergentes com as falas dos Ent. 14G e 16G, ao descreverem a dificuldade de realização das reuniões do Conselho Municipal por falta de participação dos próprios conselheiros, o que nos faz pensar que pode não estar existindo uma motivação por parte dos mesmos para o fortalecimento do controle social, nem tão pouco da sociedade de uma maneira geral em participar desses espaços de efetivação do controle social em busca da garantia da saúde enquanto direito de cidadania.

Entretanto, o estudo *A Participação de Conselheiros Municipais de Saúde: solução que se transformou em problema?* (MORITA; GUIMARÃES; DI MUZIO, 2006) teve como resultados que, em média, metade dos conselheiros titulares e um terço dos suplentes comparecem às reuniões, os quais se mostraram interessados, trazendo reivindicações ou sugestões do grupo que representam, dando uma visibilidade dessas reivindicações, apesar de nem sempre obterem respostas positivas, pois algumas decisões eram tomadas fora do âmbito do conselho. Além disso, essa pesquisa ainda refere que a organização das reuniões dificulta a participação e, muitas vezes, quando há reunião apenas aprova “pacotes” ministeriais que devem ser implementados.

Contraditoriamente, esse mesmo trabalho evidencia que algumas representações estão no Conselho apenas para ocupar uma vaga, burocraticamente determinada, mas esses representantes quase nunca comparecem à reunião, ou muitas vezes, comparecem apenas para dar seu voto, sem trazer as reivindicações ou proposições da classe ou instituição que representa.

Não sabemos se esses resultados refletem o encontrado no município de Feira de Santana, mas nos fazem pensar que podem estar associados à falta constante dos representantes às reuniões do Conselho Municipal de Saúde de Feira de Santana.

Por isso, concordamos com Martins e outros (2008, p. 117) que a dificuldade de construção de uma consciência sanitária e de uma maior implementação da participação e controle social apresenta como principal desafio “a transformação de uma cidadania acostumada a exigir, em uma cidadania acostumada a *participar* de projetos comuns, assumindo as responsabilidades dos diversos atores sociais”.

Isso nos leva a refletir sobre a relevância da mobilização social e da formação de uma consciência sanitária nos usuários, gestores e profissionais da saúde que estimule a participação efetiva desses atores no fortalecimento do SUS.

A **dimensão técnica do acesso** é relativa às ações desenvolvidas por trabalhadores de saúde, gestores, prestadores públicos e/ ou privados, que deverá ter como centro da atenção o usuário do SUS. Para tanto, busca-se transformar o processo de trabalho em saúde a partir da “apreensão de dispositivos da integralidade da atenção: acolhimento, vínculo e autonomia da equipe e usuário, indicando um projeto terapêutico compartilhado” (ASSIS; ABREU-DE-JESUS, 2012, p. 2872).

Acreditamos que a dimensão técnica do acesso aos serviços de saúde perpassa pela garantia da integralidade da atenção, promovida a partir do planejamento e programação das ações, organização da rede de serviços e pelo desenvolvimento de práticas usuário-centradas

que valorizem o acolhimento, vínculo e compromisso como ferramentas desse processo, como apresentamos no modelo teórico proposto para nosso estudo.

Desse modo, o Ent. 12P considera que

[...] ter acesso aos serviços de saúde é você **conseguir resolver seu problema** na unidade que você procura. Caso a unidade que você procure não seja adequada para resolver seu problema que através dela você consiga ser destinado a uma unidade que realmente vá conseguir resolver [...]. [...] pra mim conseguir acesso é [...] **ter a resolatividade** daquele problema [...] (Ent. 12P).

Na concepção do Ent. 12P o significado de acesso perpassa pela garantia da integralidade da atenção, de maneira a possibilitar a resolubilidade do problema apresentado pelo usuário quer na unidade de saúde que ele procurou ou quer em outra para onde foi encaminhado para atender a demanda que impulsionou a sua busca pelos serviços de saúde.

Complementando a fala do Ent. 12P, o Ent. 25G acredita que o acesso depende da promoção de práticas de saúde que objetivem garantir a vida do usuário, em caso de emergência, ou a prevenção de doenças, em atendimentos ambulatoriais.

[...] o atendimento emergencial ele responde basicamente a situação de risco a vida [...]. No sentido ambulatorial no meu entendimento seria um muito mais de prevenção, né [...] que poderiam evitar que o paciente chegasse a correr risco efetivo de vida [...]. Então eu entendo que ter acesso a saúde seria basicamente ter acesso a garantia de sua vida, no caso da emergência, e ter garantia a prevenção de doenças, no caso de atendimento ambulatorial (Ent. 25G).

Nessa perspectiva, o acesso na concepção do Ent. 25G se concretiza através da implementação da integralidade da assistência, a partir do desenvolvimento de ações preventivas (aquelas desenvolvidas no ambulatório) e curativas (desenvolvidas na emergência), as quais poderão promover a vida do usuário e prevenir condições de risco e adoecimento.

A integralidade, em um dos seus sentidos, corresponde a uma crítica da dissociação entre as práticas de saúde pública e práticas assistenciais e, portanto, busca promover a articulação das práticas preventivas e curativas de modo a garantir a resolubilidade da assistência prestada.

Segundo Mattos (2001) ao se constituir em uma imagem objetivo, um princípio orientador das práticas, da organização do trabalho e das políticas, a integralidade implica uma recusa ao reducionismo, à objetivação dos sujeitos e talvez uma abertura para o diálogo.

Para a concretização da organização do trabalho e das políticas consideramos ser relevante o desenvolvimento de práticas centradas no usuário, que valorizem a escuta, o acolhimento, o compromisso e o vínculo entre profissional de saúde e usuário e que promovam mudanças no modo de operar os serviços de saúde.

Por conseguinte, para Franco, Bueno e Merhy (1999), os espaços de encontro entre trabalhador de saúde/ usuário onde se processa o cuidado em saúde, deverão produzir processos tecnológicos (trabalho vivo em ato) que tenham por finalidade a constituição de relações de escutas e responsabilizações, as quais se articulam com a produção de vínculo e compromisso, que objetivem atuar sobre as necessidades e produzam uma assistência capaz de solucionar ou controlar o sofrimento (enquanto doença) e/ou promover a saúde do usuário.

Assim, concordamos com o Ent. 15G e 17G que o acesso aos serviços de saúde compreende um sentido amplo que deverá envolver a organização da rede de serviço a partir da promoção do acolhimento e resolubilidade nas ações desenvolvidas:

Acesso eu compreendo como **porta de entrada, acolhimento e resolubilidade**. [...] O PSF deve funcionar como porta de entrada que acolhe o usuário, que escuta a demanda do usuário e que tenta dar resolubilidade naquela demanda que ele demonstra, quando ele entra no serviço (Ent. 15G).

[...] é o cliente conseguir chegar na unidade e ser **acolhido**, ser recebido e fazer com que a sua solicitação tenha **resolutividade**, né. Fazer com que a equipe se interesse pelo problema dele e que a **equipe tente buscar uma solução** e tente minimizar os problemas que ele leva, porque geralmente o paciente vai a unidade de saúde levando problemas, levando necessidades (Ent. 17G).

Os entrevistados 15G e 17G de modo convergente apresentam a importância da organização dos serviços, promovendo a entrada dos usuários, o seu acolhimento, com o compromisso da equipe de buscar solucionar, dar resolubilidade ao problema de saúde que apresenta.

O trabalho em saúde, segundo Merhy e outros (2006) não pode ser capturado pelo trabalho morto, mas deverá valorizar a operacionalização de tecnologias de relações – tecnologias leves, de encontros de subjetividades, que superem os saberes tecnológicos estruturados através de práticas de acolhimento, vínculo e compromisso que promovam o acesso aos bens/ serviços necessários e que sejam resolutivas.

Para que os serviços estejam organizados e atendam as necessidades concretas da população o planejamento e a programação em saúde surgem como ferramentas importantes deste processo.

O planejamento poderá criar condições para a produção de práticas em saúde, o que para Silva (2006), vem a se constituir novos paradigmas e novas estratégias, para o processo de mudança e transformação na realidade social na área da saúde.

Contudo, para podermos criar essas condições produtoras de práticas de saúde geradas pelo planejamento é importante compreendermos o que significa planejar. Segundo Matus (1993, p. 11), planejar é “tentar submeter à nossa vontade o curso encadeado dos acontecimentos cotidianos, os quais determinam uma direção e uma velocidade à mudança”, de modo que sejamos condutores de nosso próprio futuro.

Nessa perspectiva, o planejamento se constitui no ato de organizar e de tentar conduzir a realidade, de acordo com requisitos e direção preestabelecidos.

Conforme o documento Sistema de Planejamento do SUS - Uma construção coletiva - Instrumentos básicos (BRASIL, 2009b), o planejamento em saúde adquire maior importância, pois se configura como um relevante instrumento de gestão que objetiva conferir direcionalidade ao processo de consolidação do SUS. A preocupação dos gestores com essa temática é observada diante do empenho em planejar, monitorar e avaliar as ações e serviços de saúde continuamente.

Entretanto, as falas dos entrevistados 10P e 12P expressam concretamente que na prática não tem existido um planejamento que possibilite uma maior integração entre os serviços das policlínicas e o Hospital Geral Público pesquisado, por exemplo, e que contribua para a promoção do acesso aos níveis de maior complexidade pelo usuário:

[planejamento] **Eu acho que não.** Oh, assim as policlínicas elas fazem o serviço delas. Qual o serviço da policlínica? Chegou um paciente grave que precisa ser transferido, então tem aquele cuidado de correr atrás [...]. Mas assim eu acho que **se tivesse um acordo entre os hospitais**, os hospitais não, o Clériston Andrade mesmo com as policlínicas... [...]. Então tem que ter uma complexidade entre o hospital Clériston Andrade, Hospital da Criança e as Policlínicas, entrar em acordo. Oh gente por dia são tantas emergências que a gente pode atender de vocês policlínica, tantas crianças, tantos adultos, fora isso eu não posso atender mais ninguém. Pra não ficar esse jogo de empurra-empurra. Então a gente leva paciente, dizer que não pode que não dá... (Ent. 10P).

Menina, **planejamento praticamente nenhum.** É o que eu te falei mesmo: o paciente chega a gente vê a gravidade do caso e tenta, pede pelo amor de Deus, faz de tudo para conseguir transferir esse paciente para uma unidade de média e alta complexidade. [...] **o que eles passam pra gente é que tem se conversado muito com diretoria de Clériston.** Eu digo Clériston porque a unidade que a gente tem de referência realmente é ela. [...] a não ser o Hospital da Criança, quando se trata de criança. [...] Mas assim, quanto a questão de políticas o que a gente vem vivendo na prática realmente é isso [...] (Ent. 12P).

As falas desses profissionais de saúde nos leva a refletir sobre a importância da integração entre os serviços para a realização do planejamento, a qual tem acontecido de forma incipiente, sem uma definição mais precisa e concreta das funções e competências de cada instituição, o que poderia evitar o jogo de empurra de pacientes entre as unidades de saúde e garantir a resolubilidade e agilidade na assistência disponibilizada.

Entretanto, as falas dos entrevistados 15G e 17G divergem dos entrevistados Ent. 10P e Ent. 12P, uma vez que revelam uma cobrança da gestão municipal para a realização do planejamento, que tem sido construído a partir da identificação das necessidades da comunidade elencadas nas reuniões comunitárias.

Uma ação especificamente não. Esse ano houve uma **cobrança em relação a produção do Plano de Ação pra 2013**. É uma coisa que desde quando a gestão assumiu já vem cobrando e a gente já traçou com base nas linhas de ação quais seriam as ações da Central para o Plano 2013. [...] **a gente tenta extrair dessas reuniões comunitárias quais são as necessidades, quais são os anseios da população** em relação à Central e isso a gente tenta trabalhar no Plano de Ação (Ent. 15G).

A gente é cobrado pela gestão, elas cobram da gente que a gente esteja fazendo um **diagnóstico da necessidade de cada unidade** e a gente se reúne periodicamente e tá passando pra elas a questão da quantidade de cotas, de média complexidade que geralmente são insuficientes, [...] por conta da demanda ser muito grande e a oferta não ser equivalente, né (Ent. 17G).

Consideramos um avanço a maneira como esses gestores têm realizado o planejamento e programação das ações uma vez que têm considerado a necessidade e os problemas apontados por cada comunidade, efetivando-se como um estímulo a participação social, apesar de o planejamento ser realizado a partir de uma “cobrança” da administração municipal.

Convergindo com o depoimento dos Ent. 15G e 17G, na construção do Plano Municipal de Saúde 2010-2013 (FEIRA DE SANTANA, 2010) – Doc-3 houve o levantamento dos problemas de saúde priorizados por cada PSF em reuniões realizadas nas comunidades com a participação de um (1) conselheiro de saúde, os quais foram posteriormente agregados por Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), sendo elaborado os planos operacionais. A partir dessas necessidades identificadas pelos munícipes se construiu também a Programação Anual de Saúde 2012 (FEIRA DE SANTANA, 2012c) – Doc-4.

Desse modo, consideramos de forma positiva o fato de no município de Feira de Santana estarem sendo implementadas estratégias para operacionalização da participação social no planejamento e programação das ações de saúde, que podem colaborar para a melhoria dos serviços desenvolvidos e a satisfação dos seus usuários.

Diferente do explanado pelos Ent. 15G e 17G, o Ent. 18G comenta que existem reuniões para discussão de fluxo, onde há o envolvimento dos coordenadores da Atenção Básica, das policlínicas e do SAMU para buscar solucionar os principais entraves da organização dos serviços:

Então hoje o que eu vejo nas reuniões, de discutir fluxos... [...] a gente tem reunião com a coordenação da Atenção Básica, pra mostrar que a gente não está dando conta, [...] pensar em atendimento de média complexidade você tem pensar em Atenção Básica, tentar resolver o fluxo, em organizar [...]. É, a gente que é da média e o nosso apoio SAMU está junto, não tem como ser diferente (Ent. 18G).

Nas entrelinhas, a fala do Ent. 18G retrata uma integração entre coordenadores de níveis distintos de assistência no processo de planejamento, que ao analisarem os fluxos, apontar possíveis entraves e tentar solucioná-los, buscam garantir o acesso universal aos serviços de média e alta complexidade.

Contudo, acrescentamos que a participação da comunidade nesse processo também deve ser valorizada e estimulada, uma vez que poderá contribuir para conhecer as necessidades concretas da população e tentar dar respostas às mesmas. Além disso, o envolvimento dos usuários no processo de construção do planejamento, das ações de saúde, enfim do SUS, revelará seus valores, crenças e subjetividades e poderá auxiliar no desenvolvimento de uma assistência que satisfaça às suas reais necessidades, de acordo com a sua singularidade.

Essas considerações fundamentam a idéia do componente simbólico enquanto definidor do acesso, pois, a depender das concepções sobre a saúde, a doença e o processo saúde/ doença, podem ser planejados caminhos diferentes de intervenção para garantir a entrada do usuário no sistema de saúde (ABREU-DE-JESUS; ASSIS, 2010, p. 168) [destaque nosso].

Essa **dimensão simbólica** de análise do acesso, segundo Assis e Abreu-de-Jesus (2012), adentra justamente nesse campo da subjetividade em sua dinâmica relacional, permeando a compreensão da cultura, crença e valores de sujeitos e grupos sociais que vivem em diferentes territórios, onde os serviços de saúde estão organizados.

Os valores, crenças e cultura de cada indivíduo influenciam a maneira como percebem e como qualificam determinados serviços. Por isso, para o entrevistado 24U o acesso perpassa pelo atendimento de qualidade dos serviços públicos, principalmente diante da condição que o indivíduo se encontra:

Olha, significa em primeiro lugar bom atendimento, porque nem sempre quem, ou melhor quem vai a procura de um serviço de saúde público, né, a gente pensa ter um bom atendimento, né, porque a gente já vai ali desesperançado, né, pela situação em que a gente se encontra e a gente quer ser melhor atendido (Ent. 24U).

Como relatado pela Ent. 24U, o usuário muitas vezes chega aos serviços de saúde fragilizado pela situação em que se encontra, pela patologia que apresenta, requerendo cuidados e uma atenção de qualidade, a partir do desenvolvimento de relações entre profissional e usuário que garantam a satisfação da necessidade apresentada por este último. Como não foi especificado pela entrevistada o que viria a ser este ‘bom atendimento’, acreditamos que perpassa pelo desenvolvimento de práticas acolhedoras que possibilitem a humanização e a resolubilidade das ações realizadas.

Por conseguinte, uma prática que visualize além da doença que o usuário apresenta, que o considere enquanto sujeito do processo de trabalho em saúde, Campos (2007b) sugere, portanto, uma ampliação do objeto de saber e de intervenção da Clínica, incluindo a enfermidade, o indivíduo e seu contexto como objeto de estudo e da prática da Clínica Ampliada e Paidéia.

Para o Ent. 4U, a concepção de acesso envolve ter uma melhor qualidade de vida, bem como ter informação que o auxilie a manter sua saúde e ter hábitos mais saudáveis:

É a gente ter uma melhor qualidade de vida, pra cuidar da saúde, pra gente ficar informado sobre o que a gente pode consumir, o que não, pra gente tá tendo, assim, uma vida mais saudável e prevenir as doenças, as coisas que a gente possa vir a adquirir, com... sendo que não tem a informação, nos PSF (Ent. 4U).

O acesso à informação configura-se como relevante para promoção da saúde na concepção dessa usuária, que salienta que não tem ocorrido concretamente na prática nos PSF.

Na observação percebemos que os programas desenvolvidos nos PSF são descritos em cronogramas de atendimento expostos nos murais das UBS e de um Hospital Geral Público pesquisado de modo a informar os usuários as ações realizadas naquelas unidades. Além

disso, uma das quatro UBS observadas apresenta prontuário eletrônico e chamada digital, bem como as duas Policlínicas visitadas, o que tem se conformado como um artifício positivo para a promoção do acesso comunicacional, contudo acreditamos que nas unidades que não o possui não tem impossibilitado ou dificultado esse acesso, pois percebemos o desenvolvimento de uma relação amistosa entre as recepcionistas, demais profissionais de saúde e usuários, bem como a identificação dos ambientes das UBS e dos atendimentos que oferecem.

As informações repassadas podem não estar de acordo com o que realmente ocorre na prática, como observamos que os usuários são comunicados a chegar por volta das sete horas em um dos hospitais estudados para internamento de cirurgia eletiva, os quais só foram chamados para o interior desse hospital cerca de três horas depois.

Segundo Thiede e McIntyre (2008) a informação é crucial no acesso aos cuidados de saúde, pois o nível de informação geral que pode ter sido alcançada com a educação determina de forma significativa o acesso do indivíduo a recursos sociais, bem como capacita as pessoas a realizar uma escolha nos diversos serviços de saúde. Assim, é o grau de informação sobre as escolhas que determina o acesso aos serviços de saúde, sendo o acesso definido como liberdade de utilização. Desse modo, uma política de saúde equitativa deve estimular a ação comunicativa para fortalecer os indivíduos e as comunidades na expansão dos seus conjuntos de escolhas subjetivas que coadunem para a promoção da saúde.

No acesso à informação, o conhecimento poderá prevenir riscos e danos à saúde e reduzir a prática de hábitos de vida que possam provocar o adoecimento. Dessa maneira, o profissional 26P considera que o verdadeiro acesso à saúde passa não apenas pelo acesso ao serviço em si, mas a informação ao conhecimento adquirido para promover a saúde e evitar a instalação de um processo patológico, conforme é explicitado na fala a seguir:

Mais vale a pena na verdadeira saúde a pessoa não adoecer e ter conhecimento do que deve fazer pra não adoecer. Eu acho que esse é o verdadeiro acesso a saúde (Ent. 26P).

A desinformação de alguns usuários e a falta de informação com relação a própria doença se constitui um limite para o acesso aos serviços de média e alta complexidade, como relata o Ent. 23P:

A desinformação, desinformação, a falta de educação do povo, não é educação, educação, é, é, no caso a informação com relação até a própria doença. O paciente [...] não tem orientação em relação ao que ele tem direito e quando ele, ele tem uma certa orientação ele é muito, ele não sabe exigir de maneira correta. Você vai questionar com os profissionais de saúde que são, é a ponta, né, do, da, do sistema que muitas vezes não é o culpado pelo, pelo caso que se instalou, né, na saúde. É, uma das coisas também que prejudica muito, além da falta de informação é a questão do, da falta de, é como é que é, é recursos financeiros escassos do paciente, muitos pacientes, os pacientes que têm, são os pacientes que menos têm recursos financeiros (Ent. 23P).

Nas observações percebemos que na prática alguns profissionais têm se comprometido em orientar os usuários de modo a possibilitar e facilitar o acesso, informando o dia de marcação das cotas, data de agendamento das consultas, aviso sobre reuniões que serão realizadas, dentre outros. Contudo, em momentos específicos também notamos que alguns usuários não estão informados sobre documentos que precisam para marcação de determinados procedimentos, ou por falta de compreensão da orientação transmitida ou porque não foram orientados, como exemplificado ao observarmos que uma usuária entregou o cartão da família para que a enfermeira agendasse dermatologista na SMS, contudo foi orientada pela recepcionista e ACS presentes que não era o cartão da família e sim o cartão do SUS.

A desinformação do indivíduo sobre a patologia e os direitos que possui, associados às condições financeiras precárias da maioria dos usuários do SUS, podem dificultar ainda mais o acesso aos serviços de média e alta complexidade na opinião do Ent. 23P.

A população de uma maneira geral ela, ela vem ganhando principalmente acesso a informação, então ela passa a ter [...] um discernimento mais crítico de que ela tem direito a ser assistida, né, então a partir do momento que começam a existir essa cobrança, as nossas famosas autoridades, ã, começam a se movimentar [...]. Então assim, a cobrança faz com que haja uma movimentação, né, deveria ser oposto, né, ã, o fluxo tá invertido [...] (Ent. 25G).

Uma comunicação em saúde poderá melhorar a equidade no acesso e neste sentido Thiede e McIntyre (2008) enfatizam a liberdade de utilização dos serviços. Por isso, reforçam que visando gerar informações eficazes, a comunicação em saúde deverá ser interativa de modo a se constituir uma conquista coletiva e a possibilitar um acesso mais igualitário aos serviços de saúde diante das necessidades apresentadas.

A partir das divergências, convergências, complementariedades e diferenças encontradas nos discursos dos grupos de sujeitos pesquisados, no que concerne a dimensão de análise política, técnica e simbólica do acesso, de acordo com o exposto por Assis e Abreu-

de-Jesus (2012, p. 2873), percebemos que estas dimensões “congregam para o atendimento das necessidades de saúde, tendo como imagem objetivo uma atenção responsável, integral, resolutiva, equânime e de qualidade”.

Pudemos observar práticas desenvolvidas pelos profissionais de saúde que em sua maioria têm evidenciado o compromisso dos mesmos nas ações desenvolvidas para a promoção do cuidado do paciente e garantia da integralidade da atenção, como a transferência daqueles que precisavam para unidades de maior porte, a preocupação em orientá-los sobre os serviços oferecidos, de modo a permitir que os esforços empreendidos culminassem com a resolubilidade do problema apresentado pelo usuário. Entretanto, o relato de alguns usuários durante a nossa observação ainda demonstram que existem profissionais que promovem ações centradas na queixa-conduta, na medicalização e não valorizam os processos centrados nos usuários, nem tão pouco as tecnologias leves.

Percebemos, portanto, que no processo de trabalho desenvolvido na atenção básica, de média e alta complexidade há uma transversalização das tecnologias leve, leve-dura e dura, como discutiremos mais detalhadamente na próxima categoria de análise deste estudo.

5 O PROCESSO DE TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA, DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE: um entrelaçamento entre as tecnologias de saúde



[...] pensar modelagens dos processos de trabalho em saúde, em qualquer tipo de serviço, que consigam combinar a produção de atos cuidadores de maneira eficaz com conquistas dos resultados, cura, promoção e proteção, é um nó crítico fundamental a ser trabalhado pelo conjunto dos gestores e trabalhadores dos estabelecimentos de saúde (MERHY, 2005, p. 118-119).

Antes de analisarmos o processo de trabalho, entendemos trabalho como “um processo de que participam o homem e a natureza, processo em que o ser humano, com sua própria ação, impulsiona, regula e controla o seu intercâmbio material com a natureza” (MARX, 2013, p. 211), a partir do qual são produzidos valores de uso, coisas/ mercadorias que possam ser consumidas. Marx acrescenta ainda que o trabalho é essencialmente humano, pois constrói antecipadamente em pensamento o produto que será transformado em realidade e isso é o que difere o trabalho de um arquiteto e o de uma abelha, por exemplo. Os elementos que compõem o processo de trabalho são: o próprio trabalho (atividade), o objeto de trabalho (a matéria) e o instrumental utilizado (meios).

Da mesma forma, podemos considerar que o trabalho em saúde apresenta uma atividade específica de assistência à saúde, que tem como objeto a produção do cuidado a partir de alguns instrumentos: equipamentos, o modo como o profissional de saúde se relaciona com o usuário, saberes e conhecimentos científicos utilizados de modo a satisfazer as necessidades de saúde apresentadas.

O trabalho em saúde à semelhança do trabalho em educação, segundo Merhy (2005), é centrado no trabalho vivo em ato, pois o seu consumo ocorre no momento de sua produção, divergindo do trabalho fabril típico em que o consumo do produto pode se dar posteriormente. Desse modo, o trabalho em saúde não pode ser capturado pela lógica do trabalho morto, ou seja, equipamentos e saberes tecnológicos estruturados, pois a produção do cuidado e suas tecnologias de ação são processos que requerem intervenção em ato.

É no interior das instituições a partir do encontro entre trabalhador de saúde e usuário e da efetivação de uma relação entre eles, permeada por saberes estruturados e tecnologias que o trabalho em saúde se concretiza, com vistas a produzir ações de cuidado.

Na operacionalização do cuidado, objeto do trabalho em saúde, são necessários instrumentos ou tecnologias que podem ser utilizados pelos profissionais de saúde. De acordo com Merhy (2005) as tecnologias envolvidas nesse processo podem ser classificadas como leves (tecnologias de relação, capazes de promover o acolhimento, vínculo e compromisso), tecnologias leve-duras (saberes estruturados, como a clínica médica, epidemiologia, entre outros) e tecnologias duras (equipamentos tecnológicos, máquinas, normas, estruturas organizacionais).

A garantia da integralidade da atenção, o planejamento e a programação das ações de saúde, a organização da rede de serviço e o desenvolvimento do acolhimento, vínculo e

compromisso, são aspectos técnicos [dimensão técnica] realizados tanto por profissionais quanto gestores do SUS para a operacionalização do acesso aos serviços de saúde.

Por conseguinte, de acordo com Assis e Abreu-de-Jesus (2012), esta dimensão técnica procura responsabilizar os profissionais, gestores e prestadores dos serviços de saúde pela promoção de uma atenção centrada no usuário, a partir da utilização de dispositivos como acolhimento e vínculo, que poderão produzir uma assistência integral e resolutive. Porém para Giovanella e Fleury (1995) a dimensão técnica do acesso revela a utilização e as dificuldades encontradas pelo usuário para conseguir a assistência desejada, bem como a oferta dos serviços de saúde, o seu planejamento e a sua organização.

As práticas individuais e coletivas desenvolvidas pela Equipe de Saúde da Família, bem como pelos profissionais que atuam em serviços de média e alta complexidade para a promoção do acesso se concretizam a partir de ações efetivadas no encontro entre profissional de saúde e usuário, momento de produção do trabalho em saúde, espaço onde atuam forças instituídas e instituintes, que poderão provocar mudanças no modo de operar os serviços de saúde e onde se entrelaçam as tecnologias leve, leve-dura e dura para a promoção do cuidado e resolubilidade das necessidades postas em questão.

Na atenção especializada (ambulatorial e hospitalar) percebemos uma incorporação de inovações tecnológicas em equipamentos diagnósticos e terapêuticos que buscam promover a assistência àqueles que necessitam. Segundo Campos (2007b, p. 79) não resta dúvida que isto tem promovido uma ampliação do poder preventivo, curativo e reabilitador da Medicina, porém a hipervalorização desses meios tecnológicos faz com que os profissionais de saúde esqueçam “do objeto finalístico do seu trabalho que é a produção de maiores coeficientes de saúde”.

Desse modo, para Merhy (2005), a entrada desses equipamentos não anula momentos particulares do trabalho em saúde, que não podem ser substituídos por esses materiais, como a dimensão típica da produção do ato de cuidar.

Por isso, acreditamos que a promoção de ações acessíveis e resolutivas passa pelo desenvolvimento de um trabalho em saúde estruturado em tecnologias leves, leve-duras e duras, mas que valorize adequadamente as tecnologias leves para a promoção de um cuidado usuário-centrado.

Nas falas dos entrevistados, nas observações e nos documentos analisados, percebemos um entrelaçamento dessas tecnologias no desenvolvimento das ações tanto assistenciais quanto gerenciais pelos profissionais e gestores da saúde no município estudado, como detalharemos posteriormente.

A prática dos profissionais de saúde para a operacionalização do acesso aos serviços de média e alta complexidade em Feira de Santana em alguns momentos tem se voltado para o compromisso nas ações desenvolvidas, conforme as falas exemplificadas a seguir:

[...] o atendimento **eles fazem o que eles podem** [...] acho que eles podem fazer o possível, acho que **o que eles podem fazer para cuidar das pessoas eles fazem** e aquelas coisas que eles não podem fazer [...] não tem nem como a gente exigir que eles façam (Ent. 1U).

O médico foi, ligou pra lá e me enviou, eu peguei o carro e fui pro Hospital da Criança. Ele ligou pra o pediatra de lá e falou que eu estava indo pra lá (Ent. 11U).

Para o Ent. 1U, os profissionais estão fazendo o que se encontra ao alcance deles para cuidar das pessoas, o que leva-nos a inferir que os mesmos têm o compromisso de lançar mão de todos os recursos que estão disponíveis na assistência prestada. Contudo, faz uma ressalva que os profissionais não podem ser ‘cobrados’ que façam algo que, muitas vezes, independe de sua atuação profissional.

Igualmente, o Ent. 11U destaca os esforços e a responsabilização do médico em questão de conseguir uma vaga em um Hospital Estadual para a criança que estava sendo atendida, ligando para um colega desta unidade.

Essas falas convergem para a mesma situação que é a importância do compromisso e responsabilização do profissional de saúde com o usuário, buscando a resolubilidade nas ações desenvolvidas e satisfação daqueles que utilizam os serviços. Práticas como essas que valorizam o compromisso e a responsabilização – tecnologias leves – contribuem para a promoção de um trabalho em saúde centrado no usuário.

De modo semelhante, na fala dos profissionais percebemos o empenho por eles empreendido para possibilitar que o acesso aos serviços de média e alta complexidade sejam efetivados:

[...] agora **as consultas de pré-natal de alto risco, eu vou lá diretamente** e tenho agendado, ou outros casos que a gente descubra no exame de preventivo, alguma anormalidade a gente tem que encaminhar para o CMPC [...] (Ent. 2P).

[...] **a depender da prioridade**, no caso de o paciente chega aqui e não tem mais vaga **a enfermeira pega essa guia e leva até a secretaria junto com o relatório do médico pra tentar agendar**. Agilizar o processo [...]. [...] um paciente tava todo icterico e aí tava necessitando de uma hematologista. [...] **aí pedimos os exames laboratoriais de hepatite pra, era o meio mais rápido da gente conseguir o hepatologista** através de referência de hepatite. [...] o nosso trabalho apesar de ser

um trabalho de formiguinha, mas às vezes dá certo. É só a gente trabalhar mesmo com coragem que a gente consegue (Ent. 7P).

Tais falas chamam atenção que muitas vezes diante da necessidade de marcação de algumas especialidades os próprios enfermeiros de USF se deslocam com a guia em mãos até a Secretaria de Saúde para agilizarem esse agendamento. Além disso, a Ent. 7P relata que comumente solicita exames que possibilitem o ingresso do usuário a determinados programas que auxiliem na resolução da demanda apresentada.

Por conseguinte, para Merhy (1997), sendo o trabalho em saúde dependente do trabalho vivo em ato, os profissionais de saúde deverão colocar todos os saberes que possuem como opção tecnológica para a produção de processos eficazes a serviço do usuário e de seu problema. Por isso os trabalhadores devem ser responsáveis por uma boa parte da qualidade da assistência que ofertam.

Outrossim, Merhy (1998) complementa que os usuários procuram estabelecer relações de confiança, centradas no compromisso dos profissionais que busque enquanto objeto de suas ações mediante os meios existentes dar respostas aos problemas que apresenta, para atender e qualificar sua vida.

Acreditamos que o compromisso do profissional de saúde no desempenhar de sua prática assistencial deve ser um aspecto facilitador para a garantia do acesso aos serviços de média e alta complexidade, para que se promova a integralidade da assistência e o acolhimento dos usuários, como justificam as falas a seguir:

[...] **a gente sempre tem que regular esse paciente.** [...] Tem momentos que a gente tem que tentar, vamos dizer, **burlar a burocracia e tentar ir pela questão de conhecimento, de amizade,** de influência mesmo, [...] **a gente entra em contato com a coordenação das policlínicas, com a Secretaria de Saúde** para que eles tentem através de influência [...] (Ent. 12P).

[...] eu acho que a equipe também, **o esforço que nós temos aqui em relação a ter pelo menos assim o acolhimento da comunidade,** né, e assim **a gente tentar resolver os problemas** que são, que nos chegam, que são grandes a gente procura dar [...] Mas a gente tenta **conversar,** tenta fazer o possível pra **confortar** [...] (Ent. 20P).

Muitas vezes, diante da necessidade apresentada pelo usuário os profissionais de modo responsável e compromissado tentam de todas as formas e mesmo pelo clientelismo ou amizades conseguir uma vaga para os serviços ou práticas de saúde de maiores complexidades que a possibilitem a resolubilidade e a integralidade da assistência prestada, como explicitado

na fala do Ent. 12P. Além disso, o Ent. 20P faz referência aos esforços empreendidos para almejar a resolubilidade do problema que os usuários apresentam, bem como atendê-los de forma acolhedora a partir da conversa e da tentativa de confortá-los.

Por isso, concordamos com Merhy (2006, p. 71) que

O trabalho vivo não pode em ato, no interior do processo de trabalho, libertar-se plenamente do trabalho morto, mas tem condições de comandá-lo se conseguir aprender a interrogá-lo, a duvidar do seu sentido e a abrir-se para os ruídos/analísadores presentes no seu cotidiano. Com isso, e de posse de uma caixa de ferramentas que tenha o compromisso com o sujeito da ação, e em ação, pode-se reinventar a lógica do processo de trabalho, sua gestão, organização e finalidade, em ato, coletiva e publicamente.

Nessa perspectiva, acreditamos que o compromisso dos profissionais e o desenvolvimento de uma escuta qualificada poderão, portanto, transformar a lógica do processo de trabalho a partir da valorização de tecnologias leves e da descaptura do trabalho vivo pelo trabalho morto.

Contudo, percebemos também na fala do Ent. 20P que o fato de tentar burlar a democracia nos faz pensar que esse acesso pode estar encontrando barreiras e dificuldades para ser efetivado, necessitando que pessoas influentes ou conhecidos colaborem e interfiram para possibilitar o ingresso do usuário no sistema.

As falas dos Ent. 15G e 17G são convergentes entre si e complementares dos Ent. 1U, 11U, 2P, 7P, 12P e 20P, pois ratificam que o compromisso e a responsabilização de alguns profissionais de saúde têm facilitado o acesso aos serviços de média e alta complexidade, acrescentando a disposição que apresentam em procurar a Secretaria de Saúde, especificamente a Central de Regulação para tentar viabilizar a marcação de alguns procedimentos/ consultas.

Então, com essa comunicação direta a gente faz o agendamento, imediatamente entrega a eles e eles devolvem aos usuários. Mas há de se ter uma **disposição mesmo dos profissionais, da equipe de saúde, né, que recorre à Central para estabelecer essa comunicação.** [...] Mas os que têm a gente tem realmente uma facilidade de tentar se comunicar melhor, até por e-mail, por chat a gente consegue se comunicar e fazer o agendamento imediato. [...] **Quando essa demanda ela vem manifesta através de um relatório,** ou um relatório médico ou um relatório de enfermagem, né, **que a gente consegue visualizar a necessidade do paciente a gente sempre viabiliza o agendamento** (Ent. 15G).

[...] a gente tem profissionais maravilhosos que eles realmente ‘vestem a camisa’ e eles tentam buscar sempre uma solução quando o paciente está realmente precisando, mesmo com a questão da demanda reprimida que a gente tem por conta

da quantidade pequena de cotas aí **muitos enfermeiros procuram a própria Secretaria de Saúde vão diretamente na Central de Regulação pra poder expor a situação do paciente** e mostrar realmente a necessidade dele está precisando deste procedimento ou desta consulta e muitas vezes **com relatório** médico e com relatório de enfermagem **ele consegue** está conseguindo essa [...] cota extra que a gente chama (Ent. 17G).

A responsabilização do profissional em tentar dar respostas à demanda apresentada pelos usuários, mesmo em situações em que não há disponibilidade de cota na USF, é considerada por essas gestoras como práticas assistenciais que têm favorecido a promoção do acesso à média e alta complexidade, diante do empenho desses trabalhadores que recorrem à Central de Regulação com relatórios que especificam o quadro e a necessidade apresentada pelo usuário.

Diante desse contexto, percebemos na ação desenvolvida pelos profissionais o entrelaçamento de tecnologia leve a partir da responsabilização e do compromisso para com o usuário, ao buscar agendar a consulta ou procedimento que necessita, bem como de tecnologia leve dura, expressa no saber do profissional manifesto no relatório que descreve o quadro patológico apresentado pelo indivíduo que requer uma intervenção.

À semelhança de um modelo em defesa da vida, Merhy (1998) enfatiza que os processos organizacionais deverão possibilitar a ampliação dos espaços de ação em comum, de responsabilização e de cooperação entre os profissionais, tornando as intervenções em saúde mais comprometidas com os interesses dos usuários. Outrossim, entendemos que são espaços como esses que permitirão um maior envolvimento entre os profissionais e o desenvolvimento de um compromisso mútuo em prol da defesa da vida e da promoção da saúde.

O compromisso dos profissionais de saúde pode ser observado também durante a nossa coleta de dados tanto na atenção básica quanto em serviços de média e alta complexidade destacado nas falas dos entrevistados 15G e 17G. Vimos que realmente as enfermeiras de duas USF pegaram as cópias dos documentos de uma usuária para o agendamento da sua cirurgia; a recepcionista de uma unidade fez um contato telefônico para comunicar as datas de agendamentos de consultas e/ ou procedimentos vindos da Central de Regulação que já estavam próximas; disponibilidade em atender pacientes em domicílio tão logo solicitassem mesmo que não fosse dia de visita domiciliar de acordo com o cronograma, entre outros.

Nos serviços de média e alta complexidade notamos que as práticas desenvolvidas foram orientações sobre cirurgias, documentos e exames necessários para sua realização;

diálogo de técnicas de enfermagem e enfermeiros com médicos da unidade para atender pacientes que aguardavam; realização de procedimentos que atendessem a necessidade do usuário, como curativo; contato telefônico com profissionais de outras unidades hospitalares para verificar se existia vaga; observação dos setores de um hospital estudado para avaliar a disponibilidade de vagas.

Vemos assim que a valorização do compromisso e responsabilização em suas ações têm contribuído para que o trabalho em saúde desenvolvido por esses profissionais esteja voltado para implementação de tecnologias leves, que impossibilitam a captura do trabalho vivo pelo trabalho morto em ato, o que contribui para a construção de cuidados de saúde centrados no usuário.

Divergindo dos entrevistados anteriores [Ent. 1U, 11U, 2P, 7P, 12P, 20P, 15G e 17G], para o Ent. 22U as práticas dos profissionais não têm facilitado o acesso aos serviços de média e alta complexidade diretamente, pois têm solicitado exames que o próprio usuário deve buscar agendar ou então aguardar muito tempo para que o exame retorne à instituição de saúde com o agendamento:

Eu acho que eles diretamente nada. Não vai, **não faz nada**. Porque você vai se consulta, o médico pede um exame, você ou você traz pra marcar ou fica aguardando muito tempo lá pra que o exame retorne ao Posto, fora isso eles não fazem nada não (Ent. 22U).

Na fala do Ent. 22U fica visível o modelo médico-centrado e que os profissionais de saúde não têm feito nada além da sua atividade corriqueira para a promoção do acesso à média e alta complexidade, além de ainda referir à dificuldade de marcação de exames na UBS, enfatizando a demora do seu agendamento.

Já o Ent 18G, diferentemente dos demais entrevistados, concebe as atividades dos profissionais de saúde como um ‘apaga incêndio’, que atendem a todos que demandarem pelos serviços das policlínicas:

[...] **eu vejo o profissional de saúde como um ‘apaga incêndio’ hoje**. Assim, porque ele não tem o que fazer. Eu não sei te falar a realidade do PSF em relação ao o que é que tem sido desenvolvido com o profissional, o que é que o profissional tem conseguido fazer pra melhorar esse fluxo. [...] A gente não tem triagem de exclusão [...]. [...] **Então chega, atende, chega, atende, chega, atende** (Ent. 18G).

Essa maneira de atendimento acaba por centralizar-se em procedimentos e técnicas, de modo mecanicista, sem considerar a necessidade dos usuários no processo de trabalho em saúde, provocando muitas vezes a captura do trabalho vivo pelo morto e impossibilitando o desenvolvimento de um trabalho usuário centrado.

Apesar da intenção da gestão municipal em consolidar um “modelo assistencial voltado para a humanização do atendimento ao usuário, através da regulação assistencial e de gestão, garantindo acesso e aumentando a resolubilidade das ações” de saúde, como apresentado no Doc-3 (FEIRA DE SANTANA, 2010, p. 79), a nossa observação converge com as falas das Ent. 18G e 22U, pois percebemos em alguns momentos que os atendimentos e as práticas desenvolvidas têm perpassado pelo modelo profissional centrado, com ênfase na queixa-conduta, na medicalização e na doença.

Segundo Merhy (1998) os atos de saúde são capazes de intervir sobre problemas específicos e satisfazer necessidades que impulsionam os usuários a buscarem os serviços de saúde. Este processo poderá permitir a produção da saúde – usuário centrada – ou simplesmente ser procedimento centrada e não impactar ganhos nos graus de autonomia do usuário. Entretanto, observamos que há uma dicotomia na construção de atos de saúde ora como procedimentos e às vezes de procedimentos enquanto cuidado, tensão essa que segundo Merhy (2002) tem sido promovida pelos modelos médicos centrado em procedimentos, sem compromisso com a promoção da cura e da prevenção.

Portanto, particularmente no caso da Ent. 22U percebemos que a assistência recebida tem produzido procedimentos e demandado outros (os exames solicitados) o que não tem modificado o seu modo de ser, nem tão pouco têm trazido uma resposta positiva para a necessidade que apresenta, pois considera que o profissional “não faz nada” em prol de sua saúde. Às vezes o trabalho desenvolvido está mecanicamente determinado e centrado no procedimento que impossibilita a satisfação do usuário.

Contraditoriamente, o estudo *A produção imaginária da demanda e o processo de trabalho em Saúde* (FRANCO; MERHY, 2005) retrata que a construção imaginária do procedimento leva à produção imaginária da demanda e induz o usuário a demandar o procedimento e não o cuidado em alguns momentos.

Outrossim, a fala do Ent. 22U é complementada pelo Ent. 6P ao referir sobre a possibilidade de promoção do acesso à média e alta complexidade, para permitir que “as coisas aconteçam” depende da existência de uma comunicação mais efetiva entre a Secretaria Municipal de Saúde e os profissionais que se encontram nos serviços, os quais poderão

‘defender’ aqueles usuários que necessitem de atendimento prioritário, para que não fiquem aguardando muito tempo por sua marcação:

[...] ou então, de repente chega alguém aqui através de uma consulta descobre que é um caso muito grave aí talvez a questão de você ligar pra Secretaria e passar ‘olhe, tá se passando isso, e isso e isso, e isso, e isso’, **talvez as coisas aconteçam**. Por quê? Porque realmente é uma situação grave, **de repente a Secretaria não tem nem a vaga, mas ela dá um jeito**. Vamos, nem que a prefeitura pague um particular, mas essa pessoa tem que ser atendida. Ou então pede a um médico com carinho e que atenda mais uma pessoa além daquele que ele tá atendendo. Apesar de que ele recebe também por atendimento. Então, aí as coisas aconteçam... (Ent. 6P).

São práticas gerenciais citadas por esse profissional que poderão facilitar o acesso, numa perspectiva dialógica com os profissionais que já atendem na rede, a partir de “um jeito”, de um maior compromisso que a Secretaria poderá contribuir para o ingresso do usuário nos serviços e a resolubilidade da necessidade que apresenta.

De maneira semelhante, o estudo *Saúde Paidéia* (CAMPOS, 2007b) propõe o Apoio Paidéia enquanto uma postura metodológica que procura fugir da maneira de gerir comum que intervém sobre os trabalhadores e não interage com eles, tendo como pressuposto que as ações de gestão se exerçam entre sujeitos, com distintos graus de saber e poder a partir da influência mútua, da cogestão entre “comandantes” e “comandados”.

O modo participativo de construção do Plano Municipal de Saúde 2010-2013 (FEIRA DE SANTANA, 2010) – Doc-3 e da Programação Anual de Saúde (FEIRA DE SANTANA, 2012c) – Doc-4, levam-nos a perceber que tem havido essa articulação entre os gestores e os profissionais de saúde responsáveis pelo planejamento das ações e serviços de saúde. Além disso, o desenvolvimento de reuniões entre coordenação de atenção básica, apoio técnico e profissionais da assistência à saúde, como consta no Relatório de Gestão 2011 (FEIRA DE SANTANA, 2011) – Doc-1 e Relatório de Gestão 2012 (FEIRA DE SANTANA, 2012b) – Doc-2, nos leva a inferir que talvez exista um empenho para a promoção de uma gestão participativa, uma cogestão, em que “comandantes” e “comandados” podem estar em parceria, mesmo com distintos saberes e poderes (político, administrativo e financeiro).

Em consonância com este pressuposto, o Ent. 25G considera que a partir do desenvolvimento de uma gestão séria e igualmente comprometida, que busque transformar o cotidiano do processo de trabalho, a partir da implementação de medidas simples, mas que procuram promover a satisfação dos usuários, haverá um maior número de atendimentos, conforme ratifica a sua fala a seguir:

[...] tinha médicos especialistas, [...] ele atendia apenas cinco (5), quando na verdade deveria atender 16. A partir do momento que esse médico [...] foi **obrigado** a atender os 16, sem nenhum tipo de contratação, sem nenhum tipo de investimento, apenas com a **supervisão** e a **cobrança** do que efetivamente ele deveria fazer, **nós triplicamos o número de atendimentos**. [...] **uma gestão séria, e responsável** é, é o primeiro passo, primeiro passo pra que haja essa contrapartida, pra que a população possa ser assistida (Ent. 25G).

Contudo, apesar do número de atendimentos só ter sido ‘triplicado’ a partir da cobrança do gestor, percebemos que a operacionalização de uma gestão comprometida com o usuário e com outra forma de atendimento poderá provocar ruídos no cotidiano do processo de trabalho em saúde de modo a fazer surgir processos capazes de modificar a prática e garantir uma “contrapartida” à população assistida.

Os Doc-1 e Doc-2 já referenciados definem como as atividades de gestão, aquelas relacionadas ao planejamento, reuniões, cursos de capacitação, educação permanente, relatórios de gestão e do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), acompanhamento dos indicadores, supervisões, divulgações dos dados, participação da coordenação nas reuniões do Conselho Municipal de Saúde, cursos de capacitações e oficinas de trabalho. Entretanto, tais atividades trazem uma descrição meramente técnica que, em si, não expressa se tem valorizado os processos subjetivos dos gestores e profissionais atuantes nesses serviços.

Porém, concordamos com Campos (2007b, p. 86) que é importante reconhecer que “a gestão produz efeitos sobre os modos de ser e de proceder de trabalhadores e de usuários da organização” e tem a capacidade de modificar os sujeitos e os padrões de subjetividade e, portanto, deverá valorizar a interação entre as pessoas e a desburocratização das práticas.

Além disso, para Merhy (1998) a micropolítica do processo de trabalho coloca em atuação distintos modos instituintes de fazer saúde nos processos de gestão institucional do trabalho, que poderão permitir a conformação de modos de intervenção institucional que operacionalizem no sentido da mudança da direcionalidade das práticas de saúde, a exemplo do exposto pelo Ent. 25G.

Entretanto, sabemos que o aumento no número de atendimento pode não ser equivalente a qualidade dos serviços prestados, nem tão pouco poderá desenvolver ações centradas no usuário e sim na queixa-contuda, no procedimento em si, na medicalização. Por isso, a valorização de práticas que tenham o usuário enquanto sujeito do processo de trabalho em saúde, a partir da implementação de tecnologias leves, como o acolhimento e o

desenvolvimento de uma escuta qualificada, poderá garantir não apenas o ingresso do indivíduo nos serviços de saúde, mas também a sua satisfação com a assistência oferecida.

A única coisa que a gente faz é o que? Através da **autoestima, conversando**, e dizer ‘olha agora não deu certo, vamos tentar de novo’, pra ele não baixar a autoestima dele (Ent. 7P).

[...] **A gente ajuda acolhendo o paciente**, a gente acolhe o paciente, **se tiver que ser medicado é medicado**, se tiver que ser transferido a gente fica supervisionando aquele paciente até o momento que ele vai ser transferido [...] (Ent. 10P).

Então é assim, quando a gente dá aquela assistência que tem que ser dada a pessoa sabe que chegou aqui é atendida. [...] Então **é maneira que você acolhe, é a maneira que você assiste, é a maneira que você tem aquele radar** pra ver o que é urgente, o que não é. [...] eles vão acalmando e dessa maneira **eles vão tendo segurança**, entendeu? Porque a segurança quem tem que passar é o profissional, né (Ent. 13P).

Para a entrevistada 7P a elevação da autoestima a partir do desenvolvimento de uma conversa, que consideramos práticas acolhedoras, diante de certas dificuldades encontradas pelos usuários poderão auxiliá-la no seu trilhar em busca da resolubilidade do problema que apresenta.

Apesar das atividades desenvolvidas permearem pelo acolhimento do usuário a Ent. 10P tem um olhar mais direcionado à medicalização do mesmo e a sua transferência para níveis de maior complexidade que solucionem o problema que o usuário apresenta. Já a Ent. 13P ainda acrescenta ao acolhimento a identificação de situações mais urgentes como um *feeling* que o profissional tem e que pode possibilitar que o usuário tenha segurança e confiança nas ações desenvolvidas em prol da sua saúde.

Mas, de modo convergente, esses profissionais [Ent. 7P, 10P e 13P] expressam a importância do acolhimento a partir do desenvolvimento de uma conversa e dos meios necessários para garantir o cuidado do paciente.

Segundo Merhy e outros (2006), através do acolhimento podem ser construídos novos modos de repensar o processo de trabalho em saúde, bem como novos olhares sobre o modo como os modelos de atenção capturam o trabalho vivo em ato, enquanto potencialidade de construir linha de fuga no interior do processo produtivo e gerencial.

Para nós, o acolhimento, enquanto tecnologia leve, se processa na relação estabelecida entre profissional de saúde e usuário a partir do desenvolvimento de uma escuta qualificada

que busque atender as necessidades apresentadas e a produção do cuidado com responsabilidade e compromisso.

O modo de operar os serviços de saúde centrados em tecnologias leves como o acolhimento devem influenciar na qualidade da intervenção em saúde, e consequentemente, como afirmam Franco, Bueno e Merhy (1999), permitirem a modificação do cotidiano dos serviços em torno de uma prática centrada no usuário, comprometida com a defesa da vida individual e coletiva.

O acolhimento é um dispositivo que para Assis e outros (2010) poderá estar presente em todos os momentos, nos micro-espacos das relações individuais e coletivas, enquanto potente dispositivo de reorganização da produção do cuidado no PSF, pois possibilita a ampliação do acesso aos serviços de saúde e a potencialização do trabalho em equipe.

Complementando tais reflexões, o Ent. 3U argumenta que o atendimento do médico é bom, pois escuta o usuário explicar a sua necessidade e examina-o como em outros lugares a entrevistada não observa, acrescentando que existe um vínculo com a equipe, pois retornou à USF após ter utilizado os serviços da Policlínica:

Quando a gente consegue marcar, a gente é bem atendido, pelo menos eu não tenho nada a dizer do médico daqui que me atendeu, [...] **ele atende muito bem, ele espera você falar**, se você estiver realmente precisando de ser, é... diagnosticado e tal, **ele mexe em você, ele escuta e tal**, [...] **depois de ter vindo da policlínica**, [...] então ele parou, ele examinou, como em outros lugares a gente não ouve, né. [...] Não **o médico daqui, quando a gente consegue**, eu não tenho nada do que dizer, nem do médico, nem das enfermeiras, nem... (Ent. 3U).

Entretanto, apesar de considerar o atendimento disponibilizado pelo médico da unidade como capaz de promover uma escuta qualificada e uma clínica centrada no usuário, a entrevistada 3U expressa uma certa dificuldade em conseguir agendar uma consulta com esse profissional.

Na realidade percebemos a construção de vínculos, principalmente naquelas unidades em que os sujeitos atuavam há mais tempo, como foi o caso de recepcionistas, enfermeiros, cirurgiões dentista e ACS. Vimos em vários momentos os profissionais, descontraidamente chamarem os usuários pelo nome e vice-versa, possibilitando desenvolver laços de afeto entre eles, bem como o acolhimento e o vínculo nos serviços oferecidos, que Merhy (2006) os consideram como componentes do universo tecnológico do trabalho vivo em ato na saúde, enquanto substratos que podem dar o sentido do usuário no interior desse processo, caso sejam capazes de criar aumentos em seu grau de autonomia.

Outros autores como Santos e Assis (2006) argumentam que o vínculo estreita-se com o acolhimento o que aumenta os laços relacionais e assim desenvolve afetos e fortalece o processo terapêutico entre os usuários, os trabalhadores de saúde e os gestores do sistema.

Entretanto, no estudo *Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família* (SCHIMITH; LIMA, 2004) os resultados referem que existem lacunas no acolhimento aos usuários na realidade pesquisada, sobretudo no que concerne a abertura do serviço para a demanda, à responsabilização dos profissionais e ao estímulo à autonomia do usuário, bem como foi observado que a produção do vínculo está relacionado ao atendimento clínico com continuidade.

Apesar do Plano Municipal de Saúde 2010-2013 (FEIRA DE SANTANA, 2010) – Doc-3 e a Programação Anual de Saúde 2012 (FEIRA DE SANTANA, 2012c) – Doc-4 apresentarem tópicos específicos para implementação da Política Nacional de Humanização e do HumanizaSUS, os quais poderão favorecer a prática de tecnologias leves nos processos de trabalho operacionalizado pelos profissionais nos serviços de saúde de Feira de Santana, não identificamos no Relatório de Gestão 2012 (FEIRA DE SANTANA, 2012b) – Doc-2 nenhuma descrição de treinamento e/ ou capacitação promovida para os profissionais de saúde que estimulasse os preceitos da política e o desenvolvimento do vínculo, acolhimento e responsabilização na produção do cuidado. Com exceção de uma capacitação de ACS sobre acolhimento desenvolvida pelo Núcleo de Apoio a Saúde da Família 7 (NASF 7) para dois PSF, descrita no Relatório de Gestão 2011 (FEIRA DE SANTANA, 2011) – Doc-1.

Tanto no Relatório de Gestão 2011 quanto 2012 (Doc-1 e Doc-2 respectivamente), percebemos na descrição das ações desenvolvidas pela atenção básica, de média e alta complexidade no município de Feira de Santana, uma maior preocupação com aquelas que valorizam as tecnologias duras e leve duras.

Acreditamos que o trabalho em saúde não pode ser capturado pelo trabalho morto, pelos equipamentos e saberes estruturados, uma vez que para Merhy (2005, p. 49) “o seu objeto não é plenamente estruturado e suas tecnologias de ação mais estratégicas configuram-se em processos de intervenção em ato, operando como tecnologias de relação, de encontros de subjetividades, para além dos saberes tecnológicos estruturados”.

A criação de linhas de fuga que busquem implementar a tecnologia leve nos serviços de saúde estão marcadas por lógicas instituintes distintas que operam no interior do processo de trabalho em saúde de modo a possibilitar que o trabalho vivo seja efetivado e possibilite a construção do acolhimento, vínculo, resolubilidade e satisfação nos atos de cuidar.

Enquanto, avanço na promoção do acesso aos serviços de média e alta complexidade os Ent. 18G e 21G consideram o acolhimento com escuta qualificada que encontrava-se em fase de implantação no momento da coleta de dados:

[...] há 15 dias que foi iniciado o acolhimento com escuta qualificada, nós estamos fazendo o teste piloto em duas unidades, [...] com profissionais enfermeiros, com médico, né, que a gente ouve o que trouxe o paciente na unidade e tria ele. A gente não faz triagem de exclusão, ainda, porque esse paciente ele não volta, mas a gente direciona esse atendimento. Nós fizemos uma ponte também com a Atenção Básica, nós temos o apoio da coordenadora da Atenção Básica, [...] nós criamos também um impresso que garante a esse paciente que ele tenha um atendimento de no máximo sete dias na UBS ou no PSF [...] (Ent. 18G).

Sinceramente, eu só posso falar por mim, com relação a isso. [...] Porque dentro da classificação de risco que é uma coisa que a gente, uma coisa que está bem próxima de acontecer, que **a gente já está praticando o acolhimento que é tipo a triagem** como você própria diz, a gente vem tentando exatamente fazer [...] (Ent. 21G).

Durante a coleta de dados não tivemos a oportunidade de observar a utilização desse impresso citado pelo Ent. 18G, o qual acreditamos ser importante para a garantia do cuidado do usuário e do fortalecimento do vínculo com o PSF. Além disso, conforme relatado pelo Ent. 21G percebemos que o acolhimento tem sido praticado como uma triagem, com aferição de sinais vitais e determinação de prioridades no atendimento.

Outrossim, acreditamos que essa prática poderá ser o início de um avanço para a promoção do acesso aos serviços de saúde de média e alta complexidade, mas ainda precisa melhorar, pois concordamos com Assis e outros (2010, p. 23) que o acolhimento ultrapassa a “triagem qualificada” ou a “escuta interessada”, constituindo-se em um conjunto de “atividades de escuta, identificação de problemas e intervenções resolutivas para o enfrentamento e resolução de problemas, com ampliação da capacidade das equipes de saúde para responderem às demandas dos usuários”.

Na pesquisa *Acolhimento, uma tecnologia na atenção ao portador de hanseníase em uma unidade de referência: dialética do subjetivo x objetivo* (ARAUJO, 2007) as ações dos trabalhadores de saúde eram caracterizadas no modelo biomédico, na valorização dos sinais e sintomas e na medicalização, enfim na doença e não no doente/ usuário. Porém, alguns aspectos facilitadores foram visíveis e auxiliaram naquele momento na construção do acolhimento ao usuário, pois foi perceptível o comprometimento da equipe do Programa de Controle da Hanseníase tanto com o usuário e com a continuidade de seu tratamento, quanto com a busca de seus familiares e comunicantes. Além disso, os usuários expressaram

satisfação na atenção recebida, principalmente pela médica do programa, o que nos permite inferir que talvez seja um ponto que tem favorecido o desenvolvimento do acolhimento no Programa de Controle da Hanseníase, sem contudo desconhecemos que apesar de ainda marcado por um trabalho centrado na doença e em procedimentos, nesse estudo deixa transparecer a relevância do acolhimento para a satisfação do usuário nos serviços desenvolvidos e para a continuidade do tratamento enquanto um dispositivo capaz de modificar e provocar ruídos no cotidiano.

Apesar das falas anteriores serem convergentes que o acolhimento tem sido valorizado nas práticas desenvolvidas, os entrevistados 3U, 9U e 11U divergem desses entrevistados ao afirmarem que as ações de alguns profissionais não têm sido acolhedoras, o que se constitui em uma dificuldade para a promoção do acesso a média e alta complexidade:

[...] **a médica deu as costas e saiu e eu fiquei lá, com a minha dor**, esperando a mulher voltar pra me dizer qualquer coisa, se não era vesícula, então o que era? A mulher nunca voltou, eu levantei com dor, fui até a recepção que eu tinha sido atendida, falei que **a mulher não tinha nem tocado em mim**, nem visto o que era, nem me dito [...] (Ent. 3U)

Hoje está meio difícil, porque quando a gente sempre procura aí tem aquela **dificuldade, a gente vem de manhã sai, já sai tarde** e quando a gente vai ser atendida **eles nem olham pra cara da gente**. [...] passam qualquer remédio, nem olha pra cara da gente, o telefone toca, aí elas param de estar atendendo a gente pra atender telefone, [...] aí a gente fica... sai a mesma, pior ainda, porque **a gente já chega com uma coisa depois já sai com outra, porque o estresse** (Ent. 9U).

Porque às vezes a gente chega **demora o atendimento**, tem enfermeiro também, às vezes, vai também do plantão que tá **mau humorada**, às vezes, graças a Deus quanto a isso não tenho o que me queixar, **mas eu acho que até aqui tá bom**, que melhora, né? (Ent. 11).

A entrevistada 3U relata sobre a falta de acolhimento de um profissional específico de uma policlínica, que desconsiderou os sintomas que apresentava, não lhe escutando nem tão pouco lhe examinando, nem lhe ‘tocando’ para conhecer melhor os sinais que apresentava e poder diagnosticar e tratar o problema que a afligia.

Segundo a entrevistada 9U a demora no atendimento tem dificultado o acesso aos serviços, juntamente com o desenvolvimento de uma prática imparcial e mecanicista desenvolvida pelos profissionais de saúde, que muitas vezes nem olham para usuário, fazendo com que surjam outras aflições diferentes das que já apresentava, como o estresse.

Para a entrevistada 11U existe demora no atendimento e o comportamento de mau humor presente nas práticas de alguns profissionais, as quais entendemos como ações totalmente incoerentes com as tecnologias leves.

As falas desses usuários convergem ao apresentarem uma relação denominada por Merhy (1998) do tipo da “interseção objetual”, na qual se produzem espaços intercessores em que prevalece a voz do trabalhador e a “mudez” do usuário, expressando os desencontros da falta de acolhimento e responsabilização vivenciadas por essas usuárias nas suas relações trabalho em saúde/ consumo.

Vimos no decorrer da nossa observação que os atendimentos médicos nos três níveis de atenção (básica, média e alta complexidade) em sua maioria ocorreram de forma rápida durando cerca de cinco a 20 minutos aproximadamente, mas com prevalência de menor duração, o que nos faz pensar que a prática desenvolvida tem sido do tipo queixa-conduta. Além disso, nos problemas priorizados na construção do Plano Municipal de Saúde 2010-2013 – Doc-3 (FEIRA DE SANTANA, 2010, p. 24) observamos que os serviços precisam estar mais voltados para a “humanização, vínculo e valorização profissional para minimizar as insatisfações e fazer fluir melhor a assistência a saúde”.

Entendemos que o processo de trabalho em saúde, espaço de encontro entre profissional de saúde e usuário, deverá valorizar os conhecimentos e representações tanto do agente consumidor quanto do produtor, que os considerem enquanto sujeitos desse processo e não apenas objeto da ação desenvolvida.

Contudo, destacamos que mesmo considerando que alguns profissionais muitas vezes apresentam um comportamento de mau humor a entrevistada 11U considera o atendimento “bom”, não tendo do que se queixar e desejando que melhore, o que nos faz pensar sobre a passividade de alguns usuários, que mesmo encontrando essa realidade nos serviços não procuram reivindicar e expor a sua opinião para a transformação e melhoria nas práticas desenvolvidas.

Por isso, o estímulo a participação social, enquanto instrumento que favorece a cidadania e a luta pelos direitos, é apontada pelo Ent. 2P como uma das práticas desenvolvidas pelos profissionais que pode promover o acesso aos serviços de saúde:

A prática é... As ações, **uma das ações foi justamente essa fundação do Conselho Local**, né, e pedindo ajuda a comunidade e levando esses problemas direto pra Atenção Básica (Ent. 2P).

Diferentemente das demais falas, o Ent. 2P refere a importância do Conselho Local para o conhecimento das necessidades apresentadas pela comunidade, as quais são repassadas até a Coordenação da Atenção Básica, buscando solucioná-las. A implantação dos Conselhos Locais se constitui, portanto, em uma estratégia que pode auxiliar a gestão municipal a buscar soluções para os problemas apresentados, com vistas a facilitar o acesso a serviços de média e alta complexidade.

Além disso, a participação da comunidade em espaços de valorização do controle social, como o Conselho Local de Saúde, poderão promover o empoderamento dos indivíduos no modo como participam da construção do SUS, bem como na maneira como cuidam de sua saúde.

O estudo *Os múltiplos sentidos da categoria “empowerment” no projeto de promoção da saúde* (CARVALHO, 2004) a partir de uma revisão de literatura e de documentos, faz uma reflexão sobre os múltiplos sentidos da categoria/estratégia *empowerment*, classificando-o em dois enfoques principais: o psicológico e o comunitário. Destacamos o *empowerment* comunitário, pois este pode contribuir para definir a Promoção à Saúde enquanto um projeto voltado para a transformação do *status quo* e a produção de sujeitos saudáveis.

Segundo Carvalho (2004, p. 1093), *empowerment* comunitário indica “processos que procuram promover a participação, visando ao aumento do controle sobre a vida por parte de indivíduos e comunidades, a eficácia política, uma maior justiça social e a melhoria da qualidade de vida”.

Consideramos, portanto, que o *empowerment* comunitário pode favorecer a mudança no modo de operar os serviços de saúde e a qualificação dos mesmos a partir do estímulo e da participação da comunidade nesse processo, dos meios e instrumentos que promovem o controle social, como os Conselhos Municipais de Saúde, Conselhos Locais e Conferências de Saúde.

Por conseguinte, alguns entrevistados afirmaram sobre as práticas que têm promovido a integralidade da atenção, com transferência daqueles que necessitam de uma assistência em outros níveis de atenção:

[...] a gente acolhe esse paciente na unidade e **necessita de uma transferência nossa referência é o Hospital...** [...]. [...] a gente regula primeiro esse paciente para esse hospital dizer que pode receber (Ent. 8G).

Mas se o paciente tiver alguma necessidade, então **a própria unidade de saúde que vai fazer a questão do encaminhamento de referência pra poder agendar a consulta com especialista** ou fazer algum tipo de exame de alta e média complexidade [...] (Ent. 14G).

E sabemos que as policlínicas hoje elas são voltadas para dar o primeiro atendimento, né, e depois **em casos de pacientes com complicações mais severas a gente faz a regulação e encaminha** (Ent. 21G).

Acreditamos que as transferências para serviços que atendam às demandas apresentadas pelo usuário são necessárias em alguns momentos, como explanado nas falas dos entrevistados, contudo questionamos se essas práticas têm sido desenvolvidas com o objetivo de conquistar a integralidade e dar resolubilidade ao usuário ou apenas como um repasse de responsabilidade dos serviços. Ao mesmo tempo observamos que a estrutura física e os equipamentos das Policlínicas estudadas não possibilitam uma assistência conveniente a pacientes críticos apesar de reconhecermos que essa não é a sua proposta.

Todavia, segundo Franco e Magalhães Júnior (2006) quanto maior a resolubilidade dessa assistência na atenção básica mais possibilidade terá de diminuir a demanda por consultas especializadas e os exames mais complexos, além de salientarem que parte dos encaminhamentos da rede básica não esgotam todos os recursos disponíveis nesse nível de assistência.

Concordamos com esses autores que a integralidade começa pela organização de trabalho na atenção básica, pelo desenvolvimento de um trabalho multiprofissional que valorize o acolhimento, vínculo e a responsabilização como diretrizes da operacionalização do cuidado. Porém, se faz necessário que sejam disponibilizados pessoal e recursos materiais para o desenvolvimento da assistência nas Unidades Básicas de Saúde.

Em especial, a falta de material nas UBS e também em uma unidade hospitalar têm dificultado a realização do trabalho pelos profissionais de saúde e impossibilitado a prestação da assistência:

[...] Infelizmente a médica é uma ótima, uma ótima profissional, mas não pode ficar todos os dias aqui. Então só fica três dias na semana. Já não é PSF. [...] **tinha que ter um carro disponível [...], tinha que ter material quando a gente precisar.** [...] ah, vocês têm que pedir patrocínio. Não é desse jeito, quem tem que fornecer isso é a secretaria [...]. [...] Porque às vezes aquela **condição de trabalho** não é você ganhar uma calça, uma camisa. Não. [...] (Ent. 6P).

[...] mas no caso tem **PSF que não está tendo material pra nada**, [...] se afere uma pressão a enfermeira lá também não disponibiliza de dá uma medicação, um captopril, o médico também não se responsabiliza [...]. Aqui a gente troca cinco, seis sondas de paciente que... sonda, tem que ser trocada em PSF, não em Policlínica (Ent. 10P).

[...] mas realmente fica meio, às vezes a gente fica meio assim até constrangidos de estar dando uma desculpa pra o paciente ou o usuário que chega bem cedinho a unidade, chega três, quatro horas da manhã e às vezes a gente não tem como fazer alguma coisa pra estar atendendo, eles são... [...] **às vezes nessa angústia de ter que às vezes devolver ou remarcar um paciente por conta que a gente não tem um material pra trabalhar**, né [...] (Ent. 20P).

O que **a gente precisa no momento é de fun-cio-nar** [pausadamente]. Precisamos de **material humano**, precisamos de **leitos** com ampliação, **medicamentos**, **condições de trabalho**. Do que adianta eu ter oito salas de operação no Centro Cirúrgico e ter só uma funcionando (Ent. 26P).

Vimos nessas falas que os Ent. 6P, 10P e 20P expressam a dificuldade enfrentada devido a falta de material para o desenvolvimento das atividades propostas pelo PSF, gerando ainda descontentamento com as condições de trabalho como referido pelo Ent. 6P e 20P, bem como uma sobrecarga das policlínicas que têm que desempenhar ações que poderiam ser realizadas no PSF, exemplificado na fala do Ent. 10P. O Ent. 26P relata que a falta de material humano e de consumo, bem como uma estrutura com equipamentos adequados e suficientes para a demanda tem sido uma realidade frequente também de um hospital estudado.

A ausência de veículo para transferência de pacientes dos PSF para a policlínica e/ ou hospital, infraestrutura física inadequada das unidades de saúde, precariedade de equipamentos e manutenção dos mesmos nas USF foram alguns dos problemas priorizados pela população e pelo NASF/ PSF que constam no Doc-3 (FEIRA DE SANTANA, 2010) e Doc-8 (FEIRA DE SANTANA, 2013) e reiterados nas falas dos Ent. 6P, 10P e 20P.

A falta de diversos materiais foi observada durante a nossa coleta de dados, dentre eles: material odontológico em duas USF, o que levou a suspender o atendimento; vacina contra gripe em duas unidades (fazemos uma ressalva que nesse período estava sendo realizada a campanha de vacina); métodos anticoncepcionais; veículo para realização de visitas e vacinação em domicílio de acamados; falta de ambulância em uma policlínica.

Tais dados vem corroborar a necessidade de maior investimento financeiro nos serviços de saúde, para que os insumos necessários para o seu funcionamento possam ser disponibilizados. Contudo, desde 2003 tem sido observado um aumento significativo (mais de 32,4% até julho de 2005) dos repasses federais para estados e municípios para o financiamento das ações e serviços de saúde do SUS, de acordo com o estudo de Solla e

Chioro (2008), que ainda reforça que esse incremento foi efetivado de forma mais expressiva na atenção básica, observando que o repasse de recursos federal para este nível de atenção elevou-se de 32,6% em 2000 para 47,2% em 2005.

Mas, mesmo com esse aumento do repasse algumas dificuldades ainda são enfrentadas pela atenção básica. Outrossim, um maior quantitativo de recursos para o setor saúde é de suma importância para o desenvolvimento das práticas, principalmente aquelas que requerem a incorporação de tecnologia dura. Entretanto, segundo Merhy (1994, p. 118) “não basta injetar mais recursos no sistema; deve-se modificar o modo de gerir os serviços e de se trabalhar em saúde”.

As falas a seguir dos usuários complementam as dos Ent. 6P, 10P, 20P e 26P, ao exporem em suas experiências de acesso a média e alta complexidade com encaminhamentos para outros serviços realizados pelos profissionais de saúde para assegurar esse usuário ingressar no sistema e assim atender o seu problema de saúde com resolubilidade.

[...] porque criança assim pequena não é todo tipo assim de remédio que tem que dá, aí **mandou eu ir pra uma Policlínica**. [...] Foi dele, ele estava com desvio nas vistas aí eu, aí [nome da enfermeira] disse que era pra fazer logo porque ele estava com desvio muito grande nas vistas, **aí eu marquei** [...] (Ent. 1U).

Olha, o que eles fazem é o básico, né, eles **encaminham**, se precisa ser, vim ‘praqui’ pro hospital, pro Clériston, **eles dão um relatório encaminham**, tem uma ambulância que traz e se o caso for pra ser resolvido mesmo lá no posto de saúde resolve lá sem precisar vim praqui (Ent 24U).

De modo a promover a integralidade e resolubilidade na assistência prestada os usuários são encaminhados da atenção básica (PSF), para serviços de média (Policlinicas, especialistas) e alta complexidade (Hospital) como relatado pelas Ent. 1U e 24U. A fala da Ent. 24U ainda refere que, caso necessário, os usuários são encaminhados com um relatório e em uma ambulância que fica a disposição da comunidade onde mora.

A condução do usuário pelos níveis de assistência à saúde na rede SUS tem sido facilitada pela existência de relatório de encaminhamento, guias e fichas de referência para as unidades as quais se destinam, pois permitem que o quadro clínico apresentado pelo indivíduo e os cuidados realizados na unidade de origem sejam de conhecimento do profissional de saúde que irá recebê-lo.

[...] **o que foi fácil foi eu conseguir a guia**, porque eu só poderia me consultar tendo a guia da médica, no caso o pedido [...]. Aí foi a facilidade de eu conseguir (Ent. 4U).

Porque foi levado daqui, eu acho assim porque foi uma guia daqui, **ele só foi internado por causa de uma guia** [...], se não tiver uma guia de algum posto ele não vai ser atendido, não é atendido (Ent. 9U).

Não, porque na verdade é ultrassom, as que eu precisei fazer foi gravidez, meus dois filhos, aí sempre **eu fiz com a guia que a enfermeira** era (nome) ela mandava a gente fazer a gente ia e fazia (Ent. 11U).

O prontuário, porque **a gente já chegou aqui já com o relatório pronto pra entregar ao médico, porque ele só atende se tiver algum relatório**, algum encaminhamento (Ent. 24U).

O fato do usuário ser encaminhado pelo serviço de saúde a outro serviço acompanhado de uma guia ou um relatório se constitui uma facilidade para ele ingressar nos serviços de média e alta complexidade, funcionando como um ‘passaporte’ ao sistema de referência e contrarreferência.

O sistema de referência e contrarreferência é entendido como mecanismo de encaminhamento mútuo entre os níveis de complexidade dos serviços e constitui-se no principal elemento para a integração das redes de saúde (SERRA; RODRIGUES, 2010).

A referência é utilizada para encaminhar o usuário para o atendimento em níveis de maior complexidade, enquanto a contrarreferência é uma “resposta” ou repasse das condutas realizadas pela média e alta complexidade para a atenção básica.

Desse modo, no Doc-2 (FEIRA DE SANTANA, 2012b) a referência e contrarreferência são utilizadas em situações específicas que a Equipe de Saúde da Família (EqSF) necessita encaminhar o usuário para atendimento em serviços de maior complexidade do sistema de saúde como as consultas especializadas, dando continuidade ao atendimento da população usuária.

Entretanto, a fala do Ent. 18G diverge dos entrevistados 4U, 9U, 11U e 24U, sobre o encaminhamento de usuários do PSF para as policlínicas sem referência pelo profissional médico, acrescentando que quando os usuários vêm referenciados é com relatórios feito pelo enfermeiro:

A maioria das vezes a paciente chega, o médico já foi; a maioria dos médicos ainda está lá, não aceita atender, [...] o paciente está lá mas ele não atende, ele mesmo encaminha o paciente; e **a maioria não vem com a ficha de referência**, não é

referenciado, alguns, **os que vêm são referenciados por enfermeiros**, até por técnico de enfermagem [...] (Ent. 18G).

Nessa mesma perspectiva, o Ent. 26P salienta que muitas vezes o relatório de referência costuma vir incompleto sem as informações necessárias que lhe permita conhecer de modo mais preciso o quadro do indivíduo:

Sim. [...] como **isso ocorre aqui direto**. É, **hipótese diagnóstica: em branco** [...]. Isso é descrever o paciente? [...] A gente precisa de informação [...] (Ent. 26P).

A implementação da referência e contrarreferência nos serviços de saúde poderá contribuir para a promoção de serviços mais integrais e resolutivos e consequentemente de maior qualidade para aqueles que o utilizam.

Por isso, concordamos com Fratini, Saupe e Massaroli (2008, p. 71) que mecanismos facilitadores do processo de referência e contrarreferência são fundamentais para a concretização da integralidade. Além disso, esses autores apresentam como conseqüências benéficas desse processo “a humanização, mantendo o vínculo entre paciente, família e sistema de saúde; a redução do tempo de internação e da exposição às complicações daí decorrentes; bem como a disponibilização de leitos e diminuição dos custos”.

Entretanto, os profissionais que atuam no PSF fazem referência a algumas dificuldades para o desenvolvimento de suas práticas, promoção do acesso à média e alta complexidade e garantia da integralidade da assistência a inexistência de contrarreferência dos níveis de maior complexidade para a atenção básica:

Não mandam documento não, simplesmente medicam o paciente, **pelo menos a maioria fala isso** e aí no outro dia o paciente vem para a unidade procurar o atendimento (Ent. 2P).

[instrumento utilizado] **Só através do paciente**. Eles vêm aqui e me diz se foi, deu certo ou não [...] (Ent. 7P).

[...] **a gente às vezes faz a referência e não recebe esse retorno**, eu acho que por aí já nota assim que há um certo distanciamento e até uma certa dificuldade de está facilitando o acesso [...] (Ent. 20P).

A pesquisa *Avaliação da referência e contrarreferência no Programa Saúde da Família na Região Metropolitana do Rio de Janeiro (RJ, Brasil)* (SERRA; RODRIGUES,

2010) revelou que a contrarreferência foi praticamente inexistente nas áreas estudadas o que ratifica as falas dos Ent. 2P, 7P e 20P. Outros achados encontrados foram a má organização das atividades de regulação e a baixa utilização de protocolos clínicos para encaminhamentos, dentre outros aspectos, dificultando o acesso dos usuários e o funcionamento do sistema de referência e contrarreferência.

Além disso, como consta na fala dos profissionais a seguir, ao referenciarem os usuários para outros serviços eles são orientados onde poderão ser atendidos e o que fazer para realizar o agendamento:

[...] o médico acha que você tá precisando de um dermatologista aí **você já sai com a guia, a gente já lhe informa** ‘oh, aqui ao lado, no posto de saúde, tá marcando, chega lá você marca’ (Ent. 10P).

Eles fazem um cadastro lá no momento que **a gente faz a referência** e tende a aguardar, né, a ser chamado. Só que **eu sempre oriento o paciente** a que fique também procurando saber qual o tempo de espera [...] (Ent. 20P).

A fala dos entrevistados 10P e 20P retratam o compromisso e a responsabilização dos profissionais de saúde com vistas a garantia da orientação e integralidade dos serviços oferecidos.

De modo semelhante, nas falas dos gestores os profissionais de saúde têm buscado orientar os usuários sobre o funcionamento das unidades e os serviços oferecidos, bem como no momento em que é encaminhado para outros níveis de complexidade:

[...] as equipes de saúde elas trabalham com educação em saúde, com reunião comunitária. Então se não trabalhar a questão sala de espera, trabalhar a questão da comunidade **dizer como é que unidade vai funcionar, quais são os serviços que oferece**, como é que pode resolver os problemas de saúde [...] (Ent. 14G).

Em cima da consulta mesmo [...] **ele já passa toda a informação pro paciente**, ou o profissional médico ou o assistente administrativo quando o médico encaminha para o assistente administrativo, [...] o assistente administrativo passa essas informações pra o usuário [...] (Ent. 19G).

Durante o período da coleta de dados a partir da observação nas USF, policlínicas e hospitais estudados, percebemos que as guias e relatórios funcionam realmente como um ‘passaporte’ para esses serviços e facilitam o acesso a média e alta complexidade, pois muitos usuários saíam das consultas com as guias amarelas em mãos para a realização de procedimentos e consultas especializadas, bem como observamos uma usuária no hospital

com relatório de um médico para que a mesma fosse avaliada pelo angiologista. Além disso, notamos que tanto as recepcionistas, quanto as enfermeiras e os médicos aparentemente estiveram empenhados em informar e orientar os usuários sobre a organização da rede de serviços municipais, quais os disponibilizados e onde encontrá-los, bem como o dia que as cotas chegariam na Unidade de Saúde da Família para agendamento na Central de Regulação quando necessitavam de atendimento de média complexidade.

Entretanto, salientamos que a orientação dada aos usuários pode não condizer com a realidade, como em uma situação específica em um dos hospitais os usuários chegaram na unidade por volta das sete horas da manhã como haviam sido informados e às dez horas da manhã alguns ainda aguardavam para serem internados para cirurgia eletiva. Os usuários não tinham conhecimento do motivo do atraso, acreditamos que talvez a causa tivesse relação com a própria organização e rotina da unidade e/ ou atraso do cirurgião. Contudo, aqueles usuários que aguardavam o internamento precisavam ser comunicados sobre a causa da demora, apesar de não se mostrarem ansiosos.

Em concordância com Serra e Rodrigues (2010) consideramos que a informação sobre os serviços disponíveis, seus respectivos horários e as condições requeridas para ingressar nos serviços especializados se constituem em elementos críticos para a garantia do acesso enquanto um direito da população usuária.

Desse modo, além da responsabilização para com o usuário, a informação surge como essencial para orientá-lo e guiá-lo pelo sistema de modo a facilitar o uso dos serviços oferecidos.

Tais discussões nos fazem refletir que provavelmente a mudança de um processo institucional, sempre nos coloca diante de uma situação de alta complexidade, e para a transformação das práticas de acordo com Merhy (2006, p. 99) não basta possuímos o controle de uma receita para a ação, com técnicas administrativas, apesar de considerarmos que “deter o controle de tecnologias para realizar intervenções em organizações, que visam a mudança de processos de trabalho, seja um componente importante e básico da “caixa de ferramenta” dos grupos envolvidos”, mas, isto sem dúvida não é o suficiente.

6 O ACESSO DOS USUÁRIOS DO PSF AOS SERVIÇOS E ÀS PRÁTICAS DE SAÚDE DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE: relação público x privado



Há espaço para uma nova investida a favor do fortalecimento do SUS, invertendo a cadeia de determinação perversa entre o econômico e o social que tanto tem prejudicado a universalização da Saúde (DAIN, 2007, p. 1852).

O acesso aos serviços de saúde passa por um caminho que o usuário deverá percorrer, desde a apresentação de uma necessidade ou problema de saúde específico, até o seu ingresso no sistema.

Segundo Silva, Pinheiro e Machado (2003, p. 237-238) problemas e necessidades de saúde estão interligados, pois a necessidade se constitui na tradução de um problema em termo operacional. Assim, um problema determinado “informa a existência de um estado de saúde definido como deficiente, seja pelo indivíduo, pelo profissional médico ou mesmo pela coletividade, a necessidade é a expressão de um desvio ou a diferença entre o estado ótimo, definido de modo normativo”.

As necessidades de saúde são subjetivas e determinadas pelo contexto social e histórico onde vive o sujeito. A partir dessa realidade, Cecílio (2001) propõe uma taxonomia das necessidades de saúde organizada em quatro conjuntos, de acordo com a visão dos sujeitos individuais e coletivos: o primeiro conjunto refere-se a ter “boas condições de vida” tanto aquelas relativas ao sentido funcionalista que aborda aspectos do ambiente externos que condicionam o processo saúde-doença, como as formulações de autores marxistas que consideram os diferentes lugares ocupados pelo indivíduo na sociedade capitalista para explicar o adoecimento e a morte; o segundo é atinente “a necessidade de se ter acesso e se poder consumir toda a tecnologia de saúde capaz de melhorar e prolongar a vida”; o terceiro diz respeito a necessidade de criação de vínculos entre cada usuário e a equipe e/ ou profissional de saúde, promovido pelo estabelecimento de uma relação calorosa, pessoal e intransferível com valorização de subjetividades; o quarto e último conjunto de necessidades refere-se à necessidade do indivíduo ter graus crescentes de autonomia no seu modo de viver.

Desse modo, os usuários apresentam “uma cesta de necessidades” ao ingressarem nos serviços que precisam ser compreendidas pelos profissionais de saúde para que possam resolver e dar respostas às mesmas de modo a possibilitar a integralidade, a equidade e a universalidade na assistência à saúde desenvolvida.

Diante destes princípios, destacamos a integralidade por compreendê-la enquanto esforço da equipe/ profissional de saúde de atender e traduzir tais necessidades no espaço singular de cada serviço de forma “focalizada”, “micro”. Além disso, segundo Cecílio (2001) a integralidade pode ser entendida numa dimensão mais ampliada, mais “macro”, enquanto fruto de uma articulação de cada serviço, dos diversos níveis de assistência, com vistas a garantir a resolubilidade do problema de saúde que o indivíduo apresenta.

A partir dessa compreensão da integralidade pensada como “macro”, a sua promoção deve ser articulada entre os diversos níveis de atenção, o que requer uma organização da rede de modo a possibilitar a efetivação da comunicação entre os serviços e a garantia do acesso às tecnologias para atender a demanda do usuário individual/ coletivo.

Por isso, consideramos que a discussão sobre o acesso à média e alta complexidade a partir da atenção básica depende do modo como os serviços de saúde estão organizados, para buscar promover a integralidade da assistência e a resolubilidade das necessidades de saúde requeridas pelo usuário.

Outrossim, essa organização passa pela lógica de constituição de uma rede de serviços estabelecida de forma regionalizada e hierarquizada, com vistas a garantir o acesso ao conjunto de ações necessárias para o atendimento do indivíduo, nos níveis de atenção básica, de média e alta complexidade e efetivados em diversas instituições em Feira de Santana: UBS, USF, Policlínicas, Centros de Referência, Centro de Atendimento Psicossocial, Hospitais, entre outros.

Serviços que há algum tempo atrás não eram ofertados, surgindo como **melhorias** do acesso e constituindo-se em importantes instrumentos de promoção, cura de doença e reabilitação da saúde, como expressam os Ent. 3U e 11U:

[...] Então eu acho que **muita gente sim, se beneficia pelo posto**, porque se não fosse, acho que muitas outras coisas seria bem pior. Mas **em termos de urgência, assim acho que teria que melhorar sim**, teria (Ent. 3U).

[...] **antes não tinha aqui** [policlínica] **e a gente tinha que ir pro Clériston** e graças a Deus que depois que colocou aqui que a gente, não tá 100%, **mas tá 90% bom aqui**, não tenho o que me queixar não (Ent. 11U).

Os avanços advindos da criação do PSF são perceptíveis e Gomes e outros (2009) os relacionam ao aumento no diagnóstico das doenças, redução nas internações, ampliação da cobertura de pré-natal e diminuição de partos domiciliares, reforçando a caracterização do PSF como uma estratégia eficiente de implementação e reorientação do SUS.

Além disso, ainda reiteramos sua importância na ampliação das ações de promoção à saúde bucal e da cobertura vacinal, com a consequente redução da mortalidade infantil por doenças evitáveis, ratificados nos estudos de Pereira e outros (2009) e Guimarães, Alves e Tavares (2009).

A proximidade dos serviços de urgência e emergência da residência do usuário é também um motivo que tem facilitado o acesso dos usuários à média e alta complexidade

como mencionado pelo Ent. 11U. Juntamente com a rapidez no atendimento, a localização mais próxima desses serviços da moradia do usuário foram os principais motivos para a sua utilização, como apresentado no estudo *Determinantes da utilização dos serviços de urgência/emergência em Maringá (PR)* (OLIVEIRA; SCOCHI, 2008).

Do mesmo modo, a fala dos profissionais de saúde [Ent. 12P, 13P e 20P] referem a importância da implantação de serviços como o PSF e a policlínica que objetivem reduzir a procura dos hospitais pelos usuários:

[...] as **Unidades de Saúde da Família, os Pronto-atendimentos que são as Policlínicas, têm melhorado a questão da procura imediata pelo hospital** de alta complexidade [...] (Ent. 12P).

Hoje para o usuário tá bem melhor. Porque [...] há 15 anos atrás que eu me lembre a gente não tinha tanto médico disponível **a gente não tinha essas policlínicas, não tinha a facilidade de você fazer exames** [...] (Ent. 13P).

[...] nós não tínhamos, né, há um tempo atrás esse serviço assim mais, nós tínhamos só [...] só o atendimento hospitalar e o acesso da comunidade a esse atendimento hospitalar ele era diretamente [...].[...] com a implantação das **Equipes de Saúde da Família tem melhorado porque justamente a gente tenta desinflar esse atendimento no hospital**. [...] A gente não tinha atendimento do SAMU, né. [...] Mas ainda, há ainda muito o que se fazer ou se planejar para que se tenha aí um acesso melhor desse usuário, né. [...] Mas eu diria que a gente tem tido, assim, não qualidade, mas não fica também sem nenhum atendimento, né, [...] (Ent. 20P).

A melhoria do acesso dos usuários aos serviços de saúde promovida a partir da criação do PSF e da implantação das policlínicas é visível na fala dos Ent. 12P, 13P e 20P. São ações e procedimentos disponibilizados nas unidades que antes a comunidade só utilizava a partir do ingresso em instituições hospitalares. Contudo, mesmo considerando tais serviços uma conquista, ainda precisa melhorar e qualificar os atendimentos oferecidos aos usuários do SUS, como salientado pelo Ent. 20P.

O acesso a serviços de alta complexidade em Feira de Santana, especificamente oncológico, também apresentou **avanços**, principalmente com a implantação da Unacon segundo os gestores do município.

Hoje a gente já tem uma gama maior de serviços que trabalham com essa questão de oncologia, **a Unacon, por exemplo, né que é um serviço novo, o Dom Pedro que recebe muito paciente oncológico** (Ent. 14G).

Porque **antigamente ia tudo para Itabuna**, era verdade. Agora alguns tipos de câncer **a radioterapia é feita aqui em Feira sim, na Unacon** (Ent. 16G).

É inegável a relevância da implantação da Unacon em Feira de Santana para a garantia do tratamento dos pacientes oncológicos, possibilitando-lhes o conforto de serem atendidos em seu município de residência sem precisarem se deslocar, um avanço não só para os feirenses, como para toda a micro e macrorregião pactuada com Feira de Santana.

Além da Unacon, a Ent. 19P de modo complementar às falas anteriores [Ent 14P e 16P], salienta a existência no Instituto Nobre de Cardiologia (Incárdio) que atende aos usuários com alguma complicação cardiológica:

Olha eu acho que o paciente de CA avançou assim bastante, desde quando a gente começou a participar da Plena, [...] a gente tomou isso como uma prioridade. [...] **O Unacon ter vindo aqui pra Feira, Feira de Santana ser pólo isso foi muito bom**, porque saiu das redes privadas e foi só pra Unacon. O **Incárdio** que também é do Dom Pedro, né. Então eu acho que isso é um avanço de alta complexidade, cateterismo fazendo, entendeu? Que, **tudo pelo SUS, cateterismo e algumas cirurgias cardíacas também** (Ent. 19G).

Durante a nossa observação em um dos hospitais públicos pesquisados percebemos que alguns usuários que esperavam para a realização de cirurgia eletiva foram encaminhados para um hospital pesquisado após o atendimento na Unacon. Além disso, em conversa informal com uma profissional de saúde deste hospital a mesma informou que a maioria dos atendimentos no Pronto Atendimento são de pacientes oncológicos que já realizam acompanhamento na Unacon, reiterando mais uma vez sua relevância na promoção da universalidade e integralidade da assistência para os munícipes de Feira de Santana e região.

Em relação ao atendimento cardiológico, não observamos especificamente o Incárdio, por isso não podemos detalhar com mais precisão como tem ocorrido o acesso aos seus serviços.

As Ent. 18G e 21G ainda apresentam como **perspectiva** a implantação das Unidades de Pronto Atendimento (UPA) no município, que poderão organizar e facilitar o fluxo dos usuários aos níveis de média e alta complexidade:

[...] ou vai ter as UPA que **vão abrir duas UPA** a gente acredita que ainda esse ano ainda, vai melhorar bastante e organizar o fluxo mesmo (Ent. 18G).

[...] **estão vindo aí as UPA**, nós estamos com o projeto, já está tudo, né, ‘encaminhadinho’, já está tudo ‘certinho’, questão de pessoal, questão de material de equipamento [...] (Ent. 21G).

A construção das UPA faz parte do Plano Municipal de Saúde 2010-2013 – Doc-3 (FEIRA DE SANTANA, 2010), contudo, salientamos que mesmo constando nesse documento após aproximadamente quatro anos e apesar do projeto de implantação já está pronto como reiterado na fala da Ent. 21G, as obras ainda não iniciaram.

As falas dos Ent. 3U, 11U, 12P, 13P, 20P, 14G, 16G, 18G, 19G e 21G fizeram-nos pensar que a ampliação da oferta de serviços nos diversos níveis de assistência pode contribuir para a garantia do acesso como um direito de cidadania, entretanto acreditamos que não seja suficiente. Todavia entendemos que a organização da rede de serviços pode auxiliar na produção de serviços que dêem resposta às necessidades demandadas pela população, sendo relevante para a promoção do acesso universal e equânime.

Na organização dos serviços de saúde o acesso poderá se concretizar a partir de uma porta de entrada, que teoricamente seria a atenção básica, e caso não encontre a resposta desejada ao seu problema nesse nível de atenção o usuário “caminharia” pela média e alta complexidade buscando resolvê-lo. Entretanto, alguns estudos apontam que na prática outros serviços têm se instituído em porta de entrada do SUS (CECÍLIO, 1997; OLIVEIRA; MATTOS; SOUZA, 2009; DUBEUX; FREESE; FELISBERTO, 2013).

Os Ent. 10P e 20P apresentam o PSF como primeiro nível de contato do usuário com o sistema:

O PSF marca a consulta [...], o médico [...] faz o encaminhamento, manda pra gente ou manda pra outra Policlínica (...) (Ent. 10P).

[...] a comunidade deve numa situação de necessidade inicialmente procurar a Unidade de Saúde da Família [...] e a partir daí dependendo da sua necessidade ser resolvida no âmbito da Estratégia Saúde da Família é resolvido, se não é **encaminhado pra a média ou alta complexidade** (Ent. 20P).

Para Escorel e outros (2007), o surgimento do PSF constituiu-se um marco da incorporação da estratégia de atenção básica na política de saúde brasileira, objetivando reorientar o modelo assistencial vigente e imprimir uma nova dinâmica na organização dos serviços de saúde, a partir da pretensão de estabelecer a USF como primeiro nível de atenção e porta de entrada do sistema.

Os Ent. 10P e Ent. 20P são convergentes em suas falas ao apresentarem o PSF como porta de entrada do sistema de saúde em Feira de Santana, demonstrando que caso a demanda do usuário não seja solucionada nesse nível de assistência o mesmo será encaminhado para a média ou alta complexidade.

Convergingo com esses profissionais [Ent. 10P e 20P] a Ent. 9U considera o PSF como porta de entrada do usuário ao sistema, sendo encaminhado através de uma guia para conseguir atendimento nos níveis de maior complexidade:

[consulta com especialista] **Eu vim com uma guia do posto pra lá pra o Hospital da Criança.** E aqui eu vim mesmo aí, aí foi atendido, tomou uma injeção, essas coisas, foi atendido (Ent. 9U).

De modo complementar à fala da Ent. 9U, para a Ent. 1U o PSF é a porta de entrada do sistema, que encaminha os usuários aos serviços necessários, bem como apresenta a policlínica como primeiro nível de assistência de modo alternativo ao PSF aos finais de semana:

[...] Há 11 anos atrás meu menino mais velho estava com 7 meses [...] aí, ele deu princípio de pneumonia, aí, aqui como não tinha... **o aparelho de nebulização estava quebrado**, não tinha atendimento assim, devido ao mês que ele tem porque **criança assim pequena não é todo tipo assim de remédio que tem que dá, aí mandou eu ir pra uma Policlínica.** Aí chegou na policlínica eu tive que ficar internada com ele [...] E o segundo menino também foi a mesma coisa, **não tinha remédio porque a secretaria não mandou aí teve que ir pra o Hospital também**, pra lá eles aplicar medicamento apropriado pra a criança tomar. [...] o meu segundo menino, que ele deu infecção intestinal, **como foi um dia de sábado o posto estava fechado, [...] aí eu tive que ir umas, quase 11 horas da noite levar ele na policlínica** (Ent. 1U).

Para a Ent. 1U o encaminhamento a partir do PSF ocorre quando os meios aí disponíveis não são suficientes para garantir o tratamento necessário, reiterando que em alguns momentos a falta de medicamentos e os aparelhos em mau funcionamento acabam por impossibilitar que uma assistência resolutiva seja implementada neste nível de atenção, o que gera o encaminhamento para policlínicas e hospitais.

Como afirma Spedo, Pinto e Tanaka (2010, p.967) a “atenção básica depende do acesso a procedimentos disponíveis na média complexidade para aumentar a sua resolutividade”, contudo “a baixa resolutividade da atenção básica aumenta a demanda para a média complexidade”.

Como discutimos na categoria anterior, a falta de materiais permanentes e de consumo no PSF ou o mau funcionamento destes podem colaborar para a baixa resolubilidade das ações desenvolvidas na atenção básica, sobrecarregando a média e alta complexidade.

De maneira semelhante, o Ent. 2P afirma que o usuário utiliza tanto o PSF como a policlínica para ingressar no sistema:

Alguns usuários vêm diretamente na unidade de saúde [...] e aí **ao ser atendido pelo médico ele pode ser encaminhado diretamente para a policlínica** ou outra unidade que tenha o serviço de alta complexidade. **Mas às vezes final de semana o paciente vai direto para as policlínicas e lá eles são atendidos**, no caso de urgências e emergências, depois mandam de volta para a unidade de origem e o paciente fica meio perdido... (Ent. 2P).

Segundo o Ent. 2P o usuário ao ser atendido inicialmente no PSF pode ser encaminhado pelo médico da USF para a policlínica ou outra unidade de maior complexidade, com vistas a promover a resolubilidade da necessidade que apresenta e ainda acrescenta que aos finais de semana quando o PSF não funciona o usuário pode se dirigir diretamente à policlínica.

No Relatório Municipal de Gestão 2011 – Doc-1 (FEIRA DE SANTANA, 2011) e o Relatório Municipal de Gestão 2012 – Doc-2 (FEIRA DE SANTANA, 2012b) a atenção básica em saúde tem se consolidado como porta de entrada do sistema de saúde de Feira de Santana. Contraditoriamente, nesses mesmos documentos [Doc-1 e Doc-2] na seção Policlínica e Centro de Saúde Especializado, revelam que a porta de entrada da rede de saúde ainda continua nos pronto atendimentos de urgência (UPA) inseridos nas Policlínicas, pois há um crescimento significativo em seus atendimentos.

Desse modo, como apresentado pelo Ent. 2P e Doc-1 e Doc-2, a porta de entrada do sistema tem se materializado a partir do problema que o usuário apresenta, escolhendo por onde deseja acessar os serviços, podendo buscar o PSF e este encaminhá-lo para os outros níveis de atenção ou ingressar diretamente através da policlínica aos finais de semana quando as USF não funcionam ou mesmo durante os dias úteis quando as USF estão abertas, como observamos durante a nossa coleta de dados.

Complementando estas falas [Ent. 1U, 9U, 2P, 10P e 20P] as Ent. 15G, 16G e 19G apresentam o fluxo, o caminho percorrido desde a USF até os serviços de média e/ ou alta complexidade em busca da resolubilidade do problema de saúde que apresenta. De modo convergente, as falas traduzem que o PSF ou a policlínica constituem-se como o primeiro nível de atenção procurado pelo usuário, em busca de atendimento:

[...] o usuário quando ele chega no PSF ele vai manifestar a sua demanda, atendida ou pela enfermeira ou pelo médico que vão [...] demandar uma solicitação de média e alta complexidade[...]. **E a partir dessa demanda o PSF faz a ponte com a Central de Regulação. A Central de Regulação hoje funciona apenas com média complexidade [...].** [...] Mensalmente toda unidade de saúde recebe uma cota, [...] estabelecida na oferta que a gente tem na rede de serviços. [...] PSF eles enviam pra Central o malote de agendamento. O malote de agendamento chega na Central, é feita a conferência das guias [...] e depois [...] é encaminhada pra o setor de marcação e os marcadores realizam o agendamento. [...] o malote retorna pro posto de saúde e o posto de saúde repassa para os usuários. [...] **alta complexidade não tem regulação.** Os usuários, **eles procuram a Divisão de Alta Complexidade,** o DAMAC, eles vão com os documentos em mãos e fazem a solicitação de autorização da APAC, né. Depois que a APAC é avaliada pelo médico, ela é autorizada e aí o usuário pode retirar a sua APAC e ir ao prestador fazer o agendamento (Ent. 15G).

Ele sai do PSF [...]. Se você precisa de uma policlínica você já se dirige diretamente à policlínica não precisa você ter encaminhamento nenhum. **Se você vai fazer um exame você tem que inicialmente passar pela unidade de saúde,** consulta com clínico, [...] E ele te dá a guia, [...] **que é marcada pela própria unidade. A unidade envia para Central de Regulação,** a Central de Regulação é quem faz esta marcação e envia de volta essa guia marcada para unidade e o paciente fica indo na unidade procurando saber se marcou [...]. **Mas se for uma tomografia, uma ressonância, uma cintilografia, aí não, você traz toda a documentação é marcada aqui** [na Secretaria Municipal de Saúde] [...]. Aqui é dada a autorização pra clínica conveniada aí você fica aguardando ter a vaga lá (Ent. 16G).

Aí saindo de lá [do PSF] pra média e alta complexidade [...] os exames de alta complexidade ressonância [...] os pacientes vêm até nós com essas solicitações e a gente atende, solicitando os documentos necessários e marca a data para começar o, para a liberação dos exames ou do tratamento a gente encaminha para as clínicas que irão realizar. [...] **Ele vem aqui até o DAMAC trazendo os documentos** e aí a gente dá o prazo de entrega [...]. Nós temos um teto, **então nós liberamos dentro do teto.** Então, é garantido ao paciente a partir do momento que ele pega aqui que ele vai fazer dentro daquele mês ou no mês seguinte, certo? (Ent. 19G).

Contudo, para a Ent. 8G, o usuário inverteu a lógica do sistema ao valorizar as práticas hospitalocêntricas e a medicalização, não procurando o PSF como primeiro nível do sistema em muitas situações, talvez em busca de uma resolubilidade das suas necessidades àquela focada na queixa-conduta.

Mas os usuários inverteram [...]. O sistema agora está hospitalocêntrico, o paciente não vai mais para o PSF ele vem direto para a policlínica, [...] ele vai sair daqui medicado, [...] com sua receita e [...] referenciado [...] (Ent. 8G).

Nesta perspectiva, para Dubeux, Freese e Felisberto (2013) os hospitais e prontos-socorros têm se constituído como uma das portas de entrada do sistema e em alguns momentos a busca desses serviços pelos usuários como primeira unidade assistencial tem sido

significativa, representando 77,1%, destacando como principal motivo para a seleção do setor de urgência e emergência a confiança no atendimento.

Assim, os Ent. 3U, 5U e 9U reiteram essa questão ao buscarem a policlínica enquanto primeiro nível de assistência em momentos específicos:

Eu fui pra policlínica do Parque Ipê. [...] no final desse ano [...] eu tive uma crise [...]. Então, eu fui pra policlínica, chegando lá, eu fui bem atendida na recepção, me mandaram com urgência lá pra dentro (Ent. 3U).

Na Policlínica do Parque Ipê, vou direto, vou direto lá, graças a Deus lá todas as vezes que eu vou sou bem atendida lá, não tenho o que reclamar. Parque Ipê, George Américo, Clériston Andrade, todos eles. [...] **É... porque meu menino estava com a diabetes bastante alta** e a dele é HI. Aí eu consegui consultar ele lá, aí de lá me encaminharam pro cardio... Eu gostei das enfermeiras de lá, né, porque elas foram boa pessoa comigo (Ent. 5U).

É isso, **aí as pernas dele já estavam ficando bem roxa, aí trouxe praqui** [policlínica], aí eles disseram que aqui não dava jeito, aí levou pro Clériston [...] (Ent. 9U).

Os usuários 3U, 5U e 9U em suas falas exemplificam situações que na verdade expressam uma certa urgência e que realmente deveriam ser atendidas nas unidades fixas de atendimento a essas urgências e emergências, que são as policlínicas. Entretanto, salientamos que durante a nossa observação identificamos poucos casos que deveriam ser resolvidos exclusivamente nas policlínicas, a maioria dos atendimentos realizados nessas unidades foram ambulatoriais, com casos que poderiam ser solucionados na atenção básica.

Buscando compreender as razões, motivações e necessidades que instigam o usuário do SUS a buscar assistência básica de saúde em um pronto-socorro ou hospital, na pesquisa *Cidadãos peregrinos: os “usuários” do SUS e os significados de sua demanda a prontos-socorros e hospitais no contexto de um processo de reorientação do modelo assistencial* (OLIVEIRA; MATTOS; SOUZA, 2009), os seus resultados mostraram que apesar da ênfase dada à lógica da definição da atenção básica como porta de entrada do sistema, os usuários do SUS, em sua busca por assistência médica, historicamente dão preferência por prontos-socorros e hospitais, por os considerarem mais resolutivos e encontrarem barreiras de acesso e limitações de recursos materiais e de pessoal nas Unidades Básicas de Saúde (UBS).

Na figura 5, elaboramos um fluxograma do itinerário dos usuários relatado pelos Ent. 14G, 15G, 16G, 17G, 18G, 19G, 3U, 5U e 9U que caracterizam o caminho por eles percorrido a partir do PSF, ou tendo a policlínica como primeiro nível de assistência, para conseguir o atendimento de média e alta complexidade em Feira de Santana:

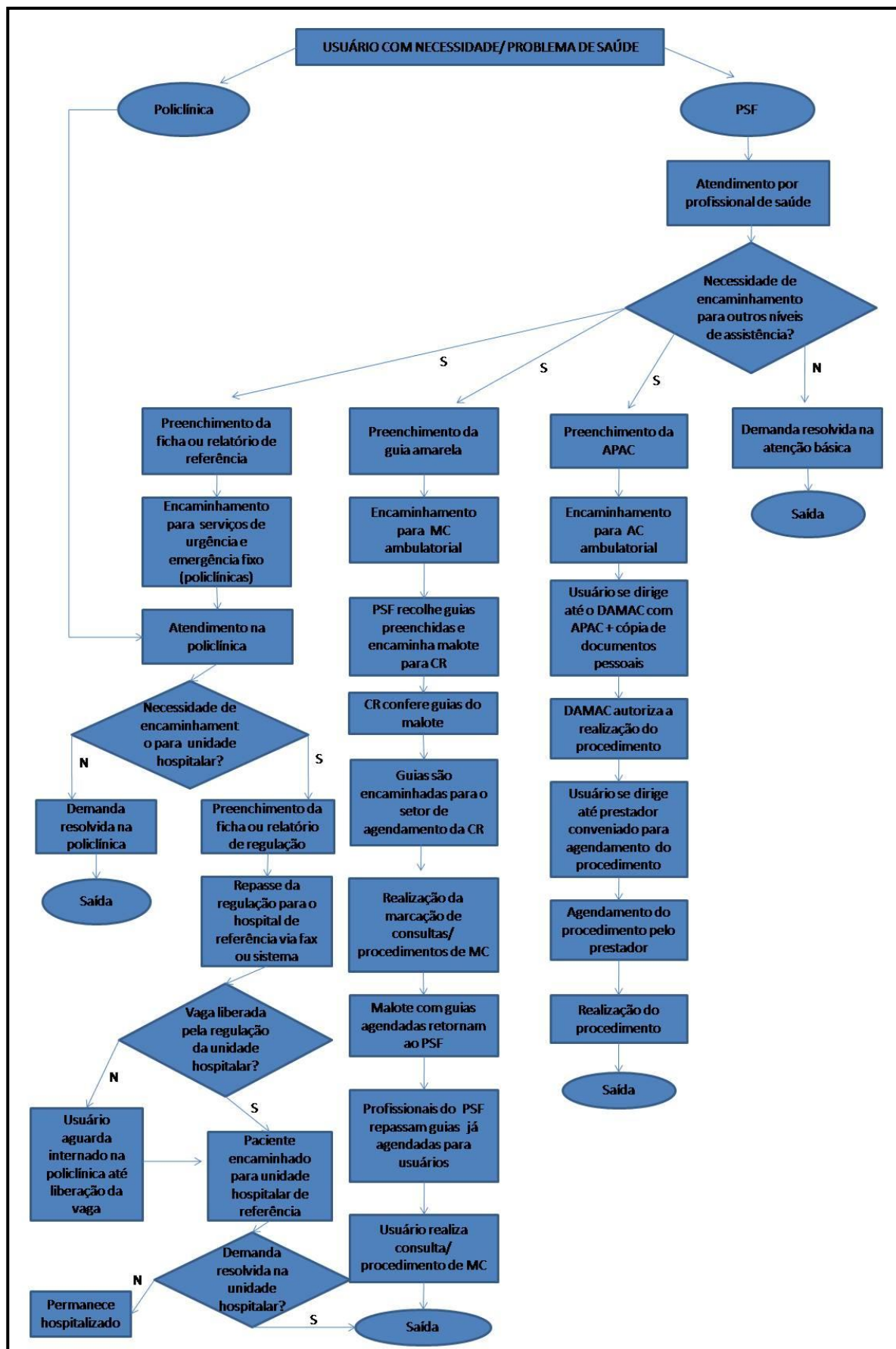


FIGURA 5 FLUXO DO USUÁRIO EM BUSCA DO ACESSO A MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE EM FEIRA DE SANTANA/ BA, ABR. A SET. 2013.

O itinerário do usuário em busca do acesso a média e alta complexidade como demonstra a Figura 5 tem a policlínica e o PSF como porta de entrada no sistema de saúde. Entretanto, diferentemente dos demais, o entrevistado 5U apresentou o SAMU como o meio utilizado para ingressar nos serviços:

Já, meu menino já, porque outro dia mesmo meu menino, espancaram meu filho **aí a SAMU levou pro Clériston** lá, [...] fez exame, fez tudo passou pelo neuro, passou por tudo (Ent. 5U).

Além disso, a Ent. 9U referiu ter procurado inicialmente um hospital geral público, contudo foi orientada a procurar primeiro um posto de saúde para que o clínico pudesse avaliar se seria necessário o atendimento nesse hospital:

A gente primeiro foi no Clériston Andrade, no hospital. Aí eles falou que a gente não podia ir pra lá porque tem que primeiro passar por um posto. Aí a gente veio no posto do [...] Parque Ipê pra ver, pra reavaliar, pra poder ir pro Clériston. Aí disse que não é preciso, pra poder ir pra lá a gente tem que fazer os exames que é pra ver o que ele está sentindo (Ent. 9U).

O estudo *Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada* (CECÍLIO, 1997) faz referência às diversas maneiras que os usuários dispõem para ingressar no sistema ao discutir que na prática a racionalidade tecnocrática proposta pelo modelo da pirâmide que apresenta a atenção básica como porta de entrada possui algumas distorções. Para tanto, ele defende a ideia de múltiplas portas de entrada, em vários pontos do sistema de acordo com a lógica considerada mais importante para cada usuário, na situação mais adequada.

Nesta perspectiva, são diversas as entradas [PSF, policlínica, SAMU, hospital] que permitem o usuário caminhar na rede de serviços buscando o atendimento de média e alta complexidade e a solução da necessidade que apresenta. Ainda acrescentamos como meio de ingressar os níveis de maior complexidade a atenção particular, como relatado pelos usuários a seguir:

Já, na Casa de Saúde Santana minha mãe fez uma cirurgia, tirou um rim, aí ela foi, ela fez a cirurgia lá na Casa de Saúde Santana. [...] Foi bem, mas porque ela fez particular, porque foi coisa de urgência ela não tinha como esperar pelo SUS, porque às vezes demora, né, aí ela correu mais pela parte particular, fez os exames particular. [...] Meu filho passou 28 dias internado lá no Hospital da Criança com problema no pulmão, ele teve água no pulmão, mas graças a Deus ficou bom, ia

precisar fazer cirurgia, mas não precisou não. Eu fui... **eu fui pra o Centro Médico, corri pra o Centro Médico, aí o pediatra lá descobriu** (Ent. 11U).

É Unacon. Eu fiquei sabendo da Unacon através de uma outra pessoa, né, eu nem sabia que tinha essa Unacon, aí eu fui e por indicação também de Dr Ramiro, aí eu procurei saber onde ele atendia, me informaram que era lá, eu levei e foi tudo muito rápido, 15 dias, até a preparação da documentação, né, dos exames, pronto. Liberou rapidinho. [...] **Não foi através do posto não.** Também ela não passou pelo posto por esse problema, né, eu **procurei levar ela logo direto a um especialista.** Aí teve que ir **numa médica particular** e ela pediu o procedimento, né, pra fazer a realização do procedimento, aí foi quando eu me informei e soube dele (Ent. 22U).

Olha, já é a terceira vez que eu estou vindo aqui, [no] angiologista. [...] **no início a gente foi pro particular e aí eles fizeram o relatório e a partir daí que a gente conseguiu o atendimento,** só conseguiu com o relatório. [...] conseguiu no mesmo dia, mas eu tive que andar o dia todo. Tive num, num, em clínica particular, depois vim praqui, primeiro a gente foi no Dom Pedro, não, não sei, acho que não consegui, vim praqui e aí a gente ficou o resto do dia, pra conseguir ser atendido. (Ent. 24U).

Na fala dos usuários [11U, 22U e 24U] percebemos que o atendimento e encaminhamento para os níveis de média e alta complexidade a partir do sistema privado de atenção à saúde como porta de entrada atendeu a necessidade de saúde naquele momento. Além disso, esses mesmos usuários ainda acrescentam a resolubilidade da necessidade que apresentava e a rapidez na utilização dos serviços a partir do sistema de saúde privado.

Outrossim, segundo Solla e Chioro (2008), em alguns municípios e regiões a oferta ambulatorial especializada ainda se encontra fortemente atrelada aos serviços privados, sejam eles filantrópicos ou lucrativos, os quais são muitas vezes contratados pelo SUS, promovendo certa agilidade e ampliação na resolubilidade para os usuários que conseguem ter acesso.

Entretanto, salientamos que o acesso referido por esses usuários não se deu via serviço privado contratado pelo SUS e sim por um serviço estritamente particular, com desembolso financeiro desse usuário para que pudesse ser atendido pelo especialista em cada situação de saúde demandada.

O estudo *Utilização de serviços ambulatoriais em Pelotas: onde a população consulta e com que frequência* (COSTA; FACCHINI, 1997, p. 366), de maneira semelhante, ao buscar descrever, analisar e entender os padrões de utilização dos serviços ambulatoriais em Pelotas-RS mostrou em seus resultados que entre os que se “consultaram nos últimos três meses, verificou-se que 30% recorriam aos serviços credenciados e conveniados; 29% foram atendidos pelo sistema público; 22% pelos filantrópicos e 19% pelo sistema privado”. Apesar dos serviços particulares terem apresentado um percentual menor de procura, ainda consideramos um valor expressivo pelos serviços públicos credenciados e conveniados.

Durante a nossa coleta de dados, observamos que várias unidades, independente do nível de atenção, têm se concretizado como porta de entrada do sistema que possibilitam o acesso a média e alta complexidade, convergindo com o apresentado na fala dos usuários. Percebemos que o PSF constitui-se como primeiro nível de contato com o sistema o qual encaminha o usuário para a média e alta complexidade caso seja necessário através da “guia amarela”; como também que esse indivíduo pode ingressar diretamente pelas policlínicas, quando apresentam uma necessidade específica e se destinam à unidade; além de poder ser encaminhado ao hospital via SAMU ou após atendimento particular com relatório médico em mãos, como vimos na emergência de um dos hospitais estudados.

Entretanto, quanto à procura dos usuários pelos serviços particulares esta pode estar associada à falta de resolubilidade dos serviços públicos frente às necessidades que apresenta naquele momento. Assim, divergindo dos Ent. 11U, 22U e 24U, os Ent. 3U, 9U e 22U, referem a falta de resolubilidade e os entraves que têm encontrado para conseguir ter acesso à média e alta complexidade a partir dos serviços públicos:

Eu fui pra policlínica do Parque Ipê. **Há uns 2 anos me diagnosticaram pedra** na vesícula lá na CMDI. Aí, só que o... Eu tinha que fazer uma cirurgia. **Eu fiz 3 pré-operatório e não consegui ainda fazer essa cirurgia** (Ent. 3U).

Aí a gente levou pra aqui, depois trouxe praqui, depois a gente tornou levar pra, pro Dom Pedro, aí disse que o Dom Pedro não podia ficar lá com ele não, porque era pra levar pro Clérison e também lá no Dom Pedro não ia ter vaga. **Aí trouxe a gente pra aqui de novo, aí daqui quando eles viu mesmo que a perna dele tava bem roxa**, que já não estava mais... **aí levou pro Clérison. Aí de lá não fez mais nada** (Ent. 9U).

Porque assim, **quando você vai no Posto que ele lhe pede um exame se você ficar esperando a liberação através do Posto leva muito tempo**, entendeu? (Ent. 22U).

Isso nos leva a refletir que essa falta de resolubilidade e a demora em conseguir assistência no sistema público podem estar colaborando para que os usuários busquem por atendimento na rede privada. Outra justificativa para a procura do setor particular pode estar relacionada à demanda maior que à oferta de serviços no SUS, observada na prática.

Presenciamos essa grande demanda e pouca oferta durante a nossa coleta de dados, em uma das policlínicas com um número expressivo de pessoas que aguardavam atendimento, bem como nos ambulatorios dos hospitais públicos estudados, o que pode levar os usuários a procurar outros serviços.

Por isso, concordamos com Franco e Magalhães Júnior (2006, p. 125) que

A assistência à saúde, nos níveis de especialidades, apoio diagnóstico e terapêutico, média e alta complexidade, em geral, são um ponto importante de estrangulamento dos serviços de saúde. De um lado os gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) convivem com grande pressão de demanda por estes recursos assistenciais, à qual não se consegue responder, gerando muitas vezes longas filas de espera para alguns procedimentos. Por outro, estes serviços representam vultosos gastos para o orçamento da saúde.

Acreditamos que o planejamento e a programação das ações poderão colaborar para que o quantitativo de serviços e procedimentos de média e alta complexidade oferecidos atendam a real demanda da população, evitando as filas de espera e o controle dos gastos financeiros.

Segundo Cecílio (2001) a demanda é o pedido explícito, a demonstração das necessidades mais complexas do usuário, as quais são modeladas de acordo com os serviços ofertados.

Por isso, Franco e Merhy (2005) complementam que a busca por ações de saúde ocorre através da percepção que o usuário tem do que é oferecido no sistema, reiterando que essa visão se forma a partir de um campo simbólico utilizado pelo usuário para construir uma ideia do que o serviço disponibiliza para resolver o seu problema.

A demanda maior que a oferta de serviços e procedimentos de média e alta complexidade foi uma **dificuldade/ limite** para a promoção do acesso referido pelos três grupos entrevistados.

Para os **gestores**, a demanda tem sido maior que a oferta de serviços, como destacado nas falas a seguir:

Mas, de uma maneira geral está melhor do que antigamente, tudo está melhor, tá melhor. Só que eu acho assim, que **a cidade cresceu muito**, muito e a gente não consegue, a **demanda é muito grande e a gente não consegue dar conta**, a gestão não consegue dar conta (Ent. 16G).

Então, assim, as demandas das unidades são passadas pra mim, os problemas e, assim, realmente, infelizmente, assim o maior problema que eu vejo hoje é questão realmente da alta e média complexidade, né. Como eu te falei, **a demanda é muito grande pra oferta do serviço** e tem a dificuldade de os profissionais estarem se negando de atender pelo SUS (Ent. 17G).

E na verdade a gente não está dando conta. **A gente tem um fluxo hoje extremamente superior a nossa capacidade de resolução**. Então o que é que gera isso? Gera aumento no tempo de atendimento, insatisfação e os pacientes que realmente são graves às vezes demoram de ser atendidos, por causa desse aumento do fluxo. [...] Tem realmente momentos que fica insuportável tanto pro profissional

como pro paciente por causa da demanda e até pro próprio médico. Quando eu falo profissional tanto pro médico, como pro enfermeiro, pro técnico, não tem muito... (Ent. 18G).

As Ent. 16G, 17G e 18G demonstram que o crescimento populacional e a demanda pelos serviços de saúde têm sido superior ao que é ofertado e à capacidade instalada no sistema de saúde público de Feira de Santana.

O grupo dos **usuários** complementa com outras questões como a pouca quantidade de fichas, a grande procura por determinados serviços, a falta de vagas em hospitais as quais limitam o acesso devido os serviços ofertados não serem suficientes para atender as suas necessidades de saúde.

Às vezes tem, às vezes não tem, devido a quantidade de pessoas, porque muitas vezes, **muitas pessoas procura o mesmo médico, a mesma consulta aí quando vem, vem pouca, pouca assim pra marcar**, aí tem gente que consegue marcar e tem outras pessoas que não conseguem marcar (Ent. 1U).

[...] **a única dificuldade é a quantidade, às vezes a quantidade de ficha que é muito pouca**, aí se a pessoa vem mais tarde não acha, aí tem que vir a semana que vem pra arriscar de novo, vê se encontra (Ent. 4U).

[dificuldade] Muita, muita, porque **a gente gastou** no Centro Médico, a gente gastou tanto com ele, fazendo os exames pra ver o que era. Aí a gente levou pra aqui, depois trouxe praqui, depois a gente tornou levar pra, pro Dom Pedro, aí disse que o Dom Pedro não podia ficar lá com ele não, porque era pra levar pro Clériston e também lá no Dom Pedro **não ia ter vaga**. Aí trouxe a gente pra aqui de novo, aí daqui quando eles viu mesmo que a perna dele tava bem roxa, que já não estava mais... aí levou pro Clériston. Aí de lá não fez mais nada (Ent. 9U).

A grande procura por procedimentos e atendimentos médicos, traduzida nas falas dos Ent. 1U e 4U, pode revelar a valorização do modelo de atenção à saúde médico centrado, biologizante e medicalizante por grande parte da população. Modelo que pode ser responsável pelo aumento da demanda por esses serviços muitas vezes insuficientes para atender a todos que procuram.

Todavia, ressaltamos que os serviços especializados no processo de construção do SUS foram implantados dentro da lógica do modelo tecno-assistencial tradicional, centrado na consulta e saber médico (SOLLA; CHIORO, 2008).

Além disso, a pouca oferta de serviços pode estar relacionada com o quantitativo escasso de profissionais de saúde que possam atender as demandas apresentadas pelos

usuários, que muitas vezes se deparam com um número reduzido de vagas para consultas e/ou procedimentos o que requer uma espera maior em ser atendido.

De modo complementar a fala dos entrevistados 1U e 4U, o entrevistado 9U refere a dificuldade em conseguir um internamento, procurando diversos estabelecimentos de saúde, tanto público quanto privado, que pudessem resolver o problema apresentado.

Os **profissionais de saúde** também citam dificuldade em conseguir atendimento na média e alta complexidade devido a procura ser maior que o quantitativo de serviços ofertados:

Não, demorou. **Conseguiu, mas demorou um certo tempo**, né. Porque você sabe que estes serviços quando são controlados, regulados pela... pelo Estado, demora mais um pouco porque **tem poucas vagas**, o Estado é muito grande [...]. [...] a **demanda aumentou muito** e algumas cotas, alguns procedimentos diminuíram (Ent. 2P).

[...] **A gente vê muito aqui o pessoal reclamando**, ‘ah, eu vou desistir, ah eu vou ter que pagar, eu vou no centro médico, isso e aquilo’, e todo mundo sabe que algumas clínicas, que no caso centros que oferece esse tipo de, de atendimento não é de qualidade.[...] **Até no próprio atendimento básico, já há uma dificuldade**, bota uma dificuldade [...] (Ent. 6P).

A dificuldade é quando a gente não consegue agendar aquele procedimento do paciente, né, aí a gente volta triste e aí a gente não pode dizer nada ao paciente, né, que a depender do problema a gente não sabe nem como ajudar o paciente, né. [...] Porque **às vezes a demanda é grande de alguns procedimentos e aí a gente não encontra vaga** (Ent. 7P).

As falas dos Ent. 2P, 6P e 7P são convergentes ao apresentarem a demora na marcação de algumas consultas/ procedimentos de média e alta complexidade, bem como na atenção básica como é ratificado pelo Ent. 6P, devido a procura pelos serviços ser maior que o que é ofertado no sistema.

De acordo com os problemas priorizados pela população e pelo NASF/ UBS, no Plano Municipal de Saúde 2010-2013 – Doc-3 (FEIRA DE SANTANA, 2010) o déficit de marcação de exames e consultas pela Central de Regulação foi elencado por várias unidades, interferindo diretamente na dinâmica de atendimento. No entanto, com vistas a solucionar esse problema a Programação Anual de Saúde 2012 (FEIRA DE SANTANA, 2012c), como também o Doc-3, assinalam com as suas ações propostas como a ampliação da oferta de exames e/ ou procedimentos de média e alta complexidade, bem como o aumento no quantitativo das cotas de marcação de consultas ou procedimentos pactuados com o Estado.

O Doc-1 (FEIRA DE SANTANA, 2011) e Doc-2 (FEIRA DE SANTANA, 2012b) referem que a Central de Regulação dispõe de um sistema informatizado que gerencia a marcação de consultas por especialidades e exames de apoio diagnóstico, conforme demonstração do Quadro 17.

Quadro 17 Tipo de agendamentos realizados pela Central Municipal de Regulação, Feira de Santana-BA, 2010, 2011, 2012.

Tipos de agendamento	2010	2011	2012
Exames de apoio diagnóstico	353.820	212.344	213.720
Consultas por especialidades	131.264	127.492	124.507
Total	496.388	339.836	338.227

Fonte: Adaptado do Relatório Gestão 2011 e 2012 (Doc-1 e Doc-2).

O Quadro 17 apresenta uma diminuição nos agendamentos realizados pela Central de Regulação do ano de 2010 para 2011 e para 2012, o que nos leva a interrogar que essa redução nos agendamentos pode estar relacionada com uma diminuição na oferta dos serviços disponíveis e pode estar contribuindo para o não atendimento da demanda dos usuários, bem como para a existência de dificuldades no acesso aos serviços especializados e de apoio diagnóstico.

Contudo, as informações do Quadro 17 ainda nos fazem questionar que essa diminuição nos atendimentos pode estar relacionada com a resolubilidade que a atenção básica tem proporcionado aos problemas que os usuários apresentam, reduzindo os encaminhamentos para a média e alta complexidade e a quantidade de exames e consultas realizadas nestes níveis de atenção.

Nessa perspectiva, Campos (2007a, p. 303) salienta que “no caso de excesso de demanda a adoção de critérios de risco para assegurar o acesso a exames complementares ou a outros procedimentos é medida importante e complementar à programação de novos investimentos para a correção destas distorções”.

Entretanto, acreditamos que diante do crescimento populacional e o consequente aumento na procura pelos serviços de média e alta complexidade a classificação de risco não é suficiente para operacionalizar o acesso a esses níveis de atenção.

As falas dos profissionais de saúde, Ent. 2P, 6P e 7P, ratificam tal pressuposto de que as unidades hospitalares de Feira de Santana, principalmente um hospital geral público, encontram-se sobrecarregadas:

Eu entendo também a situação do **Clériston, né, está superlotado não é só Feira de Santana**, né. Então a demanda é demais. Mas assim a prioridade tem que dá a Feira. [...] O HEC também, da criança é horrível, porque tem que regular (Ent. 10P).

A gente está encontrando muita dificuldade de transferir esse paciente porque a **unidade de alta complexidade está superlotada** [...]. Aí, ah, consegue, [...]. A maca da ambulância fica presa, [...] a gente não pode transferir outro paciente sem maca. [...] (Ent. 12 P).

[...] Com tudo o que se fizeram ampliações, vê a população que a gente tinha na época da inauguração do Clériston e a população que nós temos hoje. Não houve aumento no número de leitos é, de alguns setores do hospital em que a gente tinha necessidade de ter. Não, não, eu **acredito que não há estrutura, espaço físico pra atender uma demanda tão grande, porque aqui a gente atende Feira e região** [...]. [...] muitas vezes o hospital tá tão lotado, tão cheio que os últimos que foram operados ficam dentro da sala de centro cirúrgico, da, da sala de operações porque não temos uma, um local adequado pra colocar o paciente (Ent. 26P).

A superlotação do referido hospital geral público é justificada na fala dessas entrevistadas devido ser referência para Feira de Santana e outros municípios da região, apesar do Ent. 10P considerar que deve ser dada prioridade aos feirenses.

A falta de estrutura física desse hospital público é citada pelo Ent. 12P reforça que muitas vezes é preciso deixar a maca da ambulância retida nesse hospital para que o internamento do usuário seja efetivado, enquanto o Ent. 26P reitera que as reformas realizadas nessa unidade não foram suficientes para atender a demanda da população de Feira de Santana e região, pois não houve ampliação de leitos.

O aumento da demanda tem sido acompanhado pela crescente cobertura de serviços, que vem apresentando evolução positiva, pois de acordo com Solla e Chioro (2008) o número de consultas médicas por habitante passou de 2,21 para 2,53 nos biênios de 1995/1996 e 2002/2003 respectivamente, além do aumento na oferta de exames para complementação diagnóstica. Salientam ainda que houve uma elevação na disponibilidade ambulatorial especializada nos últimos cinco anos em mais de 76,6%, ao comparar a produção desses serviços em 2000 e 2005, sendo que essa ampliação foi igual a 43,5% para os procedimentos de média complexidade e de 267% para os de alta complexidade.

Contudo, mesmo com a ampliação da oferta nacionalmente, em Feira de Santana o crescimento populacional não tem sido acompanhado de investimentos no setor saúde para atender a demanda de seus munícipes ressaltada pela Ent. 26P, o que tem gerado um aumento na procura tanto por serviços de média e alta complexidade como por serviços de atenção básica, ratificado nas falas a seguir:

[...] **o município ele dota só, conta só uma Clínica Especializada no momento, né, pra odontologia.** Então, a demanda é muito grande, né, [...]. Mas assim, como **a gente trabalha um pouco sufocado, uma demanda maior do que o que se preconiza** a gente acaba negligenciando até certas diretrizes da Estratégia Saúde da Família por conta dessa alta demanda e aqui a gente acaba sendo o quê? Um pouco mais curativista do que de prevenção, né. [...] Então, começa por aí, eu acho que **há um funil muito grande nessa questão da oferta de média e alta complexidade.** Então, **eu acho assim que há a necessidade de se investir mais,** né, nesses setores pra que se tenha aí uma, uma, ofertando mais a gente vai ter uma maior facilidade. [...] como hoje a gente está tendo, né, os hospitais estão aí com pacientes pelos corredores [...]. **Não tem assim esse planejamento,** né (Ent. 20P).

[...] vai ter dia que vai ter vaga, ele vai, como se fosse o, o, é, serviço de saúde mais eficiente do mundo. [...] Só que depende do fluxo, **depende do fluxo e o fluxo tá muito mais alto do que a capacidade de atendimento do Clériston, a capacidade de atendimento das policlínicas, a capacidade de atendimento dos PSFs.** [...] Quadruplica o número do PSF, só isso e coloca complementares. [...] Mas eu acho que, sinceramente, Feira de Santana hoje precisa urgentemente de uma unidade o dobro do tamanho do Clériston Andrade, mas um hospital novo [...]. (Ent. 26P).

Concretamente, o crescimento no fluxo de atendimento dos PSF tem gerado uma sobrecarga para os profissionais, contribuindo para o desenvolvimento de práticas curativistas em detrimento das preventivas, modificando a lógica de organização do Programa, como citado pelo Ent. 20P, sendo necessário maiores investimentos e planejamento para que o sistema possa dar conta da demanda nos diversos níveis de atenção.

Observamos durante o período de coleta de dados que o fluxo de atendimento da maioria das Unidades de Saúde da Família (USF), policlínicas e hospitais estudados é intenso. Vimos uma usuária que não pôde comparecer no dia agendado tentar remarcar sua consulta de pré-natal para o mês corrente sem sucesso por falta de vaga na USF; além disso, um usuário havia conseguido agendar uma cirurgia – vasectomia, em um desses hospitais com ‘ajuda’ de um funcionário, referindo em conversa informal que “se fosse tentar agendar na sua USF demoraria muito”.

Notamos também que as cotas disponibilizadas para marcação de procedimentos e/ ou consultas especializadas nas UBS pela Central de Regulação não têm atendido às reais necessidades da população, que procura instituições que disponibilizam fichas diariamente para especialistas específicos, como vimos no ambulatório de um dos hospitais pesquisados, tendo que chegar por volta das cinco horas da manhã para conseguir uma vaga, uma vez que “no serviço de atenção básica é mais difícil a marcação” como reiterado por uma usuária que aguardava por atendimento. Em conversa informal com recepcionistas das USF as mesmas referiram que as cotas da maioria das especialidades são insuficientes para a demanda.

A Ent. 26P reitera que é preciso ampliar o número de USF e a oferta de exames complementares, bem como construir um novo hospital para que haja uma maior disponibilização de serviços para os feirenses. Todavia, para que esta ampliação ocorra se faz necessário um maior repasse financeiro. Concordamos com os Ent. 10P e 23P que a indisponibilidade de recursos financeiros poderá dificultar a efetivação da ampliação desses serviços:

Então, nada tá fácil, tá tudo difícil, **tudo complicado e o SUS tá virando um funil**, ele tá ficando bem apertadinho, bem apertadinho mesmo, é uma área assim que ainda não, não sei porque **não tem muito investimento** ainda na área de saúde. Porque funcionário ganha pouco, funcionário trabalha demais [...] (Ent. 10P).

[...] eu vejo que as Santas Casas hoje ela passa por uma crise em relação a financiamento, porque **o governo quer que as santas casas tenham um serviço de excelência, mas no entanto os recursos são miseráveis** (Ent. 23P).

Os dados do Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde (Siops), apresentam a evolução dos gastos públicos no Brasil, ao destacarem que “a contribuição da União para a saúde entre 1997 e 2002 caiu de US\$ 89 para US\$ 48 *per capita*, e voltou a crescer, mas não no ritmo desejado, nos últimos três anos, chegando a US\$ 62,67 em 2005” (LOPES, 2005, p. 16). Acreditamos que essa redução no repasse da União para saúde é um entrave para que ocorram maiores investimentos e qualificação dos serviços de saúde.

A discussão sobre esses repasses da União é trazida por Dain (2007, p. 1852, 1854) colocando as dificuldades em garantir recursos estáveis e suficientes para o financiamento do SUS, alternando-se “as fontes de receitas, impostos e contribuições sociais, sem ampliar a participação do gasto do SUS no Produto Interno Bruto”. Assim, mesmo com a elevação da carga tributária de 4,37 pontos percentuais do PIB durante os anos 2000, “os gastos de Saúde, no mesmo período, respondem por menos de um centésimo desta elevação da carga no período”.

Compreendemos que a escassez de recursos para o financiamento da área da saúde se constitui em um aspecto limitante para a ampliação da oferta, do acesso e da utilização dos serviços, pois como afirma Campos (2007b, p. 103) “a média *per capita* nacional de mais ou menos 300 reais/habitante/ano, com certeza, é insuficiente para assegurar atenção universal, equitativa e integral”.

No entanto, divergindo dessas informações e das falas dos Ent. 10P e 23P, o Ent. 6P acredita que o problema não é a falta de recursos financeiros, “porque com certeza se houver uma administração eficiente dá pra pagar tudo, dá pra ter tudo e não precisa faltar nada [...]”.

[...] eu acredito que **o problema não é falta de dinheiro**, é uma administração eficiente desse dinheiro, **porque com certeza se houver uma administração eficiente dá pra pagar tudo**, dá pra ter tudo e não precisa faltar nada, tudo é questão do mau uso. [...] A gente vê às vezes em algumas ações que a gente tenta criar, procura a secretaria: ‘a gente não tem, ah, procura a comunidade’. Não a comunidade não tem a obrigação não [...] (Ent. 6P).

Concordamos com Campos (2007b, p. 112) que as dificuldades do SUS têm duas origens principais: a insuficiência de recursos financeiros e o desafio de se desenvolver outro modo para produzir saúde que seja mais eficaz e que opere com menos custos, o que requer mudança na gestão do sistema, “a forma concreta como se reordenam os modelos”.

Por isso, acreditamos que além do controle substantivo do financiamento público, os gestores devem ter a capacidade de induzir o uso das tecnologias disponíveis e introduzir novas, almejando ampliar os mecanismos de acessibilidade ao sistema.

Na verdade, além da ampliação da rede de serviços disponibilizados e dos atendimentos especializados, o sistema de saúde precisa de profissionais que queiram trabalhar no SUS, o que tem sido um aspecto que tem **dificultado** o acesso à média e alta complexidade, explicitado a seguir:

Eu acredito que seja mais a questão do especialista, né, que a gente não tem muito. [...] Porque **o município oferece o serviço, oferece a vaga, mas eu não tenho o profissional que faça**. [...] pra eles não é satisfatório não, mas não é viável pra eles trabalhar pelo SUS, porque **o que o SUS paga pra eles não é interessante**. Então, ele prefere ficar na clínica particular dele [...] (Ent. 14G).

[...] hoje, **através da tabela SUS, né, que paga R\$ 10,00 consulta a gente não tem como, né, ter um profissional reumatologista ofertando esse serviço pelo SUS**, né. Não só pela tabela SUS, porque outros médicos contratados hoje já não recebem com base na tabela, eles recebem com base em contrato, [...] a gente já tentou contratação e nenhum profissional se disponibilizou a atender por meio de contrato (Ent. 15G).

[...] **e o que o SUS paga oh, muito pouco, por isso que são poucas clínicas conveniadas, poucos profissionais que querem trabalhar**, entendeu? E aí essas vagas têm que ser rateadas equitativamente pra todas as unidades [...] (Ent. 16G).

[...] não **tem médicos, profissionais, muitos que não querem atender pelo SUS**. [...] algumas especialidades a gente não tem atendendo, por exemplo, reumatologista [...] (Ent. 17G).

Portanto, percebemos que o valor pago pela tabela de repasses financeiros do SUS não tem estimulado os médicos a atuarem no sistema público, mesmo quando se tenta firmar contratos com estes profissionais que aumentem o seu salário como ratificado pela Ent. 15G.

Desse modo, Solla e Chioro (2008) reiteram que a baixa capacidade de regulação da oferta de serviços e a dificuldade na sua aquisição encontram-se atrelados a defasagem de valores pagos pelo SUS.

Corroborando essa reflexão sobre os valores pagos pelo SUS, o estudo *O olhar dos estudantes sobre sua formação profissional para o Sistema Único de Saúde* (ERDMANN, 2009) apresenta como resultados que alguns estudantes de graduação de cursos de saúde têm interesse em trabalhar no SUS, mas a remuneração é um impeditivo, principalmente para os alunos de farmácia, medicina e nutrição. Em contraponto, os discentes do curso de enfermagem destacam a possibilidade motivadora de atuar no sistema público devido aos melhores salários, carga horária de trabalho e estabilidade.

A realidade da enfermagem na Bahia, assim como as demais profissões citadas retratam que as condições de trabalho nos serviços de saúde podem estar contribuindo para a desmotivação em trabalhar no sistema público, devido a sua precarização, caracterizada pela baixa remuneração de alguns profissionais, inexistência de vínculo empregatício, ausência de concurso público, disponibilidade de materiais e equipamentos em quantidade insuficiente para atender a demanda dos serviços, alta rotatividade, entre outros, referidos nos estudos de Vieira e outros (2012), Campos e Malik (2008), Barbosa e outros (2012).

No estudo *O Programa Saúde da Família sob o enfoque dos profissionais de saúde* (VIEIRA et al., 2012), os profissionais de saúde reivindicaram a melhoria das condições de trabalho e a estabilidade profissional, sendo destacado pelos autores a necessidade de estruturação do vínculo contratual de trabalho e salários dignos, como um meio que poderá reduzir a rotatividade dos profissionais.

Além disso, o estudo *Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família* (CAMPOS; MALIK, 2008) teve como resultados que a falta de materiais para realização do trabalho se constitui em um aspecto que leva a uma maior rotatividade de profissionais médicos, sendo que a satisfação dos profissionais para com as condições materiais foi o quarto pior achado em termos de satisfação no trabalho.

Desse modo, o artigo *Trabalho e saúde mental dos profissionais da Estratégia Saúde da Família em um município do Estado da Bahia, Brasil* (BARBOSA et al., 2012) apresenta como resultados que o tipo de vínculo de trabalho mais frequente no PSF do município estudado foi o cooperativado. Essa estratégia de contratação, segundo os autores, impõe aos

trabalhadores a sua subordinação aos interesses do contratante (gestor municipal), às precárias condições de infraestrutura da rede assistencial da ESF e a abdicação aos direitos trabalhistas que lhes são garantidos pela Constituição Federal.

A situação observada nesse município contradiz com os princípios preconizados pelo PSF, pois as condições de trabalho verificadas no PSF podem contribuir para a rotatividade profissional e, conseqüentemente, impossibilitar a construção do vínculo entre profissionais de saúde e comunidade.

Percebemos, portanto, que a relação entre o sistema de saúde e as condições econômico-financeiras são aspectos limitadores ou facilitadores em momentos específicos na definição em trabalhar ou não no serviço público.

Muitos dos profissionais que fizeram sua especialização no sistema público, quando terminam não querem atender a população que não tem condições de pagar um valor mais expressivo, que não pode ser repassado pela tabela SUS, como acrescenta o Ent 25G:

[...] precisamos sim de muito mais médicos, [...] **precisamos de mais especialistas.** [...] e o grande problema é que **uma vez que ele se forme como especialista os profissionais não querem** [...] **querer atender a população que não tem condições de pagar**, [...] a uma consulta média de 250, 300 reais (Ent. 25G).

Esta situação tem, na nossa realidade, dificultado o acesso da população usuária do SUS que em sua grande maioria não têm condições financeiras de pagar pelo atendimento que precisam, o que é reforçado pelo Ent. 11U, ao considerar como **facilidade** para ter acesso aos serviços de saúde de média e alta complexidade ter naquele momento dinheiro para pagar o serviço particular e ser encaminhado de modo mais rápido para um hospital público.

O que facilitou foi que eu tive o dinheiro, né, pra pagar, pra descobrir que foi logo o problema dele no pulmão e que ele me atendeu bem e foi rápido pra poder eu chegar lá e internar logo ele (Ent. 11U).

Entretanto, reiteramos que não basta o usuário ter dinheiro, pois o acesso é um direito de todo o cidadão e dever do Estado, que deve garantir as condições para a promoção, cura e reabilitação independente da condição financeira do indivíduo de forma universal e igualitária.

Desse modo, concordamos com Machado (2009) que a ação do Estado é fundamental para que o direito à saúde seja efetivado, cabendo à população exigir condições que garantam

a sua concretização enquanto direito de cidadania, a partir da participação e do controle social.

Para Unglert (1990, p. 445), o acesso envolve aspectos que extrapolam a assistência à saúde e dependem de “fatores sócio-econômicos e culturais que interagem com aspectos intersetoriais ligados à própria estrutura política de cada país”.

Portanto, a compreensão de acesso passa por uma dimensão econômica que deve ser considerada para possibilitar a universalidade da atenção como reiterado na fala das Ent. 1U e 11U:

Ser atendida nos **postos de saúde**, porque muitas vezes [...] **esse é o único lugar onde a gente tem que ter acesso**, porque muitas vezes a gente vem aqui, ah, não tem o médico, aí manda ir para um outro lugar e **muitas vezes a pessoa não tem o meio de transporte, não tem como se locomover**, pra ir para os lugar, aí no meu caso [...] e nem sempre eu tenho como me locomover pra ir para as Policlínicas, nem para o Hospital (Ent. 1U).

O que é ter acesso? É a precisão, né, de a gente ter assim como... **é um meio que a gente pode evitar de tá gastando**, né, e de nos ajudar a nossa saúde (Ent. 11U).

O acesso aos serviços públicos e ‘gratuitos’ surge na concepção desses entrevistados como uma possibilidade de evitar gastos financeiros com o pagamento da assistência recebida ou mesmo com o transporte necessário para o deslocamento até os serviços de saúde, como salientado pelo Ent. 1U.

Acreditamos que a “identificação de barreiras econômicas, sociais, culturais e físicas” poderá colaborar para a garantia do acesso e “proporcionar equidade na dinâmica da organização dos serviços em seus diferentes níveis de complexidade do sistema” (ASSIS; ABREU-DE-JESUS, 2012, p. 2872).

7 SÍNTESE DO ESTUDO



O que conservar e o que recusar? Com certeza, muita coisa. De qualquer forma, todo pensamento comprometido com algum tipo de prática (política, clínica, sanitária, profissional) está obrigado a reconstruir depois de desconstruir (CAMPOS, 2007b, p. 11).

A dinâmica organizativa do acesso dos usuários do PSF aos serviços e às práticas de saúde de média e alta complexidade em Feira de Santana-BA tem sido transversalizada pelos diversos sentidos e significados que o termo acesso representa para os profissionais de saúde, gestores e usuários do sistema, materializando-o nas dimensões política, técnica e simbólica discutidas neste estudo.

Do ponto de vista teórico, são diversas as concepções, os sentidos e os significados encontrados para o acesso, como também variadas foram as discussões consolidadas com os autores que estudam essa temática durante o caminho trilhado neste trabalho. Consideramos o acesso um direito de cidadania, que desde a Constituição Federal de 1988, apresenta limites e desafios para a sua efetivação e garantia da universalidade da atenção.

No que concerne a dimensão política os programas especiais e a pactuação entre as instâncias surgem enquanto artifícios da organização da assistência em saúde que poderão colaborar para a concretização do acesso aos serviços de média e alta complexidade; a participação e organização social apesar de caminhar para a sua efetivação a partir da realização de reuniões comunitárias e implantação de Conselhos Locais de Saúde, precisa urgentemente de um esforço coletivo da sociedade para a efetivação do controle social de modo a fortalecê-lo, pois a população não tem participado de forma consciente, efetiva e deliberativa e, por muitas vezes, desconhecem os seus direitos de cidadãos como protagonistas da concretização do controle social.

Acreditamos que a dimensão técnica do acesso aos serviços de saúde tem sido caracterizada pelo empenho dos profissionais de saúde em garantir integralidade da atenção, a partir de ações compromissadas, que valorizam o acolhimento e vínculo como ferramentas desse processo em sua maioria. Apesar de observarmos que ainda é incipiente um planejamento em saúde que possibilite uma maior integração entre os serviços de atenção básica, de média e alta complexidade. No entanto, os gestores têm procurado avançar no planejamento e programação das ações considerando a necessidade e os problemas diagnosticados por cada comunidade nas reuniões comunitárias.

Já a dimensão simbólica foi citada como referente à assistência de qualidade e o acesso a informação.

Do mesmo modo, encontramos dificuldades e limites para a promoção do acesso do usuário do PSF aos serviços e às práticas de saúde média e alta complexidade em Feira de Santana-BA, mas também vislumbramos práticas que têm facilitado e contribuído para a sua garantia.

As práticas realizadas pela equipe do Programa Saúde da Família, bem como pelos profissionais que atuam na atenção de média e alta complexidade para a promoção do acesso do usuário à rede SUS nestes níveis de atenção envolvem também ações compromissadas, acolhedoras, com instituição do vínculo e a valorização da subjetividade dos usuários. Contudo, em outros momentos a atuação de alguns profissionais tem sido característica do modelo médico ou profissional centrado, voltado para a queixa-conduta, medicalização e tecnicismo.

Desse modo, compreendemos que dialeticamente as tecnologias leve, leve-dura e dura têm entremeado o processo de trabalho dos profissionais de saúde tanto da atenção básica, quanto de média e alta complexidade, para a promoção do acesso dos usuários aos serviços de saúde.

Nas nossas idas e vindas neste estudo discutimos as dificuldades e limites que os usuários têm encontrado para acessar os serviços de saúde de média e alta complexidade no município de Feira de Santana, destacando-se a demanda desses serviços ser maior que a sua oferta, como referido pelos três grupos de entrevistados, enquanto um problema que poderá ser solucionado a partir do aumento nos repasses financeiros que custeiem essas ações, bem como no desenvolvimento de uma gestão comprometida com a construção do SUS e a promoção de seus princípios e diretrizes.

Especificamente nesta discussão deparamo-nos com diversas portas de entradas [Unidade de Saúde da Família, Policlínica, Hospital, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, serviço privado] utilizadas pelos usuários para acessar os serviços de média e alta complexidade nos vários pontos do sistema e de acordo com o que ele considera mais importante na situação em que se encontra.

Nessa trajetória, pudemos notar que a relação entre o público e o privado é constitutiva da organização dos serviços e do acesso à média e alta complexidade. Percebemos que para alguns usuários o fato de ter qualquer recurso financeiro suficiente para garantir o seu atendimento particular e o seu ingresso na média e alta complexidade foi um aspecto considerado facilitador. Contudo, tal realidade não deve desconsiderar o dever do Estado em garantir a saúde e os meios necessários para a sua promoção enquanto um direito de todo cidadão independente de sua condição financeira.

Ao resgatarmos o nosso pressuposto teórico ratificamos que a organização das práticas (individuais e coletivas) operadas pela equipe no PSF para a promoção do acesso aos serviços de saúde de média e alta complexidade revela-se por meio de práticas de saúde fragmentadas, sem a existência de um sistema de referência e contrarreferência estruturado que garanta o

intercâmbio de informações e o fluxo de atendimento do usuário pelos serviços, bem como a sua acessibilidade ao sistema e a resolubilidade de suas necessidades.

Diante destas discussões, pensamos sobre algumas possibilidades que precisam ser consideradas para a efetivação do acesso dos usuários aos serviços de saúde de média e alta complexidade:

Ampliar o número de USF, bem como a disponibilidade de serviços especializados e de apoio diagnóstico que atendam a demanda dos munícipes de Feira de Santana e região;

Garantir os recursos materiais e os profissionais necessários para a concretização da assistência na atenção básica, de média e alta complexidade;

Investir na Educação Permanente dos profissionais e gestores de saúde que atuam na rede SUS;

Estimular a utilização do sistema de referência e contrarreferência na atenção básica, de média e alta complexidade como instrumento capaz de promover a integralidade da assistência e a continuidade do cuidado;

Fortalecer os espaços de Controle Social e divulgar a sua importância para os profissionais, os usuários e os gestores do SUS, ratificando a sua relevância na luta pela efetivação da saúde enquanto direito de cidadania e a construção de serviços de qualidade;

Ampliar os espaços de cogestão e a relação dos gestores com os profissionais e usuários dos serviços de saúde, de modo a valorizar os sujeitos envolvidos neste processo e seus distintos graus de saber e poder;

Incentivar a integração e a parceria dos setores da Secretaria Municipal de Saúde, da atenção básica, de média e alta complexidade no desenvolvimento de ações que promovam o acesso aos serviços de saúde;

Ampliar a oferta de serviços nos hospitais públicos e disponibilizar os recursos materiais, a infraestrutura e os profissionais necessários para atender à demanda da população;

Estimular o desenvolvimento de práticas que a priorizem o acesso e o atendimento nos serviços de atenção básica, de média e alta complexidade nos casos mais urgentes.

Enfim, fazendo uso das palavras de Campos (2007b) questionamos o que conservar e o que recusar neste processo para a efetivação do acesso do usuário aos serviços e às práticas de saúde de média e alta complexidade?

Neste processo, acreditamos que o comprometimento de transformar as práticas deverá estar permeado por um (re)(des)construir incessante tanto dos usuários, quanto dos profissionais e gestores dos serviços de saúde de modo a operacionalizar o acesso enquanto um direito de cidadania necessário para a concretização de um SUS igualitário, universal, equânime e integral.

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**, 2010, n. 15, v. 1, p. 161-170.

AGUILERA, S. L. V. U. et al. Articulação entre os níveis de atenção dos serviços de saúde na Região Metropolitana de Curitiba: desafios para os gestores. **Revista de Administração Pública-RAP**, v. 47, n. 4, p. 1021-1039, 2013.

ALVES-MAZZOTTI, A. J.; GEWANDSZNAJDER, F. **O método nas Ciências Naturais e Sociais**: pesquisa quantitativa e qualitativa. 2 ed. São Paulo: Pioneira, 2000.

ANDRADE, L. O. M. de; BARRETO, I. C. de H. C.; BEZERRA, R. C. Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família. In: CAMPOS, G. W. de S. et al (Org). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: HUCITEC/ Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006, p783-836.

ARAUJO, M. de O. **Acolhimento, uma tecnologia na atenção ao portador de hanseníase em uma unidade de referência**: dialética do subjetivo x objetivo. (Monografia) – Departamento de Saúde, Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana – BA, 2007.

ARAUJO, I. B. **Redes na micropolítica do trabalho em saúde**: (des)construção das práticas do Programa Saúde da Família. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Departamento de Saúde, Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana – BA, 2012.

AROUCA, A. S. **O dilema preventivista**: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. Tese de Doutorado - Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1975.

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, n. 3. P. 815-823, 2003.

ASSIS, M.M.A.; VILLA, T. C. S. O controle social e a democratização da informação: um processo em construção. **Rev. Latino-Am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 3, p. 376-82, 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 APS**, 2007, v. 10, p. 189-199.

ASSIS, M. M. A. et al. **Produção do cuidado no programa Saúde da Família**: olhares analísadores em diferentes cenários. Edufba: Salvador, 2010.

ASSIS, M. M. A.; JORGE, M. S. B. Métodos de análise em pesquisa qualitativa. In: SANTANA, J. S. da S.; NASCIMENTO, M. A. A. do (Org.). **Pesquisa**: métodos e técnicas de conhecimento da realidade social. Feira de Santana, Ba: UEFS Editora, 2010, p. 139-159.

ASSIS, M. M. A. (Coord.); NASCIMENTO, M. A. A.; CERQUEIRA, E. M.; ALMEIDA, P. F.; RODRIGUES, A. A. A. O.; ABREU-DE-JESUS, W. L. A.; SANTOS, A. M.; LEAL, J. A.

L.; ALMEIDA, M. V. G. **Projeto de Pesquisa:** Acesso com qualidade aos serviços de saúde na Estratégia Saúde da Família em dois cenários da Bahia. Feira de Santana: Bahia, 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**, v. 17, n. 11, p. 2865-2875, 2012.

BAHIA, L. As contradições entre o SUS universal e as transferências de recursos públicos para os planos e seguros privados de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2008, vol.13, n.5, p. 1385-1397.

BAHIA. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. **Plano Diretor de Regionalização**. Regiões de Assistência em Saúde. Disponível em: <http://www1.saude.ba.gov.br/mapa_bahia/>. Acesso em 04 dez 2012.

BAHIA. Secretaria de Saúde. Coordenação de Projetos Especiais. **Relatórios sobre a Programação de Média e Alta Complexidade**. 2013. Disponível em: <<http://www1.saude.ba.gov.br/obr/?id=3>>. Acesso em 06 dez 2013.

BARBOSA, G. B. et al. Trabalho e saúde mental dos profissionais da Estratégia Saúde da Família em um município do Estado da Bahia, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 37, n. 126, p. 306-315, 2012.

BARROS, A. J. D.; BERTOLDI, A. D. Desigualdades na utilização e no acesso a serviços odontológicos: uma avaliação em nível nacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 7, n. 4, p. 709-17, 2002.

BERTOLOZZI, M.R.; GRECO, R.M. As políticas de saúde no Brasil: Reconstrução histórica e perspectivas atuais. **Rev. Esc. Enferm. USP**. [online], v.30, n.3, p. 380-398, dez. 1996. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v30n3/v30n3a04.pdf>>. Acesso em: 03 nov 2012.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil, 1988**. Título VIII, Seção II, Artigos 196 a 200. Da Saúde. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/legislacao/const/>>. Acesso em: 07 set. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Legislação Federal, 1990. **Lei N 8.080** Orgânica de Saúde, 1990a. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei8080.pdf>>. Acesso em: 16 set 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Legislação Federal, 1990. **Lei N 8.142**, 1990b. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei8142.pdf>>. Acesso em: 16 set 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 258, de 07 de janeiro de 1991**. Aprova a Norma Operacional Básica – SUS 01/91. Brasília, DF, 1991. Disponível em: <http://www.samu.fortaleza.ce.gov.br/legislacao/Resolucao_258_07_01_1991.pdf>. Acesso em 05 jan 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 545, de 20 de maio de 1993**. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de

saúde, através da Norma Operacional Básica – SUS 01/93. Brasília, DF, 1993. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm./1993/prt0545_20_05_1993.html>. Acesso em 05 jan 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.203, de 5 de novembro de 1996.** Aprova a Norma Operacional Básica – SUS 01/96. Brasília, DF, 1996. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis./gm/1996/prt2203_05_11_1996.html>. Acesso em 05 jan 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº. 95 de 26 de janeiro de 2001.** Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde NOAS-SUS 01/2001. Brasília, DF, 2001. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm./2001/prt0095_26_01_2001.html>. Acesso em 05 jan 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002.** Aprova, na forma do anexo desta Portaria, a Norma Operacional da Assistência à Saúde-NOAS-SUS 01/2002. Brasília, DF, 2002. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis./gm/2002/prt0373_27_02_2002.html>. Acesso em 05 jan 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Avaliação normativa do Programa Saúde da Família no Brasil:** monitoramento da implantação e funcionamento das equipes de saúde da família: 2001-2002 / Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.097 de 22 de maio de 2006,** DOU de 23/05/2006. Define o processo da Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Saúde seja um processo instituído no âmbito do Sistema Único de Saúde.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z:** garantindo saúde nos municípios. 3. Ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Planejamento do SUS. Uma construção coletiva. Instrumentos básicos.** 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012.** Brasília: DF, 2012. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 04 jan 2012.

CAMPOS, C. V. de A.; MALIK, A. M. Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família. **Revista de Administração Pública**, v. 42, n. 2, p. 347-368, 2008.

CAMPOS, G. W de S. Modelos assistenciais e unidades básicas de saúde: elementos para debate. In: CAMPOS, G. W de S.; MERHY, E. E.; NUNES, E. D. **Planejamento sem normas.** 2. ed., São Paulo: Hucitec, 1989.

CAMPOS, G. W de S. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol. 12, núm. 2, março-abril, 2007a, p. 301-306,

CAMPOS, G. W. de S. **Saúde Paidéia**. 3 ed. São Paulo, SP: Hucitec, 2007b.

CARVALHO, G. A inconstitucional administração pós-constitucional do SUS através de normas operacionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, 2001, p. 435-444.

CARVALHO, S. R. Os múltiplos sentidos da categoria “empowerment” no projeto de Promoção à Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1088-1095, 2004.

CARVALHO, B. G.; MARTIN, G. B.; CORDONI JR, L. A Organização do sistema de saúde no Brasil. In: ANDRADE, S. M.; SOARES, D. A.; CORDONI JR, L (Org.). **Bases da Saúde Coletiva**. Londrina: Ed. Uel, 2001, p. 27-59.

CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de Saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, p. 113-126, 2001. Disponível em:
<[http://www.uff.br/pgs2/textos/Integralidade_e_Equidade_na_Atencao_a_saide_-_Prof_Dr_Luiz_Cecilio.pdf](http://www.uff.br/pgs2/textos/Integralidade_e_Equidade_na_Atencao_a_saude_-_Prof_Dr_Luiz_Cecilio.pdf)>. Acesso em 29 dez 2013.

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

COHN, A. A saúde na previdência social e na seguridade social: antigos estigmas e novos desafios. In: COHN, A.; ELIAS, P. E. **Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços**. São Paulo: Cortez/CEDEC, 1999, p. 13-57.

COHN, A. O estudo das políticas de saúde: implicações e fatos. In: CAMPOS, G. W. de S. et al (Org). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2006, p. 231-58.

CORIOLOANO, M. W. L. et al. Vivenciando o processo de municipalização do SUS no município de Juazeiro do Norte (CE). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2447-2454, 2010.

CORREIA, A. C. de P. et al. Acesso a serviços de saúde: olhar de usuários de uma unidade de saúde da família. **Rev. Gaúcha de Enfermagem**, v. 32, n. 3, p. 451-457, 2011.

COSTA, J. S. D. C.; FACCHINI, L. A. Utilização de serviços ambulatoriais em Pelotas: onde a população consulta e com que frequência. **Revista de Saúde Pública**, v. 31, n. 4, p. 360-369, 1997.

DAIN, S. Os vários mundos do financiamento da Saúde no Brasil: uma tentativa de integração. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. Sup, p. 1851-1864, 2007.

DATASUS. Ministério da Saúde. **Estabelecimentos por Tipo**. (jul/ 2012). Disponível em:
<<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/estabba.def>>. Acesso em: 29 set 2012.

DESLANDES, S. F.; ASSIS, S. G. de. Abordagens quantitativa e qualitativa em saúde: o diálogo das diferenças. In: MINAYO, M. C. de S.; DESLANDES, S. F. (org.). **Caminhos do pensamento: epistemologia e método**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002, p. 195-223.

DUBEUX, L. S.; FREESE, E.; FELISBERTO, E. Acesso a Hospitais Regionais de Urgência 345 e Emergência: abordagem aos usuários para avaliação do itinerário e dos obstáculos aos serviços de saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 23, n. 2, p. 345-368, 2013.

ELIAS, P. E. Estado e saúde: os desafios do Brasil contemporâneo. **São Paulo em perspectiva**, v. 18, n. 3, p. 41-46, 2004.

ERDMANN, A. L. et al. O olhar dos estudantes sobre sua formação profissional para o Sistema Único de Saúde. **Acta Paul. Enferm**, v. 22, n. 3, p. 288-94, 2009.

ESCOREL, S. et al. O Programa de Saúde da Família ea construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Rev. Panam. Salud Pública**, v. 21, n. 2, p. 164-176, 2007.

FEIRA DE SANTANA. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde, exercício 2010-2013**. Feira de Santana, 2010.

FEIRA DE SANTANA. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Conselho Municipal de Saúde. **Relatório de Gestão – 2011**. Feira de Santana, 2011.

FEIRA DE SANTANA. Secretaria Municipal de Saúde. Conselho Municipal de Saúde. **Ata da Reunião do Conselho Municipal de Saúde do dia 11 de novembro de 2012**. Feira de Santana, p. 114, 2012a.

FEIRA DE SANTANA. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Conselho Municipal de Saúde. **Relatório de Gestão – 2012**. Feira de Santana, 2012b.

FEIRA DE SANTANA. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Programação Anual de Saúde 2012**. Feira de Santana, 2012c.

FEIRA DE SANTANA. Secretaria Municipal de Saúde. Conselho Municipal de Saúde. **Ata da Reunião do Conselho Municipal de Saúde do dia 7 de maio de 2013**. Feira de Santana, p. 114-117, 2013.

FERREIRA, L. O. Os periódicos médicos e a invenção de uma agenda sanitária para o Brasil (1827-43). **Hist. Ciênc. Saúde-Manguinhos** [online]. 1999a, vol.6, n.2, pp. 331-351. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59701999000300006>. Acesso em: 03 nov 2012.

FERREIRA, A. B. de H. **Novo Aurélio século XXI: o dicionário da língua portuguesa**. 3. ed Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999b.

FERREIRA, J. B. B. et al. O complexo regulador da assistência à saúde na perspectiva de seus sujeitos operadores. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.14, n.33, p.345-58, abr./jun. 2010.

FLEURY, S. Reforma do Estado, Seguridade Social e Saúde no Brasil. In: MATTA, G.C., LIMA, J.C.F. (Org.). **Estado, Sociedade e Formação Profissional em Saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/EPJSV, 2008. Disponível em: <<http://www.fiocruz.br/editora/media/Miolo%20Estado%20Sociedade%20Formacao.pdf#page=49>>. Acesso em: 03 nov 2012.

FRANCO, S. C.; CAMPOS, G. W. de S. Acesso a ambulatório pediátrico de um hospital universitário. **Revista de Saúde Pública**, v. 32, n. 4, p. 352-360, 1998.

FRANCO, T.B.; BUENO, W.S.; MERHY, E.E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 15, n.2, p. 345-353, abr./jun., 1999.

FRANCO, T.B.; MAGALHÃES JR., H.M.M. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. In: MERHY, E.E. (Org.). **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 3 ed. São Paulo: Hucitec, 2006, p. 125-133.

FRANCO, T.B.; PANIZZI, M.; FOSCHIERA, M. O ‘acolher Chapecó’ e a mudança do processo de trabalho da rede básica de saúde. **Divulg. Saúde Debate**, n.30, p.30-35, 2004. Disponível em: <http://www.professores.uff.br/tuliofranco/textos/acolher_chapeco_exp_mudanca_do_proc_trabalho_tulio_franco_et_al.pdf>. Acesso em: 21 jan 2013.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. A produção imaginária da demanda e o processo de trabalho em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2005. p. 181-193. Disponível em: <http://xa.yimg.com/kq/groups/16769174/1634115408/name/producao_imaginaria_da_demanda_tulio_franco_emerson_merhy.pdf>. Acesso em: 21 fev 2013.

FRATINI, J. R. G.; SAUPE, R.; MASSAROLI, A. Referência e contra referência: contribuição para a integralidade em saúde. **Ciência, cuidado e saúde**, v. 7, n. 1, p. 065-072, 2008.

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

GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; MENDONÇA, M. H. M. Porta de entrada pela atenção básica? Integração do PSF à rede de serviços de saúde. **Saúde em Debate**, set./dez. 2003, v. 27, n. 65, p. 278-289.

GIOVANELLA, L.; FLEURY, S. Universalidade da atenção à saúde: acesso como categoria de análise. In: ELBENSCHUTZ, C. **Política de Saúde: o público e o privado**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995, p. 177-198.

GOMES, K. O. et al. Avaliação do impacto do Programa Saúde da Família no perfil epidemiológico da população rural de Airões, município de Paula Cândido (MG), 1992-2003. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 5, p. 1473-1482, 2009.

GOMIDE, M. F. S.; PINTO, I. C.; FIGUEIREDO, L. A. de. Acessibilidade e demanda em uma Unidade de Pronto Atendimento: perspectiva do usuário. **Acta paul. enferm**, v. 25, n. spe2, p. 19-25, 2012.

GRABOIS, M. F.; OLIVEIRA, E. X. G. de; CARVALHO, M. S. Childhood cancer and pediatric oncologic care in Brazil: access and equity. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, n. 9, p. 1711-1720, 2011.

GUIMARÃES, T. M. R.; ALVES, J. G. B.; TAVARES, M. M. F. Impacto das ações de imunização pelo Programa Saúde da Família na mortalidade infantil por doenças evitáveis em Olinda, Pernambuco, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 4, p. 868-76, 2009.

IBGE. **Informações estatísticas**. 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>. Acesso em: 27 set 2012.

IBGE. **Perfil dos Municípios Brasileiros – Gestão Pública 2009**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/munic2009/ver_tema.php?tema=t11_4&munic=291080&uf=29&nome=>>. Acesso em: 04 dez 2012.

LEVCOVITZ, E; LIMA, L. D. de.; MACHADO, C. V. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das normas operacionais básicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 6, n. 2, 2001. p. 269-291.

LIMA, J. de C. et al. Desigualdades no acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **1. Saúde Pública, Periódico. I. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, CEBES CDD 362.1**, v. 26, n. 60, p. 62-70, 2002.

LOPES, C. R. Palmas para a luta do MP. **Radis**, v. 39, p. 14-17, 2005. Disponível em: <http://www6.ensp.fiocruz.br/radis/sites/default/files/radis_39.pdf>. Acesso em 02 jan 2014.

LUZ, M. T. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de “transição democrática” – anos 80. **Physis**, v. 1, n. 1, p. 77-96, 1991. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v1n1/04.pdf>>. Acesso em 05 nov 2013.

MACHADO, F. R. de S. O direito à saúde na interface entre sociedade civil e estado. **Trab. educ. saúde**, v. 7, n. 2, p. 355-371, 2009.

MACHADO, E. L. et al. Iniquities in the access to renal transplant for patients with end-stage chronic renal disease in Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, p. s284-s297, 2011.

MACINKO, J. et al. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. **Journal of Epidemiology and Community Health**, v. 60, n. 1, p. 13-19, 2006. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16361449>>. Acesso em 13 out 2013.

MARTINS, P. C. et al. Conselhos de saúde ea participação social no Brasil: matizes da utopia. **Physis (Rio J.)**, v. 18, n. 1, p. 105-121, 2008.

MARX, K. V. Processo de trabalho e processo de produzir mais valia. In: _____. **O capital: crítica da economia política: livro terceiro: o processo global de produção capitalista**. 3.ed. Vol. 1. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2013, p. 209-231.

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

MATUS, C. Teoria social e teoria do planejamento. In: **Política, planejamento e governo**. Tomo I. Brasília: IPEA, 1993.

MENDES, E. V. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In: _____ (Org.). **Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. 3. ed. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1995, p. 19-91.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde: revisão bibliográfica, fundamentos, conceito e elementos constitutivos. In: _____. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, p. 61-208, 2011.

MENDES, E. V. **Reflexões sobre a NOAS SUS 01/02**. Rio de Janeiro, 2002. [Internet]. Disponível em: <<http://www.sms.rio.rj.gov.br/servidor/media/noas.doc>>. Acesso em: 04 nov 2012.

MERHY, E. E. Em busca da qualidade dos Serviços de Saúde: os Serviços de Porta Aberta para a saúde e o modelo técnico-assistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde). In: CECÍLIO, L. C. de O. (org.). **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994, cap. 3, p. 117-160.

MERHY, E. E. **Universalidade, equidade e acesso sim; mas, não bastam**. Campinas: UFF, 1995. Disponível em: < <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/artigos-10.pdf> >. Acesso em 17 de set de 2012.

MERHY, E. E. O SUS e um dos seus dilemas: mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho em saúde (um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo). In: FLEURY, S. **Saúde e democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997, p. 125-141.

MERHY, E.E. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde – uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: CAMPOS, C.R.; MALTA, D.C.; REIS, A.T.; SANTOS, A.F., MERHY, E.E.(Organizadores). **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público**. São Paulo: Xamã; 1998. p. 103-120. Disponível em:<<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-10.pdf>>. Acesso em: 21 de fev 2013.

MERHY, E. E. Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção. In: MERHY, E.E. (Org.). **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 3 ed. São Paulo: Hucitec, 2002, p. 15-35. Disponível em:<<http://www.eaac.uff.br/professores/merhy/artigos-08.pdf>>. Acesso em: 05 de jan 2014.

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

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde: Um desafio para a saúde pública**. 2 ed. Hucitec: São Paulo, 2006, p. 71-112.

MERHY, E. E. et al. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In:

MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde**: Um desafio para a saúde pública. 2 ed. Hucitec: São Paulo, 2006, p. 113-150.

MINAYO, M. C. de S. Hermenêutica-dialética como caminho do pensamento social. In: MINAYO, M. C. de S.; DESLANDES, S. F. (org.). **Caminhos do pensamento**: epistemologia e método. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002, p. 83-107.

MINAYO, M. C. de S. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 2007.

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

MORITA, I.; GUIMARÃES, J. F. C.; DI MUZIO, B. P. A participação de conselheiros municipais de saúde: solução que se transformou em problema. **Saúde e Sociedade**, v. 15, n. 1, p. 49-57, 2006.

NASCIMENTO, M. A. A. do. Correntes do Pensamento na Pesquisa Social: positivismo, fenomenologia e dialética. In: SANTANA, J. S. da S.; NASCIMENTO, M. A. A. do (Org.). **Pesquisa**: métodos e técnicas de conhecimento da realidade social. Feira de Santana, Ba: UEFS Editora, 2010, p. 35-57.

NUNES, E. D. Saúde coletiva: História de uma ideia e de um conceito. **Saúde e Sociedade**, n. 3, v. 2, 1994, p. 5-21.

NUNES, E. D. Saúde coletiva: uma história recente de um passado remoto. In: CAMPOS, G. W. de S. et al (Org). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: HUCITEC/ Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006, p. 19-40.

OLIVEIRA, I. B. N. Acesso universal? Obstáculos ao acesso, continuidade do uso e gênero em um serviço especializado em HIV/AIDS em Salvador, Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. Supl 2, p. s259-s268, 2009.

OLIVEIRA, L. H. de; MATTOS, R. A. de; SOUZA, A. I. S. de. Cidadãos peregrinos: os “usuários” do SUS e os significados de sua demanda a prontos-socorros e hospitais no contexto de um processo de reorientação do modelo assistencial. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 5, p. 1929-1938, 2009.

OLIVEIRA, M. L. F.; SCOCHI, M. J. Determinantes da utilização dos serviços de urgência/emergência em Maringá (PR). **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 1, n. 1, p. 129-134, 2008.

PEREIRA, C. R. S. et al. Impacto da Estratégia Saúde da Família com equipe de saúde bucal sobre a utilização de serviços odontológicos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 5, p. 985-996, 2009.

PONTES, A. P. M. de et al. Facilidades de acesso reveladas pelos usuários do Sistema Único de Saúde. **Revista Brasileira de enfermagem**, v. 63, n. 4, p. 574-580, 2010.

PUCCINI, P. de T. et al. Concepção de profissionais de saúde sobre o papel das unidades básicas nas redes de atenção do SUS/Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 11, p. 2941-2952, 2012.

SANTANA, J. S. da S. O projeto de pesquisa. In: SANTANA, J. S. da S.; NASCIMENTO, M. A. A. do (Orgs.). **Pesquisa: métodos e técnicas de conhecimento da realidade social**. Feira de Santana, Ba: UEFS Editora, 2010, p. 69-86.

SANTOS, A. M.; ASSIS, M. M. A. Da fragmentação à integralidade: construindo e (des)construindo a prática de saúde bucal no Programa de Saúde da Família (PSF) de Alagoinhas, BA. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol.11, n.1, p. 53-61, 2006.

SANTOS, A. M. dos 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. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 75-85, 2007.

SANTOS, T. V. C. dos; PENNA, C. M. de M. Demandas cotidianas na atenção primária: o olhar de profissionais da saúde e usuários. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 22, n. 1, p. 149-156, 2013.

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

SILVA, B. F. S.; BENITO, G. A. V. A voz de gestores municipais sobre o acesso à saúde nas práticas de gestão. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 8, p. 2189-2200, 2013.

SILVA, J. M. da. **Planejamento em saúde no programa saúde da família em Jequié – BA: a dialética entre a teoria e a prática**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Departamento de Saúde, Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana – BA, 2006.

SILVA, J. P. V.; PINHEIRO, R.; MACHADO, F. R. S. Necessidades, demanda e oferta: algumas contribuições sobre os sentidos, significados e valores na construção da integralidade na reforma do setor saúde. **Saúde em debate**, v. 27, n. 65, p. 234-242, 2003.

SILVEIRA, C. H. Algumas considerações a respeito das políticas de saúde no Brasil. In: MACHADO, P. H.; LEANDRO, J. A.; MICHALISZYN, M. S. (Org.). **Saúde Coletiva: um campo em construção**. Curitiba: IBPEX, 2006, p. 31-69.

SCHIMITH, M. D.; LIMA, M. A. D. S.. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1487-1494, 2004.

SOLLA, J.; CHIORO, A. Atenção ambulatorial especializada. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz/ Cebes: 2008, p. 1-37. Disponível em: < <http://versus.otics.org/acervo/textos/atencao-ambulatorial-especializada-jorge-solla-e-arthur-chioro/view> >. Acesso em: 21 set 2012.

SOUSA, M. F. O Programa Saúde da Família no Brasil: análise do acesso à atenção básica. **Rev. Brasileira de Enfermagem**, 2008, v. 61, n.2, p.153-158.

SOUZA, E. C. F. de et al. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. Sup 1, p. S100-S110, 2008.

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 (Rio J.)**, v. 20, n. 3, p. 953-972, 2010.

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

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, sup. 2, p. S190-S198, 2004.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em Ciências Sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 2009.

UNGLERT, C. V. S. O enfoque da acessibilidade no planejamento da localização e dimensão de serviços de saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 24, n. 6, p. 445-452, 1990.

UNGLERT, C. V. S. Territorialização em sistemas de saúde. In: **Distrito Sanitário** (E. V. Mendes, org.). São Paulo: Editora Hucitec/Rio de Janeiro: ABRASCO, 1995, p. 221-235.

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

VIEIRA, E. T. et al. O programa saúde da família sob o enfoque dos profissionais de saúde. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 17, n. 3, p. 119-126, 2012.

APÊNDICES



APÊNDICE A – Roteiro da entrevista semi-estruturada: gestores dos serviços



Universidade Estadual de Feira de Santana
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – Mestrado Acadêmico
Pesquisadora responsável: Prof^a. Dr^a. Maria Angela Alves do Nascimento
Pesquisadora colaboradora: Mariana de Oliveira Araújo

Entrevista (nº)	Código do Entrevistado	Início (hora)	Término (hora)	Data
				___/___/2013

1 Caracterização do(a) entrevistado(a):

- 1.1 Sexo: M() F()
1.2 Idade: ____ anos
1.3 Formação: _____
1.4 Tempo de formação: ____ anos
1.5 Função/ Cargo: _____
1.6 Tempo de serviço: _____
1.7 Tem duplo vínculo: () NÃO () SIM Onde? _____
1.8 Pós-Graduação: () NÃO () SIM Qual área? _____
1.9 Como se inseriu na gestão/ formulação de políticas? _____

2 Temas norteadores – Dimensões de acesso

2.1 Dimensão Política:

- 2.1.1 Organização do acesso aos serviços de saúde de média e alta complexidade: programas especiais.
2.1.2 Pactuação entre instâncias (Estadual e Municipal) com vistas a garantir o acesso aos serviços de média e alta complexidade.
2.10 Sujeitos envolvidos no processo/ participação social.

2.2 Dimensão Técnica:

- 2.2.1 Práticas individuais e coletivas para operacionalização do acesso na gestão institucional/ formulação de políticas.
2.2.2 Experiências acerca da gestão do acesso aos serviços de média e alta complexidade.
2.2.3 Planejamento das ações para promoção do acesso aos serviços de média e alta complexidade.
2.2.4 Dificuldades/ limites, avanços/ facilidades na promoção do acesso aos serviços de média e alta complexidade.

2.3 Dimensão Simbólica:

- 2.3.1 Significado de acesso.

APÊNDICE B – Roteiro da entrevista semi-estruturada: profissionais de saúde



Universidade Estadual de Feira de Santana
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – Mestrado Acadêmico
Pesquisadora responsável: Prof^a. Dr^a. Maria Angela Alves do Nascimento
Pesquisadora colaboradora: Mariana de Oliveira Araújo

Entrevista (nº)	Código do Entrevistado	Início (hora)	Término (hora)	Data
				___/___/2013

1 Caracterização do(a) entrevistado(a):

- 1.1 Sexo: M() F()
1.2 Idade: ____ anos
1.3 Formação: _____
1.4 Tempo de formação: ____ anos
1.5 Local de trabalho: ()PSF ()Média Complexidade ()Alta Complexidade
1.6 Função/ Cargo: _____
1.7 Tempo de serviço: _____
1.8 Tem duplo vínculo: () NÃO ()SIM Onde? _____
1.9 Pós-Graduação: () NÃO ()SIM Qual área? _____

2 Temas norteadores – Dimensões de acesso

2.1 Dimensão Política:

- 2.1.1 Organização do acesso aos serviços de saúde de média e alta complexidade: programas especiais.
2.1.2 Pactuação entre instâncias (Estadual e Municipal) com vistas a garantir o acesso aos serviços de média e alta complexidade.
2.10 Sujeitos envolvidos no processo/ participação social.

2.2 Dimensão Técnica:

- 2.2.1 Práticas individuais e coletivas para operacionalização do acesso na gestão institucional/ formulação de políticas.
2.2.2 Experiências acerca da gestão do acesso aos serviços de média e alta complexidade.
2.2.3 Planejamento das ações para promoção do acesso aos serviços de média e alta complexidade.
2.2.4 Dificuldades/ limites, avanços/ facilidades na promoção do acesso aos serviços de média e alta complexidade.

2.3 Dimensão Simbólica:

- 2.3.1 Significado de acesso.

APÊNDICE C – Roteiro da entrevista semi-estruturada: usuários



Universidade Estadual de Feira de Santana
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – Mestrado Acadêmico
Pesquisadora responsável: Prof^a. Dr^a. Maria Angela Alves do Nascimento
Pesquisadora colaboradora: Mariana de Oliveira Araújo

Entrevista (nº)	Código do Entrevistado	Início (hora)	Término (hora)	Data
				___/___/2013

1 Caracterização do(a) entrevistado(a):

- 1.1 Sexo: M() F()
 1.2 Idade: ____ anos
 1.3 Escolaridade: _____
 1.4 Ocupação: _____
 1.5 Local de residência: _____
 1.6 Tempo de residência: _____
 1.5 Local onde está sendo atendido: ()PSF ()Média Complexidade ()Alta Complexidade
 Nome do estabelecimento: _____

2 Questões norteadoras:

- 2.1 Significado de acesso aos serviços de saúde.
 2.2 Práticas individuais e coletivas para operacionalização do acesso pelos profissionais de saúde.
 2.3 Experiências acerca do acesso aos serviços de média e alta complexidade.
 2.4 Dificuldades/ limites, avanços/ facilidades no acesso aos serviços de média e alta complexidade.
 2.5 Participação social.

APÊNDICE D – Roteiro da observação sistemática



Universidade Estadual de Feira de Santana

Departamento de Saúde

Pesquisadora responsável: Prof^a. Dr^a. Maria Angela Alves do Nascimento

Pesquisadora colaboradora: Mariana de Oliveira Araújo

Código	Nome da Unidade de Saúde	Tempo de funcionamento	Tipo de Assistência	Data
				___/___/2013

1 Organização do acesso aos serviços de média e alta complexidade

- ✓ Local da recepção;
- ✓ Tempo médio de espera para ser atendido;
- ✓ Responsáveis pela recepção do usuário;
- ✓ Acolhimento do usuário que apresenta uma necessidade específica;
- ✓ Caminhos percorridos pelo usuário no sistema em busca de resolubilidade da sua necessidade de saúde;
- ✓ Práticas individuais e coletivas operadas pelos profissionais de saúde para promoção do acesso aos serviços de média e alta complexidade;
- ✓ Encaminhamento a serviços de média e alta complexidade (instrumentos e meios utilizados);
- ✓ Profissionais de saúde que operacionalizam o acesso aos serviços de média e alta complexidade: sujeitos envolvidos;
- ✓ Relação profissional de saúde/ usuário;
- ✓ Participação social.

APÊNDICE E – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Nós, professora Maria Angela Alves do Nascimento (pesquisadora responsável) e Mariana de Oliveira Araujo (pesquisadora colaboradora) estamos convidando você para participar da pesquisa “Dinâmica organizativa do acesso dos usuários do PSF aos serviços e às práticas de saúde de média e alta complexidade” do Núcleo de Pesquisa Integrado em Saúde Coletiva (NUPISC) da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS). Este estudo tem por objetivo compreender a dinâmica organizativa do acesso dos usuários do Programa Saúde da Família (PSF) aos serviços de saúde de média e alta complexidade da rede SUS no município de Feira de Santana-BA, pois sua realização poderá contribuir com o conhecimento sobre o acesso, e, possivelmente fornecer subsídios para a formulação de políticas públicas que visem colaborar para a transformação das práticas/ serviços de saúde a fim de torná-los mais acessíveis e resolutivos, em benefício de seus usuários. Este estudo poderá colaborar para melhoria do acesso e para promoção de uma prática de qualidade, podendo contribuir para a facilitação do ingresso do usuário aos serviços de média e alta complexidade, e torná-los mais universal, igualitário, integral e resolutivo. Os riscos para a realização desta pesquisa são mínimos e podem estar relacionados a: relembrar situações constrangedoras em que o acesso não pôde ser efetivado devido entraves no sistema de saúde; perceber que os esforços empreendidos não são o bastante para promover o acesso aos serviços de média e alta complexidade; sentir medo, desconfiança e/ ou constrangimento em conversar com a pesquisadora no momento da entrevista ou mesmo sentir-se incomodado por estar sendo observado durante as práticas e/ ou dimensões de serviços, bem como impaciente devido a entrevista tornar-se demorada, além de medo em conversar sobre o assunto, temendo represálias. Caso a pesquisadora perceba algum risco ou dano à sua saúde causado pela participação neste estudo, o mesmo será suspenso imediatamente. Para realização da pesquisa serão coletados dados através da entrevista e da observação. Se você aceitar participar desta pesquisa, não terá gastos materiais ou financeiros e ninguém saberá que foi você o entrevistado ou que tenha emitido alguma opinião nas observações realizadas, podendo desistir de participar desta pesquisa em qualquer momento, retirando as informações dadas, sem qualquer problema. Além disso, a sua integridade física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural e espiritual serão preservadas, evitando-se qualquer dano a livre expressão de suas opiniões. Porém, se for prejudicado de alguma maneira devido a sua participação nesta pesquisa, a pesquisadora terá a responsabilidade de acompanhá-lo nessa situação, inclusive sobre os gastos financeiros que possam lhe atingir. Se você consentir participar do estudo a entrevista será gravada com o uso de gravador digital e portátil em local e horário determinados de acordo com sua disponibilidade, sendo guardada em CD juntamente com as anotações das observações, e tão logo sejam digitadas serão arquivadas no NUPISC, localizado na UEFS, durante cinco (5) anos e depois serão destruídas; caso não autorize a gravação registraremos a sua entrevista em folha de papel. Havendo necessidade de esclarecimento de dúvidas ou desistência da pesquisa, a pesquisadora responsável pode ser encontrada no NUPISC, localizado no Prédio do PPGSC, no Módulo VI da UEFS, Avenida Transnordestina, s/n, Novo Horizonte, Feira de Santana-BA, Tel: (75) 3161-8162. Esclarecemos que os resultados desta pesquisa serão apresentados em congressos, simpósios, seminários e publicado em revistas científicas, livros, artigos, além de serem apresentados a gestão do município, trabalhadores e usuários. Caso concorde em participar desta pesquisa você deverá assinar o termo em duas vias, permanecendo uma cópia com você e a outra com as pesquisadoras. Vale destacar que esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UEFS.

Feira de Santana-BA, ____/____/2013.

Mariana de Oliveira Araújo
Pesquisadora Colaboradora (Tel. 3161-8162)

Entrevistado

Maria Angela Alves do Nascimento
Pesquisador Responsável (Tel. 3161-8162)