FABIO LUÍS GIORDANI

**Avaliação da percepção sobre acesso aos serviços de saúde nas unidades de
saúde USF Paranapiacaba, US Vila Helena e CEO Vila Guilherme**

São Paulo
2016

FABIO LUÍS GIORDANI

**Avaliação da percepção sobre o acesso aos serviços de saúde nas Unidades
de Saúde USF Paranapiacaba, US Vila Helena e CEO Vila Guilherme**

Versão Corrigida

Dissertação apresentada à Faculdade de
Odontologia da Universidade de São Paulo -
Programa de Mestrado Profissional
Interunidades - Formação Interdisciplinar em
Saúde para obter do título de Mestre em
Ciências da Saúde

Área de concentração: Ciências da Saúde

Orientador: Prof. Dr. Antônio Carlos Frias

São Paulo
2016

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo-na-Publicação
Serviço de Documentação Odontológica
Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo

Giordani, Fabio Luís.

Avaliação da percepção sobre o acesso aos serviços de saúde nas Unidades de Saúde USF Paranapiacaba, US Vila Helena e CEO Vila Guilherme / Fabio Luís Giordani ; orientador Antônio Carlos Frias. -- São Paulo, 2016.

118 p. : tab., quadro.; 30 cm.

Dissertação (Mestrado Profissional) -- Programa de Pós-Graduação Interunidades Formação Interdisciplinar em Saúde. Área de concentração: Ciências da Saúde. -- Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo.

Versão corrigida

1. Atenção primária à Saúde. 2. Acesso aos Serviços de Saúde. 3. Acolhimento.
I. Frias, Antônio Carlos. II. Título.

Giordani FL. Avaliação da percepção sobre o acesso aos serviços de saúde nas unidades de saúde USF Paranapiacaba, US Vila Helena e CEO Vila Guilherme
Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo para obter o título de Mestre do Programa Mestrado Profissional Interunidades Formação Interdisciplinar em Saúde.

Aprovado em: / /2016

Banca Examinadora

Prof(a). Dr(a). _____

Instituição: _____ Julgamento: _____

Prof(a). Dr(a). _____

Instituição: _____ Julgamento: _____

Prof(a). Dr(a). _____

Instituição: _____ Julgamento: _____

***À memória de meus pais Ert e Ariete Giordani,
que mesmo não se encontrando mais aqui sei
que estão torcendo por mim.***

***À minha tia, Lea Giordani, pessoa
amável, maravilhosa e de caráter
extraordinário.***

***Aos meus filhos Lucas e André, eis a razão na qual
vivo.***

***À minha esposa Elisa, parceira
inestimável, sempre presente nas
horas mais difíceis e que muito
incentivou.***

AGRADECIMENTOS

Ao querido Prof. Dr. *Antonio Carlos Frias*, pelo incentivo, constante apoio e cujo inestimável conhecimento tornou viável essa empreitada chamada Mestrado Profissional.

À Profª Drª *Julie Silveira Martins* por sua colaboração precisa e pontual orientação.

À Profª Drª *Maria Ercília de Araújo*, a minha mais profunda gratidão por seu inestimável auxílio para que eu pudesse concluir esse Mestrado Profissional.

À diretora do Departamento de Assistência à Saúde da Prefeitura Municipal de Santo André *Noêmia Conceição Gil*, que viabilizou esse trabalho.

À Coordenadora de Saúde Bucal da Prefeitura Municipal de Santo André *Leila Aparecida Cheachire* pela profunda amizade, respeito e força.

Aos colegas da Unidade de Saúde da Família de Paranapiacaba pela disposição e ajuda empenhada em todos os momentos.

O conhecimento torna a alma jovem e diminui a amargura da velhice. Colhe, pois, a sabedoria. Armazena suavidade para o amanhã.

Leonardo da Vinci

RESUMO

Giordani FL. Avaliação da percepção sobre acesso nas unidades de saúde USF Paranapiacaba, US Vila Helena e CEO Vila Guilherme [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia; 2016. Versão Corrigida.

A busca por um serviço adequado às necessidades dos usuários, com qualidade, resolutivo e capaz de estabelecer um novo processo de trabalho centrado no usuário gerou um dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) caracterizado pelo acesso universal, onde a utilização dos serviços de saúde representa o centro do funcionamento dos sistemas de saúde. Este estudo do tipo quali-quantitativo, tem por objetivo analisar o acesso aos serviços e o que ele representa em relação ao Sistema Único de Saúde (SUS). Procurou-se destacar as dificuldades e os possíveis meios facilitadores para sua prática diária na perspectiva de profissionais de saúde e usuários em três unidades de saúde, com diferentes estratégias de atendimento. Foram aplicados questionários com perguntas fechadas semiestruturadas e abertas, cujos resultados foram submetidos à análise quantitativa, pela técnica descritiva de análise de frequência, e análise qualitativa pela técnica da análise do conteúdo. Durante a aplicação dessa modalidade qualitativa de pesquisa aplicada aos profissionais surgiu uma categoria: *Qualificação do acesso, meios inclusivos e meios excludentes*. Em relação aos usuários as categorias emergentes foram as que constituem as dimensões do acesso sistematizado por Fekete: *geográfica, organizacional (obstáculos na entrada e pós-entrada), sociocultural e econômica*. Os resultados encontrados foram os seguintes: Para os profissionais foi garantir o acesso aos serviços com qualidade. Essa pesquisa demonstrou que a falta de informação é um obstáculo para os usuários acessarem os serviços de saúde. Verificou-se também a dificuldade que usuários possuem em acessar os serviços especializados. Notou-se a importância do acolhimento e o estabelecimento de vínculo entre profissionais e usuários para um melhor atendimento.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Acesso aos Serviços de Saúde. Acolhimento.

ABSTRACT

Giordani FL. Evaluation of perception of access in health facilities USF Paranapiacaba, US Vila Helena and CEO Vila Guilherme [dissertation]. Sao Paulo: University of Sao Paulo, School of Dentistry; 2016. Corrected version.

The search for an adequate service to the needs of users with quality, resolute and able to establish a new work process focused on user generated one of the principles of the Unified Health System (SUS) characterized by universal access, where the use of service health is the center of the functioning of health systems. This study of qualitative and quantitative, aims to analyze access to services and what it represents in relation to the Unified Health System (SUS). Sought to highlight the difficulties and possible facilitators means for their daily practice from the perspective of health professionals and patients in three health units with different strategies of care. Questionnaires were applied with semi-structured questions closed and open, the results were subjected to quantitative analysis by descriptive technique of frequency analysis, qualitative analysis and the analysis of the technical content. During the application of qualitative research method applied to professional came a category: Access Qualification, inclusive and exclusive media means. Regarding users emerging categories were those which constitute the dimensions of access systematized by Fekete: *geographic, organizational (obstacles in the entry and post-entry), socio-cultural and economic*. The results were as follows: For professionals was to ensure access to quality services. This research has shown that lack of information is an obstacle for users to access health services. There was also the difficulty that users have in accessing specialized services. It was noted the importance of acceptance and the establishment of relationship between professionals and users to a better care.

Keywords: Primary Health Care. Access to Health. Services. Reception.

LISTA DE TABELAS

Quadro 5.1- Respostas dos profissionais referente à pesquisa sobre a percepção do acesso aos serviços de saúde no CEO Vila Maria/Vila Guilherme, US Vila Helena e USF Paranapiacaba, 2015.....	49
Quadro 5.2- Respostas dos profissionais sobre a qualidade dos serviços referente à pesquisa sobre a percepção do acesso aos serviços de saúde no CEO Vila Maria/Vila Guilherme, US Vila Helena e USF Paranapiacaba, 2015.....	51
Quadro 5.3- Respostas dos usuários referente à pesquisa sobre a percepção do acesso aos serviços de saúde no CEO Vila Maria/Vila Guilherme, US Vila Helena e USF Paranapiacaba, 2015.....	53
Quadro 5.4- Respostas dos usuários referente à pesquisa sobre a percepção do acesso aos serviços de saúde no CEO Vila Maria/Vila Guilherme, US Vila Helena e USF Paranapiacaba, 2015.....	55
Quadro 5.5- Respostas dos usuários referente à pesquisa sobre a percepção do acesso aos serviços de saúde no CEO Vila Maria/Vila Guilherme, US Vila Helena e USF Paranapiacaba, 2015.....	60
Tabela 5.1- Distribuição da frequência das respostas dos profissionais entrevistados nas unidades participantes da pesquisa de acordo com o cargo exercido. CEO Vila Maria/Vila Guilherme, US Vila Helena e USF Paranapiacaba, 2015.....	64
Tabela 5.2- Distribuição da nas unidades participantes da pesquisa a respeito da atuação do conselho gestor na melhoria do atendimento dos serviços de saúde CEO Vila Maria/Vila Guilherme, US Vila Helena e USF Paranapiacaba, 2015frequência das respostas dos profissionais entrevistados em relação ao que pode dificultar o acesso do usuário nas unidades participantes CEO Vila Maria/Vila Guilherme, US Vila Helena e USF Paranapiacaba, 2015.....	64
Tabela 5.3- Distribuição dos profissionais entrevistados nas unidades participantes da pesquisa sobre quais ações podem facilitar o acesso dos usuários às unidades CEO Vila Maria/Vila Guilherme, US Vila Helena e USF Paranapiacaba, 2015.....	65
Tabela 5.4- Distribuição da frequência das respostas dos profissionais entrevistados nas unidades participantes da pesquisa a respeito da atuação do conselho gestor na melhoria do atendimento dos serviços de saúde. CEO Vila Maria/Vila Guilherme, US Vila Helena e USF Paranapiacaba, 2015.....	66

Tabela 5.5-	Distribuição da frequência das respostas dos profissionais entrevistados nas unidades participantes da pesquisa de acordo com sua percepção em relação á qualidade dos serviços prestados no CEO Vila Maria/Vila Guilherme, US Vila Helena e USF Paranapiacaba, 2015.....	66
Tabela 5.6-	Distribuição da frequência das respostas dos profissionais participantes em relação às categorias da análise caso fosse usuário dos serviços de saúde no CEO Vila Maria/Vila Guilherme, US Vila Helena e USF Paranapiacaba, 2015.....	67
Tabela 5.7-	Distribuição da frequência das respostas dos usuários entrevistados nas unidades CEO Vila Guilherme, US Vila Helena e USF Paranapiacaba de acordo com as faixas etárias, 2015.....	69
Tabela 5.8-	Distribuição da frequência das respostas de usuários entrevistados de acordo com o tempo de utilização em meses dos serviços de saúde do CEO Vila Guilherme, US Vila Helena e USF Paranapiacaba, 2015....	70
Tabela 5.9-	Distribuição da frequência das respostas de usuários entrevistados de acordo com a frequência de utilização dos serviços de saúde do CEO Vila Guilherme, US Vila Helena e USF Paranapiacaba, 2015.....	71
Tabela 5.10-	Distribuição da frequência das respostas de usuários entrevistados de acordo com os serviços de saúde mais utilizados no CEO Vila Guilherme, US Vila Helena e USF Paranapiacaba, 2015.....	71
Tabela 5.11-	Distribuição da frequência de respostas de usuários entrevistados de acordo com a sua percepção em relação à proximidade com os profissionais como facilitador do acesso no CEO Vila Guilherme, US Vila Helena e USF Paranapiacaba, 2015.....	72
Tabela 5.12-	Distribuição da frequência de respostas de usuários entrevistados de acordo com a percepção dos usuários em relação à estruturação dos serviços de saúde na unidade no CEO Vila Guilherme, US Vila Helena e USF Paranapiacaba, 2015.....	73
Tabela 5.13-	Distribuição da frequência de respostas de usuários entrevistados de acordo com a percepção dos usuários em relação à quantidade de profissionais na unidade no CEO Vila Guilherme, US Vila Helena e USF Paranapiacaba, 2015.....	74

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
ASB	Auxiliar de Saúde Bucal
AUX. de ENFERM.	Auxiliar de enfermagem
CIR. DENTISTA	Cirurgião Dentista
AMA	Assistência Médica Ambulatorial
AMA-E	Assistência Médica Ambulatorial de Especialidades
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
EMEIEF	Escola Municipal de Ensino Infantil e Ensino Fundamental
ESF	Estratégia de Saúde da Família
OSS	Organização Social de Saúde
PA	Unidade de Saúde da Família de Paranapiacaba
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio
QUAL	Qualidade
US	Unidade de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família
URSI	Unidade de Referência em Saúde do Idoso
VH	Unidade Básica de Saúde Vila Helena
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 REVISÃO DA LITERATURA	17
2.1 ACESSO UNIVERSAL	17
2.2 ACESSIBILIDADE	26
2.3 BARREIRAS AO ACESSO	28
2.3.1 DIMENSÃO GEOGRÁFICA DO ACESSO	29
2.3.2 OBSTÁCULOS NA ENTRADA	30
2.3.3 OBSTÁCULOS PÓS-ENTRADA	31
2.3.4 DIMENSÃO SOCIOCULTURAL	32
2.3.5 DIMENSÃO ECONÔMICA	34
2.4 ACOLHIMENTO E VÍNCULO	35
3 PROPOSIÇÃO	42
4 MATERIAIS E MÉTODOS	43
4.1 CENÁRIOS DE ESTUDO	44
4.1.1 UNIDADE DE SAÚDE DE PARANAPIACABA	44
4.1.2 UNIDADE DE SAÚDE VILA HELENA	45
4.1.3 CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS VILA GUILHERME	45
5 RESULTADOS	47
5.1 PROFISSIONAIS	62
5.2 USUÁRIOS	66
6 DISCUSSÃO	71
6.1 ANÁLISE TEMÁTICA DO CONTEÚDO	71
6.2 PROFISSIONAIS	71
6.3 A QUALIFICAÇÃO DO ACESSO	72
6.3.1 MEIOS EXCLUDENTES	75
6.3.2 MEIOS INCLUSIVOS	76
6.4 USUÁRIOS	81
6.4.1 DIMENSÕES ECONÔMICA	81
6.4.2 DIMENSÃO ORGANIZACIONAL	83
6.4.3 DIMENSÃO SOCIOCULTURAL	84

6.4.4DIMENSÃO GEOGRÁFICA.....	85
7 CONCLUSÕES	93
REFERÊNCIAS.....	95
ANEXOS	108

1 INTRODUÇÃO

Em 1978, na cidade de Alma-Ata, realizou-se a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde onde se estabeleceu uma meta para atingir o maior nível de saúde possível até o ano 2000, baseadas na Atenção Primária em Saúde (APS), caracterizada por ações de prevenção, de promoção e ações integradas de saúde, sendo assim, o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde (Starfield, 2004).

As várias mudanças ocorridas nos anos 1970, incorporou a noção de direito e a prática da cidadania resultante da luta dos movimentos sociais culminando em 1988 com a promulgação da Carta Magna que estabeleceu que a saúde é dever do Estado e um direito de todos (Brasil, 1988).

Por meio dessa nova visão, buscou-se por soluções concretas e eficazes para a resolução dos problemas de saúde da população, destacando-se dois fatores que se influenciam mutuamente, a organização de políticas públicas com distribuição de renda e a garantia de acesso a serviços com ações integrais de saúde (Bastos, 1998; Jesus; Assis, 2010).

A cobertura universal dos serviços de saúde é a garantia para indivíduos acessarem os serviços de saúde através de um sistema equitativo, com uma rede hierarquizada onde a porta de entrada para a utilização desses serviços fique próxima da moradia, do trabalho ou da escola e que a acessibilidade aos serviços esteja intimamente ligada à melhoria das condições de vida (Ramos; Lima, 2003; Travassos et al., 2006).

Para que essas ações se tornassem efetivas foram necessárias várias transformações, culminando com um novo modelo de atenção à saúde rompendo com o antigo paradigma de que saúde é apenas ausência de doenças.

Com a implantação da Estratégia de Saúde da Família procurou-se consolidar um novo modelo de reorientação das práticas da atenção à saúde e do trabalho dos profissionais, intervindo sobre a forma da organização dos serviços.

Essa mudança foi necessária por ainda vigorar o modelo de pronto atendimento nos serviços primários de saúde baseado na queixa-conduta e não na atenção integral ao indivíduo (Ramos; Lima, 2003; Ronzani; Silva, 2008; Schwartz et al., 2010).

O acesso universal apresenta diferentes tipos de análise e demonstram seu alto nível de pluralidade e complexidade, sendo muitas vezes, interpretado incorretamente e com pouca clareza na sua relação com o uso de serviços de saúde (Travassos; Martins, 2004).

Nesse sentido, para Hortale et al. (2000) o acesso constitui uma categoria importante para a análise dos sistemas de saúde, uma vez que revela dimensões de caráter social e político, necessárias nas formulações e implementações de políticas de saúde.

Embora existam divergências conceituais e ideológicas referente ao acesso, Travassos e Martins (2004), afirmam que existe um consenso na utilização dos serviços de saúde, pois este representa o centro do funcionamento do sistema. Predomina, portanto, a visão na qual o acesso relaciona-se com as características da oferta de serviço, ou seja, onde os serviços é a sua própria expressão.

Por abarcar conceitos abrangentes, concorda-se quanto à terminologia que a acessibilidade é preferida por aqueles que a descrevem como uma característica da oferta de serviços de saúde ou do ajuste entre a oferta e a população, seja esta uma característica geral, seja restrita à acessibilidade geográfica. Já os que optam pelo termo acesso, em geral, centram-no na entrada inicial os serviços de saúde (Andersen, 1968; Andersen; Newman, 1973; Donabedian, 1973).

Para Starfield (2004) os termos acesso e acessibilidade são usados de forma intercalada e, geralmente, ambígua. Millman (1993) definiu o acesso como o uso oportuno de serviços pessoais de saúde para alcançar os melhores resultados possíveis em saúde. A acessibilidade possibilita que as pessoas cheguem aos serviços. Ou seja, este é um aspecto da estrutura de um sistema ou unidade de necessário para se atingir a atenção ao primeiro contato.

De acordo com Matumoto (1998, p. 68) considera-se o acesso aos serviços como: “uma primeira etapa a ser vencida pelo usuário quando parte em busca da satisfação de uma necessidade de saúde”.

Essa diversidade de conceitos reflete a importância do acesso na formulação e implementação de políticas públicas e o seu potencial para mudanças na organização do SUS (Assis; Jesus, 2012).

O acesso significa muito mais que a relação simplista com a porta de entrada do sistema de saúde, configurando-se como um dispositivo transformador da realidade (Assis et al., 2010a). Ele deve ser ampliado para a compreensão de acessibilidade, que não se restringe ao uso ou não dos serviços de saúde, mas inclui a adequação dos profissionais e dos recursos tecnológicos às necessidades de saúde da população (Travassos; Martins, 2004).

Para Travassos e Martins (2004), o comportamento do indivíduo é geralmente responsável pelo primeiro contato com os serviços de saúde, e os profissionais de saúde são responsáveis pelos contatos subsequentes. Os profissionais, em grande parte, definem o tipo e a intensidade de recursos consumidos para resolver os problemas de saúde dos pacientes.

O acesso aos serviços de saúde relaciona-se com a percepção dos usuários sobre suas necessidades de saúde que se convertem em demanda e esta em uso, porém, se o financiamento das ações de saúde na atenção primária não for suficiente para atender a demanda criará uma barreira ao acesso no que diz respeito à oferta de serviços (Ojanuga; Gilbert, 1992; Coelho; Jorge, 2009).

Assim, mudanças eficazes no processo de trabalho propiciam um meio facilitador visando melhorar a qualidade do atendimento prestado pelos profissionais que compõem a equipe de saúde. Desse modo o acesso está intimamente ligado ao acolhimento, ao vínculo e a resolutividade. Isso permite às pessoas utilizarem os serviços de forma adequada, recebam uma informação, consigam uma consulta e agendem seu retorno (Ramos; Lima, 2003; Coelho; Jorge, 2009).

O grande desafio para a transformação de um sistema de saúde com acesso universal e equitativo é perceber que cada segmento social possui diferentes demandas. Sem essa percepção por parte de gestores, usuários e trabalhadores não serão possíveis realizar mudanças visando o fortalecimento do SUS para diminuir as desigualdades sociais (Jesus; Assis, 2010).

2 REVISÃO DA LITERATURA

Acessar os serviços de saúde é o elemento essencial para que o atendimento possa incidir efetivamente sobre o estado de saúde do indivíduo e da coletividade (Ramos; Lima, 2003).

2.1 Acesso Universal

O acesso à saúde associa-se às condições de vida, nutrição, habitação, poder aquisitivo e educação, englobando a acessibilidade aos serviços, que extrapola a dimensão geográfica, abrangendo também o aspecto econômico, relativo aos gastos diretos ou indiretos do usuário, o aspecto cultural envolvendo normas e técnicas adequadas aos hábitos da população e o aspecto funcional pela oferta de serviços adequados às necessidades da população (Unglert, 1995).

O acesso à saúde possibilita alcançar o trabalho e a remuneração e, por conseguinte, aproxima-se do mercado, sendo, portanto, criando um consumidor em potencial, copartícipe das definições de fluxos mercadológicos, direcionando o raciocínio das instâncias reguladoras estatais para a produção dos serviços de assistência à saúde. Então, o lema é desenvolver uma política de governo que, resguardada na teoria do modelo econômico, possibilite a criação de dispositivos para equilibrar a relação entre oferta e demanda já entendendo que a ação mercadológica privilegia essa relação na sua definição (Manhães; Costa, 2008).

As condições de acesso da população às ações e aos serviços de saúde dependem de sua proximidade com as unidades dos diferentes níveis de atenção. Para Unglert (1990) o acesso geográfico caracteriza-se pelo tempo de deslocamento e distância entre a residência do usuário e o serviço de saúde, seguindo o conceito

de acessibilidade geográfica e de territorialização de complexidade quanto do dimensionamento adequado da oferta em relação ao número de habitantes e suas necessidades de saúde. Um elemento crítico para Assis et al. (2010b) é a garantia do acesso e o direito da população à informação sobre os serviços disponíveis, seus respectivos horários e as condições requeridas para o acesso aos procedimentos especializados. Isto demanda, inclusive, uma denominação clara de cada nível de atenção e das unidades e serviços ofertados a fim de facilitar sua identificação pelos usuários.

A relação oferta/demanda pode ser entendida como a relação existente entre a capacidade de oferecer serviços de saúde e a necessidade de assistência de uma dada população. É o pilar de sustentação da dimensão econômica aos serviços de saúde (Pontes et al., 2009).

De acordo com Starfield (2004), a questão da “porta de entrada” ao sistema de saúde também é objeto de discussão; algumas concepções defendem a entrada dos usuários apenas através dos serviços de APS, apoiando-se nas proposições da Conferência de Alma – Ata. Apontam-na como potencialmente viabilizadora de cobertura, racionalização e organização do sistema e da circulação dos usuários no interior do sistema.

Em 1984, portanto, anterior à implantação do SUS, o IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2003), demonstrou uma situação marcada por desigualdades sociais no acesso aos serviços de saúde no país. O padrão observado foi que a prevalência de morbidade referida aumentava com a renda familiar per capita, porém a taxa de utilização de serviços de saúde diminuía. Assim, os que mais necessitavam utilizavam menos serviços de saúde. Desigualdades foram também observadas entre as grandes regiões do país. As pessoas residentes nas regiões mais desenvolvidas apresentavam maiores taxas de utilização de serviços do que as residentes nas regiões menos desenvolvidas. Entretanto, a capacidade de produzir serviços de saúde em âmbito das regiões não se mostrou associada à presença de desigualdades sociais nas taxas de utilização de serviços de saúde de seus residentes.

Com a expansão e estruturação da oferta de serviços, durante o processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS), os municípios assumiram a responsabilidade pela atenção à saúde de seus munícipes. O debate sobre o acesso a ações e serviços ganhou nuances qualitativas análises e alternativas de soluções para o problema de acesso em bases estritamente quantitativas, como número de atendimentos e rendimento profissional. Assim é necessária a mudança deslocando-o para tendências que buscam qualificá-lo no ato da recepção do usuário. A questão não se restringe as quantas portas de entrada se dispõe, mas, sobretudo, interroga-se sua qualidade (Malta et al., 1998; Merhi,1998; Campos,1998; Campos, 2003; Franco et al., 1999; Merhy et al., 2003; Teixeira, 2003).

Com a expansão Estratégia de Saúde da Família (ESF) ampliou-se o acesso aos serviços de saúde na atenção básica. Em 2007, a ESF atingiu mais de 90% dos municípios brasileiros cobrindo cerca de 87 milhões de habitantes com 27 mil equipes instaladas (Giovanella; Mendonça, 2008). Tal expansão se tornou fundamental à garantia do acesso a partir da atenção básica (Brasil, 2006), assumindo esta a função de porta de entrada do SUS.

Um sistema de saúde com base na APS deve se fundamentar no planejamento que ofereça recursos adequados e sustentáveis apropriados às necessidades de saúde. Os recursos devem ser determinados por análises da situação da saúde com base em dados no âmbito da comunidade e incluir subsídios (por exemplo, instalações, pessoal, equipamentos, verbas e produtos farmacêuticos) e orçamentos de operação necessários para prestar cuidados abrangentes, curativos e preventivos de alta qualidade (Macinko; Starfield, 2002).

Assim, para que ocorra uma melhor compreensão em categorizar o acesso e analisar a condições de acessibilidade e como planejá-lo, Giovanella e Fleury (1996) adotaram uma abordagem teórica sobre várias perspectivas criando assim quatro dimensões explicativas ou de análise, política, econômica, técnica e simbólica que foi construída historicamente, a partir da análise dos modelos teóricos construídos relacionados aos contextos originados de diferentes conceituações (Jesus; Assis, 2010; Assis; Jesus, 2012).

A dimensão econômica – modelo economicista – referente à relação entre oferta e demanda. Esse modelo está relacionado com o mapeamento dos diferentes padrões de consumo dos indivíduos que tem o poder de influenciar na relação entre a oferta de serviços e demanda. O Estado participa na forma de organização da produção da assistência e na disposição da demanda, a partir de diferentes grupos populacionais para alcançar os bens e serviços de saúde. O planejamento, nesse modelo, busca que uma determinada demanda relacione-se com poder do consumidor e a capacidade de oferta do fornecedor. O ato de planejar para a oferta é uma consequência dos levantamentos de demanda para a constituição de serviços de saúde, de acordo com os padrões de consumo da população referenciada. Usuários são consumidores e o Estado, o ente regulatório de mediação, da relação usuário/serviço.

A dimensão técnica - modelo sanitaria-planificador – relativo à planificação e organização da rede de serviços; se caracteriza pela concepção de acesso enquanto possibilidade de consumo, garantida pela distribuição planejada de recursos na rede de serviços hierarquizada, através de um sistema de organização baseado nos princípios da referência e contrarreferência, ou seja, engloba desde a entrada do usuário propriamente dita aos serviços, incluindo-se os horários previstos de atendimento e a qualidade da atenção, enfatizando-se o papel facilitador do acolhimento (Giovanella; Fleury, 1996; Ramos; Lima, 2003; Unglert, 1990).

O acesso abordado pela perspectiva da dimensão política – modelo sanitaria-politica – relativo ao desenvolvimento da consciência sanitária e da organização popular - surge sobre a discussão do acesso e sua relação com o planejamento no campo da saúde coletiva. Alicerçado na concepção formulada por Berlinguer (1978) e analisado por Campos (1998, 2003) e Giovanella e Fleury (1996), em que a população adquire a capacidade cognitiva de compreender as determinações sociais do processo saúde/doença e os fatores que determinam a organização social da prática médica, num processo de (des)alienação, ou seja, rompimento com as deformações impostas pela sociedade à consciência sanitária, entre as quais a medicalização dos desgastes impostos pelo processo de trabalho.

Por fim a dimensão simbólica – modelo das representações sociais acerca da atenção e ao sistema de saúde - apresentado por Giovanella e Fleury (1996) como uma nova possibilidade na determinação do acesso como categoria de análise e do planejamento. Partem do princípio que a realidade é uma constituição eminentemente intersubjetiva e simbólica do processo saúde-doença. Isto implica que a base das representações sociais é o substrato social (Minayo, 2004). Os sujeitos são coletivos e históricos, pois estão imersos na história, dela fazem parte e nela se sustentam nos momentos em que a consciência coletiva, instituída a partir das relações de dominação, conflita com a realidade subjetiva.

Ressalta-se, portanto, a importância da qualificação do acesso incluindo os aspectos da organização e da dinâmica do processo de trabalho, considerando a contribuição e a importância de análises de vários aspectos (geográficos, socioeconômicos, entre outros). Dessa forma, o acesso universal, a cobertura, o vínculo e o acolhimento formam a fundação de um sistema de saúde equitativo, implicando que o financiamento e os ajustes organizacionais devam ser suficientes para que a população possa ser atendida em suas demandas, retirando a capacidade de pagar como uma barreira ao acesso aos serviços de saúde, protegendo as pessoas do risco financeiro, oferecendo mais apoio para alcançar metas de equidade e implementar atividades de promoção da saúde e o quanto compreenderão e realmente seguirão as recomendações médicas ou de outro profissional de saúde (Macinko; Starfield, 2002).

Andersen (1968) incorpora a etapa de utilização de serviços de saúde, tornando conceito de acesso multidimensional, composto por dois elementos: “acesso potencial” e “acesso realizado”. O Acesso potencial caracteriza-se pela presença no âmbito dos indivíduos de fatores capacitantes do uso de serviços, enquanto acesso realizado representa a utilização de fato desses serviços, sendo influenciado por fatores predisponentes além que explicam o acesso potencial. O conceito de acesso potencial incorpora os fatores individuais que limitam ou ampliam a capacidade de uso condicionado por fatores capacitantes como renda, cobertura securitária pública ou privada, e pela oferta de serviços, ou seja, o meio disponível para as pessoas usarem os serviços que representam apenas um subconjunto dos fatores que explicam o acesso realizado (uso), já que estes incluem também os

fatores predisponentes (idade, gênero, raça, hábitos), as necessidades de saúde, além de fatores contextuais. Neste modelo estabelece-se uma hierarquia, com a influência de fatores contextuais, sendo que estes se relacionam com as políticas de saúde e à oferta de serviços, intervindo no uso de forma direta e indireta, por intermédio dos fatores individuais.

Os fatores determinantes explicitados por Andersen e Newman (1973) referem-se às necessidades de saúde que podem ser explicadas pelas condições diagnosticadas por profissionais ou pela autopercepção. Em linhas gerais, os determinantes da utilização dos serviços de saúde podem ser descritos como aqueles fatores relacionados: (a) à necessidade de saúde – morbidade, gravidade e urgência da doença; (b) aos usuários – características demográficas (idade e sexo), geográficas (região), socioeconômicas (renda, educação), culturais (religião) e psíquicas; (c) aos prestadores de serviços – características demográficas (idade e sexo), tempo de graduação, especialidade, características psíquicas, experiência profissional, tipo de prática, forma de pagamento; (d) à organização – recursos disponíveis, características da oferta (disponibilidade de médicos, hospitais, ambulatorios), modo de remuneração, acesso geográfico e social; (e) à política – tipo de sistema de saúde, financiamento, tipo de seguro de saúde, quantidade, tipo de distribuição dos recursos, legislação e regulamentação profissional e do sistema (Aday; Andersen, 1974).

Andersen e Newman (2005) buscaram incluir explicitamente os efeitos dinâmicos e recursivos do uso de serviços na saúde. Introduz os conceitos de “acesso efetivo” e de “acesso eficiente”. O primeiro resulta do uso de serviços que melhora as condições de saúde ou a satisfação das pessoas com os serviços; o segundo refere-se ao grau de mudança na saúde ou na satisfação em relação ao volume de serviços de saúde consumidos.

Observa-se o decréscimo das desigualdades e iniquidades no acesso vários equipamentos sociais, mas ainda existem iniquidades que colocam certos grupos em situação de discriminação e desvantagem no acesso aos serviços, reforçando assim, as condições de vulnerabilidade da saúde (Giovanella; Fleury, 1996).

Conforme explicam Souza e Pereira (1999), a ideia que o paciente tem de saúde irá influenciar no julgamento da qualidade. Alguns autores como Tanaka (2006) e Sousa e Pereira (1999), afirmam que na avaliação da qualidade dos serviços de saúde, sobretudo no que diz respeito à satisfação, deve-se conhecer as necessidades e os desejos dos pacientes.

Por outro lado, a capacidade dos serviços públicos de saúde para superar a desigualdade do acesso esbarra na hegemonia do modelo médico e curativista de atenção à saúde, centrado na doença, que se reflete não só na lógica organizativa dos serviços e sistemas locais de saúde, como também na procura pelos serviços, na formação dos profissionais e na destinação privilegiada de recursos para a atenção de média e alta complexidade. Sousa (2007) aponta para a necessidade de coresponsabilidade das secretarias estaduais de saúde na reorganização da atenção básica, principalmente no que concerne ao seu financiamento, e destacam as persistentes distorções na distribuição de recursos federais, situação que se agrava ao considerarmos que a destinação de recursos para a saúde em nosso país ainda encontra-se bastante abaixo do necessário.

Da mesma forma, a melhora descrita no acesso à Atenção Básica, muitas vezes não vem acompanhada da melhoria no acesso aos serviços especializados. Segundo Kantorski et al. (2006) este fato pode estar relacionado aos limites de financiamento ou à fragilidade no projeto de governo; também sofre as consequências do uso inadequado dos níveis de maior complexidade devido às práticas clínicas empobrecidas e excessivamente dependentes de exames complementares segundo Shimizul e Rosales (2009) e à deficiência de ações que integram promoção, prevenção e recuperação (Scorel et al., 2006; Bessen; Sousa Neto, 2007).

Ao tempo em que se observam progressos em várias regiões com elevadas taxas de utilização dos serviços evidenciadas nas últimas PNADs (Pesquisas Nacionais por Amostra de Domicílios); Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2003) ainda persistem problemas relacionados aos diversos componentes da acessibilidade aos serviços de saúde, no sentido discutido por Donabedian (1988)

decorrente tanto das características organizacionais dos serviços como da possibilidade dos usuários superarem as barreiras porventura existentes.

Segundo Sousa (2008) o acesso aos serviços básicos de saúde no âmbito do SUS, apresenta-se limitado em três aspectos principais: primeiramente pela baixa capacidade de integração entre as equipes da atenção básica (unidades tradicionais), as equipes da ESF, e entre estas, naquilo que se refere ao planejamento e à programação das unidades básicas, tendo como referência os Sistemas de Informação; este vem sendo utilizado de forma limitada e burocrática, comprometendo, portanto, a prática da institucionalização de instrumentos e mecanismos de monitoramento e avaliação das ações e serviços básicos de saúde. A consequência desse quadro é a reprodução e/ou manutenção do modelo centrado no médico e em tecnologias de prevenção, tratamento e cura das doenças, sendo visível a incipiência das práticas. O segundo limite encontra-se expresso na desintegração entre as equipes da atenção básica; nesse caso, como foi observado o maior impacto desse problema restringe-se a ESF e aos demais pontos do sistema de média e alta complexidade. Com isso tornam-se vulneráveis a continuidade e a integralidade da atenção, devido muitas vezes não existir nos municípios uma política de referência e contrarreferência. Poucos são os municípios que começam a estruturar suas centrais de regulação, com vistas a atender as demandas das equipes da ESF nas ações e serviços de consultas especializadas e/ou apoio diagnóstico (exames). A esse respeito deve-se ressaltar que os discursos dos sujeitos coletivos (equipes do ESF) registram que os ACS são os principais elos entre as unidades básicas de saúde e as comunidades, cabendo a estes a responsabilidade de articular o acesso a consultas, exames e/ou medicamentos, nas unidades básicas e de especialidades. Os demais membros da ESF veem o ACS como porta-vozes das ações programáticas do ciclo de vida, onde as unidades permanecem realizando ações dirigidas aos programas de forma isolada e verticalizada. O terceiro limite é verificado na baixa capacidade das equipes da atenção básica/ESF em elaborarem planos, programas, projetos e/ou ações contínuas que potencializem suas relações e integrações com outros setores do governo e da sociedade. Estas fragilidades são perceptíveis nas falas dos sujeitos pesquisados quando afirmam compreender que as ações de promoção extrapolam o setor, e por estas razões não dispõem de tempo e “governabilidade” para investir

nessas iniciativas, além de serem pressionados pelas demandas de ordem assistencial e curativa. Reconhecem que as ações de promoção e educação em saúde dariam sustentação às suas atividades, na medida em que estas valorizam os determinantes gerais do complexo saúde-doença-cuidado. Reconhecem, sobretudo, que para redirecionar suas práticas rumo à promoção da saúde, é necessário integrar as políticas públicas governamentais e não governamentais, visando modificar as condições de vida e saúde, indo, portanto para além de ações educativas individuais e de mudanças de estilos de vida.

De acordo com Merhy (1998), o serviço de saúde ao adotar práticas centradas no usuário, verifica a necessidade em desenvolver capacidades de acolher, responsabilizar, resolver e autonomizar. Nesse sentido, o trabalho em saúde deve incorporar mais tecnologias leves que materializam-se em práticas relacionais, como, por exemplo, acolhimento e vínculo.

Alguns autores notaram que apenas disponibilizar serviços não garante o acesso dos usuários. Assim, fatores relacionados ao consumo e a oferta influenciam sua utilização, como concentração de serviços em determinado nível de complexidade tecnológica, características culturais e econômicas da população, fluxos e rotinas dos serviços e graus de satisfação do usuário na utilização dos serviços (Aday; Andersen, 1974; Penchansky; Thomas, 1981; Frenk, 1992).

A articulação entre os diferentes atores que representam a sociedade, incluindo o poder público, se dá por um canal que permite a participação desses membros. Os Conselhos Gestores são agentes de inovação e espaços de negociação de conflitos (Gohn, 2003). Além disso, os Conselhos representam uma das formas de constituição de sujeitos democráticos.

Segundo Tavares et al. (2013) a participação da comunidade na organização da oferta dos serviços prestados, revela a fragilidade do controle social, pois os profissionais de saúde consideram a população brasileira despreparada em termos de consciência política, permitindo práticas clientelistas.

2.2 Acessibilidade

A acessibilidade implica na ausência de barreiras geográficas, financeiras, organizacionais, socioculturais e de gênero ao cuidado (Cunha; Vieira-da-Silva, 2010). De acordo com Acurcio e Guimarães (1996), acessibilidade seria a capacidade de obtenção de cuidados de saúde, quando necessário, de modo fácil e conveniente. Bravo (1974) e Adami (1993) classificam como parâmetro ideal de deslocamento ao serviço de saúde a caminhada de no máximo vinte a trinta minutos. Precisam ainda ser levados em conta, aspectos como custo do transporte coletivo, tempo de espera por esse e tempo de deslocamento.

Em uma de suas primeiras publicações, Donabedian (1973) definiu acessibilidade como um dos aspectos da oferta relativo à capacidade de produzir serviços e de responder às necessidades de saúde de uma determinada população. A acessibilidade, neste caso, é mais abrangente do que a mera disponibilidade de recursos em um determinado momento e lugar. Refere-se às características dos serviços e dos recursos de saúde que facilitam ou limitam seu uso pelos usuários (Alves et al., 2014).

Isso quer dizer que a acessibilidade corresponde quando analisadas à luz do impacto que exercem na capacidade da população de usá-los, exercendo um fator da oferta importante para explicar as variações no uso de serviços de saúde de grupos populacionais representando uma dimensão relevante nos estudos sobre a equidade nos sistemas de saúde (Alves et al., 2014; Pestana et al., 2007).

Donabedian (1973) distingue duas dimensões da acessibilidade: sócio-organizacional e a geográfica e indica que elas se inter-relacionam. A sócio-organizacional: inclui todas as características da oferta de serviços, exceto os aspectos geográficos, que obstruem ou aumentam a capacidade das pessoas no uso de serviços. Por exemplo: políticas formais ou informais que selecionam os pacientes em função de sua condição social, situação econômica ou diagnóstica. A

acessibilidade geográfica: relaciona-se à fricção do espaço que pode ser medida pela distância linear, distância e tempo de locomoção, custo da viagem, entre outros.

Dessa forma, a acessibilidade compreende a organização, a planta física, os recursos humanos em quantidade e qualidade adequadas, horário de funcionamento, acolhimento, capacidade de adaptação às necessidades diferenciadas dos usuários, preocupação com o estabelecimento de equidade, rotinas e protocolos preocupados com a inclusão, valorização das tecnologias leves de trabalho (Aday; Andersen, 1974; Penchansky; Thomas, 1981; Frenk, 1992).

De acordo com Fekete (1996) a acessibilidade pode ser analisada por meio de quatro dimensões. A dimensão geográfica refere-se a aspectos físicos impeditivos ao acesso (rios, grandes avenidas); distância entre a população e os recursos. A dimensão organizacional refere-se a obstáculos internos (demora, na obtenção da consulta, tipo de marcação e horário, turnos de funcionamento, forma de organização dos processos de trabalho, vínculo, acolhimento); originados no modo de organização do serviço: e obstáculos externos (demora na espera pelo atendimento, demora na entrega para exames laboratoriais); e continuidade da atenção (incluindo mecanismos de referência e contrarreferência). A dimensão sociocultural refere-se a perspectivas da população: percepção do indivíduo sobre a gravidade de sua doença, medo do diagnóstico e das intervenções, crenças e hábitos, vergonha; e do sistema de saúde: formação dos profissionais; falta de preparo das equipes frente à diversidade de pacientes com distintas características socioculturais, incipiência dos processos de participação. E finalmente a dimensão econômica que se refere ao consumo de tempo, energia e recursos financeiros para busca e obtenção da assistência, prejuízos por perda de dias de trabalho, custo do tratamento. A acessibilidade pode ser um eixo de análise interessante para se operacionalizarem processos avaliativos porque favorece a “apreensão da relação existente entre as necessidades e aspirações da população em termos de ‘ações de saúde’, e a oferta de recursos para satisfazê-las”. Esta perspectiva - o acesso relacionado fundamentalmente às necessidades dos indivíduos - sugere que as dificuldades postas à utilização dos serviços de saúde têm valor substancial (Fekete 1996).

Marsiglia (2012) destacou que em relação aos usuários no município de São Paulo no ano de 2011 nas questões relativas à acessibilidade 46% dos usuários consideraram sempre fácil conseguir uma consulta na unidade, não havendo diferença significativa entre as duas modalidades de organização dos serviços (ESF X Unidade de Saúde tradicional). A maioria dos entrevistados (62%) relatou muita dificuldade em conseguir uma consulta não urgente em 24 horas; somente 19% relataram que sempre conseguem sem diferenças entre os dois modelos. Em relação ao agendamento, 72% relataram que sempre conseguem agendar consulta por telefone. Em relação ao tempo de espera para a consulta, 68% dos pacientes relataram sempre esperar mais de 30 minutos. Dos entrevistados, 40% sempre deixam de trabalhar para ir à unidade. A metade dos usuários declarou sempre ter medicações no posto, e 87% relataram que sempre tem os equipamentos necessários ao atendimento.

2.3 Barreiras ao acesso

O acesso expressa características da oferta que podem facilitar ou obstruir a capacidade das pessoas usarem serviços de saúde quando deles necessitam. Dessa forma, as barreiras de acesso originam-se das características dos sistemas e dos serviços de saúde relacionando-se às suas dimensões específicas. A disponibilidade de serviços e sua distribuição geográfica, a qualidade dos recursos humanos, a acessibilidade, a adequação funcional, a capacidade financeira, a aceitabilidade, os recursos tecnológicos, os mecanismos de financiamento, o modelo assistencial e a informação sobre o sistema são características da oferta que afetam o acesso (Pinheiro et al., 2002; Assis; Jesus, 2012; Travassos et al., 2006).

A disponibilidade é percebida como relação entre o volume e o tipo de serviços existentes, o volume de usuários e o tipo de necessidade. A acessibilidade caracteriza-se pela relação entre localização da oferta e dos usuários, distância entre eles, forma de deslocamento e custos. Entende-se por adequação funcional a relação entre o modo como a oferta está organizada para aceitar os usuários e a capacidade/habilidade destes em acomodarem-se a esses fatores e perceberem a

conveniência dos mesmos, associando-se aos fatores capacitantes, tendo como recorte de análise a capacidade financeira dos serviços e a relação entre os custos e a sua oferta, (Giovanella; Fleury, 1996; Ramos; Lima; 2003; Unglert, 1990). E, finalmente, a aceitabilidade, entendida como a relação entre as atitudes dos usuários, trabalhadores de saúde e práticas destes serviços.

2.3.1 A dimensão geográfica do acesso

Compreende-se que a distância está associada ao nível de complexidade dos serviços: quanto menos especializados, mais próximos localizam-se da população, e o inverso é verdadeiro. O acesso nesta dimensão geralmente não sofre crítica por parte dos usuários, uma vez que as unidades de saúde em foco estão localizadas no território onde as famílias a elas cadastradas residem (Azevedo; Costa, 2010).

Confirma-se, com base em Adami (1993), que a proximidade geográfica entre a moradia do cliente e o serviço de saúde não se constitui no elemento central determinante de sua escolha, já que esse fator pode não significar garantia de atendimento. O acesso ultrapassa a presença física dos recursos, dependendo muito mais da coerência do padrão tecnológico com o tipo de demanda da comunidade.

Para Ramos e Lima (2003) se o usuário obteve experiências prévias junto a outros serviços de saúde, mais próximos de sua residência, levam-no a optar pela unidade em que, além do acesso facilitado exista um bom acolhimento, mesmo que lhe exija um maior deslocamento. A busca por profissionais competentes para o atendimento e a confiança na experiência e capacidade dos membros da equipe de saúde influencia fortemente a escolha quanto ao serviço que deverá ser procurado.

2.3.2 Obstáculos na entrada

O acesso à saúde em sua dimensão sócio-organizacional da assistência, devem se fundamentar no acolhimento das demandas e necessidades dos usuários; os cuidados dispensados ao longo do tempo tenham continuidade e vínculo e favoreçam a coordenação de cuidados como prática que integra ações e serviços de saúde de forma resolutiva. Nessa perspectiva, considera-se que as posturas e estratégias adotadas pelos serviços de saúde garantam o acesso universal e equânime das pessoas, mediante adequada interpretação das demandas apresentadas, evidenciando as suas necessidades favorecendo também a otimização da oferta (Barbosa et al., 2013).

Outros autores (Giovanella; Fleury, 1996; Cecílio, 1997; Bousquat, 2001; Almeida et al., 2002; Travassos; Martins, 2004) criticam a concepção de sistema de saúde que eles denominam de “sistema piramidal”, que apresenta a APS como a única “porta de entrada”. Estes autores propõem que se observe o movimento e a demanda espontânea da população, que muitas vezes procura os serviços de pronto atendimento ou de emergência para adentrar no sistema.

Do ponto de vista de Marsiglia (2012) é menos importante definir por onde, ou por que “porta” a população deve entrar no sistema: o mais importante é que ele esteja organizado, articulado em seus vários níveis de complexidade, e que uma vez tendo adentrado no sistema de saúde, o usuário possa circular e transitar pelos serviços das redes loco regionais, de um nível para outro, enquanto demanda orientada tecnicamente, de acordo com a necessidade de seu caso.

Analisando os resultados encontrados por Stralen et al. (2008) por dimensão, há uma avaliação diferenciada. No caso do acesso, os valores são baixos tanto para as unidades de saúde tradicionais como para saúde da família. Chama a atenção que a avaliação da Saúde da Família é mais negativa, ainda que não represente uma diferença significativa. Não se trata apenas de insatisfação de usuários para com o atendimento, pois também os profissionais atribuem uma avaliação baixa ao acesso. Isso sugere que a introdução da Saúde da Família não implica necessariamente uma melhoria de acesso, mesmo considerando que uma avaliação

mais negativa em relação às unidades de saúde poderá resultar do aumento de expectativas.

2.3.3 Obstáculos pós-entrada

Conforme observado por Viegas e Penna (2013) a existência de problemas ligados ao acesso e à referência a algumas especialidades e serviços compromete e prejudica o princípio da integralidade, pois o usuário entra no Sistema, mas, muitas vezes, o acesso é dificultado pelo longo tempo de espera por consulta com especialistas e exames diagnósticos, constituindo uma via interdita para a referência e contrarreferência. Assim, a reorganização da atenção primária com vistas à universalidade do acesso a ações e serviços, à integralidade nas ações, implica também em que as demandas sejam respondidas na atenção secundária.

Há o problema nos exames de rotina e de citologia. As dificuldades não estariam exatamente na realização desses exames (a coleta é facilitada por realizar-se na unidade de saúde), mas no retorno dos seus resultados que, em geral, por se localizarem em áreas mais distantes das periferias onde funcionam as unidades básicas de saúde. Esta questão é relevante, pois resulta num esforço adicional dos usuários (o deslocamento e o custo financeiro do transporte) na busca por um serviço, no seu entendimento, de qualidade melhor, ou, no que tange a este estudo, mais acessível (Azevedo; Costa, 2010).

O que se depreende desse fato é que a responsabilidade pelo tratamento da doença passou para outro nível da atenção, juntamente com a responsabilidade pelo cuidado com o sujeito em questão, que, a partir de então, desvincula-se da relação profissional-usuário estabelecida na atenção básica. A continuidade do cuidado, em outro nível da atenção, quando as tecnologias disponíveis no nível básico já não respondem às necessidades dos usuários, não desresponsabiliza a equipe de saúde à qual os mesmos estão vinculados (Escorel et al., 2007).

Esta característica de rede de serviços interligados entre si, com conexões que dão lógica e sentido ao sistema hierarquizado de saúde constitui um elemento fundamental, posto que o acesso sem integralidade da atenção limita o caráter universalizante do sistema. Nesta perspectiva, cabe lembrar a crítica elaborada por Cecílio (1997) à hierarquia do modelo de saúde dos SUS, pois, além dessa hierarquia, na prática, não funcionar totalmente este modelo parte da noção de pleno funcionamento de uma rede cujos constrangimentos são sentidos já na porta de entrada. Assim, um mecanismo de referência e contrarreferência com base na ESF tende a fracassar em sua função essencial, que é a garantia do que Cecílio (2001) denominou “integralidade ampliada”.

Ao discorrer sobre modelos tecnoassistenciais em saúde no tocante à sua conformação hipotética quanto aos fluxos dos usuários Cecílio (1997) apresenta o modelo círculo como estratégia para qualificar as portas de entrada, a fim de que se possam alcançar espaços privilegiados de acolhimento, vínculo e responsabilização no cuidado com a saúde individual e coletiva. Para chegar a essa imagem-objetivo, propõe a construção de protocolos assistenciais e a adscrição de clientela como instrumentos técnicos de reorganização dos fluxos e também destaca a necessidade de se estabelecerem os vínculos provisórios como tecnologias leves de revolução tecnológicas dos processos de trabalho, o que, por si só, se caracteriza como uma ação (des) alienante dos trabalhadores nas portas de entrada do sistema.

2.3.4 Dimensão sociocultural

Os motivos pelos quais os usuários frequentam as unidades de saúde expressam a busca prioritária por ações e serviços relacionados ao controle ou à cura de doenças e/ ou à redução de algum desconforto ou mal-estar (Azevedo; Costa, 2010). Conforme Cohn et al. (2002), a predominância de referências dos usuários ao consumo individual e imediato do serviço demonstra que a saúde dificilmente é vista e baseada numa perspectiva coletiva, situada no âmbito da cidadania. Por outro lado, a oferta de serviços apresenta um caráter semelhante,

constituindo-se prioritariamente de ações de natureza assistencial. Trata-se, portanto, de um padrão de oferta e demanda condizente com uma compreensão do processo saúde-doença centrada no modelo biomédico de atenção à saúde, concepção esta muito combatida pelos ideais reformadores da saúde pública brasileira.

Esta dificuldade de acesso a um serviço de referência não só manteve a preocupação com a saúde, esta foi relacionada, por um dos usuários, à impossibilidade de trabalhar, ou à dificuldade de conseguir um emprego que devido ao adoecimento agudizou sua situação de carência, tanto do emprego quanto do tratamento. O modo de inserção dos indivíduos no mercado de trabalho - e o grau de liberdade que esta inserção proporciona - pode constituir um limite importante, relacionado: às condições materiais de existência nessa sociedade, à frequência do usuário à unidade e à busca pelo atendimento de que necessita. Segundo Minayo (2001) na sociedade capitalista, o corpo representa a “força de trabalho”, a única forma de os indivíduos não detentores dos meios de produção se reproduzir, ou, em outras palavras, manterem suas condições materiais de sobrevivência: “Daí, portanto, advém uma experiência existencial sofrida, “representadora” de uma realidade em que o corpo constitui a única fonte geradora de bens”.

Este entendimento encontra eco em outros estudos. Barbosa e Coimbra Jr (2000) identificaram, em pesquisa sobre a esquistossomose em uma comunidade rural do nordeste brasileiro, que esta doença só passava a ser considerada pelos adultos como grave quando os incapacitava para o trabalho ou impossibilitava as crianças de frequentarem a escola. Seguindo a mesma reflexão, Bercini e Tomanik (2006), em estudo desenvolvido com mulheres de pescadores no município de Porto Rico, Paraná que entre as mulheres entrevistadas, havia a percepção - constituída de significados e valores próprios daquela localidade - de que o indivíduo saudável é aquele com disposição e capacidade para trabalhar.

A participação da comunidade constitui um dos princípios fundamentais do SUS, e implica compartilhamento de poder e responsabilidades na tomada de decisões que, afinal, dizem respeito a todos os envolvidos, e cujo sucesso, caso ele ocorra, será auferido por todos. Por isso, a participação deve ser estimulada e,

sobretudo, promovida pelos profissionais da ESF, conforme orienta o Ministério da Saúde (Brasil, 2006). Mas, num contexto de convivência diária (nem sempre pacífica) entre atores em diferentes posições de poder, com interesses e possibilidades distintas, a participação idealizada pelo SUS torna-se um projeto ainda inacabado, haja vista a experiência somada à insuficiente capacitação tanto de uns quanto de outros, desenha um quadro conflitante no âmbito local, justamente num espaço em que se dão as relações (em todas as suas dimensões) mais estreitas entre estes atores.

Assim, vistas de modo amplo, isto é, como necessidades sociais dos indivíduos, as necessidades de saúde podem se transformar em potencialidades, como alerta Stotz (1991), desde que as carências motivem, comprometam e mobilizem as pessoas.

2.3.5 Dimensão econômica

Vários estudos realizados com dados referentes à década de 1990 demonstraram que no Brasil o acesso e a utilização de serviços de saúde permaneciam bastante desiguais entre os grupos sociais. Apesar dos inegáveis avanços obtidos através da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) em termos de expansão de oferta e cobertura dos serviços, ainda persistem acentuadas disparidades entre grupos sociais e entre regiões do país. Os grupos mais pobres e de baixa escolaridade, os afro-descentes, os indígenas e os habitantes das regiões Norte e Nordeste tendem a apresentar maiores dificuldades de acesso ao sistema de saúde e apresentam piores indicadores sanitários (Magalhães et al., 2007).

Questões econômicas são destacadas quase sempre em estudos relacionados ao acesso aos serviços de saúde (Elias et al., 2006; Ribeiro et al., 2006; Travasso et al., 2006), sendo constante, nesses estudos, a referência a uma relação inversamente proporcional entre a situação socioeconômica dos indivíduos e a possibilidade de acesso.

Conviver com uma situação de contato permanente com a dor e tantas carências materiais torna-se complexo tanto o ambiente de trabalho quanto as inter-relações pessoais e profissionais processadas no cotidiano laboral. Assim, produzem-se “sintomas institucionais”, tais como falhas de comunicação ou excesso de ideologização em defesa do SUS, conforme menciona Campos (2005). Cabe refletir que a compreensão do cuidado em saúde não deve ser descontextualizada das relações de trabalho, das peculiaridades do labor dos produtores do cuidado (Deslandes, 2005).

2.4 Acolhimento e Vínculo

Por acolhimento em saúde entende-se a postura do trabalhador de colocar-se no lugar do usuário para sentir quais são suas necessidades e, na medida do possível, atendê-las ou direcioná-las para o ponto do sistema que seja capaz de responder àquelas demandas. Assim as relações que se estabelecem no atendimento, estão relacionadas à utilização dos recursos disponíveis para a solução dos problemas dos usuários (Ramos; Lima, 2003).

Para Merhy (1998), o serviço de saúde, ao adotar práticas centradas no usuário, faz-se necessário desenvolver capacidades de acolher, responsabilizar, resolver e autonomizar. Nesse sentido, o trabalho em saúde deve incorporar mais tecnologias leves que se materializam em práticas relacionais, como, por exemplo, acolhimento e vínculo.

O acolhimento, como diretriz operacional da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (Humaniza SUS), vem ganhando contornos próprios e relevância na atenção primária à saúde (APS) para garantir acesso humanizado e resolubilidade às demandas de saúde dos usuários e das comunidades no Brasil (Mitre et al., 2012). Assim o objetivo dessa intervenção é o controle do sofrimento ou a produção de saúde incorporando o atendimento clínico

individual, agregando recursos humanos capazes de fazer vigilância sanitária e epidemiológica (Merhy, 1994).

Conforme Cyrino et al. (2004) as relações humanizadas entre profissionais de saúde e usuários dos serviços “exigem, de partida, alcançar uma sensibilidade do profissional para com o sofrimento do outro, de seu paciente”. É um assunto complexo, se considerarmos que somos formados para atuar mais sobre o físico e a doença do que sobre a pessoa de forma única, individualizada.

Analisando a produção bibliográfica sobre acolhimento relacionado à organização e planejamento nos serviços de saúde, Ayres et al. (1997) identificaram que o acolhimento como diretriz operacional passou a ser implantado, na década de 1990, em alguns sistemas municipais de saúde, como experiências pioneiras em municípios brasileiros que buscavam implementar mudanças tecnoassistenciais com base no modelo “em defesa da vida”.

Já no âmbito que diz respeito em defesa do SUS, o acolhimento é um dispositivo propício em gerar reflexões e mudanças na organização dos serviços de saúde, na retomada do acesso universal, e na qualificação das relações entre usuário e profissionais de saúde (Franco et al., 1999; Merhi, 1998).

Partindo desse ponto, Franco et al. (1999) também se propôs a discuti-lo como uma diretriz operacional, pautada nos princípios do SUS para atender a todas as pessoas que procuravam os serviços, garantindo assim, a universalidade no acesso; buscar a reorganização do processo de trabalho, deslocando o eixo centrado no médico para uma equipe multiprofissional, capaz de produzir a escuta qualificada, responsabilização, vínculo e resolubilidade; além de qualificar a relação dos profissionais com os usuários, sob parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania. Os autores destacam que o acolhimento deve alcançar a dimensão da gestão do processo de trabalho, pois ele só será “possível se a gestão for participativa, baseada em princípios democráticos e de interação entre a equipe”.

Para Starfield (2004), o acolhimento tem uma grande importância na atenção básica de saúde e toma, como referência, algumas de suas características de porta

de entrada, integração aos demais níveis do sistema, coordenação do fluxo de atenção. Configura ainda como um momento tecnológico com potencialidades para imprimir qualidade nos serviços de saúde segundo Malta et al. (2000), sendo reafirmado por Matumoto (1998) que não se limita apenas ao ato de receber, mas se compõe de uma sequência de atos e modos que fazem parte do processo de trabalho, na relação com o usuário, dentro e fora da unidade.

Franco et al. (1999) abordam o acolhimento enquanto diretriz operacional, considerando-o importante para inverter a lógica da organização e do funcionamento do serviço de saúde, para que este seja organizado de forma usuário-centrado e todas as pessoas possam ser atendidas ao procurarem os serviços de saúde, com a garantia de acessibilidade universal. Seria uma relação acolhedora, com escuta e resposta positiva, capaz de resolver os problemas de saúde da população, bem como a reorganização do processo de trabalho.

Solla (2005) identifica três grandes âmbitos de incorporação do acolhimento no SUS, dentre eles: a prática do profissional de saúde frente ao usuário em seu processo de trabalho em equipe; a ação gerencial de reorganização das práticas na unidade de saúde, visando melhor atender aos usuários e ampliar a capacidade de identificar e resolver os problemas; já para Fekete (1996) a diretriz para as políticas de saúde, com o objetivo de criar, nos diversos pontos de atenção do sistema de saúde, a capacidade para dar respostas às demandas apresentadas e disponibilizar tecnologias alternativas mais adequadas.

O acolhimento para Leite et al. (1999) aparece como uma ferramenta estratégica. De acordo com Schimith e Lima (2004), e também segundo Sena-Chomprè et al. (2000) pode ser entendido como um arranjo tecnológico utilizado para iniciar mudanças no processo de trabalho em saúde, garantir o acesso em serviços humanizados, resolutos e de qualidade com a responsabilização coletiva dos trabalhadores às necessidades dos usuários.

Destaca-se que a relação usuário-profissional é também fator preponderantemente importante para definir a utilização do acesso e a adesão ao tratamento. Esta relação deve estar assentada no processo de mudança do

paradigma orientado pelo modelo cartesiano de atenção à saúde, transferindo o foco das atenções para a família e a comunidade. A reorientação dos serviços deve voltar-se na direção da saúde e não na doença, e que apontem para a integralidade das ações (Barbosa et al., 2013). Diante disso, também é necessário que os profissionais de saúde apropriem-se das particularidades do que venha a ser um acolhimento. Deve ser entendido em três sentidos que na verdade se integram: como postura, como técnica e como princípio de reorientação do trabalho. Postura assumida por todos os trabalhadores, representada na vontade de escutar, de entender e de tratar de forma solidária e humanizada a pessoa que busca o serviço de saúde. Técnica capaz de gerar ações e procedimentos organizados e interativos. Princípio orientador do trabalho que representa um projeto institucional que norteie todo o trabalho realizado pelo conjunto de atores envolvidos (Silva Jr; Mascarenhas, 2005).

Dessa forma, esse potente dispositivo deve ser utilizado para atender a exigência de acesso, propiciar vínculo entre equipe e população, trabalhador e usuário, questionar o processo de trabalho, desencadear cuidado integral e modificar a clínica. Trad et al. (2002) entendem que é preciso qualificar os trabalhadores para recepcionar, atender, escutar, dialogar, tomar decisão, amparar, orientar, negociar. É um processo no qual os trabalhadores e instituições tomam, para si, a responsabilidade de intervir em uma dada realidade, em seu território de atuação, a partir das principais necessidades de saúde, buscando uma relação acolhedora e humanizada para prover saúde nos níveis individual e coletivo.

O acolhimento ultrapassa o ato da “triagem qualificada” ou da “escuta interessada” e pressupõe ser um conjunto formado por atividades de escuta, identificação de problemas e intervenções resolutivas para enfrentamento e resolução de problemas, com ampliação da capacidade das equipes de saúde para responderem às demandas dos usuários, com possibilidades de potencializar a ação dos outros trabalhadores (Assis et al., 2010b).

Os recursos tecnológicos são operados no espaço intercessor do encontro trabalhador e usuários no interior dos serviços de saúde, nos quais há abertura para a produção subjetiva dos sujeitos (Coelho; Jorge, 2009).

Nesse contexto, as ações de saúde devem ser também direcionadas pelos princípios da humanização do cuidado. Esta, entendida como um conjunto de conhecimentos, processos e métodos usados como ramo de atividade na área da saúde, tem a oferta de tecnologias e dispositivos para configuração e fortalecimento entre os diversos setores da saúde e da comunidade. Como recursos tecnológicos, acesso, acolhimento e vínculo representam uma relação estabelecida entre trabalhadores e usuários, para que as ações de saúde sejam mais acolhedoras, ágeis e resolutivas. Os profissionais de saúde devem estar atentos para a realidade, buscando perceber as carências da população sob seu cuidado. Devem ainda, procurar conhecer as características demográficas, epidemiológicas, culturais, socioeconômicas, políticas, enfim, adentrar na comunidade. Só se cuida adequadamente daquilo que se conhece, do contrário, as ações não passam de esquemas aprendidos na academia e reproduzidos de modo completamente acrítico desvinculado das necessidades das pessoas (Gonçalves et al., 2003).

Relacionado à dimensão técnica o vínculo objetiva responsabilizar os trabalhadores de saúde, os gestores de saúde, os prestadores públicos e/ou privados, situando o usuário do SUS no centro do processo da atenção à saúde. Para esta mudança busca-se a apreensão de dispositivos da integralidade da atenção (Assis; Jesus, 2012).

O vínculo segundo Santos et al. (2008) é compreendido como “uma ferramenta que agencia as trocas de saberes entre o técnico e o popular, o científico e o empírico, o objetivo, o subjetivo, convergindo-os para a realização de atos terapêuticos conformados a partir das sutilezas de cada coletivo e de cada indivíduo, favorecendo outros sentidos para a integralidade da atenção à saúde”.

Além disso, segundo Merhy (1998), há a possibilidade de transformação, ao discutir sobre as ferramentas tecnológicas apropriadas para confrontar com as sólidas instituições de saúde, aposta nas tecnologias leves – tecnologias de relações – para ampliar as possibilidades terapêuticas e o redirecionamento do modelo de saúde comprometido com a defesa da vida. Para o autor, esta tecnologia está além das ferramentas, máquinas disponíveis para auxiliarem nas intervenções assistenciais. Ou seja, os trabalhadores da saúde, podem dispor e mobilizar

intensamente o conhecimento sobre a forma de saberes profissionais bem estruturados, como as diversas clínicas (do médico, do dentista e outros saberes). A tecnologia estará sempre disponível em nossas relações (tecnologias leves), acompanhadas das ferramentas leves-dura (os saberes) e de tecnologias duras (equipamentos e maquinários) nas diversas relações estabelecidas com os usuários, construindo, assim, momentos importantes que poderão produzir contratos de responsabilização, confiabilidade e relações de vínculo.

Para Oliveira (1998) vários usuários escolhem o profissional de saúde em função das indicações que ocorrem pela própria família, amigos, vizinhos ou até mesmo na sala de espera da unidade de saúde. Uma vez estabelecido um vínculo forte entre usuário e serviço, e/ou com determinados profissionais, a partir de uma relação de confiança, mesmo que o cliente se mude para outro bairro mais distante, ele permanece usando o serviço de saúde.

De acordo com Santos et al. (2008) o estabelecimento do vínculo permite que a negociação caminhe para um consenso de necessidades e responsabilidades, impedindo que o ato terapêutico esteja centrado no profissional, mas que seja realizado pela manifestação de desejo do usuário, possibilitando aos sujeitos irem ao encontro de suas potencialidades, favorecendo a reciprocidade de experiências e possibilitando a construção de atos terapêuticos corresponsabilizados.

Campos (2003) analisa o vínculo como um recurso terapêutico, sendo, portanto, parte integrante da clínica ampliada, ou seja, “superação da alienação, da fragmentação e do tecnicismo biologicista”. E complementa, “para que haja vínculo positivo os grupos devem acreditar que a equipe de saúde tem alguma potência, alguma capacidade de resolver problemas de saúde. E a equipe deve acolher a demanda dos usuários ou das organizações. A equipe deve apostar em que, apoiados, os usuários conseguirão participar da superação das condições adversas. Senão, tender-se-á a estabelecer-se um padrão paternalista de vínculo, que é a confiança e desconfiança ao mesmo tempo. Acreditar, sim; mas também reconhecer que sem algum apoio externo as pessoas não mudarão o contexto e a si mesmas”.

3 PROPOSIÇÃO

Este estudo teve por objetivo analisar a percepção do acesso por profissionais e usuários de três unidades de saúde, com diferentes estratégias de atendimento: USF Paranapiacaba e US Vila Helena, ambas no município de Santo André, e no CEO Vila Guilherme, em São Paulo, e o que ele representa em relação ao Sistema Único de Saúde (SUS).

4 MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo exploratório, com uma abordagem quali-quantitativa apresentados separadamente para profissionais e usuários, realizada por meio de um roteiro de entrevistas semiestruturadas acerca da percepção de ambos sobre o acesso aos serviços de saúde (Minayo, 2004; Triviños, 1990), na Unidade de Saúde da Família de Paranapiacaba, na Unidade de Saúde Vila Helena, ambas localizadas no município de Santo André, e no Centro de Especialidades Odontológicas Vila Guilherme localizado no município de São Paulo. Para delimitar a suficiência dos dados utilizou-se o critério de saturação (Polit; Hungler, 1999) e as entrevistas foram realizadas nos meses de setembro e outubro de 2015.

A análise quantitativa foi realizada por frequência de respostas apresentadas e os resultados foram demonstrados por meio de tabelas.

A abordagem qualitativa apresenta-se como uma possibilidade de escolha na qual o pesquisador lida com categorias analíticas e explicativas que extrapolam os dados quantitativos. Tais categorias são alcançadas na interface do teórico com o empírico, “na tentativa de colocar em evidência as possibilidades de interpretação dos fatos estudados e não exclusivamente demonstrar sua evidência” (Titoni; Jacques, 1998).

A análise qualitativa dos dados foi realizada por meio da análise temática do conteúdo que consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõe uma comunicação, cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objeto analítico visado (Minayo, 2004).

As etapas para a realização da análise temática do conteúdo constaram de:

1. Leituras e significação: para atribuir sentidos e significados. Uma ou mais leituras conotativas do conjunto de documentos (corpus), delimitado por saturação.
2. Desmontagem dos textos: unitarização: foram examinados os materiais em seus detalhes, fragmentando-os para atingir unidades constituintes emergentes (unidades de análise, ou de significado, ou de sentido), referentes aos fenômenos estudados. Desordem.

3. Categorização: estabelecimento de relações.

Processo indutivo ou intuitivo de comparação constante entre as unidades de análise, levando a agrupamentos de elementos semelhantes. Os conjuntos de elementos de significação próximos constituíram as categorias, que foram nomeadas. À luz da análise temática do conteúdo aplicada aos profissionais surgiram as categorias “*Qualificação do acesso: meios excludentes e meios inclusivos.*” Em relação aos usuários as categorias emergentes foram as que constituem as dimensões do acesso sistematizado por Fekete (1996): *geográfica, organizacional (obstáculos na entrada e pós-entrada), sociocultural e econômica.*”

Na medida em que as categorias foram definidas e expressas, foi iniciado um processo de explicitação de relações entre elas, de um argumento aglutinador do todo, utilizado para costurar as diferentes categorias entre si, mostrando a compreensão do todo.

4. Captando o novo emergente:

A intensa impregnação nos materiais da análise, desencadeada pelos estágios anteriores possibilitou o surgimento de uma compreensão renovada do todo.

5. Metatexto

Foram produzidos textos parciais para as diferentes categorias, integrados na estruturação de um texto final apresentado como conclusão do trabalho. A validação por meio do uso de citações de elementos extraídos dos textos do corpus foi usada. Os instrumentos para coleta de dados são apresentados nos anexos A e B.

Obteve-se aprovação do projeto pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Santo André, da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo e da Universidade de São Paulo e com a concordância da gerência dos serviços. O grupo de informantes foi constituído a partir do desejo de participar do estudo, mediante consentimento livre e esclarecido, respeitando-se os princípios éticos para pesquisa envolvendo seres humanos.

Foi elaborado um questionário para coleta de dados por escrito para os usuários e outro para os profissionais com questões abertas e fechadas acerca do

tema “Acesso aos serviços de saúde”. As questões não foram idênticas para todos os participantes, variando de acordo com seu papel na unidade de saúde.

Este estudo foi conduzido de acordo com a Resolução CNS 466 de 12/12/2012 e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia da USP, nº de protocolo 1.167.924 e data de relatoria 03/08/2015.

Após receber do pesquisador informações acerca do propósito da pesquisa, o entrevistado foi convidado a participar dela. Ao aceitar participar da pesquisa, o entrevistado foi orientado a ler e assinar o “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido” (anexo C e D). Uma vez assinado o termo, o pesquisador entregou o questionário que deveria ser respondido em até 24 horas.

4.1 Cenários de Estudo

As informações para avaliar a percepção do acesso aos serviços de saúde por profissionais e usuários foram obtidas em três cenários de análise diferentes como se segue.

4.1.1 Unidade de Saúde da Família de Paranapiacaba

A Unidade de Saúde da Família de Paranapiacaba localiza-se no município de Santo André, faz parte da Gerência de Saúde III e está distante 35 quilômetros do centro da cidade. A região encontra-se em área de mananciais, sendo que a Vila de Paranapiacaba, como é conhecida a parte baixa, é tombada pelo patrimônio histórico em uma área correspondente a 83,22km². No local há uma creche, uma EMEIF e uma Escola Estadual de Ensino Fundamental II e Médio.

A equipe de saúde da família da USF Paranapiacaba é responsável pelo atendimento de 2.865 pessoas, contando com um médico generalista, uma enfermeira, um cirurgião dentista, um auxiliar de saúde bucal, duas auxiliares de enfermagem e cinco agentes comunitários de saúde divididos em seis microáreas, contando ainda com uma encarregada técnica, uma encarregada administrativa e duas recepcionistas.

4.1.2 Unidade de Saúde Vila Helena

A Unidade de Saúde Vila Helena, situa-se no município de Santo André, na Região I, considerada centro do município e é responsável por cerca de 33 mil moradores. Possui 1 encarregada técnica, 2 médicos clínicos gerais, 2 pediatras, 2 ginecologistas, 2 cirurgiões-dentistas, 1 auxiliar em saúde bucal, 5 auxiliares de enfermagem, 2 enfermeiras e 10 profissionais administrativos atuando na recepção e farmácia.

4.1.3 Centro de Especialidades Odontológicas Vila Maria/Vila Guilherme

O CEO Vila Maria/Vila Guilherme compartilha a mesma edificação com uma UBS tradicional (sem serviço odontológico) e um AMA, embora atualmente a edificação esteja passando por uma reforma completa e os profissionais do CEO estejam espalhados por diversas UBS's da região. Esse CEO é referência para 9 UBS's da chamada micro região Vila Maria/Vila Guilherme.

Trata-se de um CEO tipo 2, com 4 cadeiras odontológicas, que oferta serviços de endodontia (3 profissionais), prótese (3 profissionais), cirurgia bucomaxilofacial (1 profissional), semiologia (1 profissional), periodontia (2 profissionais) e atendimento a pacientes com necessidades especiais (1 profissional). Os profissionais se

revezam em turnos de 4 horas, sendo que o horário de funcionamento é das 7:00h às 19:00h.

Além dos profissionais cirurgiões dentistas, a equipe também é composta por 8 ASB's e 2 recepcionistas. Todo o restante da equipe de apoio (hotelaria, farmácia, administrativo, etc.) não é exclusivo do CEO, sendo responsável também pela UBS e AMA, inclusive a gerência dos 3 setores é realizada por um único gestor, sendo que cada um dos setores possui o seu responsável técnico.

O CEO está sob a responsabilidade da Coordenadoria Regional da Região Norte do Município de São Paulo, que é composta de cinco Supervisões Técnicas de Saúde, entre as quais a Vila Maria/Vila Guilherme, que ocupa uma área de 26,4 quilômetros quadrados, correspondendo a 1,75% da área total do município, com população estimada em 297.713 habitantes, constituindo-se em 2,62% da população municipal. Sua densidade demográfica, de 11.277 habitantes por quilômetro quadrado, é superior à média municipal de 7.077 habitantes por quilômetro quadrado.

Além do CEO, a OSS parceira administra outras 12 Unidades Básicas de Saúde (UBS) na região, com três AMA (Assistência Médica Ambulatorial), uma AMA-E (Assistência Médica Ambulatorial de Especialidades); sendo duas UBS com Estratégia de Saúde da Família (ESF), uma UBS com Unidade de Referência em Saúde do Idoso (URSI) e com Núcleo Integrado de Reabilitação (NIR), complementando dessa forma, o atendimento prestado pelo Hospital Municipal Vereador José Storopoli - Vila Maria, pioneiro na microrregião.

5 RESULTADOS

Os resultados apurados no escopo deste estudo serão apresentados através de duas metodologias de análise de pesquisa. A primeira, quantitativa, utilizando-se a análise descritiva percentual simples dos dados encontrados. Em seguida, serão demonstrados os resultados obtidos por meio da utilização de técnica qualitativa de análise de discurso denominada hermenêutica dialética, conforme preconizada por Minayo (2004).

A seguir transcrevemos as respostas dos entrevistados (profissionais e usuários) das unidades de saúde CEO Vila Guilherme, US Vila Helena e USF Paranapiacaba conforme os quadros 5.1 a 5.5.

Quadro 5.1- Respostas dos profissionais referente à pesquisa sobre a percepção do acesso aos serviços de saúde no CEO Vila Maria/Vila Guilherme, US Vila Helena e USF Paranapiacaba, 2015

QUESTÕES			
1- O conselho gestor da unidade pode melhorar a qualidade de atendimento aos usuários na Unidade?			
2- Como?			
UNIDADE	CARGO	RESPOSTAS	
		1	2
CEO	Dentista	SIM	Os conselheiros conhecem as reais necessidades dos usuários e, a partir daí, podem propor na UBS atendimentos que visem as demandas de região de cobertura
V. Helena	Médico	SIM	Colaborando e incentivando novas ideias
CEO	Dentista	SIM	A maior dificuldade de acesso e para as especialidades, assim o conselho gestor pode através de sua atuação cobrar melhorias nessa área.
V. Helena	Médico	NÃO	
V. Helena	Enfermeira	NÃO SEI	
V. Helena	Auxiliar de enfermagem	NÃO SEI	
V. Helena	Auxiliar de enfermagem	NÃO SEI	
V. Helena	Médico	SIM	Discutindo com a comunidade as prioridades
V. Helena	Auxiliar de	SIM	Ouvindo os pedidos da população e

	enfermagem		levando à câmara nos dias de reunião
V. Helena	Enfermeira	SIM	Gestão participativa, inclusão de novos sujeitos nos processos de análise e decisão quanto a ampliação das tarefas da gestão. Políticas relacionadas a saúde. Participação de diversas categorias ou profissionais. A não separação entre gestão e atenção de forma que os gestores, usuários e trabalhadores participem ativamente dos processos de decisão, compartilhem a responsabilidade.
V. Helena	Enfermeira	SIM	Orientando forma de acesso, serviços oferecidos
V. Helena		NÃO SEI	
V. Helena	Médico	SIM	Facilitando o acesso à informação
V. Helena	Auxiliar de enfermagem	SIM	Participando no dia a dia da unidade para saber as necessidades dos usuários e funcionários
CEO	Dentista	SIM	Se empoderando das informações e protocolos de atendimento e multiplicando para os usuários, pois estão próximos da comunidade.
CEO	Dentista	SIM	Sim, o conselho gestor tem o papel de fiscalizar a aplicação do dinheiro público na unidade básica de saúde, verificar se a assistência à saúde atende as necessidades da população, e verificar se as políticas de saúde estão de acordo com que a população precisa. Por meio dos conselhos de saúde que os cidadãos podem influenciar as decisões do governo relacionadas ao planejamento e execução de políticas públicas.
CEO	Dentista	SIM	Ouvindo as reclamações dos usuários e orientando-os.
Paranapiacaba		SIM	Priorizando as carências depois de avaliações, reunião, conhecimento delas. Dentro dos recursos que houver atendê-las
Paranapiacaba		SIM	Providenciando veículos que traga(m) até essa unidade aqueles usuários com maior dificuldade de chegar até o serviço.
Paranapiacaba		SIM	Nas reuniões com a comunidade para saber os pontos-chaves para a qualidade do atendimento
Paranapiacaba		SIM	Participando ativamente na comunidade, esclarecendo as dúvidas dos usuários e informando sobre rotinas e processos de

			trabalho na USF
Paranapiacaba	Auxiliar de enfermagem	SIM	Divulgando melhor o tipo de atendimento oferecido; preparando estratégias que alcancem a todos; também trazendo para equipe de saúde as reais necessidades da comunidade, Educação.
Paranapiacaba	Auxiliar de enfermagem	NÃO SEI	
Paranapiacaba	ACS	SIM	Tendo como base a humanização, acolhendo com apto entendimento em cada necessidade.
Paranapiacaba	ACS	SIM	Levando as prioridades da população.
Paranapiacaba	ACS	SIM	Ouvindo o usuário seja como por escrito ou em reuniões
Paranapiacaba	ACS	SIM	Realizando reuniões, onde a população pode tirar suas dúvidas, e a melhor maneira de atendê-las
Paranapiacaba	ACS	SIM	Melhora, porque podemos ver o ponto de vista dos usuários da unidade de saúde.
CEO	ASB	NÃO SEI	
CEO	ASB	SIM	Participando mais ativamente
CEO	ASB	SIM	Compreendendo as necessidades dos usuários e discutindo nas reuniões
CEO	ASB	SIM	Expondo as necessidades dos usuários
CEO	ASB	SIM	
CEO	Dentista	SIM	Catalisando fluxo de informações dos serviços prestados p/ com usuários, intragindo c/ SAU, c/ gerência das UBS, sanando possíveis falhas dos serviços, esclarecendo expectativas dos usuários; bem como sendo fórum para maior participação dos usuários nas dinâmicas dos trabalhos e dificuldades da UBS e etc..
CEO	Dentista	SIM	Percebo que há muitas faltas, e nesse ponto o conselho gestor pode trabalhar com a população para essa redução. Isso levaria mais eficiência ao atendimento
CEO	Dentista	NÃO SEI	

Quadro 5.2- Respostas dos profissionais sobre a qualidade dos serviços referente à pesquisa sobre a percepção do acesso aos serviços de saúde no CEO Vila Maria/Vila Guilherme, US Vila Helena e USF Paranapiacaba, 2015

QUESTÕES			
1- A unidade de saúde presta serviços de qualidade aos usuários?			
2- Se não, quais serviços não presta e por quê?			
UNIDADE	CARGO	RESULTADOS	
		1	2
CEO	Dentista	SIM	
V. Helena	Médico	SIM	
CEO	Dentista	SIM	
V. Helena	Médico	SIM	
V. Helena	Aux. de enfermagem	SIM	
V. Helena	Aux. de enfermagem	SIM	
V. Helena	Médico	SIM	
V. Helena	Aux. de enfermagem	SIM	
V. Helena	Enfermeira	SIM	
V. Helena	Médica	SIM	
V. Helena		SIM	
V. Helena	Médico	SIM	
V. Helena	Aux. em enfermagem	SIM	
CEO	Dentista	SIM	
CEO	Dentista	SIM	
CEO	Dentista	SIM	
Paranapiacaba		SIM	
Paranapiacaba		SIM	
Paranapiacaba		SIM	
Paranapiacaba		SIM	Os de atenção secundária que são referenciados as unidades as unidades que o prestam.
Paranapiacaba	Aux. de Enfermagem	SIM	

Paranapiacaba	Aux. de Enfermagem	NÃO SEI	Não entendo e por isso não sei sobre a qualidade dos produtos usados; a manutenção dos equipamentos nem sempre são feitas com qualidade e tempo favorável.
Paranapiacaba	ACS	Sim	
Paranapiacaba	ACS	Sim	
Paranapiacaba	ACS	Sim	
Paranapiacaba	ACS	Sim	
Paranapiacaba	ACS	Sim	
CEO	ASB	Sim	
CEO	ASB	Sim	
CEO	ASB	Não	Especialidades médicas, número de funcionários reduzidos dificultando o atendimento
CEO	ASB	Sim	
CEO	ASB	Sim	
CEO	Dentista	Sim	Os serviços são de qualidade, mas precisam ser otimizados permanentemente e precisando ampliar sua atuação para abraçar uma demanda cada vez maior, mas cuidando muito para não perder a qualidade do que se propõe a fazer.
CEO	Dentista	Sim	
CEO	Dentista	Sim	

Quadro 5.3- Respostas dos usuários referente à pesquisa sobre a percepção do acesso aos serviços de saúde no CEO Vila Maria/Vila Guilherme, US Vila Helena e USF Paranapiacaba, 2015

Data de Nascimento	Unidade	PERGUNTAS			
		Você é morador desta localidade?	Há quanto tempo você se utiliza dos serviços desta unidade?	Com que frequência costuma utilizar os serviços desta unidade?	Quais serviços que você mais costuma utilizar nessa unidade?
24/10/1973	V. Helena	SIM	10 anos	A cada 6 meses	Ginecologista
26/09/1962	V. Helena	SIM	1 ano	Sempre	Ginecologista, Clínico Geral e exames de sangue
30/07/1987	V. Helena	SIM	4 anos idade	Sempre	Ultimamente Ginecologista
12/08/1959	V. Helena	SIM	10 anos	Diário	Consulta médica, exames, curativos
23/01/1969	V. Helena	SIM	10 anos	De vez em quando	Pediatra e dentista
15/03/1971	V. Helena	SIM	4 anos	Pelo menos 2X ao mês	
14/05/1983	V. Helena	SIM	3 anos	Todo mes	Pediatra
23/06/1966	V. Helena	SIM	14 anos	Todo ano	Ginecologista
02/01/1981	V. Helena	SIM			
25/08/1970	V. Helena	SIM			
01/09/1944	V. Helena	SIM			
09/07/1976	V. Helena	SIM			
09/08/1991	V. Helena	SIM			
09/01/1988	V. Helena	SIM	4anos		Pediatra e Ginecologista
21/07/1985	V. Helena	SIM	9anos	Todo mes	Ginecologista
06/02/1983	V. Helena	SIM	2 anos	Quando preciso	Dentista
04/09/1945	Paranapiacaba	SIM		Sempre	Médico e dentista
29/10/1983	Paranapiacaba	SIM		Frequentemente	Clínico, dentista,

					pegar remédios
22/12/1955	Paranapiacaba	SIM		Quase todo dia	Dr. Agenor
25/07/1957	Paranapiacaba	SIM	Desde a inauguração	sempre	Médico e assistente social
03/12/1985	Paranapiacaba	SIM		Pelo menos 1x por mês	Médico e remédio
03/02/1975	Paranapiacaba	SIM		Sempre	Médico, dentista
09/01/1986	Paranapiacaba	SIM		Com frequência	Médico, dentista e buscar remédios
06/05/1984	Paranapiacaba	SIM		Frequentemente	Médico e enfermeira
15/11/1976	Paranapiacaba	SIM		Quase diariamente	Médico, dentista enfermeira, retirar remédios
15/11/1976	Paranapiacaba	SIM		Sempre	A maioria
15/11/1976	Paranapiacaba	SIM		Quase sempre	Médico e remédio
09/04/1959	Paranapiacaba	SIM	Bastante tempo	Com muita frequência	Médico e remédio
12/08/1966	Paranapiacaba	SIM		Frequentemente	Médico
12/03/1965	Paranapiacaba	SIM	Com frequência	Pelo menos 2x por mes	Médico e dentista
20/01/1948	Paranapiacaba	SIM	4 anos	1x por semana	Clínico
01/04/1984	Paranapiacaba	SIM	4 anos	Com bastante frequência	Médico
29/06/1949	CEO	SIM	4 meses	1x por mês	Periodontia
19/09/1969	CEO	SIM	Mais de 10 anos	Não muito frequente	prótese, endodontia e periodontia
17/07/1960	CEO	SIM	2 anos	Eventualmente	prótese/periodontal
25/12/1973	CEO	SIM	2 anos	Vim umas 5 vezes	Pediatria, odontologia, clínico geral
13/12/1932	CEO	SIM	1 ano	Pouca	Prótese, Periodontia
07/10/1988	CEO	NÃO	6 meses	Eventual	Dentista
13/01/1971	CEO	SIM	1 ano	Não muito	Endodontia
07/07/1956	CEO	NÃO	7 meses	2 vezes	Odonto

03/05/1993	CEO	NÃO	1 ano	2 vezes	Dentista
09/01/1943	CEO	SIM	4 meses		Prótese
26/02/1969	CEO	Não	1 ano	Umas 3x	Endodontia
24/12/1934	CEO	Sim	Com frequência	Não muito frequente	Periodontia
28/04/1977	CEO	Sim	4 anos		Endodontia

Quadro 5.4- Respostas dos usuários referente à pesquisa sobre a percepção do acesso aos serviços de saúde no CEO Vila Maria/Vila Guilherme, US Vila Helena e USF Paranapiacaba, 2015

QUESTÕES						
5- Você acha que a proximidade dos profissionais com a comunidade facilita o atendimento?						
6- Por quê?						
7- A Unidade de Saúde (posto) está estruturada para resolver seus problemas?						
8- Quais não são resolvidos?						
9- Como podem ser resolvidos?						
Data de Nascimento	Unidade	RESPOSTAS				
		5	6	7	8	9
24/10/1973	V. Helena	Sim	Conhecer melhor os pacientes fica mais fácil entender suas necessidades	Sim		
26/09/1962	V. Helena	Sim	Com a simpatia dos profissionais as pessoas ficam mais a vontade de desabafar com eles o que precisam no momento	Sim	São mais demorados os exames e cardiologia	Sendo mais rápido, pois dependendo do exame, quando descoberta a doença já está tarde
30/07/1987	V. Helena	Sim	Acho que se torna algo mais afetivo quando se ajudam a união	Sim		
12/08/1959	V. Helena	Sim	São muito	Sim		

			atenciosos			
23/01/1969	V. Helena	Sim	Porque tem que chegar no horário	Não Sei		
15/03/1971	V. Helena	Sim		Sim		
14/05/1983	V. Helena	Sim		Sim		
23/06/1966	V. Helena	Sim	Acessibilidade	Sim	Agendamento demorado	telefone mais rápidas marcação de consulta por telefone
02/01/1981	V. Helena	Sim	Confiança, sendo assim mostrando que o SUS tem qualidade	Sim	Não possui exames específicos	Abertura de policlínicas com hospitais integrados bem aparelhados
25/08/1970	V. Helena	Sim	Para conhecer o profissional	Não		
01/09/1944	V. Helena	Sim		Sim		
09/07/1976	V. Helena	Sim		Sim		
09/08/1991	V. Helena	Sim		Sim		
09/01/1988	V. Helena	Sim		Sim		
21/07/1985	V. Helena	Sim		Sim		
06/02/1983	V. Helena	Sim		Sim		
04/09/1945	Paranapiacaba	Sim	Tem mais comunicação	Sim	Nenhum	
29/10/1983	Paranapiacaba	Sim	Os pacientes fica mais a vontade	Sim	Necessita de RX, mais alguns reparos	Precisa de muitas coisa para ser o ideal, ultrassom. Fazer o que foi prometido ficou só na teoria.
22/12/1955	Paranapiacaba	Sim		Sim		
25/07/1957	Paranapiacaba	Sim	Pela necessidade da gente, sabemos que sempre há atendimento	Sim	Filho Usuário	Parceria, uma forma como se tratasse isso, pois afeta a saúde da família inteira.
03/12/1985	Paranapiacaba	Sim	Sabem mais sobre a gente. Existe uma	Sim		

			parceria			
03/02/1975	Paranapiacaba	Sim	Fundamental	Não	Precisa melhorar mais.	Quanto mais profissionais mais ajuda tem.
09/01/1986	Paranapiacaba	Não	Devido o lugar ser pequeno. Expõe e gera comentários	Sim	Pediatra para filhos	Colocar uma especialidade de médico para cada problema, não um só para resolver tudo.
06/05/1984	Paranapiacaba	Sim	A distância atrapalha entre o posto e o local	Não		
15/11/1976	Paranapiacaba	Sim	Porque acaba criando um vínculo com a comunidade	Não	Agendamento demorado	Trazendo os equipamentos necessários já que há espaço.
15/11/1976	Paranapiacaba	Sim	Mais fácil	Sim		
09/04/1959	Paranapiacaba	Sim	O médico olha para vc e sabe seu problema	Não	Vários especialistas	Fazendo revezamento de médicos
12/08/1966	Paranapiacaba	Sim	Cria um vínculo com os profissionais, cria mais confiança. Pessoa se sente mais a vontade para dizer o que tá sentindo.	Sim	No atendimento fui bem atendida	Passar com o especialista
12/03/1965	Paranapiacaba	Sim	Melhora o atendimento	Não		
20/01/1948	Paranapiacaba	Sim	Para mim é mais distante, mas o atendimento é bom	Não		
01/04/1984	Paranapiacaba	Sim	O acompanhamento da equipe fica mais ciente do que o paciente precisa	Sim		
01/04/1984	Paranapiacaba	Sim	Facilita o atendimento	Não	fisioterapia	Mais profissionais

29/06/1949	CEO	Sim		Sim		
19/09/1969	CEO	Sim	Eu acho que seria muito bom	Não	Falta de clínico, falta avisar os pacientes com antecedência quando não for possível o atendimento, muito descaso dos profissionais, demora no retorno de exame	Mais empenho do governo, mais comprometimento dos funcionários
17/07/1960	CEO	Sim	Facilita bastante o acesso e o contato com a família	Não	Faltou um pouco da atenção do profissionais	Tirar um pouco as carga do profissional. Está virando uma linha de produção. Melhorar o salário.
25/12/1973	CEO	Sim	Essa proximidade faria com que os pacientes se sentissem mais acolhidos	Não	Prótese não foi bem feita	Protético era ruim, não fez um bom serviço
13/12/1932	CEO	Sim	Fortalece o vínculo	Não		
07/10/1988	CEO	Não Sei		Não	Senti falta de fazer prótese	Acho que os atendentes não me atendem muito bem porque sou boliviano
13/01/1971	CEO	Sim	cria Confiança	Não	Extraí o dente	Tendo local na própria unidade para dar continuidade, sem precisar mandar para outro local
07/07/1956	CEO	Sim	O profissional fica conhecendo mais a vida do paciente	Não	Os aparelhos estão quebrados, os médicos não param (clínico	Muito serviço para pouco médico. Por isso os médicos não param. Aparelhos

					geral)	odontológicos deveriam ser renovados.
03/05/1993	CEO	Sim	Porque o profissional começa a fazer parte da comunidade	Não		
09/01/1943	CEO	Sim	Os profissionais são bem atenciosos, mesmo não tendo essa proximidade.	Sim	Falta de educação dos profissionais e preparo dos médicos	Tem que ter alguém pra botar ordem
26/02/1969	CEO	Não		Não	N exames especializados	Se a unidade tivesse esses aparelhos aqui, sem necessidade de encaminhamento.
24/12/1934	CEO	Sim	Eu me sentiria mais segura.	Não		
28/04/1977	CEO	Não	Não resolve o problema	Sim		

Quadro 5.5- Respostas dos usuários referente à pesquisa sobre a percepção do acesso aos serviços de saúde no CEO Vila Maria/Vila Guilherme, US Vila Helena e USF Paranapiacaba, 2015

QUESTÕES							
10- A quantidade de profissionais na Unidade é suficiente para atender suas demandas?							
11- Quais profissionais a Unidade deveria ter?							
12- Você teve algum problema de saúde nos últimos 6 meses?							
13- Qual?							
14- Onde foi atendido?							
15- Quem atendeu?							
Data de Nascimento	Unidade	10	11	12	13	14	15
24/10/1973	V. Helena	SIM	Ortopedia e cardiologia	NÃO	Vascular	V. Helena e Hosp. Municipal	
26/09/1962	V. Helena	SIM		NÃO			
30/07/1987	V. Helena	SIM		NÃO	Pressão alta já controlada		
12/08/1959	V. Helena	SIM	Nutricionista	SIM			
23/01/1969	V. Helena	SIM		NÃO			
15/03/1971	V. Helena	SIM		SIM			
14/05/1983	V. Helena	SIM	Dermatologia, oftalmologia	NÃO			
23/06/1966	V. Helena	NÃO		NÃO			
02/01/1981	V. Helena	SIM	Clínicos Gerais e especialistas	NÃO			
25/08/1970	V. Helena	NÃO	Mais especialistas	NÃO			
01/09/1944	V. Helena	NÃO SEI		SIM			
09/07/1976	V. Helena	SIM		NÃO			
09/08/1991	V. Helena	SIM		NÃO			
09/01/1988	V. Helena	NÃO		NÃO			

		SEI					
21/07/1985	V. Helena	SIM		NÃO			
06/02/1983	V. Helena	SIM		NÃO SEI			
04/09/1945	Paranapiacaba	SIM		NÃO			
29/10/1983	Paranapiacaba	SIM		SIM	Deu começo de AVC	No hospital do Governo	
22/12/1955	Paranapiacaba	SIM		NÃO			
25/07/1957	Paranapiacaba	SIM	mais dentista médicos, enfermeiras com auxil. de enfermagem, motorista de ambulância, pessoal de limpeza	NÃO	Pressão Alta	Dr. Agenor, Paranapiacaba	Dr. Agenor,
03/12/1985	Paranapiacaba	SIM	Um GO e um Pediatra	SIM	Falta de ar, ansiedade	Aqui na unidade	Dr. Agenor,
03/02/1975	Paranapiacaba	NÃO	Pediatra	NÃO			
09/01/1986	Paranapiacaba	NÃO	Especialistas em algumas datas	NÃO	Hérnia	Paranapiacaba	Dra. Carmen Lúcia
06/05/1984	Paranapiacaba	SIM	Pediatra e Ginecologista	SIM	Virose, bronquite	Convênio médico	Médico especialista
15/11/1976	Paranapiacaba	NÃO	Um GO e um Pediatra	SIM			
15/11/1976	Paranapiacaba	NÃO	Não sei quantos profissionais tem, só passo com o Dr. Agenor	NÃO			
09/04/1959	Paranapiacaba	NÃO	Especialistas em algumas	SIM	Cisto	Estou espera	

			datas			ndo a consult a	
12/08/1966	Paranapiacaba	SIM	mais médicos, mais recepcionistas	SIM			
12/03/1965	Paranapiacaba	SIM	Médico clínico/dentista	NÃO	Cirurgia da vista, pressão alta, diabete)		
20/01/1948	Paranapiacaba	NÃO	Mais clínicos	NÃO	Pedra na vesícula	Na Unidad e	O médico
01/04/1984	Paranapiacaba	SIM	Ter mais uma ambulância no local	NÃO			
01/04/1984	Paranapiacaba	NÃO	Especialistas	SIM	Problema ginecológico provavelmente	Posto de saúde	Enfermeira, médica
29/06/1949	CEO	NÃO	Protético	NÃO			
19/09/1969	CEO	NÃO	Dentista	NÃO	Mioma	Pérola Bingto n	Médico Particular
17/07/1960	CEO	NÃO		SIM			
25/12/1973	CEO	NÃO	Mais médico clínicos	NÃO			
13/12/1932	CEO	SIM		NÃO			
07/10/1988	CEO	NÃO	Tem até demais	NÃO			
13/01/1971	CEO	NÃO	Dentista	NÃO			
07/07/1956	CEO	SIM		NÃO			
03/05/1993	CEO	SIM		NÃO			
09/01/1943	CEO	SIM		NÃO			
26/02/1969	CEO	NÃO	Ter mais recepcionista	NÃO			
24/12/1934	CEO	SIM		NÃO			
28/04/1977	CEO	SIM		NÃO			

5.1 Profissionais

Para este estudo foram entrevistados 36 profissionais, entre os meses de setembro e outubro de 2015 em três cenários diferentes de análise. No CEO Vila Maria/Vila Guilherme foram entrevistados 13 profissionais, na US Vila Helena 12 profissionais e na USF Paranapiacaba 11. Do total de entrevistados, 26 eram do gênero feminino (72,0 %) e 10 eram do gênero masculino (28,0%). A idade dos participantes variou de 22 a 68 anos, sendo a média de 46,75 anos.

Quanto ao tempo de serviço no SUS, este variou de 3 meses a 31 anos, sendo a média encontrada de 14,30 anos, e apresentaram tempo de trabalho na unidade variando de 3 meses a 25 anos, sendo a média de 8,23 anos.

Tabela 5.1- Distribuição da frequência das respostas dos profissionais entrevistados nas unidades participantes da pesquisa de acordo com o cargo exercido, CEO Vila Maria/Vila Guilherme, US Vila Helena e USF Paranapiacaba, 2015

CARGO	UNIDADES DE SAÚDE							
	CEO		US		USF		TOTAL	
	V.Guilherme		V.Helena		Paranapiacaba			
	n	%	n	%	n	%	n	%
ACS	-	-	-	-	5	45,4	5	13,8
ASB	5	38,4	1	8,3	1	9,1	7	19,4
Aux. Enferm.	-	-	4	33,3	2	18,2	6	16,6
Cir. Dentista	8	61,6	-	-	1	9,1	9	25,0
Enfermeiro	-	-	2	16,6	1	9,1	3	8,3
Médico	-	-	5	41,8	1	9,1	6	16,9
Total	13	100,0	12	100,0	11	100,0	36	100,0

Na tabela 5.1 o maior número de profissionais que atuam na USF Paranapiacaba são os ACS (45,4%) por essa ser uma unidade de saúde da família. O CEO Vila Guilherme apresenta-se como uma unidade de referência em odontologia, portanto, um serviço especializado. Dessa forma, possui apenas cirurgiões dentistas (61,6%) e auxiliares de saúde bucal (38,4%). A Unidade de Saúde Vila Helena conta com vários médicos (41,8%) por ser uma unidade de saúde tradicional.

Tabela 5.2- Distribuição da frequência das respostas dos profissionais entrevistados nas unidades participantes da pesquisa em relação ao que pode dificultar o acesso do usuário CEO Vila Maria/Vila Guilherme, US Vila Helena e USF Paranapiacaba, 2015

Frequência de respostas	UNIDADE DE SAÚDE							
	CEO		US		USF		TOTAL	
	V. Guilherme		V. Helena		Paranapiacaba			
	n	%	n	%	n	%	n	%
Pouca Escolaridade	-	-	4	18,1	1	5,2	5	10,0
Poucos serviços	3	30,0	2	9,1	1	5,2	6	12,0
Baixa renda	-	-	-	-	4	21,0	4	8,0
Falta de informação	5	50,0	14	66,3	10	52,6	29	58,0
Pouca participação	2	20,0	2	6,5	2	16,0	6	12,0
Total	10	100,0	22	100,0	19	100,0	50	100,0

A resposta mais frequente seria a falta de informação (tabela 5.2), segundo a opinião dos profissionais entrevistados é o que dificultaria o acesso pelos usuários aos serviços, na USF Paranapiacaba a frequência foi de 10 respostas (52,6%). No CEO Vila Guilherme, o maior número de respostas também se concentrou na falta de informação (50%). A US Vila Helena foi o local onde ocorreu o maior número de respostas dos profissionais que afirmaram que os usuários não possuem informações suficientes para (63,3%) ingressar nos serviços de saúde.

Tabela 5.3- Distribuição da frequência das respostas dos profissionais entrevistados nas unidades participantes da pesquisa sobre quais ações podem facilitar o acesso do usuário às unidades CEO Vila Maria/Vila Guilherme, US Vila Helena e USF Paranapiacaba, 2015

Frequência de respostas	UNIDADE DE SAÚDE							
	CEO		US		USF		TOTAL	
	V. Guilherme		V. Helena		Paranapiacaba			
	n	%	n	%	n	%	n	%
+ prof. na unidade	1	12,5	5	15,1	1	6,2	7	12,2
> participação	-	-	4	12,1	3	18,8	7	12,2
Acesso à informação	2	25,0	11	33,3	6	37,5	19	33,4
Qual. Serviços	-	-	2	6,7	4	25,0	6	10,6
Mais vagas	4	50,0	8	24,2	-	-	12	21,0
Acesso nas decisões	1	12,5	3	8,6	2	12,5	6	10,6
Total	8	100,0	33	100,0	16	100,0	57	100,0

Conforme a tabela 5.3, os profissionais do CEO Vila Guilherme acreditam que ofertar mais vagas (50,0%) pode facilitar o acesso. Na visão dos profissionais da US Vila Helena ter mais acesso (33,3%) às informações podem ajudar os usuários acessarem os serviços com mais facilidade. Os profissionais da USF Paranapiacaba

concordam com os trabalhadores da US Vila Helena (33,3%) e responderam que o acesso à informações (37,5%) pode facilitar o ingresso dos usuários nas mesmas. Destaca-se que a qualidade dos serviços (25%) para os profissionais de Paranapiacaba pode ser um facilitador do acesso na visão dos profissionais.

Tabela 5.4- Distribuição da frequência das respostas dos profissionais entrevistados nas unidades participantes da pesquisa a respeito da atuação do conselho gestor da unidade pode melhorar a qualidade do atendimento dos serviços de saúde ao usuário. CEO Vila Maria/Vila Guilherme, US Vila Helena e USF Paranapiacaba, 2015

Frequência de respostas	UNIDADE DE SAÚDE							
	CEO V. Guilherme		US V.Helena		USF Paranapiacaba		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Sim	6	75,0	12	70,5	10	91,0	28	77,7
Não	-	-	1	6,0	-	-	1	2,7
Não Sabe	2	25,0	4	23,5	1	9,0	7	19,6
Total	8	100,0	17	100,0	11	100,0	36	100,0

Conforme a tabela 5.4, 28 (77,7%) profissionais entrevistados acredita que o Conselho Gestor da Unidade pode auxiliar o ingresso dos usuários nos serviços públicos de saúde. Apenas 1 (2,7%) entrevistado respondeu que não acredita que esse órgão possa facilitar esse ingresso. Do total da amostra, 19,6% não souberam informar quais contribuições o conselho gestor pode oferecer aos usuários.

Tabela 5.5- Distribuição da frequência das respostas dos profissionais entrevistados nas unidades participantes da pesquisa de acordo com sua percepção em relação á qualidade dos serviços prestados no CEO Vila Maria/Vila Guilherme, US Vila Helena e USF Paranapiacaba, 2015

Frequência de respostas	UNIDADE DE SAÚDE							
	CEO V. Guilherme		US V.Helena		USF Paranapiacaba		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%
C/ Qualidade	7	87,5	17	100,0	10	91,0	34	94,4
S/ Qualidade	1	12,5	-	-	-	-	1	2,8
Não Sabe	-	-	-	-	1	9,0	1	2,8
Total	8	100,0	17	100,0	11	100,0	36	100,0

A percepção que os profissionais têm em relação aos serviços prestados aos usuários se revelou positiva. Na tabela 5.5, 34 entrevistados (94,4%) afirmaram que os serviços são oferecidos de forma adequada. Apenas 1 profissional (2,8%) que atua no CEO discordou dos demais.

Tabela 5.6- Distribuição da frequência das respostas dos profissionais participantes da pesquisa em relação as categorias de análise caso fosse usuário dos serviços de saúde da unidade, no CEO Vila Maria/Vila Guilherme, US Vila Helena e USF Paranapiacaba. 2015

Frequência de respostas	UNIDADE DE SAÚDE							
	CEO V.Guilherme		US V.Helena		USF Paranapiacaba		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%
> n° de profissionais	5	29,4	4	11,1	1	4,0	10	12,8
> poder de decisão	1	5,8	4	11,1	2	8,0	7	9,0
> participação	1	5,8	4	11,1	2	8,0	7	9,0
Qual. dos serviços	2	11,7	4	11,1	2	8,0	8	10,2
+ vagas oferecidas	4	23,5	8	22,2	6	24,0	18	23,1
Estrutura física	1	5,8	7	19,4	5	15,6	13	16,6
Equipamentos	2	11,7	5	13,8	4	16,0	9	11,5
Outros	1	5,8	-	-	3	12,0	4	5,1
Total	17	100,0	36	100,0	25	100,0	78	100,0

Na tabela 5.6, foi perguntado aos profissionais caso fossem usuários dos serviços de saúde o que você exigiria? Em primeiro lugar, ficou a oferta de mais vagas tanto quanto para as unidades da US Vila Helena (22,2%) e USF Paranapiacaba (24,0%). A resposta mais frequente para profissionais do CEO caso fossem usuários dos serviços foi possuir maior número de profissionais para atendê-los (29,4%). A estrutura física das unidades também foi considerada pelos profissionais tanto da Vila Helena (19,4) quanto da USF Paranapiacaba (15,6%).

5.2 Usuários

Realizou-se 44 entrevistas com os usuários nos meses de setembro e outubro de 2015, destes 34 eram mulheres (77,2%) e apenas 10 eram homens (22,8%). No CEO Vila Maria/Vila Guilherme foram 13 entrevistas, na UBS Vila Helena foram realizadas 16, e na USF Paranapiacaba 15 entrevistas. As idades dos participantes variaram entre 23 a 83 anos, sendo que a média ficou em 46 anos.

Apenas oito entrevistados referiram estar aposentados ou trabalhando em casa (do lar), e apenas três usuários não eram moradores das localidades onde foram realizadas as entrevistas, por serem usuários do CEO, que por ser uma unidade de referência da região, atende a muitos usuários que não são necessariamente moradores da localidade onde se encontra a unidade. Quanto ao tempo em que esses usuários se utilizam dos serviços dessas unidades, apenas quatro referiram que utilizavam a unidade há menos de 1 ano.

Tabela 5.7- Distribuição da frequência das respostas dos usuários entrevistados de acordo com as faixas etárias nas unidades CEO Vila Guilherme, US Vila Helena e USF Paranapiacaba, 2015

IDADE	UNIDADE DE SAÚDE							
	CEO		US		USF		TOTAL	
	V. Guilherme		V. Helena		Paranapiacaba			
	n	%	n	%	n	%	n	%
21 ┤ 40	3	23,1	7	46,6	8	50,0	18	41,0
41 ┤ 60	5	38,5	6	40,0	7	43,7	18	41,0
61 ┤ 80	2	15,3	2	13,7	1	6,3	5	11,3
81 ┤ 100	3	22,9	-	-	-	-	3	6,7
Total	13	100,0	15	100,0	16	100,0	44	100,0

Os resultados apresentados na tabela 5.7 representam as faixas etárias dos usuários que frequentam as unidades, Este estudo revelou que 36 entrevistados possuem entre 21 a 60 anos (82,0%). Nesse estudo os idosos participaram com apenas 18,0% dos entrevistados.

Tabela 5.8- Distribuição da frequência das respostas de usuários entrevistados de acordo com o tempo de utilização dos serviços de saúde em meses do CEO Vila Guilherme, US Vila Helena e USF Paranapiacaba, 2015

UNIDADE DE SAÚDE								
Frequência de respostas	CEO		US		USF		TOTAL	
	V.Guilherme		V. Helena		Paranapiacaba			
	n	%	n	%	n	%	n	%
Menos de 6 meses	2	16,8	-	-	-	-	2	6,6
6 H 12	5	41,6	1	10,0	-	-	6	20,0
Mais de 12 meses	5	41,6	9	90,0	8	100,0	22	73,4
Total	12	100,0	10	100,0	8	100,0	30	100,0

De acordo com a tabela 5.8 a maioria dos usuários entrevistados utilizam os serviços há mais de 12 meses (73,4%). Na US Vila Helena, 90,0% dos frequentadores a utilizam por mais de 12 meses. Isso pode ser explicado devido essa unidade ter sido implantada há muitos anos no município de Santo André. A USF Paranapiacaba (100,0%) por ser distante do centro da cidade de Santo André torna-se praticamente a única alternativa de prestação de serviços de saúde para a comunidade.

Tabela 5.9- Distribuição da frequência das respostas de usuários entrevistados de acordo com a frequência de utilização dos serviços de saúde do CEO Vila Guilherme, US Vila Helena e USF Paranapiacaba, 2015

UNIDADE DE SAÚDE								
Frequência de respostas	CEO		US		USF		TOTAL	
	V.Guilherme		V. Helena		Paranapiacaba			
	n	%	n	%	n	%	n	%
Frequentemente	3	25,0	5	62,5	6	100,0	14	53,8
Eventualmente	9	75,0	3	27,5	-	-	12	46,2
Total	12	100,0	8	100,0	6	100,0	26	100,0

Na tabela 5.9 ficou demonstrado que 75% dos usuários do CEO Vila Guilherme utilizam esse serviço eventualmente. Isso se deve por essa unidade ser um serviço de referência para unidades da Atenção Básica. Na US Vila Helena 62,5% informaram que frequentam a unidade regularmente Na USF Paranapiacaba 100% dos entrevistados disseram se utilizam dos serviços da unidade frequentemente.

Tabela 5.10- Distribuição da frequência das respostas de usuários entrevistados de acordo com os serviços de saúde mais utilizados no CEO Vila Guilherme, US Vila Helena e USF Paranapiacaba, 2015

Frequência de respostas	UNIDADE DE SAÚDE							
	CEO		US		USF		TOTAL	
	V. Guilherme		V. Helena		Paranapiacaba			
	n	%	n	%	n	%	n	%
Médicos	2	14,2	8	61,5	12	44,4	22	40,7
Odontológico	12	85,8	2	15,3	6	22,2	20	35,1
Enfermagem	-	-	-	-	4	14,8	4	7,5
Outros	-	-	3	23,2	5	18,6	8	16,7
Total	14	100,0	13	100,0	27	100,0	54	100,0

A maioria dos entrevistados procurou mais os serviços médicos segundo a tabela 5.10 (Paranapiacaba 44,4% e US Vila Helena 61,5%). O CEO como foi dito anteriormente por ser um serviço de referência em odontologia teve o serviço odontológico como o mais citado (85,8%). Apenas os entrevistados da USF Paranapiacaba (14,8%) informaram que se utilizaram dos serviços de enfermagem.

Tabela 5.11- Distribuição da frequência das respostas de usuários entrevistados de acordo com a sua percepção em relação à proximidade com os profissionais como facilitador do acesso no CEO Vila Guilherme, US Vila Helena e USF Paranapiacaba, 2015

Frequência de respostas	UNIDADE DE SAÚDE							
	CEO		US		USF		TOTAL	
	V. Guilherme		V. Helena		Paranapiacaba			
	n	%	n	%	n	%	n	%
Facilita	10	76,9	16	100,0	15	93,3%	41	91,1
Não Facilita	2	15,3	-	-	1	6,7%	3	6,7
Não Sabe	1	7,8	-	-	-	-	1	2,2
Total	13	100,0	16	100,0	16	100,0	45	100,0

Os usuários percebem que estar mais próximo dos profissionais pode ajudá-los a resolver suas necessidades de saúde. Na tabela 5.11 verificou-se que 39 usuários responderam afirmativamente (91,1%). Apenas 3 usuários (9,2%) não

concordam que a proximidade com os profissionais pode facilitar seu acesso aos serviços de saúde.

Tabela 5.12- Distribuição da frequência das respostas de usuários entrevistados de acordo com a percepção dos usuários em relação à estruturação dos serviços de saúde na unidade no CEO Vila Guilherme, US Vila Helena e USF Paranapiacaba, 2015

Frequência de respostas	UNIDADE DE SAÚDE							
	CEO		US		USF		TOTAL	
	V. Guilherme		V. Helena		Paranapiacaba			
	n	%	n	%	n	%	n	%
Sim	10	76,9	14	87,5	9	60,0	33	75,0
Não	2	15,3	1	6,2	6	40,0	9	20,5
Não Sabe	1	7,8	1	6,2	-	-	2	4,5
Total	13	100,0	16	100,0	15	100,0	44	100,0

Os usuários da US Vila Helena percebem (87,5%) que os serviços encontram-se mais estruturados do que as outras duas unidades em questão. Para os usuários da USF Paranapiacaba 40% daqueles que acessam os seus serviços de saúde disseram que unidade não está plenamente estruturada para atender às suas necessidades conforme tabela 5.12. Em relação aos frequentadores do CEO 76,9%, também acreditam que os serviços se encontram estruturados.

Tabela 5.13- Distribuição da frequência das respostas dos usuários entrevistados de acordo com a sua satisfação em relação à quantidade de profissionais na unidade no CEO Vila Guilherme, US Vila Helena e USF Paranapiacaba, 2015

Frequência de respostas	UNIDADE DE SAÚDE							
	CEO		US		USF		TOTAL	
	V. Guilherme		V. Helena		Paranapiacaba			
	n	%	n	%	n	%	n	%
Sim	6	46,1	12	75,0	9	60,0	27	61,4
Não	7	53,9	2	12,5	6	40,0	15	34,1
Não Sabe	-	-	2	12,5	-	-	2	4,5
Total	13	100,0	16	100,0	15	100,0	44	100,0

Na US Vila Helena (tabela 5.13), constatou-se que é o serviço de saúde onde as pessoas estão mais satisfeitas com a quantidade de profissionais (75,0%). Por

ser uma unidade tradicional esta possui médico clínico geral, ginecologista e pediatra. A USF Paranapiacaba cujo modelo baseia-se na saúde da família conta somente com o médico generalista. A forma como os modelos estão dispostos, em certa medida faz com que a população acredite que quanto maior o número de profissionais para atendê-la melhores suas chances de sucesso.

6 DISCUSSÃO

Os resultados obtidos foram analisados por meio da técnica denominada análise temática do conteúdo preconizada por Minayo (2004). A partir dessa discussão, emergiram duas categorias analíticas, uma para profissionais e outra para os usuários as quais serão discutidas na análise descritiva.

6.1 Análise temática do conteúdo

Após o cumprimento das etapas que consistiram na preparação das informações, da unitarização ou transformação do conteúdo em unidades; da categorização; da descrição; e da interpretação, à luz da análise temática do conteúdo aplicada aos profissionais surgiu a categoria *“Qualificação do acesso: meios excludentes e meios inclusivos.”*

6.2 Profissionais

Foram entrevistados 36 profissionais, entre os meses de setembro e outubro de 2015 em três cenários diferentes de análise, CEO Vila Maria/Vila Guilherme, na US Vila Helena, e na USF Paranapiacaba, e de acordo com as respostas os estes referiram que os conselhos gestores das unidades podem contribuir de maneira efetiva para a melhoria da qualidade do atendimento aos usuários na unidade.

6.3 A qualificação do acesso

Foi perguntado aos profissionais de que forma o conselho gestores da unidades poderiam contribuir na melhoria da qualidade do atendimento aos usuários na Unidade e como se daria contribuição. Assim, 77,7% concordaram que este órgão pode contribuir para que a população acesse os serviços de saúde de suas respectivas unidades com mais qualidade e facilidade.

Transcrevemos abaixo algumas citações dos profissionais entrevistados referentes ao conselho gestor.

“[...] conhecem as reais necessidades dos usuários [...]”

“[...] Discutindo com a comunidade as prioridades [...]”

“[...] Ouvindo os pedidos da população [...]”

“[...] saber a necessidades dos usuários [...]”

Para que essa contribuição se torne efetiva são necessárias uma maior participação do Conselho Gestor quanto à fiscalização na aplicação dos recursos nos serviços. Um cirurgião dentista do CEO sintetiza a importância do Conselho Gestor quando se refere que os cidadãos podem influenciar as decisões do governo relacionadas ao planejamento e execução de políticas públicas. Esse comentário inclusive reproduz o que a lei 8.142/90 diz: “atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos” (Brasil, 1990).

Destacamos também o comentário de outro dentista que também atua no CEO que compreende que o empoderamento de informações e dos protocolos de atendimento por parte dos usuários pode ajudá-los na melhora da qualidade do atendimento. Um profissional do CEO (dentista) acredita que conselho gestor pode atuar como um fórum para que ocorra uma maior participação dos usuários nas dinâmicas dos trabalhos, das dificuldades da UBS, e divulgando melhor o tipo de atendimento oferecido; preparando estratégias que alcancem a todos; também trazendo para equipe de saúde as reais necessidades da comunidade. O

empoderamento para Gohn (2003) se relaciona com a transformação das práticas comunitárias e profissionais em saúde e a oportunidade concreta de fazer com que as reais necessidades da população sejam atendidas.

Em um depoimento a enfermeira da US Vila Helena acredita que o Conselho Gestor pode orientar a forma de acesso e os serviços oferecidos, e assim melhorar a qualidade. Uma das alternativas para a resolução do problema de acesso (Souza et al., 2008) é deslocá-lo das bases estritamente quantitativas, como número de atendimentos e rendimento profissional, para tendências que buscam qualificá-lo no ato da recepção do usuário. Outra questão importante é que a questão não se restringe as quantas portas de entrada se dispõe, mas, sobretudo, interroga-se sua qualidade (Starfield, 2004).

Um profissional de Paranapiacaba acredita que o Conselho Gestor deve discutir a respeito dos processos de trabalho e informar suas decisões à população. O processo de trabalho tem relação com a qualidade do sistema de saúde e a dimensão do cuidado individual, está balizada pelo acesso e pela efetividade do cuidado prestado, enquanto a dimensão populacional, em função da otimização dos recursos, estando ancorada no trinômio equidade, eficiência e custo (Norman; Tesser, 2015). A reorganização do trabalho do médico e de outros profissionais perpassa pelos processos decisórios que ocorrem no ato mesmo da produção de saúde (Franco; Merhy 2000). A mesma preocupação é compartilhada por dois dentistas do CEO Vila Guilherme e de uma auxiliar de enfermagem da USF Paranapiacaba. Estes discutem se a assistência à saúde atende as necessidades da população e se as políticas de saúde estão de acordo com que a população precisa. Essa dissociação (assistência/necessidade) muitas vezes, ocorre devido ao conflito existente entre a necessidade de assistência da população e a proposta que a unidade de saúde traz baseada nos programas de saúde do governo (Pestana; Vargas; Cunha, 2007).

Uma profissional da USF Paranapiacaba sintetiza como o Conselho Gestor pode auxiliar a unidade melhorar a qualidade do atendimento aos usuários. Ela diz que: “após avaliações priorizar as carências, expô-las nas reuniões do Conselho Gestor para o conhecimento de todos e atendê-las conforme os recursos”. A

priorização de carências a qual ela se refere tem relação com a territorialização e a vigilância sanitária. Para Unglert (1990, p. 43), “o estabelecimento de uma base territorial é fundamental para a caracterização dos problemas de saúde de uma população, bem como para a avaliação do impacto do sistema sobre aqueles e ainda para o estabelecimento da responsabilização pelos serviços sobre sua população adscrita”.

A concretização do acesso universal aos serviços de saúde requer uma luta constante pelo fortalecimento da saúde como um bem público, tendo a saúde como direito individual e coletivo que deve ser fortalecido com o redimensionamento de uma nova prática construída a partir de uma gestão democrática e participativa (Assis et al., 2010c).

Assim, a contribuição que os serviços de saúde podem oferecer é o fortalecimento da consciência sanitária. Para exercer esta tarefa, entretanto, é necessária, que sejam capazes de efetivamente superar o modelo médico assistencial hegemônico e, voltando-se para a construção de projetos, ações e programas capazes de interferir positivamente nos determinantes sociais e políticos da saúde, e contribuir para a efetivação de uma política pública afinada com os princípios e diretrizes do SUS (Sousa, 2007).

A atenção básica é um ambiente fértil para um trabalho com vistas à interação social, a qual possibilita a construção da saúde com a participação de diferentes saberes. Além disso, conforme observado, a forma como o serviço está organizado influenciará as ações dos trabalhadores e usuários dentro dos serviços (Coelho; Jorge, 2009).

6.3.1 Meios excludentes

Os profissionais entrevistados para essa pesquisa concordam com Tavares et al. (2013) quando se referem ao nível de entendimento e informação da população sobre o que é o SUS e os seus direitos em relação à assistência. A falta de informação se coloca em muitas situações como uma estratégia de (in)visibilidade sobre os direitos dos usuários e deveres do Estado no papel de gestores e trabalhadores de saúde.

Assim, a experiência dos sujeitos com os distintos serviços vai depender de muitas variáveis, tais como as informações que agregam e estão disponíveis a ele, sua percepção sobre as facilidades e dificuldades para a obtenção de cuidados, a compreensão sobre necessidades de saúde que vão se construindo nos processos saúde-doença de usuários e trabalhadores de saúde e, por fim, as formas como irão se estabelecer o vínculo, o acolhimento e de como se farão as rupturas com os processos de desigualdade e exclusão a que muitos usuários têm sido submetidos nos serviços públicos e, nesse caso, no SUS (Schwartz et al., 2010).

Comentário de um dentista do CEO: *“Percebo que há muitas faltas, e nesse ponto o conselho gestor pode trabalhar com a população para essa redução. Isso levaria mais eficiência ao atendimento.”*

Muitas vezes, as condições materiais são boas e busca-se praticar um bom atendimento, mas inexiste qualificação adequada dos funcionários da recepção ou, pelo contrário, monta-se um bom serviço de recepção, triagem e pré-consulta que culmina com um mau atendimento no momento da consulta, na qual se estabelecem relações frias, desumanizadas, de desinteresse (Ramos; Lima, 2003).

Para Cecílio (2005) nos encontros entre os diferentes sujeitos envolvidos na construção da saúde, podem surgir conflitos, porque, em virtude de interesses pessoais, às vezes, deixamos de ouvir as necessidades do outro.

Segundo Coelho e Jorge (2009) o trabalhador da saúde está acostumado com o ambiente de trabalho, não percebe que as pessoas que chegam não estão acostumadas com o ambiente e rotina de funcionamento do serviço. Contudo, devemos ter consciência do outro em sua individualidade, como ser singular. E, além disso, (Carvalho; Cunha, 2006) tendem a subestimar o contato e o diálogo com o usuário, solicitam uma bateria de exames de laboratório e outros complementares, bem como consultas especializadas, que poderiam ser resolvidos na própria unidade de saúde.

Outra dificuldade de acesso diz respeito à obtenção de consulta clínica por falta de profissionais médicos em número suficiente em relação à demanda. No entanto, não se pode deixar de considerar que, mesmo com o aumento do quadro de pessoal, não há garantia de que a oferta seja suficiente em relação à procura (Coelho; Jorge, 2009).

6.3.2 Meios inclusivos

De acordo com Acurcio e Guimarães (1996) o acesso relaciona-se a políticas voltadas para grupos específicos procurando apreender a concepção de equidade para superar estas iniquidades através da formulação e implementação de determinadas ações, e assumir um caráter regulador sobre o sistema de saúde, definindo fluxos, funcionamento, capacidade e necessidade de expansão e organização da rede para o cuidado progressivo ao usuário (Jesus; Assis, 2010).

Abaixo, observamos por meio dos dois relatos a importância em reconhecer as reais necessidades dos usuários, seus modos de vida por parte dos profissionais envolvendo a questão da resolutividade ou dos resultados do cuidado de saúde como elemento referencial para o acesso (Travassos, Martins, 2004). A não resolutividade nesse caso limita o acesso dos usuários aos serviços. Soma-se a isso, a procura por parte dos usuários a outros serviços que possam resolver seus

problemas. Isso acaba sobrecarregando muito o trabalho de uma unidade de saúde em detrimento a outra.

“[...] Se empoderando das informações e protocolos de atendimento e [...]”

“Divulgando melhor o tipo de atendimento oferecido; preparando estratégias que alcancem a todos; também trazendo para equipe de saúde as reais necessidades da comunidade, Educação.”

No estudo realizado por Sisson (2007), os profissionais entrevistados apontaram que a ESF melhorou o acesso dos usuários ao sistema de saúde, facilitando o acesso às camadas da população de baixa renda com as ações de territorialização. Indiretamente, proporcionou certa igualdade na efetividade dos serviços, ao promover uma qualificação das práticas baseada em um conjunto novo de valores.

O empoderamento da população é um fator que auxilia inclusive na percepção do seu estado de saúde e permite acessar com mais facilidade os serviços nos quais necessita. Para o profissional se essa consciência sanitária que todos almejam se concretizar as ações de saúde se tornarão mais efetivas e resolutivas.

Constatou-se, também, nesse comentário de um profissional do CEO Vila Guilherme que *“Nas reuniões com a comunidade para saber os pontos chaves para a qualidade do atendimento.”* Ficou demonstrada a relação usuário-profissional de saúde que se estabelece que o usuário se encoraje a fazer perguntas, as respostas que obtém ou esclarecimentos e orientações espontâneas que lhe são dadas, especialmente quando levado em conta seu modo de vida, conferem-lhe a segurança necessária para enfrentar eventuais dúvidas e dificuldades e aumentam a relação de confiança já existente (Ramos; Lima, 2003).

Dessa forma, os trabalhadores da saúde devem assumir a responsabilidade pelo acompanhamento do serviço de saúde para com o usuário e reconhecer os limites tecnológicos do serviço. De acordo com Coelho e Jorge (2009) os usuários

demandam um atendimento integral e, muitas vezes, a elaboração de projetos terapêuticos específicos que logrem qualificar as respostas às suas necessidades.

Os recursos tecnológicos são operados no espaço intercessor do encontro trabalhador e usuários no interior dos serviços de saúde, nos quais há abertura para a produção subjetiva dos sujeitos. Desse modo, a subjetividade e a dignidade humana, tanto dos usuários quanto dos trabalhadores da saúde, devem ser enfatizadas como um direito inalienável. Neste contexto, todos os sujeitos podem ampliar suas ações para além de um trabalho técnico e hierarquizado, um trabalho com interação social, com maior “horizontalidade e flexibilidade” dos diferentes saberes, com maior possibilidade de criatividade dos agentes e maior integração da equipe (Almeida et al., 2001; Merhi, 2005).

Segundo Ronzani e Silva (2008) os profissionais sentem-se valorizados com o trabalho que desenvolvem, especialmente quando o reconhecimento vem da população e pela identificação que sentem com o serviço. Nesse sentido, pode-se ressaltar que o usuário serve como uma forma de respaldar e balizar o trabalho da equipe.

Vários autores assinalam como fato observado a existência de boas práticas por parte dos profissionais (Sousa, 2000; Teixeira, 2003). Porém, muitas vezes estas práticas apresentam-se limitadas para a oferta de atenção integral face à ausência de uma rede regionalizada de referência e contrarreferência de serviços assistenciais. Logo, a obtenção de boas práticas não altera substantivamente a lógica organizativa dos serviços e sistemas locais de saúde, predominando com isto o modelo clássico de assistência a doenças em suas demandas espontâneas, sustentadas no tripé do médico que realiza consultas com apoio diagnóstico, equipamentos e medicamentos.

O atendimento deve se basear no respeito, havendo ainda a necessidade de união, mas ao mesmo tempo ressalta-se que a população não pode ficar à parte do processo de construção da saúde (Coelho; Jorge, 2009). Além disso, este deve satisfazer todas as necessidades do usuário, que quer receber informação e orientação que o profissional de saúde, por meio do conhecimento adquirido pode

prestar para a manutenção do seu bem-estar, e que as orientações lhe permitam maior autonomia em relação à própria saúde (Lima et al., 2007).

As Agentes Comunitárias de Saúde afirmaram que Conselho Gestor poderia melhorar a qualidade dos serviços da unidade de saúde, porém com um detalhe, a visão dessas profissionais sempre esteve focada nos usuários. Essa preocupação com a população que acessa os serviços de saúde se justifica, pois são eles que mantêm um relacionamento mais estreito com a população. Uma das respostas se referiu que a qualidade dos serviços pode melhorar se for humanizado e acolher os usuários de acordo com suas necessidades.

A Política Nacional de Humanização PNH, Brasil (2004) surgiu como uma estratégia de interferência no processo de produção de saúde, levando-se em conta que sujeitos sociais, quando mobilizados, são capazes de transformar realidades transformando-se a si próprios nesse mesmo processo. Uma de suas prioridades diz respeito à redução das filas e do tempo de espera com ampliação do acesso e atendimento acolhedor e resolutivo baseados em critérios de risco. Sem dúvida, a PNH deve atuar em conformidade com as diretrizes do SUS com alta conectividade, de modo cooperativo e solidário. Ainda em relação à fala da ACS, o acolhimento desencadeia uma série uma série de fatores que estão relacionados ao acesso, ao vínculo entre equipe e população, trabalhador e usuário, questionar o processo de trabalho, desencadear cuidado integral e modificar a clínica. Dessa maneira, é preciso qualificar os trabalhadores para recepcionar, atender, escutar, dialogar, tomar decisão, amparar, orientar, negociar (Fagundes, 2004). É um processo no qual os trabalhadores e instituições tomam, para si, a responsabilidade de intervir em uma dada realidade, em seu território de atuação, a partir das principais necessidades de saúde, buscando uma relação acolhedora e humanizada para prover saúde nos níveis individual e coletivo (Ortiz et al., 2004). Para Santos-Filho (2007) deve-se observar/avaliar o próprio *“movimento de organização do acolhimento com avaliação de risco”*, enquanto processo de trabalho (formação das equipes, graus de adesão, capacitações, etc.), buscando nele as variáveis que caracterizam sua implantação, em graus mais adequados ou não, e a influência dos diferentes contextos de implantação nos efeitos obtidos.

Ainda em relação à entrevista dos profissionais, questionou-se sobre a qualidade dos serviços prestados pelas unidades de saúde participantes dessa pesquisa, e quais serviços que não eram oferecidos. A pesquisa revelou que 94,4% dos profissionais estão satisfeitos com os serviços que prestam na unidade. Apenas 1 (2,8%) não concordou e 1 (2,8%) não soube responder.

Uma entrevistada do CEO Vila Guilherme que afirmou que a unidade de saúde não presta serviços de qualidade ao usuário faltam especialistas em número suficiente e o número de funcionários é muito reduzido. Conforme ressaltado por Viegas e Penna (2013) a existência de problemas ligados ao acesso e à referência a algumas especialidades e serviços compromete e prejudica o princípio da integralidade, pois o usuário entra no Sistema, mas, muitas vezes, o acesso é dificultado pelo longo tempo de espera por consulta com especialistas e exames diagnósticos, constituindo uma via interditada para o sistema de referência e contrarreferência. A falta de especialistas é uma barreira imposta para aqueles usuários que buscam serviços de maior complexidade. Segundo Viegas e Penna (2013, p. 185): “o SUS é universal mas vivemos de cotas”. O SUS “tem seus limites, é difícil conseguir manter que o SUS é um direito de todos!” Um dentista do CEO afirmou que “[...] *precisam ser otimizados permanentemente e precisando ampliar sua atuação para abraçar uma demanda cada vez maior [...]*”. Nesse sentido, a regulação é fundamental para ordenar, orientar, definir, otimizar a utilização dos recursos disponíveis para a atenção à saúde e, ainda, garantir o acesso da população a ações e serviços em tempo oportuno e de forma equânime. Os profissionais se referiram à gestão dos recursos disponíveis e ao estrangulamento da atenção secundária devido à falta de profissionais especialistas e também por encaminhamentos excessivos (Viegas; Penna, 2013). Em todos os âmbitos das ações e serviços de saúde, deve-se ter a preocupação com a necessidade de oferecer informação e conhecimento suficiente para que as pessoas possam alcançar a máxima autonomia no seu próprio cuidado e na relação com os profissionais e com os serviços de saúde. Devem ter acesso ainda a todas as tecnologias de saúde - os *cuidados progressivos de uma tecnologia a outra, mas em uma cadeia de cuidados*, não em uma rede de encaminhamentos em que cada profissional ou serviço que encaminha se desresponsabiliza, acusa outros âmbitos ou se considera dispensado da escuta à pessoas.

6.4 Usuários

Em relação aos usuários as categorias emergentes foram as que constituem as dimensões do acesso sistematizado por Fekete (1996): *“geográfica, organizacional (obstáculos na entrada e pós-entrada), sociocultural e econômica.”*

A pesquisa sobre a percepção do acesso em três diferentes serviços de saúde foi realizada com 44 usuários. Quando questionados sobre sua satisfação em relação aos serviços 61,3% demonstrou estar satisfeito, 34,1% estavam insatisfeitos com os serviços oferecidos e 4,6% não souberam responder.

Para a compreensão sobre a percepção dos usuários sobre o acesso aos serviços de saúde na US Vila Helena, USF Paranapiacaba e CEO Vila Guilherme dividimos esse estudo em categorias de análise que constituem as dimensões do acesso sistematizados por Fekete (1996): geográfica, organizacional (obstáculos na entrada e pós-entrada), sociocultural e econômica, além do acolhimento e vínculo.

6.4.1 Dimensão econômica

Os usuários da USF Paranapiacaba foi o único grupo que relatou a importância dos medicamentos poderem ser retirados unidade. Isso se deve provavelmente por questões econômicas, e a distância que a unidade se encontra do centro da cidade e por não haver farmácias no local. Questões econômicas são referidas quase sempre em estudos relacionados ao acesso aos serviços de saúde (Elias et al., 2006; Ribeiro et al., 2006; Travassos et al., 2000) sendo constante, nesses estudos, a referência a uma relação inversamente proporcional entre a situação socioeconômica dos indivíduos e a possibilidade de acesso. No campo da avaliação dos serviços de saúde, a acessibilidade pode ser definida como as características do serviço que permitem a fácil utilização pelos usuários. Segundo

Unglert (1995) o acesso econômico caracteriza-se a partir de facilidades e dificuldades que o usuário encontra ao acessar os serviços de saúde. Dentre as facilidades identificam-se: forma de deslocamento, procedimentos e obtenção de medicamentos.

A disponibilidade de medicamentos na própria unidade é um meio facilitador para o usuário, pois este não tem a necessidade de se deslocar devido a sua proximidade com o serviço e também em relação à despesa com esses insumos por constituir numa dificuldade para alguns usuários. Isso se traduz em uma profunda condição de injustiça social a qual esses indivíduos estão submetidos (que já os exclui do acesso a outros bens e produtos indispensáveis à manutenção da vida e da saúde) priva-os, cotidianamente, do direito de contrair esta despesa (Azevedo; Costa, 2010).

Segundo Andersen (1995) a renda quando presente na explicação do padrão de utilização de serviços de saúde da população indica que a utilização varia segundo os recursos financeiros das pessoas. Barreiras financeiras ao atendimento são geradas pelo modo de financiamento do sistema de saúde.

As pessoas conseguem até com certa facilidade ingressar nos serviços de atenção primária e serem atendidas quando percebem a sua necessidade de uso. A maior preocupação recai na pouca oferta de serviços especializados (Mitre et al., 2012). De acordo com Assis e Jesus (2012), a disponibilidade corresponde ao alcance do usuário aos serviços de que necessita, incluindo-se a localização da unidade de saúde, a disponibilidade de horários e os dias em que a unidade atende bem como a possibilidade de atendimento a consultas não agendadas.

Para Cecílio (1997) o acesso aos serviços especializados é bastante difícil e a demora, geralmente, resulta em desistência por parte do usuário da consulta agendada. O número de consultas em especialidades é insuficiente para atender as necessidades das pessoas que utilizam o sistema. Agregam-se a isto, muitas vezes, a baixa resolubilidade da rede básica, acarretando sobrecarga para os serviços especializados. Este usuário teria que montar seu cardápio de serviços por sua conta e risco, buscando, onde for possível, o atendimento no qual necessita

independente do nível de complexidade e serviços ofertados. Por exemplo, é muito difícil conseguir acesso às cirurgias eletivas, independente da “porta de entrada” que esteja sendo usada pelo usuário (Cecílio, 1997). Os resultados também coincidem com os apresentados por Ramos e Lima (2003) que demonstram a necessidade de reformular as organizações e os equipamentos de saúde do SUS.

6.4.2 Dimensão organizacional

Os usuários percebem a importância que serviços de saúde sejam organizados. Não poder marcar consultas pelo telefone, número reduzido de profissionais, demora no agendamento e na entrega de exames e não avisar os pacientes com antecedência quando não for possível o atendimento denotam a insatisfação dos usuários em relação ao componente organizacional se associa grandemente às barreiras de acesso ao profissional e às ações de saúde (Trad et al., 2002).

. Segundo Fekete (1996) a dimensão organizacional relaciona-se com a acessibilidade, que é a forma como os usuários experimentam o serviço. A acessibilidade não é uma característica apenas da atenção primária, uma vez que todos os níveis de serviços devem estar acessíveis. Entretanto, os requisitos específicos para a acessibilidade diferem na atenção primária porque este é o ponto de entrada no sistema de serviços de saúde (Starfield, 2004).

A acessibilidade é o elemento estrutural necessário para a primeira atenção. Para oferecê-la, o local de atendimento deve ser facilmente acessível e disponível; se não, a atenção será postergada, talvez a ponto de afetar adversamente o diagnóstico e manejo do problema (Starfield, 2004).

6.4.3 Dimensão sociocultural

A maior demanda por parte dos usuários entrevistados em relação aos serviços de saúde continua sendo para a consulta médica. Esse fato ainda persiste devido à concepção na qual o médico é o principal detentor do saber. A cultura do pronto-atendimento, a pouca disponibilidade de profissionais e de vagas oferecidas para atendê-los dificulta a entrada dos pacientes aos serviços de saúde (Assis; Jesus, 2012). A ideologia de que consultas médicas resolverão os problemas de saúde dos usuários baseia-se no modelo queixa-conduta, centrado na figura do médico como responsável absoluto pela saúde do usuário: essa afirmação uma assemelha-se muito com os relatos encontrados por Coelho e Jorge (2009). Ainda nos serviços de atenção primária os usuários procuraram os médicos para sanar seus problemas.

Outros entrevistados responderam ao serem questionados sobre o que eles achavam sobre a qualidade dos serviços: *“mais empenho do governo”, mais comprometimento dos funcionários, melhoraria do salário dos profissionais, e “muito descaso dos profissionais”*. Um paciente referiu que por ser estrangeiro não era bem atendido. A dimensão sociocultural refere-se a perspectivas da população: percepção do indivíduo sobre a gravidade de sua doença, medo do diagnóstico e das intervenções, crenças e hábitos, vergonha; e do sistema de saúde: formação dos profissionais; falta de preparo das equipes frente à diversidade de pacientes com distintas características socioculturais, incipiência dos processos de participação (Fakete, 1996).

Destaca-se o comentário de uma usuária que possui um filho que faz uso de drogas ilícitas: *“afeta a saúde da família inteira”*. Ela se queixa que buscou ajuda na unidade de saúde para resolver o problema do filho, porém se frustrou por não ter conseguido ante as dificuldades enfrentadas. Não contar com serviços resolutivos cria uma barreira ao acesso. Conforme relatado por Quinderé et al. (2013) o desinteresse por parte de alguns trabalhadores da APS em abordar os casos de saúde mental ou de usuários de drogas, bem como a falta de articulação entre os serviços especializados e primários podem gerar uma descontinuidade ou mesmo

uma ausência de assistência. A resolubilidade está associada à implantação de novos serviços e de novos equipamentos; à incorporação de novas tecnologias; à reorganização de processos de trabalho; à conformação de redes; além da articulação e complementaridade de serviços e redes existentes (Santos, 2006). Ainda de acordo com Juliani e Ciampone (1999) o relato acima atesta que a qualidade dos serviços prestados pelo SUS caracteriza a dificuldade em alcançar o atendimento ou a resolução das demandas apresentadas. Destaca-se, dessa forma, a importância do sistema local de saúde tornar-se capaz de oferecer respostas efetivas às pessoas que buscam os serviços públicos de saúde, proporcionando a resolatividade necessária na vigência dos agravos.

No que se refere às desigualdades na saúde, não é possível que somente os serviços de saúde respondam isoladamente a essa responsabilidade social, uma vez que esta questão extrapola o âmbito das políticas públicas universais desse setor. A saúde em si mesma não resolve as desigualdades como demonstra as brechas existentes, ainda que pequenas, em países sociais democráticas e/ou em estados que adotam políticas de bem-estar social, a exemplo da Inglaterra, Suécia, Noruega, entre outros. Portanto, a superação das desigualdades na saúde estar intrinsecamente ligada ao determinante do desenvolvimento político, econômico, social e ambiental (Cunha; Vieira-da-Silva, 2010).

6.4.4 Dimensão Geográfica

Os usuários não se importam em acessar serviços de saúde distantes de sua residência desde que tenham suas necessidades atendidas. Segue o relato de uma usuária de Paranapiacaba: *"apesar da distância prefiro passar aqui devido ao atendimento ser bom"*. De acordo com Unglert (1995) o acesso geográfico é caracterizado pelo tempo de deslocamento e distância entre a residência do usuário e o serviço de saúde, seguindo o conceito de acessibilidade geográfica e de territorialização.

O Acesso geográfico e acolhimento estão relacionados, coincidindo com achados descritos por Ramos e Lima (2003) que apesar de existirem serviços de saúde próximos da casa do usuário, sua escolha é influenciada pela forma como ele é recebido na unidade, pela confiança na experiência dos trabalhadores, o tipo de atendimento ofertado, a capacidade e a competência dos membros da equipe e a resolutividade desses serviços. Isso demonstra a relação entre o acesso geográfico e o acesso funcional Andersen (1968), Unglert (1995), pois os usuários se dispõem a deslocar-se para ser atendido em um local em que, apesar de mais distante de sua casa, é bem recebido por uma equipe de profissionais que já conhece, onde teve experiências prévias bem sucedidas, e onde seu ingresso e permanências são facilitados através de diversos mecanismos, entre os quais o agendamento prévio de consultas.

Outra usuária da USF Paranapiacaba afirmou que a distância atrapalha para acessar os serviços. Para Santos (1995) fica evidente que os usuários se submetem às dificuldades na obtenção de acesso ao atendimento, muitas vezes pelo fato de que o serviço procurado representa a alternativa mais viável, sob o aspecto econômico Franco e Campos (1998), para buscar a resolução de suas necessidades de saúde.

Acesso e acolhimento e vínculo remetem à discussão de modelos assistenciais, que dizem respeito à produção de serviços de saúde, a partir dos saberes da área, assim como de projetos políticos de construção dos grupos sociais envolvidos (Merhy et al., 1991). É um conceito que transita entre o técnico e o político, já que concretiza as diretrizes da política sanitária com certo saber técnico (Merhy et al., 1994).

Para Fagundes (2004), o acolhimento deve ser visto, portanto, como um dispositivo potente para atender a exigência de acesso, propiciar vínculo entre equipe e população, trabalhador e usuário, questionar o processo de trabalho, desencadear cuidado integral e modificar a clínica. Dessa maneira, é preciso qualificar os trabalhadores para recepcionar, atender, escutar, dialogar, tomar decisão, amparar, orientar, negociar.

O acolhimento surge a partir das relações que se estabelecem entre usuários e profissionais durante o atendimento. Ele está ligado à utilização dos recursos disponíveis para a solução dos problemas dos usuários (Matumoto, 1998). Essa postura, conforme percebida pelos entrevistados, permitiu a constatação de fatores que facilitam esse atendimento e evidenciou situações que geram dificuldades nas relações.

Os fatores identificados como aqueles que denotam a qualidade do atendimento foram classificados em: boa recepção, respeito ao usuário, relação humanizada e bom desempenho profissional. Com base na descrição dos entrevistados, boa recepção é ser bem tratado pela equipe, é ser conhecido por ela. Respeito ao usuário se traduz na limpeza e organização da área, na pontualidade do atendimento, nas informações prestadas, nas rotinas que contemplam a necessidade do usuário (Ramos; Lima, 2003).

O acolhimento evidencia as dinâmicas e os critérios de acessibilidade a que os usuários estão submetidos e pode constituir diretriz para o estabelecimento de um processo de trabalho centrado no interesse do usuário, tornando-se, assim, tecnologia para a reorganização dos serviços, com vistas à garantia de acesso universal, resolutividade e humanização do atendimento (Franco et al., 1999).

Sem o acolhimento por parte dos profissionais não é possível estabelecer vínculo com os pacientes. O respeito, a consideração e a atenção criam laços que propiciam aos trabalhadores das unidades de saúde conhecer melhor e dispensar maiores cuidados aos pacientes, de modo a conhecê-los pelo nome e procurando saber os motivos de sua vinda à unidade. O simples fato de darmos boas-vindas estará abrindo um leque para o usuário adquirir confiança e conhecer suas reais necessidades de saúde (Coelho; Jorge, 2009).

Conforme Cyrino et al. (2004) as relações humanizadas entre profissionais de saúde e usuários dos serviços “exigem, de partida, alcançar uma sensibilidade do profissional para com o sofrimento do outro, de seu paciente”. É um assunto complexo, se considerarmos que somos formados para atuar mais sobre o físico e a

doença do que sobre a pessoa de forma única, individualizada (Coelho; Jorge, 2009).

A seguir reproduzimos os relatos de alguns usuários a respeito do acolhimento.

“[...] Com a simpatia dos profissionais as pessoas ficam mais a vontade de desabafar com eles o que precisam no momento. [...]”

“[...] Facilita o acesso e contato com a família. [...]”

Além disso, vincular-se à unidade de saúde gera satisfação e segurança ao usuário, pois ele se percebe aceito e próximo dos cuidadores. O vínculo implica estabelecer relações tão próximas e tão claras que todo o sofrimento alheio causa sensibilização. É a responsabilização do profissional da saúde junto ao usuário pelo seu bem-estar. Contudo, isso não deve ser encarado como uma relação de dependência, pois o objetivo é educar e estimular o paciente para o autocuidado, conferindo autonomia ao usuário (Rizzotto, 2002).

“[...] Sabem mais sobre a gente. Existe uma parceria. [...]”

“[...] O médico olha para vc e sabe seu problema.[...]”

Transcrevemos abaixo os comentários em relação ao vínculo dos usuários da USF Paranapiacaba da US Vila Helena que é uma unidade da saúde tradicional e com o do CEO Vila Guilherme que é um serviço de referência.

Relato de uma usuária da US Vila Helena quando questionada sobre a importância do profissionais com os usuários : *“cria vínculo, confiança, pessoa se sente mais a vontade de dizer o que está sentido”*.

Relato de uma usuária USF Paranapiacaba acerca do mesmo tema: *“Porque acaba criando um vínculo com a comunidade”*.

Relato de um usuário do CEO Vila Guilherme: *“Essa proximidade faria com que os pacientes se sentissem mais acolhidos”*.

Observa-se o mesmo padrão nas respostas dos usuários dos distintos serviços de saúde estudados. Se os relatos não tivessem sido identificados seria muito difícil saber a qual unidade cada usuário pertence. Embora os três serviços possuam características diferentes entre si, não há no relato em relação ao vínculo diferenças entre eles. De acordo com Franco et al. (1999), esta tecnologia pode ser utilizada como um dispositivo interrogador das práticas cotidianas, permitindo captar ruídos nas relações que se estabelecem entre usuários e trabalhadores com o fim de alterá-las, para que se estabeleça um processo de trabalho centrado no interesse do usuário.

Alguns trabalhos sugerem como o de Stralen et al. (2008) que as equipes da saúde da família estabelecem um vínculo mais forte com os usuários do que as unidades de saúde tradicionais. No trabalho em questão não observamos essa diferença. Inclusive, até na fala dos pacientes que foram atendidos no CEO Vila Guilherme destacaram a importância do vínculo.

Questionada sobre a proximidade das relações entre os profissionais e usuários, uma usuária do CEO Vila Guilherme afirmou que: *“conhecendo melhor os pacientes fica mais em entender suas necessidades”*. As relações estabelecidas entre usuários e profissionais se iniciam a partir do instante que os pacientes adentram nos serviços de saúde. Após esse primeiro encontro, é desejável que essas relações se estreitem, propiciando uma proximidade dos profissionais com a comunidade. Relações entre semelhantes, além de valorizarem a participação e união de todos na tentativa de oferecer o melhor que o serviço dispõe. As Unidades de Saúde devido ao trabalho com a comunidade propicia essa simbiose entre os diferentes atores que compõe esse quadro, age como agente facilitador ao atendimento. O vínculo com os profissionais para essa usuária traz mais confiança. O vínculo é uma conquista, não um acontecimento imediato. Quanto mais apropriado for o vínculo, melhor será o resultado, maior a troca de saberes entre trabalhadores da saúde e comunidade (Coelho; Jorge, 2009).

Entretanto, uma usuária de Paranapiacaba fez uma ressalva em relação ao vínculo. Perguntada se a proximidade dos profissionais com a comunidade facilitaria o atendimento? Ela respondeu que não: *“Devido o lugar ser pequeno. Expõe e gera*

comentários". Esse comentário é muito parecido com um relato de um usuário que se utiliza dos serviços de uma Unidade de Saúde da Família de Fortaleza (Coelho; Jorge, 2009): *"Não acho necessário ter vínculo com os trabalhadores, quanto mais se envolve mais errado fica, é como casamento"*. Nesses dois relatos observa-se que os usuários não querem estabelecer vínculo com os profissionais, sendo, portanto, mais cômodo para esses usuários serem atendidos apenas com base na queixa-conduta (Coelho; Jorge, 2009).

Os aspectos econômicos e organizacionais pesam bastante na escolha do serviço, porém o acolhimento é fator preponderante sobre os demais. O vínculo que se estabelece em função desse conjunto de elementos facilitadores dá origem ao tempo de uso do serviço, que mostrou-se bastante significativo. Foram identificados muitos fatores ligados ao acesso funcional, isto é, ao acesso propriamente dito ao serviço de saúde. O vínculo que se estabelece em função desse conjunto de elementos facilitadores dá origem ao tempo de uso do serviço, que mostrou-se bastante significativo. Foram identificados muitos fatores ligados ao acesso funcional, isto é, ao acesso propriamente dito ao serviço de saúde (Lima et al., 2007).

"[...] Para mim é mais distante, mas o atendimento é bom."

Em relação ao acolhimento, o processo de trabalho e a competência profissional das equipes deve promover resolutividade, gerando satisfação aos usuários. Mesmo assim é sempre necessário repensar o processo de trabalho na equipe de saúde reformular, implementar ou criando tecnologias que possam favorecer mudanças na lógica do atendimento, de modo a torná-lo mais centrado no sujeito e na equipe (Franco et al., 1999; Ramos; Lima, 2003).

Schmith e Lima (2004) afirmam que acolhimento na saúde está pautado em ética, tolerância entre os diferentes e inclusão social com escuta clínica solidária e compromisso da cidadania. É, portanto, resultante das relações no processo de atendimento. Nesse encontro entre trabalhadores e usuários poderão se estabelecer negociações para identificação de suas necessidades, com consequente criação de vínculo e estímulo quanto à autonomia para sua saúde. Igualmente, seria necessário

criar mecanismos para disparar esse dispositivo do acolhimento, potencializando-o e articulando-o com o (Santos et al., 2007).

O acolhimento como diretriz operacional do trabalho em saúde ainda é um processo em construção nas unidades de saúde, de um modo geral, variando sua concepção, nível de inserção e estratégias de reorganização cotidianas (Souza et al., 2004).

Segue o relato de uma usuária do CEO Vila Guilherme quando perguntada sobre a importância da proximidade dos profissionais: *“[...] muito descaso dos profissionais [...]”*

Nas unidades básicas de saúde, o dispositivo acolhimento é desconhecido, estando ausente no vocabulário e nas práticas dos profissionais. Essa ausência se traduz num modelo tradicional de organizar a recepção, de forma burocrática, de entrega de fichas e marcação no balcão, não escapando qualquer usuário do destino das filas (Souza et al., 2004).

A impessoalidade destacada nas unidades básicas de saúde no trato de profissionais com usuários adquiriu, a qualificação de descontentamento com a forma que usuários são (des)acolhidos por alguns profissionais, ressaltando o “saber tratar bem as pessoas” como necessário à formação profissional, em especial, de quem trabalha na recepção (Ramos; Lima, 2003; Souza et al., 2004).

Seguem abaixo dois relatos de usuários (CEO Vila Guilherme) sobre impessoalidade no atendimento. Estes entendem que os profissionais devam ser mais compreensivos em relação ao serviço prestado.

“[...] Faltou um pouco da atenção dos profissionais. [...]”

“[...] Falta de educação dos profissionais e preparo dos médicos [...]”

Para Souza et al. (2008), o acolhimento na visão dos profissionais pode ajudá-los na organização do processo de trabalho e da demanda. Produzir, na equipe, uma compreensão mais ampliada das necessidades de saúde dos usuários

que vão além da identificação nosológica dos agravos e das carências correlacionadas, muitas vezes imperceptíveis numa abordagem fria restrita a sinais e sintomas. O acolhimento poderá estar presente em todos os momentos (seja em encontros, seja em conversas), e a identificação das necessidades implícitas que o usuário/família apresenta poderá ser reconhecida sim, desde que sejam dadas oportunidades para entender, de forma prudente, o que o sujeito social traz subjetivamente. Nessa perspectiva, o “objeto” de trabalho deve ser redimensionado, com base na inserção e valorização do “sujeito” e de sua singularidade.

Quanto aos usuários, sua percepção de facilidade no acesso pode estar associada à sua baixa expectativa em relação aos serviços públicos, cuja demora em se conseguir atendimento especializado já é esperada pelos mesmos, sendo apenas o fato de conseguir o atendimento um fator importante de satisfação. Neste sentido, as representações que os usuários têm dos serviços públicos de saúde encontram-se relacionadas intimamente com as experiências vividas pelos mesmos na busca pelo atendimento de que necessitam (Halal et al., 1994; Starfield, 2004). Percepção semelhante não foi observada no estudo de Escorel et al. (2007), no qual as famílias tiveram uma percepção mais clara desse problema do que os profissionais de saúde, carentes de mecanismo de aferição do tempo de espera e da magnitude das filas.

7 CONCLUSÕES

Para os profissionais a falta de informação dos usuários a respeito do funcionamento das unidades de saúde pode dificultar seu acesso aos serviços. A US Vila Helena é o local onde o maior número de profissionais afirmou que os pacientes não possuem informações suficientes para acessar os serviços.

O conselho gestor deve ter uma participação mais efetiva, devendo atuar como um fórum para que os usuários participem mais das decisões e conhecer as reais necessidades de saúde da população.

A percepção dos profissionais em relação aos serviços prestados se mostrou positiva, porém estes acreditam que se deva aumentar o número de vagas nos serviços para que mais pessoas acessem os serviços.

Os profissionais sempre devem rever seus processos trabalho, pois estes tem relação com a qualidade do sistema de saúde, e na dimensão do cuidado individual, está balizada pelo acesso e pela efetividade do cuidado prestado.

Deve ter conhecimento da base territorial que atua para que conheça os problemas da população avaliar os riscos, criar estratégias de atendimento e avaliar o seu impacto.

A visão dos agentes comunitários de saúde focou nas necessidades de saúde dos usuários. A consolidação da Política Nacional de Humanização poderia ser mais efetiva reduzindo as filas, o tempo de espera e ampliar o acesso com acolhimento e resolutividade.

A falta de especialistas nos serviços de saúde foi referida tanto por profissionais quanto por usuários por criar uma barreira ao acesso prejudicando o princípio da integralidade.

Em relação aos usuários, notou-se nesse estudo pouca participação dos idosos (18,0%). Fica demonstrado que os idosos utilizam os serviços de forma precária. Ressaltam-se problemas econômicos e de acessibilidade

Observou-se que os usuários da US Vila Helena e da USF Paranapiacaba utilizam os serviços frequentemente. O mesmo não aconteceu com os frequentadores do CEO Vila Guilherme que informaram que utilizam os serviços de saúde eventualmente (75,0%). Esse fato é explicado devido ser um serviço de referência.

Ainda predomina o modelo médico-centrado, ou de queixa-conduta. O serviço médico foi o mais procurado pelos usuários para resolver seus problemas de saúde.

O acolhimento e o vínculo são dispositivos que podem aproximar usuários e profissionais agindo como um facilitador do acesso, e concordam que as unidades de saúde estão estruturadas para atender suas necessidades.

Alguns pacientes encontram dificuldades em acessar os serviços devido às barreiras relacionadas à dimensão econômica, organizacional, geográfica e sociocultural. Os usuários da US Paranapiacaba adquirem os medicamentos na própria unidade de saúde por não terem outra opção. Outros usuários acreditam que o agendamento e a entrega de exames devam ser menos demorados. A marcação de consulta por telefone foi mencionada para maior comodidade do usuário.

Além disso, não se importam em utilizar serviços mais distantes desde que os serviços sejam resolutivos e supram suas necessidades, embora alguns pacientes não demonstrem disposição para acessá-los tanto por motivos financeiros ou por ter que percorrer longas distâncias.

Portanto, o acesso aos serviços deve ser inclusivo, prestando um atendimento de qualidade com acolhimento e com estabelecimento de vínculo. É a demonstração de interesse do profissional em resolver seu problema com a valorização da escuta, tornando as ações resolutivas e humanizadas e integrais.

REFERÊNCIAS¹

Acurcio FA, Guimarães MDC. Acessibilidade de indivíduos infectados pelo HIV aos serviços de saúde: Uma revisão de literatura. *Cad Saúde Pública*. 1996;12(2):233-42.

Adami NP. Acesso aos serviços de dermatologia de um centro de saúde escola sob o modo de ver dos hansenianos. *Rev Paul Enferm*. 1993;12(82):82-6.

Aday LA, Andersen R. A framework for the study of access to medical care. *Health Serv. Res*. 1974;9(3):208-20.

Almeida PF, Giovanella L, Mattos M. Sistema de saúde brasileiro: dilemas da universalização. *Saúde Debate*. 2002;26(61):137-54.

Almeida MCP, Mishima SM, Gonçalves RBM. O desafio do trabalho em equipe na atenção à saúde da família: construindo “novas autonomias” no trabalho. *Interface*. 2001;5(9):150-53.

Alves MGM, Casotti E, Oliveira LGD, Machado MTC, Almeida PF, Corvino MPF et al. Fatores condicionantes para o acesso às equipes da Estratégia Saúde da Família no Brasil. *Saúde Debate*. 2014;38(spe):34-51.

Andersen R, Newman JF. Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. *Milbank Mem Fund Q Health Soc*. 1973;51(1):95-124.

Andersen R, Newman JF. Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. *Milbank Q*. 2005;83(4):1-28.

Andersen R. A behavioral model of families' use of health services. Chicago: University of Chicago; 1968. (Research Series, 25).

Andersen RM. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *J Health Social Behav*. 1995;36(1):1-10.

¹ De acordo com o estilo Vancouver.

Araújo MAL, Vieira NFC, Silva RM. Implementação do diagnóstico da infecção pelo HIV para gestantes em Unidade Básica de Saúde da Família em Fortaleza. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2008;13(6):1899-906.

Assis MMA, Jesus WLA. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012;17(11):2865-75.

Assis MMA, Villa TCS, Nascimento MAA. Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática. *Ciênc Saúde Coletiva*, 2010a;15(1):161-70.

Assis MMA, Nascimento MAA, Lima WCMB, Oliveira SS, Franco TB, Jorge MSB, et al. Produção do cuidado no Programa Saúde da Família: olhares analísadores em diferentes cenários. Salvador: EDUFBA; 2010b.

Assis MMA, Levi DL, Nascimento MA, Leal JAL, Moreira RCR, Souza C, Cerqueira EM. Acesso ao PSF: garantia para a resolubilidade dos serviços de saúde? In: Assis MMA, Nascimento MAA, Franco TB, Jorge MSB, organizadores. Produção do cuidado no programa saúde da família: olhares analísadores em diferentes cenários. Salvador: EDUFBA; 2010c. p. 101-11.

Ayres JRCM, França I Jr, Calazans GJ. Aids, vulnerabilidade e prevenção. II Seminário saúde reprodutiva em tempos de Aids; 13-15 mar. 1997; Rio de Janeiro, Brasil. Rio de Janeiro. Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids; 1997.

Azevedo ALM, Costa AM. A estreita porta de entrada do sistema único de saúde (SUS): uma avaliação do acesso na estratégia de saúde da família comunicação. *Saúde Educ*. 2010;14(35):797-810.

Barbosa SP, Elizeu TS, Penna CMM. Ótica dos profissionais de saúde sobre o acesso à atenção primária à saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2013;18(8):2347-57.

Barbosa SC, Coimbra CEA Jr. A construção cultural da esquistossomose em comunidade agrícola de Pernambuco. In: Barata RB, Briceño-Leon R, Organizadores. Doenças endêmicas: abordagens sociais, culturais e contemporâneas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2000. p. 47-60.

Bastos ACS. O impacto sociocultural do Programa de Saúde da Família (PSF): uma proposta de avaliação. *Cad Saude Pública*. 1998;14(2):429-35.

Bercini LO, Tomanik EA. Aspectos sobre saúde, ambiente e representações sociais na população de Porto Rico, Paraná. [citado 20 mai. 2015]. Disponível em: <http://www.peld.uem.br/Relat2002/pdf/comp_social_econ_aspectos.pdf>.

Berlinger G. Medicina e política. São Paulo: Hucitec; 1978.

Bousquat A. Conceitos de espaço na análise de políticas de saúde. Lua Nova. 2001; (52):71-92.

Brasil. Constituição 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasil; DF: Senado Federal; 1988. p.133-4: Seção II.

Brasil. Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. Portal da Legislação: Leis Ordinárias; 2016.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. Ministério da Saúde. 2ª ed. Brasília: DF; 2006.

Bravo AL. Regionalización: organización e funcionamiento coordinado de los servicios de salud en zonas rurales y urbanas. Bol Of Sanit Panam. 1974;77(3):231-43.

Campos GWS. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar trabalho em equipes de saúde. In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Editora Hucitec; 1998. p. 229-66.

Campos GWS. Saúde Paidéia. São Paulo: Editora Hucitec; 2003.

Campos GWS. Romance de formação de um sanitário: um estudo de caso. In: Lima, NT, Gerchman S, Edler FC (Organizadores). Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. p. 121-50.

Carvalho SR, Cunha GT. A gestão da atenção na saúde: elementos para se pensar a mudança da organização na saúde. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M,

Drumond Junior M, Carvalho YM, organizadores. Tratado de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. p. 837-67.

Cecílio LCO. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. Cad Saúde Pública. 1997;13(3):469-78.

Cecilio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: Pinheiro M, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ-Abrasco; 2001. p.113-26.

Cecílio LCO. É possível trabalhar o conflito como matéria-prima da gestão em saúde? Cad Saúde Pública. 2005;21(2):508-16.

Coelho MO, Jorge MSB. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. Ciênc Saúde Colet. 2009;14(1):1523-31.

Cohn A, Nunes E, Jacob, PR, Karsch US. A saúde como direito e como serviço. 3. ed. São Paulo: Cortez; 2002.

Cunha ABO, Vieira-da-Silva LM. Acessibilidade aos serviços de saúde em um município do Estado da Bahia, Brasil, em gestão plena do sistema. Cad Saúde Pública. 2010;26(4):725-37.

Cyrino AP, Nakamoto E, Rollo GLG, Andrade M, Freire P. O projeto “cuidando do cuidador”: a experiência de educação permanente em saúde do centro de saúde escola de Botucatu. Trab Educ Saúde. 2004;2(2):367-79.

Donabedian A. Aspects of medical care administration. Cambridge: Harvard University Press; 1973.

Donabedian A. Los espacios de la salud: aspectos fundamentales de la organización de la atención médica. México, DF: Editora: Biblioteca de la Salud; 1988.

Deslandes SF. A ótica de gestores sobre humanização da assistência nas maternidades municipais do Rio de Janeiro. Ciênc Saude Coletiva. 2005;10(3):615-26.

Elias PE, Ferreira CW, Alves MCG, Cohn A, Kishima V, Escrivão A Jr, et al. Atenção Básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2006;11(3):633-41.

Escorel S, Giovanella L, Mendonça MHM, Senna MCM. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2007;21(2):164-76.

Fagundes S. Apresentação. In: Ortiz JN, Bordignon MO, Gralha RS, Fagundes S, Coradini SR, organizadores. *Acolhimento em Porto Alegre: um SUS de todos para todos*. Porto Alegre: Prefeitura Municipal de Porto Alegre; 2004. p. 11-2.

Facchini LA, Piccini, RX, Tomasi E, Silveira DS, Siqueira FV, et al. Desempenho do PSF no sul e no nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da atenção básica à saúde. *Ciênc Saude Coletiva*. 2006;11(3):669-81.

Fekete MC. Estudo da acessibilidade na avaliação dos serviços de saúde. In: Brasil, Organização Pan-Americana da Saúde, Representação da OPAS no Brasil. *Programa de Desenvolvimento de Recursos Humanos. Desenvolvimento gerencial de Unidades Básicas de Saúde do distrito sanitário: Projeto GERUS*. Brasília; DF: Ministério da Saúde/FNS/OPAS; 1996.

Franco TB, Bueno WS, Merhy EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: O caso de Betim, Minas Gerais. *Cad Saúde Pública*. 1999;15(3):345-53.

Franco TB, Merhy EE. Programa Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: *Congresso Paulista de Saúde Pública*, 2000, São Paulo. [São Paulo]: Associação Paulista de Saúde; 2000. p.145-54.

Franco SC, Campos GWS. Avaliação da qualidade de atendimento ambulatorial em pediatria em um hospital universitário. *Cad Saúde Pública*. 1998;14(1):61-70.

Frenk J. El concepto y la medicion de accesibilidad. In: White KL, editor. *Investigaciones sobre servicios de salud: una antologia*. Washington, DC: OPS; 1992. p. 929-43.

Giovanella L, Fleury S. Universalidade da atenção à saúde: acesso como categoria de análise. In: Eibenschutz C, Organizador. *Política de saúde: o público e o privado*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1996. p.177-98.

Giovanella L, Mendonça MHM. Atenção primária à saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. Políticas e sistemas de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p. 575-626

Gohn MG. Conselhos gestores e participação sócio política. São Paulo: Cortez; 2003.

Gonçalves A, Dias S, Luck M, Fernandes MJ, Cabral J. Acesso aos cuidados de saúde de comunidades migrantes: problemas e perspectivas de intervenção. Rev Por Saúde Pública. 2003;21(1):55-64.

Halal IS, Sparrenberger F, Bertoni AM, Ciacommet C, Seibel CE, Lahude FM. Avaliação da qualidade da assistência primária à saúde em localidade urbana da Região Sul do Brasil. Rev Saúde Pública. 1994;28(2):131-6.

Hortale VA, Pedroza M, Rosa MLG. (Operacionalizando as categorias acesso e descentralização na análise de sistemas de saúde Operationalizing the categories access and decentralization in health systems analysis. Cad Saúde Pública. 2000; 16(1):231-9.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). PNAD: Pesquisa nacional por amostra de domicílios [CD-ROM]. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2003.

Jesus WLA, Assis MMA. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. Ciênc Saúde Coletiva. 2010;15(1):161-70.

Juliani CM, Ciampone MHT. Organização do Sistema de Referência e Contra-Referência no Contexto do Sistema Único de Saúde: A Percepção de enfermeiros. Rev Esc Enferm USP. 1999;33(4):323-33.

Kantorski LP, Jardim VMR, Coimbra VCC, Oliveira MM, Heck RM. A integralidade da atenção à saúde na perspectiva da gestão no município. Texto Contexto Enferm. 2006;15(3):434-41.

Leite JCA, Maia CCA, Sena RR. Acolhimento: perspectiva de reorganização da assistência de enfermagem. Rev Bras Enferm. 1999;52(2):161-8.

Lima MADS, Ramos DD, Rosa RB, Nauderer TM, Davis R. Acesso e acolhimento em unidades de saúde na visão dos usuários. *Acta Paul Enferm.* 2007;20(1):12-7.

Macinko J, Starfield B. Annotated Bibliography on Equity in Health, 1980-2001. *Int J Equity Health.* 2002;1(1):1.

Magalhães R, Burlandy L, Senna MCM. Desigualdades sociais, saúde e bem-estar: oportunidades e problemas no horizonte de políticas públicas transversais. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2007;12(6):1415-21.

Malta DC, Ferreira LM, Reis AT, Merhy EE. Acolhimento: uma reconfiguração do processo de trabalho em saúde usuário-centrada. In: Campos CR, Malta DC, Reis AT, Santos AF, Merhy EE, organizadores. *O sistema Único de Saúde de Belo Horizonte: reescrevendo o público.* São Paulo: Xamã; 1998. p. 121-42.

Malta DC, Ferreira LM, Reis AT, Merhy EE. Mudando o processo de trabalho na rede pública: alguns resultados da experiência em Belo Horizonte. *Saúde Debate.* 2000; 24:(21)-34.

Manhães ALD, Costa AJL. Acesso a e utilização de serviços odontológicos no Estado do Rio de Janeiro, Brasil, em 1998: um estudo exploratório a partir da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. *Cad Saúde Pública.* 2008;24(1):207-18.

Marsiglia RMG. Universalização do acesso ao sistema único de saúde no Brasil: desafios para a Atenção Primária à Saúde. *Cad Ter Ocup.* 2012;20(3):317-25.

Mattos RA. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Cad Saúde Pública.* 2004;20(5):1411-6.

Matumoto S. O Acolhimento: Um Estudo sobre seus componentes e sua produção em uma Unidade da Rede Básica de Serviços de Saúde [dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem; 1998.

Merhy EE. A perda da dimensão cuidadora na produção de cuidado: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: Campo CR, Malta DC, Reis AT, Santos AF, Merhy EE, organizadores. *O sistema Único de Saúde de Belo Horizonte: reescrevendo o público.* São Paulo: Xamã; 1998. p.103-20.

Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2005.

Merhy EE, Campos GWS, Cecílio LCO, organizadores. Inventando a mudança na saúde. São Paulo: Editora Hucitec; 1994.

Merhy EE, Cecílio LCO, Nogueira RCF. Por um modelo tecnoassistencial da política de saúde em defesa da vida: Contribuição para as conferências de saúde. Saúde em Debate. 1991;33:83-9.

Merhy EE, Magalhães HM Jr, Rimoli J, Franco TB, Bueno WS. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Editora Hucitec; 2003.

Millman M. Access to Health care in America. Washington; DC: National Academy Press, 1993.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 2004.

Minayo MCS. Estrutura e sujeito, determinismo e protagonismo histórico: uma reflexão sobre a práxis da saúde coletiva. Ciênc Saude Coletiva. 2001;6(1):7-19.

Mitre SM, Andrade EIG, Cotta RMM. Avanços e desafios do acolhimento na operacionalização e qualificação do Sistema Único de Saúde na Atenção Primária: um resgate da produção bibliográfica do Brasil. Ciênc Saúde Coletiva. 2012;17(8):2071-85.

Norman AH, Tesser CD. Acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família: equilíbrio entre demanda espontânea e prevenção/promoção da saúde. Saúde Soc. 2015;24(1):165-79.

Ojanuga, DN, Gilbert, C. Women's access to health care in developing countries. S Sci Med. 1992;35(4):613-7.

Oliveira FJA. Serviços de saúde e seus usuários: comunicação entre culturas em uma unidade de saúde comunitária [dissertação]: Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas; 1998.

Ortiz JN, Bordignon MO, Gralha RS, Fagundes S, Coradini SR, organizadores. Acolhimento em Porto Alegre: um SUS de todos para todos. Porto Alegre: Prefeitura Municipal de Porto Alegre; 2004.

Penchansky R, Thomas JW. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. *Medical Care*. 1981;19(2):127-40.

Pestana CLS, Vargas LA, Cunha FTS. Contradições surgidas no conselho gestor da unidade básica de saúde da família de Vargem Grande, Município de Teresópolis-RJ. *Rev Saúde Coletiva*. 2007;17(3):485-99.

Piccini RX, Facchini LA, Tomasi E, Thumé E. Necessidades de saúde comuns aos idosos: efetividade na oferta e utilização em atenção básica. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2006;11(3):657-67.

Pinheiro RS, Viacava F, Travassos C, Brito AS. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2002;7(4):687-707.

Polit DF, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa social. São Paulo: Atlas; 1999.

Pontes APM, Cesso RGD, Oliveira DC, Gomes AMT. O Princípio de Universalidade do Acesso aos Serviços de Saúde: O Que Pensam os Usuários? *Rev Enferm*. 2009;13(3): 500-7.

Quinderé PHD, Jorge MSB, Nogueira MSL, Costa LFA, Vasconcelos MGF. Acessibilidade e resolubilidade da assistência em saúde mental: a experiência do apoio matricial. *Ciênc Saúde Coletiva* 2013;18(7):2157-66.

Ramos DD, Lima MADs. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2003;19(1):27-34.

Ribeiro MCA, Ribeiro MCSA, Barata RB, Almeida MF, Silva ZP. Perfil sócio demográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para usuários e não-usuários do SUS – PNAD 2003. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2006;11(4):657-67.

Rizzotto MLF. As políticas de saúde e a humanização da assistência. *Rev Bras Enferm*. 2002; 55(2):196-9.

Ronzani TM, Silva CMO. Programa Saúde da Família segundo profissionais de saúde, gestores e usuários. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2008;13(1):23-34.

Sá DA. Atenção à saúde no Brasil: um estudo do acesso à assistência a partir do Sistema de Informação do SUS (SIA-SUS) [dissertação]. Recife: Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva, Instituto Aggeu Magalhães; 2002.

Santos AM, Assis MMA, Nascimento MAA, Jorge MSB. Vínculo e autonomia na prática de saúde bucal no programa saúde da família. Rev Saúde Pública. 2008;42(3):53-61

Santos B. Pela mão de Alice: o social e o político na pós-modernidade. Porto: Afrontamento; 1995.

Santos RC. Saúde Todo Dia: uma construção coletiva. São Paulo: Hucitec; 2006.

Santos SR, Lacerda MCN. Fatores de satisfação e insatisfação entre os pacientes assistidos pelo SUS. Rev Bras Enferm. 1999;52(1):43-53.

Santos-Filho SB. Perspectivas da avaliação na Política Nacional de Humanização em Saúde: aspectos conceituais e metodológicos. Ciênc Saúde Coletiva; 2007;12(4):999-1010.

Schimith MD, Lima MADS. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. Cad Saúde Publica. 2004;20(6):1487-94.

Schwartz TD, Ferreira JTB, Maciel ELN, Lima RCD. 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). Ciênc Saúde Coletiva. 2010;15(4):2145-54.

Sena-Chompré R, Leite JCA, Maia CCA, Gonzaga RL, Santos FCO. Acolhimento como mecanismo de implementação do cuidado de enfermagem. Cogitare Enferm. 2000;5(2):51-7.

Shimizul HE, Rosales C. As práticas desenvolvidas no Programa Saúde da Família contribuem para transformar o modelo de atenção à saúde? Rev Bras Enferm. 2009;62(3):424-9

Sisson MC. Considerações sobre o programa de saúde da família e a promoção de maior equidade na política de saúde. Saúde Soc. 2007;16(3):85-91.

Silva LA, Casotti CA, Chaves SCL. A produção científica brasileira sobre a Estratégia Saúde da Família e a mudança no modelo de atenção. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2013;18(1):221-32.

Silva AG Jr, Mascarenhas MTM. Avaliação da atenção básica em saúde sob a ótica da integralidade: aspectos conceituais e metodológicos. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: CEPESCUERJ/ Abrasco; 2005. p. 241-57.

Solla JJSP. Acolhimento no sistema municipal de saúde. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2005;5(4):493-503.

Sousa MF. Gestão da atenção básica: redefinindo contexto e possibilidades. *Saúde em Debate*. 2000;(21):7-14.

Sousa MF. O PSF nos grandes centros urbanos: o passado nos condena? In: organizador. *Os sinais vermelhos do PSF*. São Paulo: Hucitec; 2002. p. 23-33.

Sousa MF. Programa de Saúde da Família no Brasil – análise da desigualdade no acesso à atenção básica. Brasília, DF: Departamento de Ciência da Informação e Documentação da Universidade de Brasília; 2007.

Sousa MF. O Programa Saúde da Família no Brasil: análise do acesso à atenção básica. *Rev Bras Enferm*. 2008;61(2):153-8.

Souza ECF, Vilar RLA, Rocha NDSPD, Uchoa AC, Rocha PM. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(1):100-10.

Souza EM, Pereira M. A satisfação do usuário na avaliação dos serviços de saúde. *Bras Méd*. 1999;36(1/2):33-6.

Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília DF: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura/Ministério da Saúde; 2004.

Stotz EN. Necessidades de saúde: mediações de um conceito (contribuição das ciências sociais para a fundamentação teórico-metodológica de conceitos operacionais da área de planejamento em saúde) [tese]. Rio de Janeiro Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 1991.

Stralen CJ, Belisário SA, Stralen TBS, Lima AMD, Massote AW, Oliveira CL. Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre atenção básica: comparação entre unidades com e sem saúde da família na Região Centro-Oeste do Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(1):148-58.

Tanaka OY. Caminhos alternativos para a institucionalização da avaliação em saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2006;11(3):571-72.

Tavares RP, Costa GC, Falcão MLM, Cristino PS. A organização do acesso aos serviços de saúde bucal na estratégia de saúde da família de um município da Bahia. *Saúde Debate*. 2013;37(99):628-63.

Teixeira CF. A mudança do modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços. Brasil. *Saúde Debate*. 2003;27(65): 257-77.

Teixeira RR. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas de saúde*. Rio de Janeiro: Editora da UFRJ/Instituto de Medicina Social; 2003. p. 89-111.

Tittoni J, Jacques MG. Pesquisa. In: Jacques MG; Strey M, Bernardes N, Guareschi P, Carlos AS, Fonseca T, organizadores. *Psicologia social contemporânea: livro-texto*. Petrópolis: Vozes; 1998. p. 73-85.

Trad LAB, Bastos ACS, Santana EM, Nunes MO. Estudo etnográfico da satisfação do usuário no Programa de Saúde da Família (PSF) na Bahia. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2002;7(3):581-9.

Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad Saúde Pública*. 2004;20(2):190-8.

Travassos C, Oliveira EXG, Viacava F. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2006;11(4):975-86.

Travassos, C, Viacava F, Fernandes C. Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2000;5(1):133-49.

Triviños ANS. Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais. 2ª ed. São Paulo: Atlas; 1990.

Unglert CVS. O enfoque da acessibilidade no planejamento da localização e dimensão de serviços de saúde. Rev Saúde Pública. 1990;24(6):445-52.

Unglert CVS. Territorialização em sistemas de saúde. In: MENDES, EV Organizador. Distrito Sanitário. Rio de Janeiro: ABRASCO. Editora Hucitec, 1995. p.221-35.

Viegas SMF, Penna CMM. O SUS é universal, mas vivemos de cotas. Ciênc Saúde Coletiva. 2013;18(1):181-90.

Villela WV, Araújo EC, Ribeiro AS, Cuginotti AP, Hayana ET, Brito FC, et al. Desafios da Atenção Básica em saúde: a experiência da Vila Mariana, São Paulo, Brasil. Cad Saúde Pública. 2009;25(6):1316-24.

ANEXO A- Questionário para usuários

Avaliação da percepção sobre o sistema de referência e contrarreferência, do acesso e da interdisciplinaridade nas unidades de saúde USF Paranapiacaba, US Vila Helena e CEO Vila Guilherme

Questionário – Usuários

Nome			
Unidade de Saúde	Data nasc. ____/____/____		
Acesso - Interdisciplinaridade			
Você acha que a proximidade dos profissionais com a comunidade facilita o atendimento?	Sim	Não	Não sei
Por quê?			
A Unidade de Saúde (posto) está estruturada para resolver seus problemas?	Sim	Não	Não sei
Quais não são resolvidos?			
Como podem ser resolvidos?			
A quantidade de profissionais na Unidade de Saúde é suficiente para atender suas demandas?	Sim	Não	Não sei
Quais profissionais a Unidade deveria ter?			
Você teve algum problema de saúde nos últimos 6 meses?	Sim	Não	Não sei
Qual?			
Onde foi atendido?			
Quem atendeu?			
Você recebeu orientações de como ter uma vida saudável?	Sim	Não	Não sei
De qual Profissional?			
Qual Informação?			
Ficou satisfeito com a informação?	Sim	Não	Não sei
Você já participou de grupos educativos na Unidade	Sim	Não	Não sei

de Saúde?			
Quais profissionais participaram desses grupos?			
Você acha importante receber atendimento conjuntamente de mais de um profissional de saúde para resolver seu problema quando vem à Unidade?	Sim	Não	Não sei
Quais profissionais participariam desse atendimento e como seria feito?			

ANEXO B- Questionário para profissionais e gestores

Avaliação da percepção sobre o sistema de referência e contrarreferência, do acesso e da interdisciplinaridade nas unidades de saúde USF Paranapiacaba, US Vila Helena e CEO Vila Guilherme

Questionário – Profissionais e Gestores

Nome			
Unidade de Saúde		Data nasc. ____/____/____	
Profissão / Cargo			
ACESSO - Profissionais e Gestores			
Os usuários conseguem acessar com facilidade os serviços de saúde oferecidos pela unidade?		Sim	Não
		Não sei	
Em sua opinião o que pode dificultar o acesso do usuário a Unidade?			
	Pouca escolaridade do usuário		Poucos serviços oferecidos
	Baixa renda do usuário		Falta de informação
	Pouca participação do usuário nas decisões da unidade		
Quais ações podem facilitar o acesso do usuário à Unidade			
	Maior número de profissionais na Unidade		Participar mais do dia a dia da unidade
	Maior acesso a informação por parte do usuário		Qualidade dos serviços prestados
	Mais vagas nos serviços de saúde oferecidos		Ter acesso nas decisões do conselho gestor
O conselho gestor da unidade pode melhorar a qualidade de atendimento aos usuários na Unidade?		Sim	Não
		Não sei	
Como?			
A unidade de saúde presta serviços de qualidade aos usuários?		Sim	Não
		Não sei	
Se não, quais serviços não presta e por quê?			

Se você fosse usuário dos serviços de saúde da unidade o que você exigiria?			
	Maior número de profissionais na Unidade		Mais poder de decisão nos destinos da Unidade
	Participar mais do dia a dia da unidade		Qualidade dos serviços prestados
	Mais vagas nos serviços de saúde oferecidos		Estrutura física
	Equipamentos		Outros

Interdisciplinaridade – Profissionais			
Você já sentiu necessidade de ter outros profissionais de saúde em grupos educativos e em reuniões para discussão de casos?	Sim	Não	Não sei
Em caso afirmativo, quais?			
O que você acha que poderia ser feito para aumentar a interação ou as trocas de informações entre os profissionais da unidade?			
Interdisciplinaridade – Gestores			
Você já sentiu necessidade de ter outros profissionais de saúde em grupos educativos e em reuniões para discussão de casos?	Sim	Não	Não sei
Em caso afirmativo, quais?			
O que você acha que poderia ser feito para aumentar a interação ou as trocas de informações entre os profissionais da unidade?			

A contrarreferência é importante para a continuidade e/ou acompanhamento do paciente?	Sim	Não	Não sei	
Porquê? _____ _____ _____ _____				
Existe algum tipo de controle que permita a você saber se o paciente que você realizou a referência ou a contrarreferência, foi de fato atendido pelo profissional que você indicou?	Sim	Não	Não sei	
Como é feito este controle? _____ _____ _____ _____				
Existe alguma prioridade de vaga para o agendamento de um paciente que você esteja encaminhando de volta a unidade de origem, após a conclusão do tratamento especializado?	Sim	Não	Não sei	Não se aplica
Como é realizado o agendamento de um paciente que tenha sido encaminhado por você a outro nível de atenção, e esteja retornando para concluir o tratamento ou fazer acompanhamento? _____ _____ _____ _____				

ANEXO C- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Profissionais e Gestores

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO- PROFISSIONAIS E GESTORES**Avaliação da percepção sobre o sistema de referência e contrarreferência, acesso e interdisciplinaridade nas Unidades de Saúde USF Paranapiacaba, US Vila Helena e CEO Vila Guilherme**

Nós, Fernando de Castro Percebo, Fabio Luís Giordani e Elisa Prezotto Giordani convidamos você _____ a participar deste estudo, que faz parte do Mestrado Profissional Interdisciplinar em Saúde da Universidade de São Paulo, USP.

O objetivo é avaliar o nível de percepção sobre os temas: INTERDISCIPLINARIDADE, ACESSO e SISTEMA DE REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA, e o quanto estão presentes na rotina desta unidade de saúde, buscando identificar os pontos que podem ser melhorados, podendo estas informações, servirem de subsídio para melhorar a qualidade dos serviços prestados nessas unidades. Dadas as características da pesquisa, a possibilidade de riscos aos participantes é mínima, e poderá ocorrer por eventual e momentânea perturbação em suas atividades profissionais. É importante que esteja ciente de que a pesquisa esta sendo conduzida em acordo com a Resolução CNS nº 466 de 2012. Você deverá responder a um questionário, com tempo estimado em 30 minutos. Você não terá sua identidade divulgada em hipótese alguma, mesmo em publicações ou apresentações em congressos. Ao concordar em participar, você fica ciente de que não receberá qualquer pagamento em troca e de que poderá desistir da pesquisa a qualquer momento que desejar, sem nenhuma penalização. Além disso, fica acordado que não será necessário ressarcimento de qualquer tipo, pois a pesquisa será realizada no interior da unidade de saúde, no horário de seu funcionamento, ou em local a ser escolhido por você em comum acordo com o pesquisador. Você receberá uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Se houver dúvidas sobre a ética da pesquisa entre em contato com o **Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Faculdade de Odontologia** - Av. Prof. Lineu Prestes 2227, 05508-000 - São Paulo, telefone (11)30917960 ou pelo e-mail cepfo@usp.br – Horário de Funcionamento: de segunda a sexta-feira das 8 às 17h exceto em feriados e recesso universitário. O Comitê é um colegiado interdisciplinar e independente, de relevância pública, de caráter consultivo, deliberativo e educativo, criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. (Resolução CNS nº 466 de 2012)

AUTORIZAÇÃO

Após ter sido informado sobre as características da pesquisa “Avaliação sobre acesso, interdisciplinaridade e sistema de referência e contrarreferência nas Unidades de Saúde USF Paranapiacaba, US vila Helena e CEO Vila Guilherme”, autorizo a minha participação:

Nome do entrevistado

Assinatura do entrevistado

CPF/RG: _____

Em _____ de _____ de 2015.

Para maiores informações sobre o trabalho, por favor entre em contato com:

-Fernando de Castro Percebo, fcpercebo@gmail.com, cel: 999322182

-Fabio Luís Giordani, flgiordani@usp.br, cel: 989591037

-Elisa Prezotto Giordani, epgiordani@usp.br, cel: 994115035

Atenciosamente, os pesquisadores:

Fernando de Castro Percebo
CRO nº 65114

Fabio Luís Giordani
CRO nº 41453

Elisa Prezotto Giordani
CRO nº 36255

ANEXO D- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Usuários

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO- USUÁRIOS**Avaliação da percepção sobre o sistema de referência e contrarreferência, acesso e interdisciplinaridade nas unidades de saúde USF Paranapiacaba, US Vila Helena e CEO Vila Guilherme.**

Nós, Fernando de Castro Percebo, Fabio Luís Giordani e Elisa Prezotto Giordani, alunos de um curso de pós-graduação, pedimos sua colaboração para participar de uma pesquisa onde se verificará se você recebe atendimento por mais de um profissional quando procura a unidade de saúde, como e o que tem que fazer para conseguir esse atendimento, e se você é encaminhado a outro tipo de serviço quando necessita. Estas informações poderão ajudar na melhoria da qualidade dos serviços prestados nessas unidades. Dadas as características da pesquisa, a possibilidade de riscos aos participantes é mínima e poderá ocorrer por eventual e momentânea perturbação em suas atividades pessoais. É importante que esteja ciente de que a pesquisa está sendo conduzida em acordo com a Resolução CNS nº 466 de 2012.

Você deverá responder a um questionário por cerca de 30 minutos. Ao concordar em participar, você fica ciente de que não receberá qualquer pagamento em troca e de que poderá desistir da pesquisa a qualquer momento que desejar, sem nenhuma penalização e de que não será necessário ressarcimento de qualquer tipo, pois a pesquisa será realizada no interior da unidade de saúde, no horário de seu funcionamento. Você receberá uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e não terá sua identidade divulgada em hipótese alguma, mesmo em publicações ou congressos.

Se houver dúvidas sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o **Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Faculdade de Odontologia** – Av. Prof. Lineu Prestes, 2227- cep 05508-000 – São Paulo, tel: (11) 30917960 ou pelo e-mail cepfo@usp.br – Horário de funcionamento de segunda à sexta-feira das 8 às 17h, exceto em feriados e recesso universitário. O Comitê é um colegiado interdisciplinar e independente, de relevância pública, de caráter consultivo, deliberativo e educativo criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. (Resolução CNS nº466 de 2012).

AUTORIZAÇÃO

Após ter sido informado sobre as características da pesquisa “Avaliação sobre acesso, interdisciplinaridade e sistema de referência e contrarreferência nas Unidades de Saúde USF Paranapiacaba, US vila Helena e CEO Vila Guilherme”, autorizo a minha participação:

Nome do entrevistado

Assinatura do entrevistado

CPF/RG: _____ Em ____ de _____ de 2015.

Para maiores informações sobre o trabalho, por favor entre em contato com:

Fernando de Castro Percebo, fcpercebo@gmail.com, cel: 999322182

Fabio Luís Giordani, flgiordani@usp.br, cel: 989591037

Elisa Prezotto Giordani, epgiordani@usp.br, cel: 994115035

Atenciosamente, os pesquisadores:

Fernando de Castro Percebo
CRO nº 65114

Fabio Luís Giordani
CRO nº 41453

Elisa Prezotto Giordani
CRO nº 36255

ANEXO E – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação da percepção sobre acesso, interdisciplinaridade e sistema de referência e contrarreferência nas unidades de saúde USF Paranapiacaba, US Vila Helena e CEO Vila Guilherme

Pesquisador: Fernando de Castro Percebo

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 45479615.3.0000.0075

Instituição Proponente: Universidade de São Paulo - Faculdade de Odontologia

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.167.924

Data da Relatoria: 03/08/2015

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo qualitativo, que utilizará o método de análise do discurso para levantar informações sobre a percepção de gestores, profissionais e usuários acerca de questões relacionadas à interdisciplinaridade, acesso e referência e contrarreferência em três unidades de saúde. Para isso serão aplicados questionários por meio de abordagem direta durante o período de funcionamento dessas unidades. A amostra será composta por 4 gestores, 43 profissionais e 47 usuários.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo primário: Avaliar e analisar a percepção dos profissionais, usuários e gestores referente às dimensões: acesso, interdisciplinaridade, referência e contrarreferência.

Objetivo secundário: Avaliar e analisar segundo a percepção dos atores envolvidos: 1. Se a oferta de serviços disponibilizados nas três unidades de saúde é suficiente para atender a demanda; 2. Elementos de interdisciplinaridade que estão, ou não, presentes nos serviços; 3. Como se dá a relação do sistema de referência e contrarreferência e a efetiva integração entre os diversos níveis de atenção.

Endereço: Av Prof Lineu Prestes 2227
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 05.508-900
 UF: SP Município: SAO PAULO
 Telefone: (11)3091-7960 Fax: (11)3091-7814 E-mail: cepfo@usp.br

FACULDADE DE ODONTOLOGIA DA UNIVERSIDADE DE SÃO

Continuação do Parecer: 1.167.924

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Dada a característica da pesquisa de utilização de questionários escritos, a possibilidade de riscos aos participantes é mínima, por eventual e momentânea perturbação em suas atividades profissionais ou pessoais (no caso de usuários), contornáveis através da escolha do melhor momento por parte do entrevistado para responder ao questionário.

Benefícios: Os resultados da pesquisa poderão subsidiar ações que aprimorem a qualidade do atendimento nas unidades de saúde.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é relevante e poderá contribuir na melhora do atendimento prestado pelas unidades de saúde.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os documentos apresentados pelo pesquisador estão adequados: Folha de Rosto; TCLE-Usuários; TCLE-Profissionais e Gestores; Cartas de autorização para realização da pesquisa nas três unidades de saúde; Questionário-Usuário; Questionário-Profissionais e Gestores; Projeto Detalhado.

Recomendações:

Tendo em vista a legislação vigente, devem ser encaminhados ao CEP-FOUSP relatórios parciais anuais referentes ao andamento da pesquisa e relatório final, utilizando-se da opção "Enviar Notificação" (descrita no Manual "Submeter Notificação", disponível na Central de Suporte - canto superior direito do site www.saude.gov.br/plataformabrasil).

Qualquer alteração no projeto original deve ser apresentada "emenda" a este CEP, de forma objetiva e com justificativas para nova apreciação.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: Av Prof Lineu Prestes 2227
Bairro: Cidade Universitária CEP: 05.508-900
UF: SP Município: SAO PAULO
Telefone: (11)3091-7960 Fax: (11)3091-7814 E-mail: cepfo@usp.br

FACULDADE DE
ODONTOLOGIA DA
UNIVERSIDADE DE SÃO

Continuação do Parecer: 1.167.924

SAO PAULO, 03 de Agosto de 2015

Assinado por:
Maria Gabriela Haye Biazevic
(Coordenador)

Endereço: Av Prof Lineu Prestes 2227
Bairro: Cidade Universitária CEP: 05.508-900
UF: SP Município: SAO PAULO
Telefone: (11)3091-7960 Fax: (11)3091-7814 E-mail: cepfo@usp.br