

Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários

Assesment of quality of access in primary care in a large Brazilian city in the perspective of users

¹Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) – Campinas (SP), Brasil. Professora da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) – Campinas (SP), Brasil. rosanaoc@mpc.com.br

²Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) – Campinas (SP), Brasil. Professora adjunta do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) – Santa Maria (RS), Brasil. aluizaferrer@gmail.com

³Doutor em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) – Campinas (SP), Brasil. Professor adjunto da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de São João del-Rei (UFSJ) – São João del-Rei (MG), Brasil. carlosgama@terra.com.br

⁴Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) – Campinas (SP), Brasil. Professor titular da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) – Campinas (SP), Brasil. gastaowagner@mpc.com.br

⁵Doutorando em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) – Campinas (SP), Brasil. thitrape@gmail.com

⁶Doutor em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) – Campinas (SP), Brasil. deivianna@gmail.com

Rosana Teresa Onocko Campos¹, Ana Luiza Ferrer², Carlos Alberto Pegolo da Gama³, Gastão Wagner de Sousa Campos⁴, Thiago Lavras Trapé⁵, Deivisson Vianna Dantas⁶

RESUMO Este artigo visa compreender como usuários do sistema de saúde de uma metrópole brasileira avaliam o acesso aos serviços de atenção primária. Está é uma avaliação participativa de quarta geração, guiada pela metodologia hermenêutica Gadameriana. Foram conduzidos quatro grupos focais com usuários. Narrativas foram construídas a partir das transcrições usando o arcabouço teórico de Ricoeur. A atenção primária é reconhecida como a porta de entrada do sistema de saúde, mas o acesso é dificultado por: problemas de organização; uso do acolhimento como barreira ao acesso; falta de recursos humanos; dificuldades em dar seguimento ao tratamento. O modelo centrado na doença e a falta de análise crítica podem induzir a descrença nos resultados da atenção primária.

PALAVRAS-CHAVE Atenção Primária à Saúde; Saúde coletiva; Acesso aos serviços de saúde; Avaliação de programas e projetos de saúde; Participação social.

ABSTRACT *The article aims to understand how users of the health system of a Brazilian metropolis evaluate the access to primary care services. This is a participatory evaluation of the fourth generation type, guided by the Gadamerian hermeneutic methodology. We conducted four focus groups with users; narratives were constructed from the transcriptions using the theoretical framework of Ricoeur. The primary care is recognized as the gateway of the health system; but access is hampered by: problems of organization; using the reception as a barrier to the access; lack of human resources; difficulties in following the treatment. The model centered on the disease and the lack of critical analysis may induce disbelief in the outcomes of primary care.*

KEYWORDS *Primary Health Care; Public health; Health services accessibility; Program evaluation; Social participation.*

Introdução

Existe consenso sobre a importância da Atenção Primária à Saúde (APS) na melhora dos indicadores de saúde de uma dada população. Ela funciona como porta de entrada do sistema de saúde ofertando serviços próximos ao local de moradia, favorecendo o acesso, o vínculo e a atenção continuada centrada na pessoa e não na doença. Estudos apontam que a APS tem capacidade para resolver 80% dos problemas de saúde de uma dada população e deve conciliar ações de assistência com prevenção e promoção da saúde além de coordenar a atenção prestada nos outros níveis do sistema, agindo como a base para o trabalho dos níveis secundário e terciário (OPAS, 1978; STARFIELD, 2002). O Sistema Único de Saúde (SUS) incorpora esses princípios e reconhece que é a partir dos valores e demandas da atenção primária que o planejamento de suas ações deve ser feito: é o planejamento ascendente (OPAS, 1978; STARFIELD, 2002).

A expansão da atenção primária no país vem se dando, prioritariamente, por meio da implantação de equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), que atuam com ações de promoção, prevenção, recuperação, reabilitação e na manutenção da saúde da comunidade, sendo cada equipe responsável pelo acompanhamento de um número definido de famílias em um território adscrito. É diretriz da ESF trabalhar com ênfase na formação de vínculo com a população e o envolvimento das equipes no cotidiano da comunidade, procurando garantir a integralidade da atenção prestada e melhorar a sua condição de vida (BRASIL, 2007).

A proposta de mudança na APS vem acompanhada da mudança no próprio paradigma que embasa as concepções sobre o processo saúde-doença. Os idealizadores do SUS ligados ao Movimento Sanitário propõem mudanças radicais na concepção de saúde e, conseqüentemente, na organização da atenção. Essas propostas podem ser sintetizadas no campo que emerge, denominado

saúde coletiva. Há marcos conceituais importantes da saúde coletiva: o cruzamento entre diferentes saberes e práticas; a ênfase à integralidade e equidade na lógica do SUS; a superação do biologicismo e do modelo clínico hegemônico (centrado no saber e prática médica, na doença, nos procedimentos, no 'especialismo' e na orientação hospitalar); a valorização do social e da subjetividade; a valorização do cuidado e não só da prescrição; o estímulo à convivência e ao estabelecimento de laços entre a população e os profissionais de saúde; a atenção à saúde organizada a partir da lógica de linhas do cuidado e não da doença; a crítica à medicalização e ao 'mercado da cura', entre outros princípios (CECCIM, 2008).

Outro ponto fundamental nesse processo relaciona-se à questão da participação social nas decisões referentes aos serviços de saúde ofertados à população. Essa participação é um princípio doutrinário assegurado na Constituição e nas Leis Orgânicas da Saúde (8.080/90 e 8.142/90), no entanto, apesar de representarem um inquestionável avanço no plano legal, ainda encontram muitos desafios para a sua efetivação. As evidências demonstram que a existência formal dos espaços de controle social não garante a participação política (MARTINS ET AL. 2008).

Apesar dos inúmeros avanços obtidos nesse processo de ampliação da APS (BEZERRA, 2004; MACINKO ET AL., 2006), constata-se que existem dificuldades em superar a intensa fragmentação das ações e serviços de saúde e qualificar a gestão do cuidado (CAMPOS, 2003; CAMPOS; CHAKOUR; SANTOS, 1997; ONOCKO-CAMPOS ET AL., 2012; ONOCKO CAMPOS, 2005). Na prática, priorizam-se ações curativas e condições agudas, centradas na atuação do médico a partir da demanda e não nas reais necessidades dos usuários (COELHO; JORGE, 2009; TRAVERSO-YEPEZ; MORAIS, 2004). Aliado a isso existem lacunas assistenciais, financiamento público insuficiente, distribuição inadequada dos serviços, com importante grau de trabalho precário e carência de profissionais para concretizar as

propostas da ESF (GIOVANELLA, 2008; MENDES, 2011).

Starfield (2002) diferencia acesso de acessibilidade. A acessibilidade relaciona-se com a possibilidade das pessoas chegarem aos serviços e o acesso permitiria o uso oportuno dos serviços de forma a atender as necessidades do usuário. Souza et al. (2008) apontam que o acesso envolve a consecução do cuidado a partir das necessidades e está vinculado com a resolubilidade, extrapolando a simples dimensão geográfica e incluindo outros aspectos de ordem econômica, cultural, organizacional e de oferta de serviços.

Jesus e Assis (2010), Assis e Jesus (2012), baseados em Giovanella e Fleury (1995) vão propor um modelo de análise do acesso aos serviços procurando uma compreensão multidimensional do problema levando em conta aspectos sociais e políticos. São propostas cinco dimensões: política, econômico-social, técnica, organizacional e simbólica. Essas dimensões teriam como orientadores os princípios da responsabilização, resolutividade e equidade funcionando como norteadores na construção das políticas públicas.

Em fevereiro de 2011, o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) divulgou pesquisa domiciliar realizada junto às famílias brasileiras utilizando o Sistema de Indicadores de Percepção Social (SIPS) (IPEA, 2011). Essa pesquisa trabalha com um sistema de indicadores sociais para verificação de como a população avalia os serviços de utilidade pública e o grau de importância deles para a sociedade. Dentre os serviços avaliados no SUS, o atendimento na ESF foi avaliado por 80,7 % dos entrevistados como bom ou muito bom. O atendimento prestado em centros de saúde e o atendimento de urgência ou emergência foram os serviços com avaliações mais negativas. Foram bem avaliados os serviços em que o acesso é previamente agendado ou rotineiro, como consultas com médicos especialistas acessíveis, distribuição gratuita de medicamentos e atendimento em saúde da família. Nesses casos, a percepção da qualidade (ou satisfação) do

atendimento é positiva e o problema, quando relatado, refere-se a obter acesso ao atendimento, ou ao medicamento necessário, em um período de tempo considerado razoável. A falta de médicos e a demora no atendimento foram os problemas mais mencionados. A principal razão para a adesão a um plano de saúde suplementar está relacionada com a maior rapidez para realizar consulta ou exame e à liberdade para a escolha do médico que fará o atendimento. Esses achados sugerem que a população almeja um acesso mais fácil, rápido e oportuno aos serviços.

Dentro desse contexto, a questão do acesso ganha importância e começa a ser abordada de maneira mais complexa na medida em que, apesar da garantia da lei, na prática ainda existe um acesso seletivo, focalizado e excludente em várias regiões e serviços vinculados ao SUS (ASIS; JESUS, 2012). Observa-se uma tendência de ampliação da abrangência do conceito de acesso, deixando de focar somente a questão da entrada nos serviços para incorporar também os resultados dos cuidados recebidos, dando importância à discussão da justiça social e da equidade (TRAVASSOS; MARTINS, 2004). Percebe-se também que ele deixa de ser tratado em bases estritamente quantitativas (número de atendimentos e rendimento das horas profissional), passando a levar-se em conta aspectos qualitativos ligados ao acolhimento e seguimento do tratamento no sistema, envolvendo elementos tanto da população adstrita quanto dos serviços que lhe são ofertados, bem como os valores que existem no território (STARFIELD, 2002).

Vários estudos (GOMES; PINHEIRO, 2005; RAMOS; LIMA, 2003; SCHIMITH; LIMA, 2004; TAKEMOTO; SILVA, 2007; TESSER; POLI NETO; CAMPOS, 2010) apontam o acolhimento na APS como mais um procedimento técnico burocratizado, geralmente realizado por técnicos de enfermagem, servindo como um filtro para definir o acesso aos serviços. Essa concepção não condiz com a diretriz do acolhimento, que deveria proporcionar uma ação de aproximação às reais necessidades dos usuários, tecendo uma rede de

conversações (TEIXEIRA, 2003) em toda a atividade assistencial, servindo como uma ferramenta para organização dos serviços, principalmente para o atendimento da demanda espontânea. Barbosa *et al.* (2013) propõe que o acolhimento deve ser entendido em três sentidos: como postura assumida pelos profissionais, como técnica capaz de gerar procedimentos organizados e como princípio orientador revelando um projeto institucional.

O objetivo deste artigo é apresentar como os usuários de Unidades Básicas de Saúde (UBS), com cobertura da ESF em uma grande cidade brasileira, avaliam o acesso a esses serviços e quais suas percepções a respeito da qualidade da assistência prestada pelas equipes de saúde que consideramos elemento fundamental para legitimação, ou não, da APS como porta de entrada do sistema de saúde brasileiro.

Metodologia

Neste artigo, apresenta-se parte dos resultados de uma pesquisa avaliativa sobre arranjos e estratégias inovadoras na organização da atenção primária em uma grande cidade do estado de São Paulo, financiada pelo Programa de Pesquisa em Políticas Públicas do Sistema Único de Saúde, através do convênio entre a Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo, o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico e o Sistema Único de Saúde. Tal estudo realizou-se como uma avaliação de quarta geração (GUBA; LINCOLN, 1989), de caráter participativo (FURTADO; CAMPOS, 2008), conduzido com base na hermenêutica Gadameriana (GADAMER, 2007) como postura metodológica, cujo desenho qualitativo utilizou a técnica de Grupos Focais (GF) (GONDIM, 2002; MIRANDA; FERRER; ONOCKO CAMPOS, 2008) para a coleta de informações. Foram analisadas seis UBS dos dois distritos de saúde mais populosos da cidade, que apresentavam — no momento de coleta das informações para escolha das UBS — os piores

índices socioeconômicos e alta taxa de vulnerabilidade social (IBGE, 2006). Também foram incluídas características estruturais e dados de produção semelhantes das UBS, a fim de evitar dimensões díspares quanto aos recursos instalados e à área de abrangência.

Foram realizados quatro GF com usuários dos serviços pesquisados. A seleção dos usuários incluiu adultos de ambos os sexos, que conhecessem a UBS há mais de seis meses, que tivessem utilizado o serviço de saúde pelo menos três vezes no último semestre (antes da realização dos grupos) e que apresentassem interesse e desejo em participar do estudo. Pretendeu-se, assim, selecionar verdadeiros utilizadores dos serviços em estudo.

Para contemplar os objetivos da pesquisa avaliativa que pretendia avaliar arranjos e estratégias inovadoras implantados na rede de atenção primária em busca da melhora da eficácia do SUS através da melhora do seguimento clínico pela avaliação da frequência de acidente vascular cerebral (AVC); da articulação entre as redes de APS e de saúde mental e da efetiva implantação de estratégias de promoção à saúde optou-se por convidar seis usuários com hipertensão e seis usuários portadores de transtornos mentais para cada GF.

Além dos critérios de seleção descritos acima, considerou-se que um dos quatro GF foi composto exclusivamente por usuários que compunham os Conselhos Locais de Saúde (CLS), convidados pelos gestores das unidades envolvidas. Os outros três GF não continham usuários dos CLS. A escolha desses usuários foi realizada pelo próprio serviço, que elegeu um dia para convidar os usuários que chegassem ao serviço para participar do estudo, caso estivessem dentro dos critérios de inclusão. Tentou-se dessa maneira evitar uma indicação direta do usuário pelo profissional do serviço.

Todos os grupos tiveram um coordenador e um anotador e obedeceram a um roteiro preestabelecido. Cada grupo, em média, teve oito participantes e foram realizados em locais

próximos das UBS estudadas a fim de facilitar a participação dos sujeitos da pesquisa.

Os encontros dos grupos foram gravados em áudio e transcritos na íntegra. Para análise e interpretação, foram construídas narrativas (ONOCKO CAMPOS; FURTADO, 2008) a partir das transcrições, utilizando-se o referencial teórico de Ricoeur (1990). Os núcleos argumentais de cada narrativa foram analisados, realizando-se, posteriormente, uma comparação entre as narrativas, a fim de identificar as diferenças e semelhanças entre elas. Esse processo longo e trabalhoso obrigou os pesquisadores envolvidos a passar várias vezes pelo mesmo lugar, trabalhando os conteúdos avaliados repetidas vezes, gerando o movimento da espiral interpretativa, como propõe a hermenêutica de Gadamer (2007).

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética (em 25/9/2007, registro nº 562/2007) e todos os sujeitos que aceitaram participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) conforme a declaração de Helsinkí.

Resultados e discussão

Os usuários declaram procurar as UBS quando apresentam algum problema de saúde, pois consideram o atendimento melhor do que em outros locais a que têm acesso. No entanto, queixam-se da demora do atendimento e, conseqüentemente, da resolução de seus problemas de saúde:

Quando estamos com algum problema procuramos o médico daqui do posto. Eles são bons, o problema é a tal da agenda que demora pra ser aberta, então às vezes vamos ao Pronto Socorro. (narrativa de usuários).

Quando ficamos doentes, alguns de nós vamos ao Pronto Socorro, pois achamos que tem mais condições que o Posto. Mas, a maioria vai ao posto mesmo, por que consideramos o atendimento melhor. Quando eles não dão jeito, nos encaminham,

principalmente quando é o caso de alguma especialidade. O problema é que os encaminhamentos são muito demorados, leva até um ano pra gente ser atendido. (narrativa de usuários).

Os usuários descrevem o acesso ao serviço da APS como algo burocrático e demorado, desde o tempo de espera do agendamento até o dia da consulta, como também o próprio processo de atendimento no serviço (seja este agendado ou não). Atribuem essas dificuldades à falta de profissionais médicos e à alta rotatividade dos mesmos nas UBS. O acolhimento é apontado como um espaço de escuta aos seus problemas e de orientação, mas o criticam por constituir-se em uma forma de controlar o acesso àquilo que é mais esperado: a consulta com o médico.

Quando chegamos ao posto com algum problema, primeiro passamos pela recepção, que define se vamos passar com o enfermeiro. Este, por sua vez, vai escutar nosso problema e decidir se passamos pelo médico ou não. Muitas vezes, o enfermeiro conversa com o médico que nem nos examina e já passa o remédio, ou manda pro pronto socorro ou marca uma consulta. Esse é o modo como funciona o acolhimento, mas quando o caso é grave chamam o médico. (narrativa de usuários).

No posto, não gostamos deste negócio de ficha ou senha, é muito número e burocracia, é número pra isso, número pra aquilo; você chega pra medir pressão e tem que ficar 3 horas esperando. Imagina quem mede 3 vezes ao dia, fica o dia todo no posto. A gente acha que é rápido, 30 minutos, mas demora; pra pegar remédio é a mesma coisa (...). (narrativa de usuários).

Marques e Lima (2007) também apontam a burocratização das ações e procedimentos na atenção primária, afirmando que muitas vezes se perde a noção das necessidades da pessoa (cidadão), das potencialidades do sistema e da possibilidade de formação de redes de atendimento.

Em alguns grupos, os usuários referem chegar ainda de madrugada no serviço para garantir uma senha de atendimento. No entanto, nem sempre conseguem uma consulta médica, ou mesmo um 'acolhimento' inicial às suas queixas.

Temos que chegar de madrugada, por que às 7h já não tem mais senha. E mesmo com a senha, na maioria das vezes somos atendidos depois das 10h. À tarde, é praticamente impossível conversar com alguém do posto, caso a gente tenha algum problema de saúde e não tenha consulta agendada. Acharmos que todo mundo que chega ao posto de saúde, seja às 4 horas da manhã ou ao meio dia, tem que ser atendido, pelo menos pelo acolhimento de um auxiliar de enfermagem. (narrativa de usuários).

Na visão dos usuários, a super-regulação do acesso à consulta médica feita pelos profissionais da enfermagem, aliada à impressão pessoal de que o seu problema de saúde seja urgente, faz com que busquem outra maneira de resolver seus problemas, preferindo buscar atendimento na urgência ou no nível secundário:

Só quando é consulta a gente acompanha lá no posto. Se for coisa simples a enfermeira mesmo resolve. Ela faz a consulta, conversa, faz as anotações na ficha. Se ela não puder resolver, ou ela fala com o médico e ele dá a receita, ou o médico vem te atender. Funcionário, até que tem bastante no posto. O que falta é médico. Quando a gente precisa de alguma coisa mais urgente, é melhor ir direto no hospital, porque chega lá no posto eles querem te passar com a enfermeira, aí joga para um, joga para outro, até que a enfermeira diz que vai te fazer a receita. Mas cadê o médico? Nem conversar com ele ela conversou... Como é que pode atendimento assim? Não é que o posto rejeite paciente, mas se um exame complicou eles vão te mandar para qualquer outro canto, porque geralmente coisas complicadas têm que resolver fora. E também tem uma ordem: primeiro você tem que chegar no seu posto de saúde, só depois você é encaminhado. (narrativa de usuários) .

Tal postura dos usuários, com certeza, contribui para o excesso de demanda dos prontos-socorros, que deveriam dedicar-se ao atendimento das urgências/emergências. No entanto, parece presumível que, diante das dificuldades de acesso aos serviços da Atenção Básica, os usuários tentem outras formas para conseguir atendimento. A cultura de procurar os hospitais para atendimento de casos que deveriam ser resolvidos pela Atenção Básica não é uma questão inerente ou exclusiva do sistema de saúde brasileiro. Estudos (LEGA; MENGONI, 2008; STEEL, 1995) apontam que essa situação é frequente, sendo difícil reverter essa tendência. Lega e Mengoni (2008) apostam que talvez fosse necessário potencializar algumas características próprias da APS (como o vínculo, a longitudinalidade da atenção), a fim de incentivar as pessoas a procurarem os médicos de família. a coordenação de casos pela APS poderia estreitar as relações com o nível secundário, viabilizando acesso mais rápido a exames e procedimentos diagnósticos. Barbosa *et al.* (2013) apontam que alguns profissionais que trabalham na APS apresentam baixa capacidade de tomar decisões e de visualizar problemas e suas possíveis soluções. Schwartz *et al.* (2010) se deparam com questões muito semelhantes e ressaltam a importância do diálogo e do acolhimento das demandas da população adscrita da ESF aproveitando esse momento para informar de maneira clara e acessível a respeito da hierarquização dos serviços de saúde, o poder de resolução da APS, a forma de organização e o cardápio de opções que o serviço tem a oferecer. Para eles, não está claro para a população o processo de descentralização da rede de serviços, havendo falta de informação e dificuldades na questão da referência e contrarreferência.

Outra questão que se destaca a partir da fala dos usuários é a referência biomédica para o próprio cuidado em saúde, que aparece quando afirmam que só os médicos poderão resolver seus problemas de

saúde. Isso também repercute na maneira como lidam com a autonomia e formas de negociação do tratamento, uma vez que delegam quase tudo ao saber médico. Tal achado também se apresenta no estudo de Coelho e Jorge (2009).

A partir dessa posição de ‘usuários/pacientes’, resignados à espera de uma resposta médica aos seus problemas de saúde, é possível entender quando eles próprios se culpam pelo mau atendimento nos serviços da Atenção Básica. Essa culpa e conformismo dos usuários pelo descaso na qualidade da assistência foram achados em outra pesquisa (TRAVERSO-YEPEZ; MORAIS, 2004).

Achamos que as pessoas que seguem direitinho as recomendações são mais bem tratadas do que as que não tomam os remédios direito, não participam de algum grupo indicado, etc. Por isso, para alguns de nós, a culpa pelo mau atendimento no posto é dos próprios pacientes, pois se fizerem o tratamento que o médico manda certinho, eles vão ficar contentes e nos atenderão bem. (narrativa de usuários).

Por outro lado, os usuários parecem reconhecer que a organização do trabalho na APS proporciona maior agilidade para os casos de maior risco e vulnerabilidade:

O padrão é fazer o exame e caso dê alterado alguém liga na casa convocando e marcando com o médico. se não der alterado você só vai saber na próxima consulta, e é sempre com o mesmo médico (narrativa de usuários).

Tem que ter paciência, o posto não é particular, é atendimento do SUS. (...) Mas o pessoal lá do posto nunca esquece do nosso endereço, da nossa casinha, vão sempre avisar do que precisa, vão na nossa casa com o maior cuidado. Demora sim, as consultas demoram. Caso urgente logo tem resposta, os outros é que vão ter que esperar. Ainda bem que nem todo mundo fica doente no mesmo dia! (narrativa de usuários)

Os usuários sabem quais são as pessoas que os atendem e demonstram conhecer o funcionamento dos serviços, referindo-se às equipes de referência divididas por regiões. Reclamam quando falta médico nas equipes de referência, sobrecarregando os médicos das outras equipes. Também referem que gostariam de poder escolher o profissional que vai atendê-los:

Às vezes temos mais empatia por um médico que atende na equipe diferente da nossa e isso é ruim, porque gostaríamos de ser atendidos por ele, pois nos sentimos melhores, mais acolhidos (narrativa de usuários).

Há o reconhecimento positivo sobre o trabalho das equipes de referência (CAMPOS, 1999): afirmam que é eficaz e contribui para a formação de vínculo entre profissionais e usuários. No entanto, seria necessário pensar modelos de organização com maior flexibilidade na atribuição dessas referências, levando-se em consideração o respeito à escolha do usuário e seu desejo de querer ser atendido por determinado profissional.

Os usuários atribuem muita importância às consultas médicas e, quando as conseguem, afirmam que esperam por um bom atendimento, sobretudo por mais atenção durante as consultas:

Quando vamos à consulta com o médico, falamos sobre nossa doença. Esperamos um bom atendimento e também que nossos problemas sejam solucionados. (...) Tem médico que nem olha na cara da gente, não diz o que a gente tem e já passa remédio. Tem médico que é uma delicadeza: conversa, escuta, é assim muito amigo, conversa de outro assunto, tem um diálogo. Não está ali como um robô, só para te dizer: “olha, você está isso e aquilo, precisa parar de comer isso e tchau, acabou sua consulta”. Eles têm que ser mais prestativos. Têm que nos escutar e perguntar (...). E mesmo assim, ele pode perguntar de tudo, mas eu só vou falar sobre o que eu quiser falar com ele. Para a gente se abrir, vai depender do médico, não é com qualquer

médico que a gente fala. você não vai se abrindo só porque ele é médico. tem que ter confiança... (narrativa de usuários).

Barbosa *et al.* (2013) destacam a importância da escuta e do diálogo entre o sujeito demandante e o profissional de saúde, pois esse diálogo possibilitaria que a intersubjetividade entrasse em ação ajudando a combater as práticas de fragmentação da assistência e objetivação dos sujeitos, concretizadas em ações mecanizadas e desumanas. Apontam que apesar dos profissionais demonstrarem afinidades com o trabalho executado, revelam pouca sensibilidade com relação às necessidades reais da comunidade e identificação dos verdadeiros problemas, o que permitiria uma transformação no sentido de melhorar o acesso e o cuidado da população. A relação usuário-profissional deveria estar baseada na mudança de paradigma, isto é, encampar os princípios da saúde coletiva, tendo como foco a saúde e não a doença.

Percebemos diferenças entre as narrativas dos grupos de usuários sem história de participação na gestão e narrativa do grupo de usuários que desempenhavam função de conselheiros de saúde. Ocorreram diferenças em relação à avaliação dos serviços pesquisados, principalmente no tocante ao acesso, à qualidade do atendimento e à resolução dos problemas de saúde da população.

Os problemas relatados pelos usuários dos três grupos não eram enfrentados pelos usuários conselheiros, que disseram não sentir dificuldades em conseguir uma consulta médica. Os usuários conselheiros afirmaram estar satisfeitos em relação ao atendimento de suas necessidades. Alegavam, todavia, não possuir nenhuma regalia no acesso aos serviços pelo fato de desempenharem tal função de representação social. Demonstraram conhecer o funcionamento dos serviços e os fluxos de encaminhamentos:

Quando precisamos de atendimento procuramos primeiro o posto de saúde, pois se formos no

P.S. sabemos que eles irão exigir um documento comprovando nossa passagem primeiro pelo posto. Somos encaminhados quando precisamos de consulta de um especialista, ou mesmo quando precisamos fazer um exame mais específico. Achamos que os postos que frequentamos dão o atendimento necessário para a população. É claro que problemas sempre existem e são 'normais', como falta de remédios e de médicos. A população também nunca se contenta com o que tem, sempre reclama de alguma coisa, mas a gente vê o esforço das coordenadoras para conseguir melhorias, completar as equipes e sempre procuramos levar isso para a população. Para nós o atendimento é muito bom. (narrativa de usuários, conselheiros).

Chama atenção a facilidade com a qual 'normalizam' as faltas e a sua solícita compreensão com os problemas da gestão e, por outro lado, culpam a população. Sanchez e Ciconelli (2012) apontam alguns estudos que demonstram que o nível educacional, a bagagem cultural, as crenças e a relação do indivíduo com o sistema de saúde definirão a liberdade e o modo de utilização dos serviços de saúde, o que se traduz em melhores ou piores condições de acesso. McIntyre e Mooney (2007) afirmam que o tipo de informação que o profissional de saúde e o usuário possuem é um importante determinante da qualidade da interação entre o sistema de saúde e o indivíduo.

Os usuários conselheiros afirmam que a maioria das queixas que recebem é em relação à demora pelo atendimento na UBS, demora em conseguir consulta com especialistas e também para realização de exames. Concordam que esses pontos deveriam ser melhorados e dizem lutar por isso. Afirmam que essa demora tem a ver com a falta de profissionais (principalmente de médicos) nas UBS. Outro problema levantado pelos conselheiros refere-se à continuidade do tratamento, pois alegam que muitas pessoas ficam à deriva, sem referência alguma quando um profissional sai do serviço, prejudicando sobremaneira as pessoas que

sofrem de doenças crônicas e que necessitam de acompanhamento sistemático.

Os usuários conselheiros dizem que é muito difícil a população participar das reuniões do Conselho Local de Saúde, mesmo utilizando recursos como convites, cartas e agendamento prévio. No entanto, sentem que representam as necessidades da população, referindo orientar as pessoas, fiscalizar o dia a dia dos serviços e acompanhar o andamento das reclamações.

Por outro lado, foi recorrente a fala de usuários nos três outros grupos focais dizendo que não se sentem representados pelos seus pares conselheiros, muitos nem sabem quem são as pessoas que ocupam esse lugar. Acham o Conselho lento e burocrático e dizem que quando querem reclamar procuram o coordenador do serviço ou a ouvidoria da prefeitura. No entanto, também não sentem que seus problemas sejam ouvidos, alegando que: *“quando a gente queixa, eles [coordenadores] podem fazer o que quiser conosco”* (narrativa de usuários).

Martins *et al.* (2008) identificam uma série de problemas na questão da participação social e da representatividade dos conselhos, na medida em que muitas vezes acontecem ingerências políticas na escolha de conselheiros, o que levam estes a não representar verdadeiramente os interesses dos cidadãos comuns. Apontam também o fato de os conselhos serem pouco conhecidos e seu trabalho pouco divulgado. A maioria da população desconhece os objetivos, as funções e a atuação do conselho, o que produz um distanciamento e não participação nas decisões. Essa situação induziria os gestores e autoridades públicas a desqualificarem o papel dos conselheiros, assumindo o controle das atividades e transformando o conselho em instâncias meramente homologatórias das decisões do gestor, não potencializando o conselho como dispositivo de alteração das relações de poder entre sociedade e Estado.

Conclusão

Um problema crônico do SUS está ligado à inadequada política de pessoal em geral e à falta de profissionais médicos em particular. A definição em manter a porta aberta para quem chega com demandas na APS não deve ser confundida, necessariamente, com garantia de acesso. O acesso estaria ligado à obtenção de determinado tipo de ação que seja resolutive para o tipo de problema de saúde do usuário. As dificuldades para marcação de consultas com alguns especialistas e a demora na realização de alguns exames criam uma descrença no papel ordenador da APS e acabam servindo como alibi para as tentativas de deslocar a APS como porta de entrada do SUS. Concebemos acesso como acesso ao sistema de saúde nos seus diversos níveis de atenção.

Nas narrativas dos usuários, percebe-se que não está consolidada a incorporação do modelo proposto pela ESF. Identifica-se uma oscilação entre demandas muito centradas no paradigma biomédico, cujas ações exigidas são curativas e sempre centradas na figura do médico e outras demandas que revelam a incorporação de um modelo ligado à proposta da saúde coletiva, que considera a prevenção. Percebe-se ainda que, para muitos usuários, o acesso ao sistema de saúde é sinônimo de acesso ao profissional médico, sendo que as diversas ações realizadas antes desse contato são entendidas como formas de triagem, de represamento da demanda com relação a um tipo de profissional que é escasso. A ESF tenta contrapor essa lógica ainda dominante, inserindo na equipe multiprofissional aspectos preventivos e de promoção à saúde, além de uma relação humanizada, valorizando o vínculo entre profissionais e população.

É possível que a mudança de compreensão por parte da população, a respeito da importância das diversas ‘clínicas’ na área da saúde e da necessidade do estabelecimento de fluxos e regulações, possa melhorar por meio de uma atividade pedagógica

desenvolvida pela própria equipe no sentido de apresentar para os usuários evidências de eficácia de práticas que se contraponham a lógica biomédica. Como já foi apontada, a questão da informação do usuário poderia ser pensada como uma estratégia contínua de transformação da lógica do sistema. Percebe-se a necessidade de trocas e diálogos entre os profissionais — que são portadores de saberes técnico-científicos — e a população, de modo que possa ser construído de forma compartilhada um conceito sobre o processo saúde-doença. Barbosa *et al.* (2013) identificam a necessidade de que esse contato não seja baseado numa relação de poder autoritária onde haja imposição e persuasão pela autoridade do profissional, mas, ao contrário, seja uma relação dialógica em que haja espaço para uma verdadeira troca, possibilitando a construção de novos sentidos, significados individuais e coletivos sobre o processo ‘saúde-doença-cuidado’.

O estudo sugere, porém, alguns aspectos que podem explicar as críticas apresentadas aos serviços da APS pela população. Nenhum sistema universal do mundo funciona sem garantir, com agilidade, o acesso ao médico generalista. Discussões sobre a ampliação e qualificação da clínica não deveriam ofuscar esse grave entrave do sistema brasileiro. A adscrição de usuários realizada em base territorial, como estimula a ESF, também poderia ser flexibilizada. Os usuários se manifestaram claramente contra a impossibilidade de escolher o seu médico e sua equipe em particular. Outros sistemas universais operam também com a lógica da adscrição, porém liberam os seus usuários para se cadastrar onde e com quem preferirem e aceitam mudanças com certa periodicidade. A longitudinalidade (e, portanto, a construção de vínculo) mostrou-se fragilizada pela não fixação dos profissionais. O recurso ao acolhimento, inicialmente pensado para humanizar o primeiro contato com os usuários e para qualificar a avaliação de risco, transformou-se em mais uma barreira

para os usuários, como demonstrado neste estudo. Essa constatação confirma diversos outros estudos sobre a questão do acolhimento (GOMES; PINHEIRO, 2005; RAMOS; LIMA, 2003; SCHIMITH; LIMA, 2004; SOUZA *ET AL.*, 2008).

Percebeu-se uma distância entre as opiniões do GF dos usuários participantes dos CLS e os usuários dos demais GF. Quando se construiu a proposta da pesquisa, pensou-se em formar um GF com conselheiros para identificar a postura desse grupo, pois tinha-se como hipótese que ele seria mais esclarecido e mais crítico, haja vista o engajamento político e a proximidade maior com os profissionais, com a lógica de funcionamento da UBS e do SUS. No entanto, algumas falas dos usuários conselheiros surpreenderam a equipe de pesquisa. Apesar da participação no GF confirmar que os conselheiros conheciam mais profundamente a estrutura de funcionamento da unidade e esse conhecimento propicia, inclusive, maior condição de acesso ao sistema, algumas de suas falas revelaram um descolamento com relação ao fato de continuarem a ser usuários do sistema e uma identificação com o discurso de uma parcela dos profissionais dos serviços que culpam a própria população pela dificuldade de acesso. A falta de educação do povo e certa desorganização impediriam que os usuários ‘obedecessem’ as regras do serviço. Percebe-se uma retórica que, de certa maneira, justifica a postura ‘obediente’ frente aos trabalhadores da saúde e particularmente aos médicos e que aponta para a necessidade de se trabalhar muito ainda em termos de consciência sobre os direitos cidadãos na população brasileira. Chama atenção esse achado em se tratando de uma grande cidade da região sudeste do país, com uma tradição de rede de serviços consolidada, o que faz pensar que a situação em regiões desfavorecidas possa ser ainda mais grave.

Ponto forte: Este estudo trouxe à tona as reflexões e pensamentos da população usuária sobre o acesso possível em UBS de uma grande cidade de forma crítica superando a mera

categoria de 'satisfação' dos usuários. A relativa complacência com que esses usuários se declaram em relação às dificuldades de acesso e continuidade da atenção faz-nos refletir sobre a fragilidade da categoria satisfação de usuários para estudos da realidade brasileira.

Possível viés: O convite aos membros do grupo de usuários conselheiros pela gestão das UBS pode ter influenciado as declarações destes usuários conselheiros, excessivamente empáticos com os problemas da gestão. ■

Referências

- ASSIS, M. M. A.; JESUS, W. L. A. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Ciênc Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2865-2875, 2012.
- BARBOSA S. P. et al. Ótica dos profissionais de saúde sobre o acesso à atenção primária à saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 8, p. 2347-2357, 2013.
- BEZERRA, R. C. R. *Modelo de impacto do PSF em resultados de saúde*. Tucson, 2004. ms.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. 4. ed. Brasília, DF: MS, 2007.
- CAMPOS, G. W. S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 393-403, 1999.
- . *Saúde paidéia*. São Paulo: Hucitec, 2003.
- CAMPOS, G. W. D. S.; CHAKOUR, M.; SANTOS, R. D. C. Análise crítica sobre especialidades médicas e estratégias para integrá-las ao Sistema Único de Saúde (SUS). *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 141-144, 1997.
- CECCIM, R. B. A emergência da educação e ensino da saúde: interseções e intersectorialidades. *Revista Ciência & Saúde*, Porto Alegre, v. 1, n. 1, p. 9-23, jan./jun. 2008.
- COELHO, M. O.; JORGE, M. S. B. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. *Ciênc Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, suppl. 1, p. 1523-1531, 2009.
- FURTADO, J. P.; CAMPOS, R. O. Participação, produção de conhecimento e pesquisa avaliativa: a inserção de diferentes atores em uma investigação em saúde mental. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 11, p. 2671-2680, 2008.
- GADAMER, H. G. *Verdade e método: traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica*. Petrópolis: Vozes, 2007.
- GIOVANELLA, L.; FLEURY, S. Universalidade da Atenção à Saúde: acesso como categoria de análise. In: EIBENSCHUTZ, C. (Org). *Política de Saúde: o público e o privado*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1995. p. 177-198.
- GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA, L.; S. E., LOBATO, L.V.C.; NORONHA, J.C.; CARVALHO, A.I. (Org.) (Ed.). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 575-625.

- GOMES, M. C. P. A.; PINHEIRO, R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 9, n. 17, p. 287-301, 2005.
- GONDIM, S. M. G. Grupos focais como técnica de investigação qualitativa: desafios metodológicos. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, Ribeirão Preto, v. 12, n. 24, p. 149-161, 2002.
- GUBA, E. G.; LINCOLN, Y. S. *Fourth generation evaluation*. Thousand Oaks: Sage Publications, 1989.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Estimativas de população: estimativas para 1º de julho de 2006*. Rio de Janeiro; 2006 Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2006/estimativa.shtm>>. Acesso em: 14 set. 2011.
- INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). *Sistema de indicadores de percepção social*. Brasília, DF: Ipea, 2011.
- JESUS, W. L. A.; ASSIS, M. M. A. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. *Cienc Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 161-170, 2010.
- LEGA, F.; MENGONI, A. Why non-urgent patients choose emergency over primary care services? Empirical evidence and managerial implications. *Health Policy*, New York, v. 88, n. 2-3, p. 326-38, Dec 2008.
- MACINKO, J. et al. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. *J Epidemiol Community Health*, Londres, v. 60, n. 1, p. 13-19, jan 2006.
- MARQUES, G. Q. LIMA, M. A. D. S. Demandas de usuários a um serviço de pronto atendimento e seu acolhimento ao sistema de saúde. *Rev Latino-am Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 15, n. 1, p. 13-19, 2007.
- MARTINS, P. C. et al. Conselhos de saúde e a participação social no Brasil: matizes da utopia. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 105-121, 2008.
- MENDES, E. V. *As redes de atenção a saúde*. Brasília, DF: OPAS, 2011.
- MCINTYRE, D.; MOONEY, G. (Ed). *The economics of health equity*. New York: Cambridge University, 2007.
- MIRANDA L., F. M. D., FERRER A.L., ONOCKO CAMPOS R. Dos grupos focais aos grupos focais narrativos: uma descoberta no caminho da pesquisa. In: ONOCKO-CAMPOS, R.; FURTADO, J.P.; PASSOS, E.; BENEVIDES, R. (Org.). *Pesquisa avaliativa em saúde mental: desenho participativo e efeitos da narrativa*. São Paulo: Hucitec, 2008. p. 249-277.
- ONOCKO CAMPOS, R. O encontro trabalhador-usuário na atenção à saúde: uma contribuição da narrativa psicanalítica ao tema do sujeito na saúde coletiva. *Cienc Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 573-583, 2005.
- ONOCKO-CAMPOS, R. T. et al. Avaliação de estratégias inovadoras na organização da Atenção Primária à Saúde. *Rev Saude Publica*, São Paulo, v. 46, n. 1, p. 43-50, 2012.
- ONOCKO CAMPOS, R. T.; FURTADO, J. P. Narrativas: utilização na pesquisa qualitativa em saúde. *Rev Saude Publica*, Rio de Janeiro, v. 42, n. 6, p. 1090-1096, 2008.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). *Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde Alma-Ata*. 6-12 de setembro de 1978. URSS. <<http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>>. Acesso em: 14 abr. 2014.
- RAMOS, D. D.; LIMA, M. A. Health care access and receptivity to users in a unit in Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 27-34, 2003.
- RICOEUR, P. *Interpretação e ideologias*. Tradução de Hilton Japiassu. Rio de Janeiro: Francisco Alves Editora, 1990.
- SANCHEZ, R. M.; CICONELLI, R. M. Conceitos de acesso à saúde. *Rev Panam Salud Publica*, Washington, DC, v. 31, n. 3, p. 260-268, 2012.
- SCHIMITH, M. D.; LIMA, M. A. Receptiveness and links to clients in a Family Health Program team. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1487-94, 2004.
- SCHWARTZ, T. D. et al. Estratégia Saúde da Família: avaliando o acesso ao SUS a partir da percepção dos usuários da Unidade de Saúde de Resistência, na região de São Pedro, no município de Vitória (ES). *Cienc Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 2145-2154, 2010.

SOUZA, E. C. F. D. et al. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, suppl. 1, p. s100-s110, 2008.

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

STEEL, J. Inappropriate--the patient or the service? *Accid Emerg Nurs*, New York, v. 3, n. 3, p. 146-149, 1995.

TAKEMOTO, M. L.; SILVA, E. M. Receptiveness and changes in the nursing work process in healthcare units in Campinas, Sao Paulo, Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 331-40, 2007.

TEIXEIRA, R. Acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: PINHEIRO R, M. R. O. (Ed.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2003. p.89-111.

TESSER, C. D.; POLI NETO, P.; CAMPOS, G. W. User embracement and social (de)medicalization: a challenge for the family health teams. *Cienc Saude Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, suppl 3, p. 3615-3624, 2010.

TRAVASSOS, C. MARTINS, M. Acesso e utilização de serviços de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, suppl. 2, p. S190-S198, 2004.

TRAVERSO-YEPEZ, M.; MORAIS, N. A. Demanding respect for the subjectivity of public health system clients: towards humanization of health care. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 80-88, 2004.

Recebido para publicação em abril de 2013

Versão final em agosto de 2014

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Programa de Pesquisa em Políticas Públicas do Sistema Único de Saúde, através do convênio entre a FAPESP, CNPq e SUS. Processo nº 61411-4.