



**RATIO - FACULDADE TEOLÓGICA E FILOSÓFICA
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL**

ROSA MACHADO GONÇALVES PINHEIRO

**A GARANTIA DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE NA ATENÇÃO
BÁSICA: PERCEPÇÕES DOS USUÁRIOS DE UMA UNIDADE BÁSICA
DE SAÚDE NA REGIONAL V, EM FORTALEZA - CEARÁ**

**Fortaleza
2016**

ROSA MACHADO GONÇALVES PINHEIRO

**A GARANTIA DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE NA ATENÇÃO
BÁSICA: PERCEPÇÕES DOS USUÁRIOS DE UMA UNIDADE BÁSICA
DE SAÚDE NA REGIONAL V, EM FORTALEZA - CEARÁ**

Monografia submetida à aprovação do Curso de Bacharelado em Serviço Social pela Faculdade Teológica Ratio, como requisito parcial para obtenção de título de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Prof^ª. Ms. Virzângela Paula Sandy Mendes

Fortaleza
2016

P654g Pinheiro, Rosa Machado Gonçalves.

A Garantia do Acesso aos Serviços de Saúde na Atenção Básica: percepções dos usuários de uma unidade básica de saúde na Regional V, em Fortaleza - Ceará. / Rosa Machado Gonçalves Pinheiro. Fortaleza, 2016.

81 fls. Enc.

Orientador(a): Prof^ª. Ms. Virzângela Paula Sandy Mendes
Monografia (Graduação) – Faculdade Ratio, Curso
Serviço Social.

1. Política de Saúde 2. Acesso à Saúde 3. Atenção Primária I. Prof^ª. Ms. Virzângela Paula Sandy Mendes II. Faculdade Ratio, Graduação em Serviço Social III. Título

CDD 361
CDU 364

ROSA MACHADO GONÇALVES PINHEIRO

**A GARANTIA DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE NA ATENÇÃO
BÁSICA: PERCEPÇÕES DOS USUÁRIOS DE UMA UNIDADE BÁSICA
DE SAÚDE NA REGIONAL V, EM FORTALEZA - CEARÁ**

Monografia como pré-requisito para obtenção do título de Bacharelado em Serviço Social, outorgado pela Faculdade Teológica Ratio, tendo sido aprovada pela banca examinadora composta pelos professores.

Data de aprovação: ____ / ____ / ____

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Ms. Virzângela Paula Sandy Mendes
(Orientadora)

Prof.^a Ms. Rosa Ângela de Brito Falcão
Faculdade Ratio

Prof^ª. Ms. Maria do Socorro Lima Martins Matos
Faculdade Ratio

À minha mãe, Vicentina, íntegra, guerreira, que ao longo de sua vida (in memória), sempre me ensinou, com sua simplicidade o valor do amor, do trabalho contínuo, e o respeito ao próximo. Ao meu pai, Otávio, um ser dotado de caráter que nos ensinou e ainda ensina a valorizar as coisas simples, como respeito, honra, fé e coragem pra alcançar nossos ideais.

AGRADECIMENTO

A Deus, ser supremo, pela sua presença constante em minha vida. Diante de todas as dificuldades que me ocorreram, sempre busquei força e inspiração em seus ensinamentos. Ele me recompôs e me restaurou, se colocando no centro, se fazendo presente nas minhas superações.

Aos meus pais, meus heróis, meus incentivadores que souberam durante todas suas vidas, com sabedoria mostrar-me o caminho. Minhas irmãs e meus irmãos, que mesmo à distancia souberam compreender minha ausência.

Aos meus filhos, José Víctor e José Arthur, minha inspiração e razão de viver. Por meio do meu viver, mostro para eles, meus filhos, que o meu carinho e cuidado, e os estudos contribuem para alcançar os nossos sonhos e sermos feliz.

À minha orientadora, professora e mestra Virzângela Paula Sandy Mendes, pelo apoio, orientações e competência ao longo da produção deste trabalho.

E aos membros da banca, prof^ª Ms. Rosa Ângela de Brito Falcão e Prof^ª. Ms. Maria do Socorro Lima Martins pela contribuição neste trabalho.

Aos professores que contribuíram com a minha formação, compartilhando de seus conhecimentos e saberes e, de forma especial a prof^ª Ms. Lúcia de Fátima Rocha Bezerra Maia pelo seu apoio e incentivo ao longo da minha formação humana e intelectual.

À senhora Aglair de Alencar Araripe Arruda, minha supervisora de campo e toda a equipe de Serviço Social do Hospital Universitário Walter Cantídio, pelas orientações e amizades ao longo da minha formação, no campo de estágio supervisionado. Obrigada pelo rico aprendizado e pelo convívio, manifesto meu respeito a ambas como profissionais e como seres humano.

À Ouvidora da Maternidade Escola Assis Chateaubriand, Assistente Social Edilene, onde tive o prazer de atuar no estagiar por alguns dias numa pesquisa de satisfação com os usuários.

À minha turma da faculdade, principalmente a turma 309, pelo aprendizado, amizade, pelas muitas lutas e sonhos vividos. Sentirei saudades, pois foram quatro anos de convivência e cumplicidade. Enfim, o meu muito obrigada a todas e todos!

“O saber a gente aprende com os mestres e com os livros.
A sabedoria se aprende com a vida e com os humildes.”

“Fiz a escalada da montanha da vida
removendo pedras e plantando flores.”

Cora Coralina

RESUMO

O presente trabalho tem como objetivo geral compreender as percepções dos moradores em relação a sua vivência em buscar o acesso aos serviços de saúde na Atenção Básica no contexto do bairro Parque Genibaú em Fortaleza, Ceará. Para atender a esse objetivo, foram elaborados os seguintes objetivos específicos: analisar as percepções dos entrevistados em relação ao conceito de saúde como direito de todos e dever do Estado; verificar as principais demandas dos usuários concernentes ao acesso dos serviços de saúde na Unidade Básica de Saúde; identificar a forma de acesso dos moradores aos serviços da Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS). A pesquisa caracteriza-se pela abordagem qualitativa, no qual foi aplicado entrevista semiestruturada com oito sujeitos. Os resultados são discutidos sob a ótica dos autores que abordam sobre a Política de Saúde no Brasil, Atenção Básica e o acesso integral a saúde. A pesquisa evidenciou, com base na percepção dos entrevistados, que os usuários têm acesso aos serviços de Saúde, destacando os programas de atenção a saúde da mulher; assistência aos usuários com doenças crônicas; imunização; porém, os usuários declaram que não tem acesso de forma plena a assistência farmacêutica, uma vez que na UAPS geralmente falta a medicação. Essa realidade mostra a necessidade de fortalecer a política de saúde no campo do direito ao cuidado integral. Os participantes reconhecem que na gestão anterior, a assistência à saúde ocorria de forma mais efetiva com a garantia do cuidado; portanto, os sujeitos afirmam que no momento atual o serviço não está atendendo de forma resolutiva, haja vista que, frequentemente, não há consulta médica e principalmente odontológica, além da falta de medicação. Os participantes destacam que o discurso do atual gestor municipal ressalta que à assistência nas UAPS está ocorrendo de forma integral; no entanto, na prática, observa-se que o referido serviço de saúde não está atendendo as demandas preconizadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e elencadas pela Constituição Federal de 1988.

Palavras-chave: Política de Saúde. Acesso à Saúde. Atenção Primária.

ABSTRACT

This work has as main objective to understand the perceptions of residents regarding their experiences in seeking access to health services in Primary Care in the context of Genibaú Park neighborhood in Fortaleza, Ceará. To meet this goal, the following specific objectives were established: to analyze the perceptions of respondents in relation to the concept of health as a right of all and duty of the State; identify services and programs developed in Primary in the city of Fortaleza; check the main demands of users concerning the access of health services in primary health care unit; identify the form of access for residents to services Unit of Primary Health Care (UAPS). The research is characterized by a qualitative approach, which was used semistructured interviews with eight subjects. The results are discussed from the perspective of authors who address on Health Policy in Brazil, primary care and full access to health. The research showed, based on the perception of respondents, users have access to health services, highlighting the attention to women's health programs; assistance to users with chronic diseases; immunization; however, users state that does not have full form of access to pharmaceutical care, since the UAP generally lack the medication. This reality shows the need to strengthen health policy in the field of right to comprehensive care. Participants acknowledge that the previous management, health care occurred more effectively with the guarantee of care; therefore, subjects claim that at the moment the service is not meeting the termination form, given that often there is no medical and especially dental appointment, and the lack of medication. Participants emphasize that the speech of the current city manager points out that the assistance in the UAP is taking place in full; however, in practice, it is observed that the said health care is not meeting the demands recommended by the Unified Health System (SUS) and part listed in the Federal Constitution of 1988.

Keywords: Health policy. Access to Health. Primary Attention.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIACÕES

AIS	Ações Integradas de Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
ACE	Agente de Combate as Endemias
APS	Atenção Primária à Saúde
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CFB	Constituição Federal Brasileira
CEO	Centro de Especialidades Médicas
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CORES	Coordenadoria Regional de Saúde
CNS	Cartão Nacional de Saúde
CAPs	Caixas de Aposentadorias e Pensões
CMCEE	Central de Marcação de Consultas e Exames Especializados
CDE	Conselho de Desenvolvimento Econômico
CDS	Conselho de Desenvolvimento Social
CEME	Central de Medicamentos
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONEMS	Conselho de Secretarias Municipais de Saúde dos Estados
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
DST	Doença Sexualmente Transmissível
DGPS	Diretoria Geral de Saúde Pública?
DMP	Departamento de Medicina Preventiva
ESF	Estratégia Saúde da Família
FGTS	Fundo de Garantia por Tempo de Serviço
FUNABEM	Fundação Nacional para o Bem-Estar do Menor

HGCC	Hospital Geral Cesar Cals
HDGM	Hospital Distrital Gonzaga Mota
HDNSC	Hospital Distrital Nossa Senhora da Conceição
IOC	Instituto Oswaldo Cruz
IAPS	Instituto de Aposentadorias e Pensões
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
LOS	Lei Orgânica da Saúde
LBA	Legião Brasileira de Assistência
MJNI	Ministério da Justiça e Negócios Interiores
MESP	Ministério da Educação e Saúde Pública
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
MOPS	Movimento Popular de Saúde
MEAC	Maternidade Escola Assis Chateaubriand
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PIS	Programa de Integração Social
PASEP	Programa de Formação de Patrimônio do Servidor Público
PNS	Plano Nacional de Saúde
PNE	Programa Saúde na Escola
PSF	Programa Saúde da Família
PMF	Prefeitura Municipal de Fortaleza
PMC	Projeto Montes Claros
PREVSAÚDE	Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde
PAIS	Programa de Ações Integradas de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PACS	Programa de Agentes Comunitário de Saúde
PNH	Política Nacional de Humanização
PMH	Política Municipal de Humanização
RAS	Rede de Atenção à Saúde

SUS	Sistema Único de Saúde
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SESAC	Semana de Estudos sobre Saúde Comunitária
SAMHPS	Sistema de Assistência Médico-Hospitalar da Previdência Social
SUDS	Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UBASF	Unidade Básica de Atenção à Saúde da Família
UAPS	Unidade de Atenção Primária à Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	14
2	POLITICAS DE SAÚDE NO BRASIL: CONTEXTO HISTÓRICO.....	21
	2.1 A Saúde não é um direito de todos: a saúde antes da Constituição Federal 1988.....	21
	2.2 A Saúde é um direito de todos e dever do Estado: Marcos Legais pós-1988.....	34
3	ATENÇÃO BÁSICA E O ACESSO INTEGRAL À SAÚDE	43
	3.1 Atenção Básica de Saúde na perspectiva do Sistema Único de Saúde.....	43
	3.2 Rede de Atenção a Saúde na Atenção Básica na cidade de Fortaleza.....	48
4	OS RELATOS DA PESQUISA DE CAMPO: O ACESSO À SAÚDE É UM DIREITO DE TODOS?.....	55
	4.1 Caracterização dos sujeito da pesquisa	56
	4.2 A experiência do acesso aos serviços de saúde na Atenção Básica: o olhar dos moradores.....	57
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	73
	REFERÊNCIAS.....	77
	APÊNDICE.....	81

1 INTRODUÇÃO

A Constituição Federal Brasileira de 1988 inaugura um novo momento histórico de garantia de direitos no campo da saúde, no qual a Seguridade Social foi definida, em seu Art. 194, como um “conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (BRASIL, 2012, p.89).

O Poder Público Federativo deve organizar a seguridade social, pautando-se nos objetivos: universalidade do atendimento; uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais; seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços; caráter democrático e descentralizado da administração (BRASIL, 2012). Nesse sentido, a saúde é compreendida como um direito de todos e dever do Estado, constituindo-se como um sistema de proteção social.

A Lei Orgânica da Saúde, Lei 8080/1990, em seu Art. 7º, afirma que as ações e serviços públicos de saúde que integram o Sistema Único de Saúde (SUS) são desenvolvidos com base nas diretrizes da Constituição Federal, conforme os princípios da universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; e a integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos (BRASIL, 1990).

A Portaria nº 4.279/2010 estabelece as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do SUS, como estratégia de superação da fragmentação da atenção e da gestão nas Regiões de Saúde. A Rede de Atenção à Saúde é definida como “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (BRASIL, 2010, p.4).

A Rede de Atenção à Saúde objetiva a integração de ações e serviços de saúde no intuito de proporcionar atenção contínua, integral e humanizada, além de fortalecer o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica. Caracteriza-se pela formação de relações horizontais entre os pontos de atenção com o centro de comunicação na Atenção Primária à Saúde (APS), pela centralidade nas necessidades em saúde de uma população, pela responsabilização na atenção contínua, pelo cuidado multiprofissional, pelos compromissos com os resultados (BRASIL, 2010).

Os níveis de atenção, concernentes ao uso dos recursos e ao foco gerencial dos entes de governança da RAS, estruturam-se por meio de arranjos produtivos conformados nas densidades tecnológicas, variando do nível de menor densidade (Atenção Primária à Saúde), ao de densidade tecnológica intermediária (atenção secundária à saúde), até o de maior densidade tecnológica (atenção terciária à saúde) (BRASIL, 2010).

Nesse contexto, a Atenção Primária à Saúde constitui-se o primeiro nível de atenção, considerando a função resolutive dos cuidados primários sobre os problemas de saúde e a partir do qual se realiza e coordena o cuidado em todos os pontos de atenção, os quais são entendidos como espaços onde se ofertam determinados serviços de saúde (BRASIL, 2010).

Nesse sentido, o modelo de atenção à saúde deve ser estruturado pela Atenção Básica, principal porta de entrada do sistema, a qual deve ser a sua ordenadora. A hierarquização se compõe da atenção primária ou básica; atenção secundária e terciária ou de média e alta complexidade (ou densidade tecnológica). Portanto, a atenção primária deve resolver a maior parte das necessidades de saúde dos usuários e ordenando a demanda por serviços de maior complexidade, organizando os fluxos da continuidade do cuidado.

O modelo de atenção à saúde é definido pela Constituição Federal, no Art. 198, e pelos Arts. 7º e 8º, da Lei 8.080/1990, que determina a integração dos serviços públicos dos entes federativos em redes de atenção à saúde, as quais devem ser regionalizadas, o que pressupõe o papel do Estado no que se refere à definição das regiões de saúde, compreendidas como aglomerados de municípios limítrofes (BRASIL, 1990).

Na rede de saúde, a atenção secundária é formada pelos serviços especializados em nível ambulatorial e hospitalar, com densidade tecnológica intermediária entre a atenção primária e a terciária. Esse nível abrange serviços médicos especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico e atendimento de urgência e emergência.

Os pontos de atenção em nível secundário são espaços e estruturas da RAS, constituídos pelas seguintes unidades assistenciais no município de Fortaleza: Unidade de Pronto Atendimento (UPA), Policlínica, Centro de Especialidade Odontológica (CEO), Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), e seus respectivos recursos de prestação de serviço, equipamentos, materiais e recursos humanos. A organização das práticas de saúde na atenção secundária diz respeito ao modo como está estabelecido o cuidado à saúde, contemplando as políticas, princípios e normas de funcionamento (ERDMANN et al., 2013).

Conforme preconiza a Portaria nº 4.279/2010, a Atenção Primária à Saúde é estruturada como primeiro nível de atenção e porta de entrada do sistema, constituída de equipe multidisciplinar que cobre toda a população, integrando, coordenando o cuidado, e atendendo as suas necessidades de saúde (BRASIL, 2010). Portanto, é na Unidade Básica de Saúde que os usuários buscam o primeiro atendimento, uma vez que se situam no território, próximo ao contexto social e de vida dos trabalhadores e de sua família.

O município de Fortaleza, desde o ano de 2013, vem implementando a Política Municipal de Saúde, com base na definição de Redes de Atenção à Saúde, como estratégia de atenção integral a saúde e de gestão nas Regiões de Saúde e no funcionamento político institucional do SUS, buscando alcançar a efetividade e eficiência (CEARÁ, 2014). A Secretaria Municipal da Saúde de Fortaleza (SMS) implementou um novo Sistema de Saúde, visando integrar os vários pontos de atenção à saúde de forma a responder com qualidade às necessidades de saúde da população.

A Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza pactuou a organização e a implementação das Redes Temáticas de Atenção: Rede Materno-Infantil (Rede Cegonha) (Portaria nº 1.459/ 2011), Rede de Atenção às Condições Crônicas (Portaria nº 252/2013), Rede de Atenção Psicossocial (Portaria nº 3.088/2011), Rede de Atenção às Urgências e Emergências (Portaria nº 1.600/2011), e sistema de apoio diagnóstico/terapêutico e assistência farmacêutica; além de fortalecer a Vigilância em Saúde, a partir da integração das vigilâncias em epidemiologia, sanitária e ambiental e da Saúde do Trabalhador (CEARÁ, 2014).

As seis Coordenadorias Regionais de Saúde da Prefeitura Municipal de Fortaleza tem a competência de exercer autoridade sanitária no seu território, planejar, executar, acompanhar, monitorar e avaliar as ações e serviços de saúde no âmbito regional em consonância com as normas e diretrizes municipais; principalmente, no que diz respeito à Unidade de Atenção Primária à Saúde; gerir as redes de atenção no âmbito regional; além de implementar ações de educação permanente em saúde e regular as referências de exames e consultas especializadas e os leitos hospitalares, entre outros aspectos (CEARÁ, 2014).

O Município de Fortaleza dispõe de 103 Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS), destacando que na Regional V, campo deste estudo, existe 21 Unidades de Saúde, oferecendo os seguintes serviços aos usuários: assistência farmacêutica; Cartão Nacional de Saúde; imunização; orientações e prevenções em relação a dengue; DST/Aids e Hepatites Virais; Rede de atenção as condições crônicas; central de marcação de consultas e exames

especializados; acolhimento em Saúde Bucal, Programa Saúde na Escola (PSE); qualificar a atenção ao pré-natal na Unidade de Atenção Primária à Saúde (CEARÁ, 2014).

No que concerne ao controle do tabagismo, a diretriz se propõe a fortalecer a Atenção Primária de modo a garantir que esta se consolide como coordenadora do cuidado e ordenadora da Rede de Atenção à Saúde da população. Nessa perspectiva, a UAPS se propõe a realizar a atenção de forma integral aos usuários com doenças crônicas em todos os pontos da atenção, por meio de ações e serviços de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e redução de danos.

A Prefeitura Municipal de Fortaleza (PMF), por meio da Secretaria Municipal da Saúde (SMS), desenvolve o projeto Agente de Vigilância em Saúde (Avisa) nas Unidades de Saúde, visando implantar a sala de situação para o acompanhamento de doenças e agravos do território, além de contribuir na organização dos serviços de saúde e planejamento de ações assistenciais e preventivas. O Projeto é executado com o apoio dos Agentes de Combate as Endemias (ACE), Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e os demais profissionais do Programa Saúde da Família (PSF). As atividades estão sendo desenvolvidas em 14 áreas de atuação nas diversas regionais de saúde (CEARÁ, 2014).

O Cartão Nacional de Saúde possibilita ao SUS a identificação dos usuários dos serviços de saúde, facilitando o acesso ao sistema informatizado. Dessa forma, identifica-se o usuário nos atendimentos realizados em qualquer ponto do território nacional, e acompanha a sua evolução, contribuindo para qualificar a atenção e o planejamento das ações de saúde.

A Central de Marcação de Consultas e Exames Especializados (CMCEE) é responsável pela gestão da demanda ambulatorial, de média complexidade. Realiza a comunicação entre as 103 UAPS e os 112 prestadores de atendimentos especializados. Essas unidades constituem a porta de entrada para a marcação de consultas (CEARÁ, 2014).

Contando com uma equipe multidisciplinar de médicos e dentista, a CMCEE desenvolve ações para a ampliação da oferta de atendimentos especializados. Dessa forma, busca-se garantir que a oferta disponível na rede de prestadores seja otimizada e que a demanda por exames e consultas especializadas seja atendida.

Considerando os programas das UAPS por meio da Secretaria Municipal de Saúde e a relevância desses serviços no que concerne a garantia dos níveis satisfatórios de saúde da

população, este estudo partiu do seguinte questionamento: como os moradores do Bairro Parque Genibaú, em Fortaleza, vivenciam o acesso aos serviços de saúde na Atenção Básica?

Estudar esta temática é de suma importância, sobretudo pela realidade de precarização dos equipamentos de saúde. Logo, é fundamental que sejam discutidas as diversas formas de acesso a saúde pública, visando compreender se os princípios constitucionais entre eles e o acesso universal são concretizados.

Dessa forma, este trabalho tem como objetivo geral compreender as percepções dos moradores em relação a sua vivência em buscar o acesso aos serviços de saúde na Atenção Básica no contexto do bairro Parque Genibaú em Fortaleza, Ceará. Para atender a esse objetivo, foram elaborados os seguintes objetivos específicos:

- Analisar as percepções dos entrevistados em relação ao conceito de saúde como direito de todos e dever do Estado;
- Verificar as principais demandas dos usuários concernentes ao acesso aos serviços de saúde na Unidade Básica de Saúde;
- Identificar a forma de acesso dos moradores aos serviços da Unidade de Atenção Primária à Saúde.

Ressalta-se que ao longo de seis anos, a autora deste trabalho atua na Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS), como Agente Comunitário de Saúde, desenvolvendo ações de promoção e prevenção no território do bairro de Genibaú, em Fortaleza, Ceará. Ao realizar as visitas domiciliares, observou-se um contingente de usuários que não tem acesso aos serviços de atenção à saúde, principalmente na área de pediatria, ginecologia e odontologia. Portanto, busca-se compreender a organização dos serviços da Unidade Básica, visando analisar como se processa o acesso aos serviços de atenção primária, destacando a relevância em atuar na promoção, prevenção e assistência à saúde.

Assim, considerando a inserção no campo da saúde e desenvolvendo ações socioeducativas, este tema despertou a motivação da autora deste estudo, principalmente visando conhecer as percepções dos usuários sobre a dinâmica do serviço, sobre o olhar do acesso a saúde, a qual deve ser universal e com qualidade. Este estudo se propõe a contribuir para ampliar a compreensão sobre a política de saúde, no que se refere ao acesso, buscando construir novos saberes em relação à temática.

Sendo assim, convém discorrer sobre a metodologia desta pesquisa. A metodologia é o caminho do pensamento, o qual deve apreender a realidade de forma crítica, no qual se busca compreender o contexto social e histórico do fenômeno estudado. Conforme Minayo (2010, p.14), “a metodologia inclui simultaneamente a teoria da abordagem (o método), os instrumentos de operacionalização do conhecimento (as técnicas) e a criatividade do pesquisador (sua experiência, sua capacidade pessoal e sua sensibilidade)”.

Assim, esta pesquisa caracteriza-se como de natureza qualitativa, uma vez que “[...] ela trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes[.]”(MINAYO,2010, p.12). Portanto, busca-se conhecer a percepção dos usuários sobre o acesso aos serviços na Unidade Básica de Saúde, visando compreender os sentidos atribuídos pelos sujeitos em relação ao fenômeno pesquisado.

No que se refere aos procedimentos técnicos, este estudo abrange pesquisa bibliográfica, documental e pesquisa de campo. A pesquisa bibliográfica é desenvolvida a partir de material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos; enquanto a pesquisa documental se baseia em materiais que não receberam tratamento analítico ou que podem ser reelaborados de acordo com os objetivos da pesquisa (GIL, 2009).

No intuito de compreender como se processa o acesso dos usuários a Unidade Básica de Saúde, este estudo realizou pesquisa de campo. Segundo Vergara (2004), a pesquisa de campo constitui uma investigação empírica realizada junto ao ambiente social em que ocorreu um fenômeno ou que dispõe de elementos para explicá-lo.

Visando apreender o objeto deste estudo, realizou-se entrevista semiestruturada com oito usuários, de ambos os sexos, que buscam o acesso aos serviços de saúde da Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS), cujo critério de inclusão está relacionado à participação dos usuários nos ambulatórios específicos que tratam de doenças crônicas, tais como diabetes e hipertensão.

Os dados foram obtidos das entrevistas realizadas com os usuários e sua interpretação teve como base a análise de conteúdo de Bardin (1977), a qual abrange três etapas: pré-análise - consiste na organização do material, na forma de coleta de dados e nas técnicas utilizadas para reunir a informação; descrição analítica- realiza o estudo aprofundado do material, tendo como procedimento a codificação, a classificação e a categorização dos dados; e, interpretação referencial diz respeito a reflexão, a intuição e o embasamento nos materiais empíricos, estabelecendo relações com a teoria.

Este trabalho está estruturado em capítulos: o primeiro refere-se a introdução, no qual aborda o tema, define a questão de pesquisa e seus objetivos e metodologia. O segundo enfoca sobre a Política de Saúde no Brasil, e o Sistema Único de Saúde. O terceiro aborda sobre a Atenção Primária à Saúde. O quarto capítulo apresenta a percepção dos usuários sobre o acesso a saúde com base na pesquisa de campo, seguida das considerações finais, referências, apêndices.

2 POLITICAS DE SAÚDE NO BRASIL: CONTEXTO HISTÓRICO

2.1 A Saúde não é um direito de todos: a saúde antes da Constituição Federal 1988

No contexto do período da Colônia e início do Império, a medicina era praticada pelos médicos, cirurgiões e boticários, com formação europeia, atuando nas cidades para o atendimento das camadas altas da população. Nesse contexto, os pobres e os escravos não eram atendidos, os quais recebiam a solidariedade e os cuidados dos curandeiros para atender os problemas de saúde (SCOREL; TEIXEIRA, 2012). Os autores afirmam que “as ações dos poderes públicos no campo da saúde se restringiram à regulamentação das artes de curar, realizada por tribunais portugueses que expediam licenças, autorizando a prática aos diversos tipos de postulantes que comprovassem experiência” (p.334).

Ainda no século XVII, sob o apoio do mercantilismo, os documentos oficiais dos Estados alemães denominavam o termo “polícia” para expressar os diversos campos da administração pública, enquanto a administração da saúde com a definição de “polícia médica”. No século XVIII, com a medicina social, a prática da “polícia médica” norteou a política dos Estados em relação à saúde, com enfoque na política sanitária. No século XIX, com o desenvolvimento das práticas higienistas, no intuito de proporcionar melhorias das condições ambientais como forma de prevenção, a polícia médica pautou-se pela legislação (SCOREL; TEIXEIRA, 2012).

A organização dos serviços de saúde conservou sua estrutura ao longo do período do Império; porém, em um cenário de desenvolvimento urbano e de inserção da mão de obra para a agricultura cafeeira, os serviços de saúde foram reorganizados em 1886, com a criação do Conselho Superior de Saúde Pública, formado pela Inspeção Geral de Higiene e pela Inspeção de Saúde dos Portos (COSTA, 1985 apud SCOREL; TEIXEIRA, 2012).

No contexto de crise sanitária e centralização do poder imperial ao longo do século XIX, a autonomia municipal concernente às ações de saúde decresceu. Os problemas de saúde aumentaram pelo surgimento de epidemias, como a febre amarela. Nesse contexto, a doença afetou a população e os governantes (BENCHIMOL, 1990).

Com a Independência, surgiram no País as primeiras faculdades e agremiações médicas. Em 1829, foi criada na Corte a Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro, transformada em 1831 em Academia Imperial de Medicina. No entanto, o avanço da medicina

não ampliou os cuidados com a saúde da população, que permaneceu com o apoio dos agentes de cura.

No intuito de superar essa realidade, o governo imperial empreendeu uma reforma nos serviços de saúde. Entre 1849 e 1851, estabeleceu-se a Junta Central de Higiene Pública, que passou a coordenar as atividades de política sanitária, vacinação antivariólica e fiscalização do exercício da medicina, efetuada pelas provedorias de saúde criada nas províncias. Nesse período, a atuação do Estado na assistência médica voltava-se à internação de doentes graves em enfermarias improvisadas, em tempos de epidemias, e à internação dos loucos no Hospício de Pedro II, criado em 1841. Os serviços médicos hospitalares estavam sobre a responsabilidade das entidades filantrópicas, como as Santas Casas e a Beneficência Portuguesa (SCOREL; TEIXEIRA, 2012).

No final do século XIX, ocorreram mudanças no campo da saúde pública no Brasil em um cenário caracterizado pela modernização tecnológica e pela melhoria das condições de saúde. No campo da economia, a expansão industrial dos países europeus e dos Estados Unidos contribuiu para a exportação de capitais e serviços para as formações sociais na América e na África em troca de produtos agrícolas. No Brasil, inaugura-se a República Federativa em um contexto de crescimento da economia agroexportadora nacional. Dessa forma, a riqueza estimulava a urbanização e o surgimento de novos estilos de vida (SCOREL; TEIXEIRA, 2012).

No entanto, esse crescimento não produziu mudanças nos serviços de saúde durante a Proclamação da República, sendo a organização desses serviços mantida no governo provisório. A Constituição de 1891 transferiu para os municípios e os estados as competências relacionadas à saúde. Em 1896, no contexto da saúde pública, inaugura-se a Diretoria Geral de Saúde Pública (DGPS), visando atender os problemas de saúde, cuja diretoria vinculou-se ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores, assumindo como atribuições a direção dos serviços sanitários dos portos marítimos e fluviais, a fiscalização do exercício da medicina e farmácia, os estudos sobre doenças infecciosas, a organização de estatísticas demográfico-sanitárias e o auxílio aos estados em momentos epidêmicos, quando houver solicitação dos governos locais (SCOREL; TEIXEIRA, 2012).

Em 1900, no intuito de evitar a epidemia da peste bubônica, o governo republicano criou o Instituto Soroterápico Federal, denominado Instituto Oswaldo Cruz, o qual produziu

vacinas e soros contra doenças epidêmicas. Nessa direção, Escorel e Teixeira (2008, p.341) afirmam que:

Salvo a preocupação com as epidemias, a ação do Estado em relação à saúde se restringia a medidas ordenadoras da vida urbana que visavam à manutenção de um estado geral de salubridade. Nesse campo, tinha destaque à fiscalização das habitações populares, da venda de alimentos e bebidas alcoólicas. Até esse momento, a ação dos poderes públicos não se voltava para a assistência à saúde dos indivíduos, permanecendo com a filantropia a responsabilidade pelo cumprimento desse papel.

Conforme os autores, a atuação do Estado no campo da saúde pública baseia-se na ação de fiscalização das habitações e do comércio de alimentos; não havendo, até o presente momento, a intervenção do poder público nas questões de saúde da população, cuja assistência voltava para âmbito da filantropia.

Para o Estado brasileiro, a saúde relacionava-se com as crises sanitárias. Nesse contexto, o governo central recusou enviar recursos para São Paulo durante as crises sanitárias. Logo, em 1892, o governo de São Paulo inaugurou um amplo sistema de saúde (ESCOREL; TEIXEIRA, 2012).

Ao considerar o ambiente de crescimento socioeconômico e a falta de serviços de saúde pública, o governo de São Paulo realizou a reforma sanitária e inaugurou o complexo sistema de saúde, reconhecendo que as epidemias impediam o desenvolvimento econômico. No período da República, o crescimento dos serviços de saúde em São Paulo contribuiu para a melhoria das condições de saúde da população, impedindo as epidemias e outras doenças. Porém, a atuação abrangia os centros urbanos e as doenças que interferiam no modelo econômico agrário exportador. No entanto, as fazendas onde a normatização das condições de trabalho, moradia, e alimentação poderiam gerar conflito com os interesses da aristocracia rural, não passaram por mudanças até o final da década de 1910 (CASTRO SANTOS, 1993).

Em 1906, a cidade do Rio de Janeiro passou por mudanças em sua estrutura urbanística e em seu perfil epidemiológico. Em 1907, Oswaldo Cruz propõe realizar campanha contra a tuberculose. No entanto, o programa não foi efetivado, pois a classe política argumentava que a atuação estatal deveria voltar-se à assistência aos doentes necessitados, cabendo à iniciativa privada ou filantrópica as ações de criar programas educativos e sanatórios para os doentes (BENCHIMOL, 1990).

A ação do governo centrou-se na reurbanização e eliminação das principais doenças epidêmicas da capital da República, no intuito de manter o modelo econômico vigente, cuja

intervenção redundou na ampliação das ações de saúde. Nesse período, a elite política argumentava que as ações de saúde deveriam ser de responsabilidade dos estados, no qual o governo central deveria assessorá-los e normatizar suas ações. No entanto, nos momentos de crises epidêmicas, o poder federal poderia atuar nos estados, atendendo as necessidades (HOCHMAN, 1998 apud ESCOREL; TEIXEIRA, 2012).

Ao refletir sobre o pensamento do autor, pode-se afirmar que o Estado deve intervir nas questões de saúde, elaborando políticas que sejam capazes de atender a população em suas necessidades materiais e humanas. Portanto, ao longo da história, o Estado atuou nos momentos de crise econômica, política e social.

Ao analisar o contexto da saúde pública nesse período, Escorel e Teixeira (2008, p. 351) assinalam que:

As ações de Saúde Pública perpetradas pelo Estado até a primeira década do século XX estiveram voltadas para as grandes cidades, sendo uma resposta aos problemas derivados do desenvolvimento urbano de algumas regiões e às imposições econômicas provenientes da expansão da agricultura cafeeira. Tal estrutura deixava à margem dessas ações todo o interior do País, onde as condições de saúde eram, na maioria das vezes, piores do que as das grandes cidades, com a prevalência de diversos problemas, como a desnutrição, as verminoses e a malária. Somente na metade da década de 1910, acompanhando um processo de transformação das formas de se pensar o Brasil, esse quadro iria se modificar.

Ao considerar o pensamento dos autores sobre a realidade da saúde pública brasileira no início do século XX, observa-se que as ações de saúde implementadas pelo Estado priorizaram as grandes cidades, conforme orientação do poder econômico. Dessa forma, as ações de saúde não alcançavam o interior do país, onde existiam problemas de saúde relacionada à desnutrição e outras doenças associada às condições de vida.

Em 1919, inaugura-se o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), ampliando as atribuições estatais no campo da saúde. Nesse contexto, Hochman (1998) analisa a atuação do poder público no âmbito da saúde:

[...] a ampliação da consciência das elites brasileiras em relação aos problemas sanitários nacionais, aliada à percepção da interdependência das diversas regiões do País em relação aos problemas de saúde, principalmente os relativos a doenças epidêmicas, possibilitou o crescimento das atividades públicas de saúde e saneamento no País. Estas, embora não tenham resolvido a maior parte dos problemas de saúde dos brasileiros, lograram ampliar a infraestrutura e da autoridade sanitária no território nacional (HOCHMAN, 1998 apud ESCOREL; TEIXEIRA, 2012, p.355).

O autor considera relevante a compreensão das elites brasileiras no que concerne aos problemas de saúde no país, cuja realidade requer ações do poder público no combate às epidemias. Assim, foi construída infraestrutura que visa à proteção dos cidadãos.

Ao contextualizar historicamente a saúde pública no Brasil, Bravo (2008) afirma que, a reforma Carlos Chagas, em 1923, demonstrou a intenção do poder central em realizar o atendimento à saúde, considerada uma das estratégias da União para fortalecer o poder nacional frente à crise política, iniciada pelos tenentes. Nesse período, abordaram-se aspectos sobre a higiene e saúde do trabalhador, dando início as primeiras ações para a constituição da previdência brasileira, com a criação das Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs), financiada pela União, empresas e empregados. Conforme afirma a autora, os benefícios referem-se às contribuições, contemplando a assistência médica-curativa e fornecimento de medicamentos; aposentadoria por tempo de serviço, velhice e invalidez, pensão para os dependentes e auxílio funeral.

O Brasil passou por transformações no final da década de 1920, com destaque para a área da economia, com as crises de produção do café e da política, e do setor oligárquico. Nesse contexto histórico, em 1930, Vargas ocupou o poder após um golpe; no entanto, seu governo não confrontou a elite cafeeira de sua posição de liderança. Em 1934, o governo Vargas retomou as ações no campo da saúde pública, iniciando a gestão de Gustavo Capanema no Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP), com a retomada das campanhas sanitárias e de proteção materno-infantil (SCOREL; TEIXEIRA, 2012).

Conforme Bravo (2008), no período de 1930 a 1964, a política de saúde apresentou caráter nacional, abrangendo dois setores: o de saúde pública e o de medicina previdenciária. A saúde pública permaneceu até meados de 1960 e priorizou a criação de condições sanitárias para as populações urbanas; enquanto a medicina previdenciária, iniciada na década de 1930, com a criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), ampliaram os benefícios para os assalariados urbanos, no intuito de antecipar as reivindicações dessas categorias.

Ao analisar a saúde pública brasileira, no período de 1930 a 1940, Braga e Paula (1986) destacam as principais ações: foco nas campanhas sanitárias; coordenação dos serviços estaduais de saúde dos Estados que apresentavam fraco poder político e econômico; interiorização das ações para as áreas de endemias rurais; criação de serviços de combate às endemias; organização do Departamento Nacional de Saúde, em 1941, desenvolvendo serviços de combate às endemias e de formação de técnicos em saúde pública.

A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) constitui-se em um órgão de cooperação na área da saúde, idealizada em 1902, fruto da recomendação da Segunda Conferência Internacional dos Estados Americanos, visando fortalecer o intercâmbio de informações entre os países da região e a realização de convenções periódicas sobre saúde. Em 1947, com a criação da Organização Mundial de Saúde (OMS), a OPAS se transformou em organismo regional (SCOREL; TEIXEIRA, 2012).

O Governo Dutra elaborou o Plano Salte-Saúde, Alimentação, Transporte e Energia, concentrando os recursos nas atividades de transporte. No âmbito da saúde pública, durante seu governo, o sanitarismo campanhista, centralizador e autoritário expandiram-se. Na previdência social, surge um movimento contrário ao modelo de capitalização. A legislação previdenciária considerou a noção de seguridade social (SCOREL; TEIXEIRA, 2012).

Conforme afirma Bravo (2008), o atendimento hospitalar de natureza privada já estava organizado desde os anos de 1950, sinalizando a formação das empresas médicas. A corporação médica vinculada aos interesses capitalistas pressionava o financiamento por meio do Estado, defendendo a privatização. No entanto, a assistência médica previdenciária até 1964 foi oferecida de forma prioritária pelos serviços próprios dos Institutos.

Com o regime ditatorial, o país passou a ser governado por meio de atos do Executivo, os quais agiam na perspectiva de reduzir os direitos políticos e civis. Em 1967, a nova Constituição institucionalizou o regime militar e suas formas de agir. Na primeira década do regime militar, a modernização subordinada aos interesses do capital promoveu a reestruturação do aparelho de Estado por meio das reformas financeira, fiscal, previdenciária, tributária e administrativa. Os investimentos na infraestrutura econômica aumentaram enquanto diminuíram os gastos com as políticas sociais (SCOREL, 2012).

No âmbito das políticas sociais, foram implementados os seguintes programas: o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), em 1967; o Programa de Integração Social (PIS) e o Programa de Formação de Patrimônio do Servidor Público (PASEP), em 1970, no intuito de efetivar a participação dos trabalhadores nos lucros da empresa e no crescimento da economia; e a reformulação do sistema previdenciário (TEIXEIRA FLEURY, 1988).

Nesse contexto, delineia-se um sistema de atenção estatal à saúde, com a predominância do modelo da previdência social. Com a unificação dos institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), ocorre a centralização administrativa e financeira e a uniformização dos benefícios. Embora

centralizada no INPS, a previdência abrangeu a função assistencial e redistributivista, ainda que restrita aos trabalhadores inseridos no mercado formal (ESCOREL, 2012).

Ao analisar a unificação da Previdência Social, com a junção dos IAPS em 1966, Bravo (2008, p.93) afirma que essa formação ocorreu, considerando duas características: “o crescente papel interventivo do Estado na sociedade e o alijamento dos trabalhadores do jogo político, com sua exclusão na gestão da previdência, ficando-lhes reservado apenas o papel de financiadores”.

Conforme declara Escorel (2012), os acidentes de trabalho passaram a ser incluídos na esfera das ações previdenciárias em 1967; inaugurando-se o Programa de Assistência ao Trabalhador Rural (PRORURAL) e o Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural (FUNRURAL), em 1971; com a extensão de cobertura previdenciária, englobam-se as empregadas domésticas e os trabalhadores autônomos. No entanto, os cidadãos que não contribuíam recebiam atenção à saúde em centros e postos de saúde pública, em serviços de saúde filantrópicos, ou em consultórios e clínicas privadas.

Na perspectiva de Oliveira e Teixeira (1986), no período da ditadura, a previdência social apresentava as seguintes características: inclusão dos trabalhadores urbanos; prática médica, assistencialista e especializada em detrimento das ações de saúde pública de caráter preventivo; prática médica com foco na lucratividade do setor saúde, devido à atuação do Estado como regulador do mercado de produção e consumo de serviços de saúde.

O autor ressalta que até 1964, a assistência médica previdenciária era oferecida pela rede de serviços dos IAPs, composta por hospitais, ambulatórios e consultórios médicos. No entanto, com a criação do INPS, ocorreu a contratação de serviços de terceiros, cuja orientação volta-se para o setor privado de serviços de saúde no âmbito da previdência social.

Conforme a análise de Teixeira Fleury (1988), no período da ditadura, o Ministério da Saúde ficou em segundo plano, uma vez que sua atuação era considerada disfuncional à modernização, destacando que sua atuação voltava-se para a dimensão coletiva, sendo financiado pelo orçamento da União.

O Ministério da Saúde propõe o Plano Nacional de Saúde (PNS), afirmando que os hospitais governamentais deveriam ser transformados em empresas privadas. Ao Estado compete o papel de financiar os serviços privados, que seriam custeados em parte pelos usuários. Esse plano foi implantado, mas encontrou resistência, sobretudo dos técnicos da

previdência social. O PNS apresentou conflito com a expansão de cobertura dos benefícios previdenciários, atuando com enfoque na prática da medicina em consultórios privados num momento em que as transformações no campo do desenvolvimento tecnológico na área da saúde e a crescente especialização requerem novas formas de organização (ESCOREL, 2012).

No período de intensa repressão no País, principalmente no final de 1960, ocorreu a formação da base teórica e ideológica de um pensamento médico-social. A dimensão histórico-estrutural dos problemas de saúde foi construída no Departamento de Medicina Preventiva (DMP), iniciando as bases universitárias do movimento sanitário, o que propunha mudanças do sistema de saúde vigente.

Em 1974, ocorreram no Brasil as mediações para fortalecer a ditadura e restaurar a democracia, com a exclusão dos setores populares e o controle dos militares e da burguesia. Essa realidade foi comunicada pelo general Geisel ao seu ministério. Nessa conjuntura, além dos aspectos econômicos e dos problemas da corporação militar, ressaltaram-se dois aspectos: a reativação da política e a valorização do setor social no planejamento governamental (ESCOREL, 2012). No campo social, o II PND desenvolveu projetos na área da educação e da saúde, em particular a assistência médica da previdência social. Nesse período, a saúde foi avaliada como apresentando incapacidade gerencial e sem estrutura técnica.

O general Geisel comunicou a intenção de promover a abertura política, criar na esfera econômica o Conselho de Desenvolvimento Econômico (CDDE), e o Conselho de Desenvolvimento Social (CDS) e, na esfera social, o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS). Em 1974, o MPAS passou a ser o segundo maior orçamento da União. Na gestão estava a parceria entre os interesses privados e a burocracia estatal, que propunha crescente privatização dos serviços médicos prestados aos previdenciários (ESCOREL, 2012).

Em 1977, inaugurou-se o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SIMPAS), apresentando um modelo de gestão centralizado e com exclusão dos segurados, formada por três institutos; INAMPS, para a assistência médica; o INPS, para os benefícios; e o IAPs, para o controle financeiro; duas fundações – Legião Brasileira de Assistência (LBA) e Fundação Nacional para o Bem-Estar do Menor (FUNABEM), uma empresa (DATAPREV) e uma autarquia - Central de Medicamentos (CEME). O SIMPAS não realizou mudanças nas bases financeiras da previdência social, cuja atuação visava à legitimação do regime, com tendência à universalização da atenção. Essa contradição manteve-se até 1981, quando a recessão econômica evidenciou a crise da previdência (ESCOREL, 2012).

O Ministério da Saúde apoiou a Conferência Nacional de Saúde (CNS), à implementação de programas inovadores e o estabelecimento de mecanismos de coordenação política do setor saúde. A 5ª CNS objetivou a elaboração de uma política nacional de saúde a ser submetida ao Conselho de Desenvolvimento Social (CDS). Essa conferência legitimou as propostas relacionadas à atenção à saúde das populações marginais, com a participação comunitária. Nesse contexto, o Ministério da Saúde procurou implementar programas de extensão de cobertura, priorizando as áreas rurais e a difusão de seus programas, como imunizações, vigilância epidemiológica e assistência materno-infantil (ESCOREL, 2012).

Conforme Escorel (2012), o movimento sanitário compunha de profissionais da saúde e de pessoas da área que compartilha o enfoque médico-social na compreensão dos problemas de saúde e que, por meio de práticas políticas, ideológicas e teóricas buscavam a melhoria da atenção à saúde da população brasileira na perspectiva do direito de cidadania. Na composição originária do movimento sanitário, destacam-se três vertentes: a primeira constituída pelo movimento estudantil e o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES); a segunda integrada pelos movimentos de Médicos Residentes e de Renovação Médica; e a terceira formada pelos profissionais da academia- docência e pesquisadores.

A primeira vertente visou à socialização da teoria da medicina social. O movimento estudantil liderou o debate sobre a saúde comunitária, organizando as Semanas de Estudos sobre Saúde Comunitária (SESAC), enfocando os determinantes sociais, econômicos e políticos da estrutura de saúde, e as práticas de saúde comunitária em desenvolvimento. A SESAC atuou na difusão do pensamento médico-social do movimento sanitário e na formação da consciência sanitária entre os estudantes, visando à democratização do país e contra a privatização da saúde. Os princípios desse movimento contemplavam a democratização do setor saúde e a Reforma Sanitária que deve ter como marco a unificação dos serviços de saúde públicos e sem fins lucrativos, com a participação dos usuários (CEBES, 1977).

O CEBES (1977) elaborou uma proposta, contendo os seguintes aspectos: deter a visão empresarial da medicina; transformar os atos médicos em bem social gratuito; unificar o sistema de saúde; atribuir ao Estado a gestão do sistema; planejar e executar a política nacional de saúde; estabelecer mecanismos de financiamento; descentralizar esse sistema; e viabilizar a participação popular na política de saúde. O CEBES apresentou a proposta na 8ª Conferência Nacional de Saúde, a qual foi legalizada na Constituição de 1988: A saúde é um direito de todos e um dever do Estado.

A segunda vertente do movimento sanitário, formada pelos Médicos Residentes discutiu sobre as relações de trabalho e o controle no período militar. No final da década de 1970, surgem os conflitos entre a ideologia liberal e a trabalhista; e a divergência de pensamentos na categoria médica, entre os liberais, os empresários e os assalariados. A ideologia trabalhista, apoiada pelos médicos, fez emergir os sindicatos. A terceira vertente constituída pelos docentes, os quais participaram da construção do marco teórico e ideológico do movimento. Nesse cenário acadêmico, originou-se o movimento sanitário, proporcionando o fundamento para as ideias transformadoras (ESCOREL, 2012).

Na segunda metade da década de 1970, desenvolveram-se três projetos de âmbito nacional ou regional, com a participação de propostas transformadoras para o sistema de saúde: Plano de Localização de Serviços de Saúde (PLUS), o Projeto Montes Claros (PMC) e o PIASS, cujos planos foram constituindo um modelo de serviços de saúde, com diretrizes e premissas que orientaram as propostas da Reforma Sanitária.

O PLUS visa à expansão dos serviços de saúde no âmbito da previdência social, constituindo-se a primeira experiência coletiva de um grupo de saúde pública na previdência. O Projeto Montes Claros (PMC) visa à aplicação de diretrizes de um modelo de organização de serviços de saúde, destacando os princípios de regionalização, hierarquização, integralidade da assistência à saúde e participação popular. O PIASS objetiva unir a abordagem médico social ao pensamento sanitarista desenvolvimentista, visando à extensão de cobertura por meio de serviços municipais de saúde (ESCOREL, 2000).

No governo Geisel, o movimento sanitário apresentou um pensamento contra-hegemônico. O movimento sanitário desenvolveu, no período de Figueiredo, o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREVSAUDE) e as Ações Integradas de Saúde (AIS). Em 1978, iniciou-se nova etapa do regime autoritário no Brasil, com a crise econômica e o aumento do desemprego. A recessão afetou a aliança do regime militar com o empresariado nacional, e a previdência social entrou em crise. Nesse contexto, a crise social aprofunda-se, com desigualdades sociais resultantes do modelo econômico. O 1º Simpósio de Política Nacional de Saúde, em novembro de 1979, contribuiu para a visibilidade da saúde no contexto da política setorial. Logo, o movimento sanitário construiu sua organicidade, estabeleceu contatos com os movimentos pela democratização do país. Em março de 1980, realizou-se a 7ª Conferência Nacional de Saúde, com o tema "Extensão das Ações de Saúde através dos Serviços Básicos", visando discutir à implantação do

PREVSAUDE, cujo programa, visava estimular a articulação dos ministérios da Saúde e da Previdência e Assistência Social, a partir dos serviços básicos de saúde (SCOREL, 2012).

O PREVSAUDE contemplou os objetivos: universalização da cobertura de serviços básicos; articulação das instituições do setor saúde para a oferta de serviços; hierarquização da oferta de serviços por níveis de complexidade, tendo a atenção primária como porta de entrada; regionalização dos serviços; e participação comunitária (FALEIROS et al., 2006). Referida proposta deparou-se com resistências dos setores privatizantes e conservadores, da previdência social e do Ministério da Saúde, os quais propunham a sua reformulação.

Em 1981, evidencia-se a crise da previdência, atenuada por medidas paliativas, até que, com a recessão econômica intensificou a crise pelo déficit financeiro. Em 1982, foi aprovado o Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no Âmbito da Previdência Social, composto por três eixos: o Sistema de Assistência Médico-Hospitalar da Previdência Social (SAMHPS), sistema de contas hospitalares, implantando a Autorização de Internação Hospitalar (AIH), que remunerava por procedimentos; o projeto de racionalização da assistência ambulatorial, que previa o credenciamento de médicos em seus consultórios e melhoria dos serviços; os convênios entre MPAS, Ministério da Saúde e os governos dos Estados, de forma a racionalizar os recursos (SCOREL, 2012).

Com o Programa de Ações Integradas de Saúde (PAIS), inicia-se o processo de universalização da assistência médica. Os serviços da previdência social, entretanto, continuavam a atendendo apenas seus segurados. Em 1984, o PAIS foi redimensionado, constituindo-se em Ações Integradas de Saúde (AIS), com a estratégia de reorientação setorial que atendia o setor público e à integração interinstitucional, descentralização e democratização (SCOREL, 2012).

Em maio de 1984, a AIS constituiu-se a estratégia federal de reordenamento da política nacional de saúde, contemplando os princípios: responsabilidade do poder público; integração interinstitucional; definição de propostas com base no perfil epidemiológico; regionalização e hierarquização dos serviços públicos e privados; valorização das atividades básicas e garantia de referência; utilização da capacidade potencial da rede pública; descentralização do planejamento e administração; cobertura assistencial, dentre outros aspectos. Nesse contexto, a política de saúde implementou a proposta de articulação interinstitucional e as estratégias para a unificação do sistema de saúde (SCOREL, 2012).

O movimento sanitário cresceu no final do regime autoritário, participando com os setores da sociedade brasileira da campanha “Diretas já!”, elaborando um projeto para a saúde, com base no princípio de que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado. Em dezembro de 1984, realizou-se o Simpósio sobre a Política Nacional de Saúde. No encontro setorial do PMDB, as ideias do movimento sanitário foram acatadas e a unificação do sistema de saúde foi incorporada como proposta do partido de oposição. O movimento sanitário conseguiu que seus princípios fossem incorporados no Plano de Governo (ESCOREL, 2012).

Com a eleição de Tancredo Neves, em 1985, encerrou-se um período de vinte anos de governos militares, cuja transição democrática ocorreu sem rupturas, pactuada entre as elites e baseada em uma aliança político-partidária. No entanto, o referido presidente adoeceu e veio a falecer em 21 de abril. Dessa forma, José Sarney assumiu a presidência da República iniciando a Nova República. No primeiro ano do governo (1985-1990), o ministério representava uma composição político-partidária heterogênea, com setores de esquerda, buscando resgatar a dívida social, restaurar a ordem democrática e normalizar a economia. Encerrou-se a censura aos meios de comunicação; os partidos clandestinos e as centrais sindicais organizaram-se livremente; e novos partidos foram estruturados (ESCOREL, 2012).

A nova Constituição do país foi aprovada em outubro de 1988 e as primeiras eleições diretas para a presidência da República ocorreram em outubro de 1989. Durante o processo de elaboração da nova Constituição, o governo restringiu sua base de apoio, retornando ao pacto político do autoritarismo. Nesse contexto, Fernando Collor de Mello foi eleito, denunciando a corrupção do governo Sarney e derrotando o candidato do Partido dos Trabalhadores para, dois anos após, sofrer um processo de *impeachment* (ESCOREL, 2012).

Nos anos de 1980, a sociedade brasileira vivenciou um processo de democratização política, além da crise econômica que estende até o presente. A transição democrática revelou sua natureza conservadora após 1988, não se configurando em conquistas materiais para a massa da população. A saúde caracterizou-se pela dimensão política, com a participação de novos sujeitos sociais que analisavam as condições de vida e as propostas governamentais. Participaram desse debate os seguintes atores: profissionais de saúde, apoiando o fortalecimento do setor público; o movimento sanitário, tendo o Centro Brasileiro de Estudo de Saúde (CEBES), elaborando contrapropostas; partidos políticos de oposição e os movimentos sociais urbanos (BRAVO, 2008).

As Ações Integradas de Saúde (AIS) constituíram-se como estratégia de reorientação setorial pelos Ministros da Saúde, da Previdência e Assistência Social e da Educação, e tornaram-se a política do INAMPS. Essa prioridade refletiu-se no orçamento do INAMPS para 1986, quanto na crescente adesão das prefeituras aos convênios AIS. A proposta de unificação do sistema de saúde com a incorporação do INAMPS ao Ministério da Saúde encontrou resistência. Nesse contexto, foi convocada a 8ª Conferência Nacional de Saúde, no intuito de proporcionar elementos para debate na futura Constituinte (ESCOREL, 1999).

Nessa conferência participaram os profissionais, os prestadores de serviços da saúde e os usuários do sistema de saúde. A 8ª CNS aprovou a unificação do sistema de saúde, o conceito ampliado de saúde, o direito de cidadania e dever do Estado, elaborou novas bases financeiras do sistema e a criação de instâncias institucionais de participação social. O relatório final da CNS passou a significar a consolidação das propostas do movimento sanitário, acrescido de novos atores sociais, destacando o Movimento Popular de Saúde (Mops) e os secretários municipais de saúde.

Em 1987, foi inaugurado Os Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS), visando à descentralização dos serviços de saúde, destacando o enxugamento da máquina previdenciária de nível estadual; a transferência dos serviços de saúde para os estados e municípios; o estabelecimento de um gestor único de saúde em cada esfera de governo; e a transferência para os níveis descentralizados dos instrumentos de controle sobre o setor privado. A implementação dos SUDS nos Estados e municípios dependeu do grau de compromisso dos dirigentes políticos e setoriais locais com a proposta.

A Constituição de 1988 estabeleceu que a saúde é parte da Seguridade Social (Art. 194) e direito de todos e dever do Estado (Art.196), adotando-se o conceito ampliado de saúde formulado na 8ª CNS. Dessa forma, o SUS constitui-se como um sistema universal de atenção à saúde, regido pelos princípios de descentralização, integralidade e participação da comunidade (BRASIL, 1988).

No intuito de compreender a política de saúde no Brasil, o próximo item apresentará a saúde como direito universal e dever do Estado, com base no arcabouço jurídico referente a Constituição Federal e a Lei Orgânica da Saúde.

2.2. A Saúde é um direito de todos e dever do Estado: Marcos Legais pós-1988

O Sistema Único de Saúde (SUS) configura o modelo público de ações no Brasil, pautado pelos princípios e diretrizes em todo o território nacional, considerando o conceito ampliado de saúde, com destaque para o papel do Estado na implantação da Política de Saúde.

Desde o fim do regime militar em 1984, o Brasil vem passando por reformas em seu sistema público de saúde. A 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, discutiu a saúde como o direito de cidadania, a reformulação do sistema nacional de saúde e o financiamento do setor, estimulando o debate até a aprovação da Constituição de 1988.

Convém destacar que durante o processo constituinte, a intensa pressão da sociedade civil e dos movimentos democráticos resultaram na aliança dos parlamentares, no intuito de inserir um capítulo sobre a seguridade social (BRASIL, 1988), manifestando os valores relacionados à igualdade e à justiça na sociedade, materializados pela garantia dos direitos sociais.

A seguridade social foi instituída no Art. 194 da Constituição de 1988, e compreende “um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social”.

O poder público deve organizar a seguridade social com enfoque universalista e equitativa, financiada por fontes diversificadas de receitas de impostos e contribuições sociais, dos orçamentos da União, dos estados e dos municípios.

Cabe destacar a concepção ampla da saúde adotada na Constituição de 1988, garantida mediante “políticas sociais e econômicas abrangentes que reduzam o risco de doenças e outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988).

No intuito de proporcionar materialidade à política de saúde, a Constituição instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS), definido na lei n. 8.080, de 1990, Art. 4º. “o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público”.

Conforme Noronha, Lima e Machado (2012), o SUS contempla as seguintes ações e serviços de saúde: ações de promoção à saúde e prevenção, diagnóstico, tratamento e

reabilitação de agravos e doenças; serviços prestados no âmbito ambulatorial, hospitalar e nas unidades de apoio diagnóstico e terapêutico; intervenções ambientais, incluindo as condições sanitárias nos ambientes onde se vive e se trabalha, na produção e circulação de bens e serviços; instituições públicas voltadas para o controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, sangue e hemoderivados e equipamentos para a saúde.

Segundo o Art. 7º, da Lei 8080/90, as ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o SUS, são desenvolvidos conforme as diretrizes do Art. 198 da Constituição Federal, com base nos seguintes princípios:

I – universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; II – integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; III – preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral; IV – igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; V – direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde; VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário; [...] (BRASIL, 1990, p. 3).

No que se refere à universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência, pode-se afirmar que este princípio considera que todos os cidadãos podem ser contemplados com o mesmo direito de usufruir das ações e dos serviços que promovem a saúde. Conforme Noronha, Lima e Machado (2012), o princípio do acesso universal mostra a substituição do modelo contributivo de seguro social que condicionava o acesso dos trabalhadores, inseridos no mercado de trabalho formal, aos serviços públicos e privados credenciados ao sistema previdenciário. Dessa forma, com a universalidade, as condições socioeconômicas da população não devem implicar acesso diferenciado a assistência à saúde.

Concernente à integralidade de assistência, compreendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, Noronha, Lima e Machado (2012) preconizam que este princípio remete a ideia de que as ações relacionadas à promoção da saúde estejam vinculadas com a assistência ambulatorial e hospitalar.

No que se referem ao âmbito da política de saúde, os autores afirmam que a integralidade “[...] também remete à articulação necessária entre as políticas de cunho econômico e social no sentido de atuar sobre os determinantes do processo saúde e doença e garantir as condições satisfatórias de saúde da população” (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2012, p. 368). Nessa perspectiva, é de suma importância que os gestores do

SUS e os profissionais de saúde construam práticas de atenção a saúde que contribuam para concretizar a integração do cuidado.

No que se concerne à igualdade na assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie, afirma-se a importância desse princípio, destacando que “[...] Somente razões relacionadas às necessidades diferenciadas de saúde devem orientar o acesso ao SUS e a escolha das técnicas a serem empregadas no cuidado das pessoas”.

Com base no Art. 7º da Lei 8080/90, as ações e serviços de saúde que integram o SUS contemplam ainda os seguintes princípios:

[...] VII – utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática; VIII – participação da comunidade; IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo: [...]; X – integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico; XI – conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população; XII – capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e XIII – organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos (BRASIL, 1990, p. 3).

Destaca-se que um dos princípios do SUS referente a participação da comunidade visa a garantia de que os cidadãos, por intermédio de suas entidades representativas, busquem participar do processo de formulação de diretrizes para a política de saúde, da fiscalização, do controle e avaliação de ações e serviços de saúde nas diferentes esferas de governo.

Esse princípio se manifesta no âmbito do SUS pela constituição dos conselhos de Saúde e pela realização das conferências de Saúde que representam um canal permanente de diálogo e interação entre os gestores, os profissionais de saúde e a população.

Com base no princípio do SUS, “descentralização político administrativa, com direção única em cada esfera de governo: a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios; b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde [...]” (BRASIL, 1990, p.3).

Ao refletir sobre o princípio da descentralização, conjugada ao comando único em cada esfera de governo, busca-se consolidar as responsabilidades entre os entes, delineando as

ações a serem implementadas pelos executivos municipais e estaduais no âmbito da política de saúde.

Na perspectiva de Noronha, Lima e Machado (2012, p. 368), o comando único (ou direção única) em cada esfera de governo visa a garantia, “[...]na gestão da política de saúde, a observância de um princípio comum a todo sistema federativo: a autonomia relativa dos governos na elaboração de suas políticas próprias”[...].

Considerando que a produção do cuidado a saúde envolve tecnologias de diferentes complexidades e custo, é imperiosa organizar uma rede de atenção à saúde no SUS. Para isso, deve-se planejar a distribuição das ações e serviços por níveis de atenção (hierarquização), segundo necessidades diferenciadas de saúde e dinâmicas territoriais específicas (regionalização).

Entende-se por rede de atenção à saúde o conjunto de estabelecimentos, de diferentes funções e perfis de atendimento, que operam de modo ordenado e articulado no território, de modo a atender as necessidades de saúde de uma população. Os diversos equipamentos e serviços que compõem uma rede de saúde, na prática, funcionam como pontos de atenção onde o cuidado à saúde é oferecido.

Para materializar a política de saúde, organizam-se diferentes redes de atenção à saúde, principalmente pelas formas como estão articulados os atendimentos. Nesse sentido, as regiões geográficas na saúde, objeto do processo de regionalização, possuem uma dada densidade tecnológica e autossuficiência de ações e serviços capazes de responder às necessidades de uma população referida a um território (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2012).

A regionalização e a hierarquização exigem que os usuários sejam encaminhados para unidades especializadas quando necessário e que possam retornar à sua unidade básica de origem para acompanhamento (mecanismo de referência e contrarreferência).

Além da organização da rede de atenção à saúde, compete ao poder público: a execução de ações de vigilância sanitária, epidemiológica, saúde do trabalhador; a ordenação de recursos humanos para a saúde e a participação na produção de insumos para a saúde e em outras políticas relevantes (BRASIL, 1990).

Para que se efetive a inserção do SUS como uma política de Estado, é de suma importância que as políticas econômicas e sociais sejam orientadas para a eliminação ou redução de riscos para a saúde; buscando a integração das políticas de saúde com as demais políticas públicas, visando o desenvolvimento de ações e a atuação coordenada das três esferas de governo para a organização político-territorial (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2012).

A Lei nº 8.080/1990 define as atribuições de cada esfera de governo no desenvolvimento das funções de competência do poder executivo na saúde. A direção do SUS é única nos âmbitos nacional, estadual e municipal, sendo exercida, respectivamente, pelo Ministério da Saúde e pelas secretarias de Saúde ou órgãos equivalentes.

Os gestores no SUS atuam em dois âmbitos: o político e o técnico. O âmbito político abrange o relacionamento dos gestores com outros atores sociais, nos diferentes espaços de negociação e decisão, com a participação das diferentes esferas de governo e de grupos representativos dos interesses da sociedade.

Destaca-se a participação dos gestores nos conselhos de Saúde, nos conselhos de representação dos secretários de Saúde (Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS; Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde - CONASEMS; Conselho de Secretarias Municipais de Saúde dos estados - COSEMS), na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), nas Comissões Intergestores Bipartites (CIB) e nos Colegiados de Gestão Regional (ou Comissões Intergestores Regionais).

No âmbito técnico, a atuação do gestor do SUS pauta-se por ações políticas, concretizando-se por meio do exercício das funções gestoras na saúde, cujas funções “podem ser definidas como um conjunto articulado de saberes e práticas de gestão necessária para a implementação de políticas na área da saúde, exercidas de forma coerente com os princípios do sistema público de saúde e da gestão pública”. (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2012, p.372).

Podem-se identificar quatro grupos de funções dos gestores nos diferentes campos da atenção à saúde, que englobam: formulação de políticas e planejamento; financiamento; regulação; prestação direta de ações e serviços de saúde.

O campo da formulação de políticas/planejamento engloba as atividades de diagnóstico de necessidades de saúde, identificação das prioridades e diretrizes de ação, elaboração de estratégias e planos de intervenção, articulação com outros atores e mobilização de recursos para a operacionalização das políticas. O financiamento compreende a elaboração e a execução de orçamentos públicos voltados para a saúde, à constituição de fundos para transferências, recebimento e utilização das receitas destinadas à saúde, a prestação de contas quanto ao montante empenhado em saúde e o destino dos recursos (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2012).

A regulação no SUS envolve quatro aspectos: a regulação sobre prestadores de serviços; a de sistemas de saúde; a regulação sanitária; e a mercados em saúde. Portanto, deve-se buscar a adoção de estratégias voltadas para a regulamentação, a coordenação e a avaliação de ações, bens e serviços de saúde, no intuito de controlar procedimentos e processos (MACHADO, 2002).

A regulação inclui a proposição de normas técnicas e padrões, a coordenação, controle e avaliação de serviços e sistemas de saúde, a gestão de informações em saúde, o estabelecimento de contratos e convênios com prestadores privados, a fiscalização de serviços e de produtos com implicações para a área da saúde. A prestação direta de ações e serviços de saúde abrange todos os procedimentos técnicos e administrativos vinculados à execução de ações de promoção da saúde, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2012).

A regulamentação do SUS constitui-se numa responsabilidade do poder legislativo e do executivo em âmbitos nacional, estadual e municipal, sendo realizada por meio de instrumentos legais e executivos (leis, decretos, resoluções, medidas provisórias, portarias, documentos oficiais). Em âmbito nacional, destaca-se a Constituição Federal de 1988, a Lei Orgânica da Saúde (leis nº 8.080 e nº 8.142, de 1990), além de uma série de portarias ministeriais publicadas pelo Ministério da Saúde ao longo das décadas de 1990 e 2000.

Com o intuito de concretizar a diretriz do SUS de participação da comunidade, a lei nº 8.142, de 1990, preconiza duas importantes instâncias colegiadas: as conferências de Saúde e os conselhos de Saúde. Conforme assinalam Noronha, Lima e Machado (2012), essas instâncias contribuem para a concretização do controle social, com ênfase do controle da sociedade sobre o poder público e as políticas de saúde; o esforço de construção de uma

gestão participativa, cuja formulação e implementação da política de saúde pelos gestores devam ser compartilhadas com a sociedade.

As Conferências de Saúde têm como objetivo a definição de diretrizes gerais para a política de saúde, devendo ser realizadas nacionalmente a cada quatro anos, com ampla participação da sociedade, com representação dos usuários paritária à dos demais segmentos (representantes do poder público, dos profissionais da saúde, dos prestadores de serviços) (BRASIL, 1990).

Os conselhos de Saúde são colegiados de caráter permanente e deliberativo, formados; em cada esfera por representantes do governo, profissionais de saúde, prestadores de serviços e usuários, sendo que este último grupo deve constituir no mínimo metade dos conselheiros. Suas atribuições são atuar na formulação de estratégias e no controle da execução das políticas de saúde. Na formulação de políticas, a atuação dos conselhos deve ser propositiva, interagindo com o gestor do SUS naquela esfera e com o poder legislativo.

Na agenda da Reforma Sanitária Brasileira, a diretriz de descentralização é concebida como uma estratégia para a democratização e incorporação de novos atores sociais (TEIXEIRA, 1990), e também como elemento fundamental para a universalização, a integralidade e a construção da cidadania.

A descentralização do SUS depara-se com dificuldades institucionais de financiamento, e o avanço do processo mostra problemas no sistema de saúde. O sistema descentralizado apresenta-se como heterogênea no território nacional, considerando as capacidades financeiras, administrativas e operacionais para a prestação da atenção à saúde (SOUZA, 2002).

Nesse contexto, Abrucio (2006) observa que a garantia da implantação de políticas nacionais requer a adoção de mecanismos de coordenação federativa incluem formas de participação conjunta e parcerias aprovadas pelos entes federativos. Para esse autor, a descentralização é bem complexa, pois envolvem jogos de cooperação e competição, acordos, vetos e decisões conjuntas entre governos com interesses e projetos que, frequentemente, se antagonizam na disputa política. Depreende-se que a consolidação de um sistema público e universal fortemente orientado pela diretriz de descentralização, em um país federativo, imenso e heterogêneo com o Brasil, suscita desafios importantes em termos de coordenação federativa.

A política de saúde no Brasil contou com o desenvolvimento de instrumentos próprios para acomodação dos distintos interesses e para administração das tensões federativas existentes, tendo em vista o fortalecimento da capacidade institucional dos municípios e dos estados na saúde. A condução e a coordenação estratégica do processo de descentralização foram realizadas pelo Ministério da Saúde.

Conforme a Portaria nº 399/2006, o Pacto pela Saúde contempla o acordo entre os gestores do SUS, em suas três dimensões: pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. De forma geral, o Pacto pela Saúde estabelece que esse acordo seja feito com base na formalização de compromissos que compreendem responsabilidades sanitárias (traduzidas em objetivos de melhoria das condições de saúde) e de gestão, e a pactuação de metas prioritárias relacionadas a indicadores que possam servir para o controle mútuo, o monitoramento e a avaliação dos compromissos assumidos (BRASIL, 2006).

A base da regulação federal sobre a descentralização é a normatização, consubstanciada pela edição anual de dezenas de portarias pelas diversas áreas do ministério e demais entidades federais, em geral associadas a mecanismos financeiros de incentivo ou inibição de políticas e práticas pelos gestores estaduais, municipais e prestadores de serviços (MACHADO, 2002).

Nos anos 1990, foram publicadas quatro normas operacionais básicas (NOBs): em 1991, 1992 (similar à anterior), 1993 e 1996. Na década de 2000, foram publicadas a Norma Operacional da Assistência à Saúde (Noas) nas versões 2001 e 2002 e, em 2006. Às portarias relativas ao Pacto pela Saúde. Foi instituído o decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011 (BRASIL, 2011), que regulamenta a lei n. 8.080 de 1990 e dispõe sobre a organização, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação entre os entes federativos no SUS.

Implementar o SUS representou a mudança do modelo sobre o qual o sistema de saúde brasileiro se estruturou em uma conjuntura político-econômica internacional e nacional desfavorável à consolidação de políticas sociais abrangentes e solidárias. Considera-se que o contexto de crise econômica e democratização nos anos 80 favoreceu o debate político na área da saúde que se refletiu nos avanços da Constituição de 1988; porém, nos anos 90, a concretização dos princípios do SUS foi tensionada pelos obstáculos estruturais e conjunturais (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001).

No Brasil, identificam-se os obstáculos relacionados às desigualdades socioeconômicas e culturais nas características do estado brasileiro, na proteção social fragmentada e no modelo médico assistencial privatista sobre o qual o sistema foi construído. Portanto, é necessário que haja mudança no papel do Estado nas três esferas de governo, o fortalecimento da gestão pública com finalidades diferenciadas nos âmbitos nacional, estadual e municipal.

Noronha e Soares (2001) reconhecem o enfoque político-ideológico e neoliberal das reformas realizadas pelas políticas de ajustes, conforme orientação dos organismos multilaterais de financiamento. Essas tendências se expressam no país, desde os anos 1990, por meio da adoção de políticas de abertura da economia e de ajuste estrutural. Considerando essa realidade, pode-se afirmar que os princípios e diretrizes da política de saúde foram construídos em oposição às tendências hegemônicas de reforma dos Estados (VIANA; MACHADO, 2008).

A consolidação do SUS, no contexto atual, envolve desafios, exigindo mudanças estruturais e estratégias de longo prazo. A luta pela garantia da saúde como direito de cidadania é hoje a luta por um novo modelo de desenvolvimento para o país e por um novo espaço para a proteção social e a política de saúde nesse modelo.

No contexto da política de saúde brasileira, o Sistema Único de Saúde constitui um modelo de atenção que se propõe a ser universal e integral. Portanto, o SUS operacionaliza as suas diretrizes no âmbito dos três níveis de atenção, cuja atenção básica constitui-se o primeiro nível de atenção à saúde e porta de entrada. Considerando a importância de fortalecer e ampliar o acesso à saúde, serão abordados no item a seguir aspectos relacionados à Atenção Básica à Saúde, apresentando a rede de atenção a saúde do Município de Fortaleza.

3. ATENÇÃO BÁSICA E O ACESSO INTEGRAL À SAÚDE

3.1. Atenção Básica de Saúde na perspectiva do Sistema Único de Saúde

Convém ressaltar que a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), Portaria nº 2.488/2011, é fruto de um amplo movimento social, com a participação de usuários, trabalhadores e gestores, os quais se empenharam para constar na Constituição Federal o direito a Saúde, o qual foi consolidado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da Lei Orgânica da Saúde (LOA), 8080/1990.

Dessa forma, no Brasil, a Atenção Básica (AB) está presente no território onde as pessoas convivem e estabelecem os vínculos, cuja organização se processa de forma descentralizada, constituindo-se “o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde” (BRASIL, 2011, p.9).

Nesse sentido, a Atenção Básica deve nortear suas ações pelos princípios da universalidade, no qual todos os cidadãos podem ter direito a saúde; e da integralidade da atenção, buscando atender os usuários em todos os níveis de atenção, de acordo com a Lei Orgânica da Saúde (BRASIL, 1990).

Conforme o Art. 7º, da LOS, o Sistema Único de Saúde deve orientar-se pelos seguintes princípios e diretrizes: universalidade de acesso aos serviços de saúde; e integralidade de assistência (BRASIL, 1990, p.2).

Portanto, considera-se essencial os princípios da universalidade de acesso e da integridade da assistência, principalmente pela sua abrangência em atender todos os cidadãos brasileiros, buscando compreender sua realidade social.

Além desses aspectos, o Art. 7º, da LOS, acrescenta outros princípios que devem orientar as ações da política de saúde, destacando a autonomia dos sujeitos, a igualdade da assistência, e a participação da comunidade (BRASIL, 1990, p.2).

No campo da Atenção Básica, os princípios do SUS devem ser aplicados, principalmente no que se refere à autonomia dos usuários, os quais devem ser percebidos como sujeitos ativos, com capacidade de tomar decisões em prol de sua saúde. Outro aspecto diz respeito à participação da comunidade, a qual deve exercer o controle social na saúde, por meio de sua participação nos Conselhos de Saúde Local, Municipal e Estadual.

Nessa direção, as Unidades Básicas de Saúde¹ (UBS) devem localizar-se no território, próximas do contexto de vida das pessoas, contribuindo para o acesso e atenção à saúde de qualidade. Para garantir o acesso universal a saúde, deve-se dotar as UBSs de infraestrutura, englobando as condições materiais; e os recursos humanos necessários para desenvolver as ações de saúde de forma integral e com resolutividade.

Dessa forma, constitui-se desafio a implantação de um Sistema de Saúde com acesso a toda a população, uma vez que o Brasil representa o único país do mundo com mais de 100 milhões de habitantes com um sistema de saúde público, universal, integral e gratuita.

Logo, observa-se que a missão de garantir a assistência à saúde integra a estratégia “Saúde Mais Perto de Você”², a qual se depara com os entraves à expansão e ao desenvolvimento da Atenção Básica no País.

A PNAB busca desenvolver ações de promoção e prevenção à saúde, norteadas pelos princípios do acolhimento, conforme a Política Nacional de Humanização (PNH)³, além de buscar a capacidade resolutiva das ações da equipe multiprofissional. Nessa direção, busca integrar a coordenação do cuidado do usuário nas Redes de Atenção a Saúde (RAS).

A política articula a Atenção Básica com importantes iniciativas do SUS, como a ampliação das ações intersetoriais e de promoção da saúde, com a universalização do Programa Saúde na Escola.

Às equipes de Atenção Básica colaboram com as ações realizadas pelas equipes do “Melhor em Casa”⁴, no intuito de ampliar o cuidado a saúde e a resolubilidade da atenção

¹ A Unidade Básica de Saúde (UBS) é o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação com a Rede de Atenção à Saúde. É instalada perto de onde as pessoas moram, trabalham, e desempenha um papel na garantia de acesso à população (BRASIL, 2016).

² “Saúde mais perto de você” é o conjunto de iniciativas do Departamento de Atenção Básica para cuidar da população no ambiente em que vive, nele estão incluídos a Estratégia Saúde da Família, o Brasil Sorridente; Melhor em Casa; Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade na Atenção Básica; Equipes de Consultórios na Rua; Programa Saúde na Escola ; entre outros programas. (BRASIL, 2012).

³ Política Nacional de Humanização (PNH) busca pôr em prática os princípios do SUS no cotidiano dos serviços de saúde, produzindo mudanças nos modos de gerir e cuidar (BRASIL, 2013).

⁴ “O Melhor em Casa” é um serviço indicado para pessoas que apresentam dificuldades temporárias ou definitivas de sair do espaço da casa para chegar até uma unidade de saúde, ou ainda para pessoas que estejam em situações nas quais a atenção domiciliar é a mais indicada para o seu tratamento. A atenção domiciliar visa a proporcionar ao paciente um cuidado mais próximo da rotina da família, evitando hospitalizações e diminuindo o risco de infecções, além de estar no aconchego do lar (BRASIL, 2013).

domiciliar. A política de regulação concorre para a resolubilidade da Atenção Básica e para a continuidade do cuidado do usuário.

Com base na Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, a qual aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelece a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

Conforme a Política Nacional de Atenção Básica, a Estratégia de Saúde da Família se propõe a reorganizar a Atenção Básica no País, com base nos preceitos do SUS. Logo, constitui-se como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da Atenção Básica. Além desses aspectos, ressalta-se que a ESF contribui para:

[...] favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da Atenção Básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade (BRASIL, 2011, p. 6).

Dessa forma, a Estratégia Saúde da Família visa efetivar mudanças no processo de trabalho, no intuito de atender as demandas de saúde de forma resolutiva no âmbito da Unidade Básica de Saúde. Assim, afirma-se que a estratégia de Agentes Comunitários de Saúde vem contribuir para a reorganização da Atenção Básica.

Nesse contexto, a Atenção Básica abrange um conjunto de ações de saúde, concretizada na esfera individual e coletiva, desenvolvendo atividades que visem à promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação a saúde (BRASIL, 2012).

Além desses aspectos, a Atenção Básica traça ações que visam a “redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades” (BRASIL, 2012, p. 19).

Com base nos princípios da Atenção Básica, pode-se observar que as ações devem ser implementadas na perspectiva de desenvolver a autonomia dos sujeitos, no intuito de que sejam capazes de pensar sobre sua realidade social e tomar decisões assertivas que promovam a sua qualidade de vida.

As ações desenvolvidas pela Atenção Básica devem pautar-se pela prática de cuidado e gestão democrática, com a participação dos usuários, gestores e trabalhadores, valorizando

trabalho em equipe, para atender a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária (BRASIL, 2012).

Nessa direção, ressalta-se a importância da gestão participativa, na qual os atores sociais são protagonistas na produção da saúde e na construção de uma política de saúde que atenda a população com qualidade e compromisso.

A Atenção Básica deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. As ações desenvolvidas pela Atenção Básica pautam-se nos princípios da universalidade, acessibilidade, vínculo, continuidade do cuidado, integralidade, responsabilização, humanização, equidade e da participação social (BRASIL, 2012).

A equipe que atua na Atenção Básica compreende “o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral” (BRASIL, 2012, p. 20). Nesse sentido, a história de vida e social dos usuários é essencial para compreender em sua totalidade, buscando compreender a dimensão de sua subjetividade e sua experiência de trabalho.

Convém destacar que a Atenção Básica abrange as seguintes diretrizes: território adstrito, visando a efetivar o planejamento e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais, influenciando os condicionantes e os determinantes da saúde das coletividades, pautada pelo princípio da equidade, acesso universal aos serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada aberta e preferencial da rede de atenção (BRASIL, 2012).

A UBS deve organizar-se de forma que assegure a acessibilidade e o acolhimento. Logo, o serviço de saúde deve receber e ouvir todas as pessoas, de modo universal e sem diferenciações excludentes.

Além desses aspectos, a Atenção Básica abrange também as seguintes diretrizes: desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita, no intuito de garantir a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado; coordenar a integralidade, articulando as ações de promoção à saúde, prevenção de agravos e vigilância à saúde (BRASIL, 2012).

A adstrição dos usuários diz respeito à vinculação de pessoas e/ou famílias e grupos a profissionais/equipes, visando ser referência para o seu cuidado. O vínculo consiste na

construção de relações de afetividade e confiança entre o usuário e o trabalhador da saúde. A longitudinalidade do cuidado requer a continuidade da relação clínica, com construção de vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários ao longo do tempo e de modo permanente, acompanhando os efeitos das intervenções em saúde e de outros elementos na vida dos usuários (BRASIL, 2012).

Atenção Básica contempla também a seguinte diretriz: “estimular a participação dos usuários como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde e das pessoas e coletividades do território, no enfrentamento dos determinantes e condicionantes de saúde, na organização e orientação dos serviços de saúde [...]” (BRASIL, 2012, p. 22).

A Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, define a organização de Redes de Atenção à Saúde (RAS) como estratégia para um cuidado integral e direcionado às necessidades de saúde da população. As RAS constituem-se em

[...] arranjos organizativos formados por ações e serviços de saúde com diferentes configurações tecnológicas e missões assistenciais, articulados de forma complementar e com base territorial, e têm diversos atributos, entre eles, destaca-se: a Atenção Básica estruturada como primeiro ponto de atenção e principal porta de entrada do sistema, constituída de equipe multidisciplinar que cobre toda a população, integrando, coordenando o cuidado e atendendo às suas necessidades de saúde (BRASIL, 2012, p. 25).

Com base no conceito de Rede de Atenção à Saúde, pode-se observar que as ações são realizadas em uma determinada base territorial, no qual a Atenção Básica constitui o principal ponto de atenção, cuja equipe de saúde atua na perspectiva de coordenar o cuidado à saúde.

O Decreto nº 7.508, de 28 de julho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080/90, define que “o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde se inicia pelas portas de entrada do SUS e se completa na rede regionalizada e hierarquizada”. Convém ressaltar que a Atenção Básica exerce as seguintes funções, no intuito de contribuir com o funcionamento das Redes de Atenção à Saúde: ser base, resolutiva, coordenar o cuidado e ordenar as redes (BRASIL, 2011).

No que se refere à Atenção Básica como um espaço que exerce a função de ser base, pode-se afirmar que a AB deve ser a “modalidade de atenção e de serviço de saúde com o mais elevado grau de descentralização e capilaridade, cuja participação no cuidado se faz sempre necessária” (BRASIL, 2012, p. 26).

No que concerne a ser resolutiva, a Atenção Básica deve “identificar riscos, necessidades e demandas de saúde, utilizando e articulando diferentes tecnologias de cuidado individual e coletivo, por meio de uma clínica ampliada capaz de construir vínculos positivos e intervenções clínica e sanitária mente efetivas, na perspectiva de ampliação dos graus de autonomia dos indivíduos e grupos sociais” (BRASIL, 2012, p.26).

No que diz respeito a coordenar o cuidado, a Atenção Básica deve “elaborar, acompanhar e gerir projetos terapêuticos singulares, bem como acompanhar e organizar o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das RAS”. Além desse aspecto, salienta-se que a Atenção Básica deve atuar como o “centro de comunicação entre os diversos pontos de atenção, responsabilizando-se pelo cuidado dos usuários por meio de uma relação horizontal, contínua e integrada, com o objetivo de produzir a gestão compartilhada da atenção integral”. (BRASIL, 2012, p. 26).

A Atenção Básica deve ordenar as redes, atuando na perspectiva de identificar as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, organizando-as em relação aos outros pontos de atenção, elaborando a programação dos serviços de saúde com base nas necessidades de saúde dos usuários.

A seguir, será apresentada a Rede de Atenção a Saúde referente à Atenção Básica na cidade de Fortaleza, destacando os principais serviços e programas desenvolvidos pela Secretaria Municipal de Saúde.

3.2. Rede de Atenção à Saúde na Atenção Básica na cidade de Fortaleza

Em 2004, o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Humanização (PNH) do Sistema Único de Saúde, pautando-se nos princípios de valorização da dimensão subjetiva e social, estímulo à produção de saúde e dos sujeitos, fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional e atuação em rede de modo cooperativo e solidário (BRASIL, 2004).

Em consonância com a Política Nacional de Humanização, o Sistema de Saúde de Fortaleza vem implementando a Política Municipal de Humanização (PMH), por meio da Secretaria de Saúde de Fortaleza, a qual incorporou a ferramenta do acolhimento com avaliação de risco na Estratégia Saúde da Família e de Saúde Mental, no intuito de transformar o processo de trabalho na perspectiva da Humanização (CEARÁ, 2007).

Com base no Relatório de Gestão 2006, a Secretaria Municipal de Saúde, implementou o Acolhimento na Rede Municipal de Saúde visando alcançar os seguintes objetivos (CEARÁ, 2007, p. 310):

Mudanças nos paradigmas hegemônicos curativista e biomédico; Garantia de acesso ao usuário; Responsabilização e resolutividade; Construção de redes de apoio; Maior satisfação do usuário e do trabalhador; Humanização das relações entre equipes de saúde e usuários; Humanização no atendimento; Melhoria na ambiência; Construção da assistência à saúde para melhoria da qualidade de vida da população.

Considerando os objetivos expressos na política municipal de saúde, observa-se que um dos principais objetivos dessa política se relaciona com a garantia de acesso aos usuários, no qual a atenção primária a saúde deve atuar na perspectiva de buscar a corresponsabilização do processo de cuidado a saúde e a capacidade resolutiva das ações.

Nessa direção, a Estratégia Saúde da Família (ESF) contribui para o acesso da população aos serviços de saúde. Conforme afirmam Monteiro, Figueiredo e Machado (2009), o acolhimento é um arranjo tecnológico que contribui para ampliar o acesso aos usuários, visando a proceder à escuta qualificada de forma a proporcionar resolutividade dos problemas e/ ou referenciá-los para outros serviços de saúde.

Na Atenção Básica, a ESF desenvolve as ações para atender a clientela cadastrada em sua área de abrangência em uma unidade de referência para os usuários. No município de Fortaleza-Ceará, os usuários são atendidos nas Unidades Básicas de Atenção à Saúde da Família⁵ (UBASF) (CEARÁ, 2007).

A ESF atua na produção da saúde na perspectiva de estabelecer os vínculos serviços-profissionais-usuários com base nos núcleos familiares, contribuir para o atendimento assistencial, considerando que a Atenção Básica é o primeiro nível de contato do usuário, da família e da comunidade com o sistema de saúde. Dessa forma, garante a igualdade de acesso à saúde dos usuários, contribuindo para promover a qualidade de vida (SOUSA, 2002b).

Nesse contexto, à atenção a saúde volta-se para o coletivo, centrado na produção e promoção da saúde de forma integral, incluindo ações que garantam o atendimento nos diversos níveis de atenção, articulados entre si, e coordenados pela Atenção Básica.

⁵ Unidade Básica de Atenção à Saúde da Família (UBASF). Na gestão da prefeita Luiziane Lins, o equipamento de saúde denominava UBASF. No entanto, na gestão do prefeito Roberto Cláudio (2012-16) passou a denominar Unidade de Atenção Primária a Saúde (UAPS).

Com enfoque na política de humanização e na ESF, a Unidade Básica de Saúde pode ampliar o acesso da população com a intervenção de uma equipe interdisciplinar, priorizando as famílias ou grupos com maior risco de mortalidade e morbidade (BRASIL, 2005a).

A equipe de Saúde da Família organiza-se com base em determinados princípios, quais sejam: definição e descrição do território de abrangência, adstrição de clientela, diagnóstico de saúde da comunidade, organização da demanda, trabalho em equipe multiprofissional, enfoque da atenção à saúde da família e da comunidade, estímulo à participação e controle social, organização das ações de promoção da saúde, resgate da medicina popular, organização de um espaço de cogestão coletiva na equipe, identificação dos serviços de referência no nível secundário e terciário e monitoramento de indicadores de saúde do território (BRASIL, 2005a).

Como uma estratégia de atenção integral para a melhoria da qualidade de vida da população e dos indicadores de saúde da população de Fortaleza, foram implantadas as equipes da ESF, compostas por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde. As áreas prioritárias consideram os seguintes aspectos: taxa de mortalidade infantil elevada, bairros ou áreas populacionais de baixa renda e existência de locais de apoio das equipes (CEARÁ, 2014).

Em consonância com o Sistema Municipal de Saúde e a situação de saúde da população de Fortaleza, a Secretaria Municipal da Saúde de Fortaleza (SMS) da atual gestão vem implantando um novo Sistema de Saúde, no intuito de integrar os vários pontos de atenção à saúde para atender aos usuários de forma efetiva, eficaz e segura (CEARÁ, 2014).

Esse sistema que integra os serviços da Secretaria Municipal de Saúde compreende as Redes de Atenção à Saúde (RAS), conforme definido pelo Ministério da Saúde: arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, visando garantir a integralidade do cuidado. O objetivo das RAS é promover ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, visando alcançar os resultados sanitários e econômicos. Assim, a APS constitui o primeiro nível de atenção, enfatizando a função resolutiva dos cuidados primários sobre os problemas comuns de saúde (BRASIL, 2010).

O objetivo das RAS é promover ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, visando alcançar os resultados sanitários e econômicos. Assim, a APS constitui o primeiro nível de atenção, enfatizando a função resolutiva dos cuidados primários sobre os problemas comuns de saúde (BRASIL, 2010).

Para a implantação das RAS no Município de Fortaleza, deve-se proceder o fortalecimento da APS e as mudanças no modelo de atenção, visando proporcionar resolutividade às condições agudas e às crônicas das pessoas, nos vários pontos de atenção de acordo com o risco e complexidade da saúde do usuário (CEARÁ, 2014).

Considerando o perfil de morbimortalidade de Fortaleza, as Redes de Atenção selecionadas pela Secretaria Municipal de Saúde como prioritárias para implantação são: Rede de Atenção Materno Infantil (Rede Cegonha), Rede de Atenção em Urgência e Emergência; Rede de Atenção às Condições Crônicas (Diabetes, Hipertensão, DST/HIV/Hepatites Virais, Câncer de Mama e Colo do útero) e Rede Psicossocial.

No intuito de qualificar a gestão e a atenção, a proposta da Rede de Atenção à Saúde da Secretaria de Saúde Municipal (SMS) de Fortaleza, com ênfase na reestruturação do sistema de saúde, considerando a APS como coordenadora das redes de atenção e ordenadora do cuidado, está implantando inicialmente, um Plano Diretor de Fortalecimento de Atenção Primária, incluindo ações de melhoria na estrutura das unidades, nos processos de trabalho das equipes e no monitoramento e avaliação dos resultados (CEARÁ, 2014).

O Plano se propõe a ampliar a cobertura de equipes completas da Estratégia Saúde da Família (ESF); construção reforma e/ou ampliação de unidades de atenção primária a saúde - UAPS; aquisição de mobiliário e equipamentos médicos e de odontologia; implantação do Prontuário Eletrônico, do Cartão SUS e do ponto eletrônico para os profissionais; sistema de vídeo monitoramento; implantação do núcleo de atendimento ao cliente (NAC); implantação de postos de coletas de exames e da lista padronizada de medicamentos da APS. Conforme o relatório de gestão, em 2013 foram reformadas e ampliadas as 22 UAPS e com as referidas mudanças, envolveu recursos federais e do tesouro municipal (CEARÁ, 2014).

Ao refletir sobre o Plano de Saúde do Município de Fortaleza, da gestão (2012-2016), pode-se observar que determinados aspectos contidos no referido plano não foram atendidos até o presente momento, principalmente no que se refere à ampliação da equipe da ESF.

No que se refere à qualificação das práticas dos gestores e profissionais visando realizar mudanças nos processos de trabalho, a SMS contratou uma consultoria especializada em Atenção Primária à Saúde, tendo como liderança o consultor do Ministério da Saúde, Eugênio Vilaça Mendes. A consultoria contemplou momentos teóricos e práticos realizados

nas unidades de saúde, visando a elaboração de um modelo de atenção que atenda às condições agudas e crônicas (CEARÁ, 2014).

Referente à organização das Redes de Atenção à Saúde em Fortaleza, a consultoria organizou os grupos temáticos que abrangem os elementos que compõem as RAS: Atenção Primária, Atenção Especializada, Atenção Terciária, Urgência e Emergência, Regulação, Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico, Assistência Farmacêutica, Sistemas de Informação à Saúde. Cada grupo técnico elaborou um plano de melhoria que está em processo de implantação.

No âmbito da Atenção Primária realizou-se a organização dos macroprocessos de organização no território para implantação do modelo de atenção às condições agudas e crônicas e as RAS prioritárias, com destaque para as ações: territorialização, cadastramento e classificação de risco das famílias, classificação de risco para urgências e emergências, organização da atenção às condições agudas e crônicas, gestão da clínica e planos de cuidados. Para implantação destes processos, foi planejado um programa de educação permanente em saúde com foco na qualificação dos gestores e das equipes de Atenção Primária à Saúde (CEARÁ, 2014).

Em consonância com a orientação do Ministério da Saúde, o Plano Municipal da Saúde de Fortaleza norteia-se pela gestão das Redes de Atenção à Saúde, com programas, projetos e ações voltadas para o novo modelo de atenção, com ênfase no atendimento das necessidades de saúde da população, na integralidade do cuidado, na garantia do acesso e na qualidade dos serviços, na regulação como facilitadora de acesso (CEARÁ, 2014).

Considerando a importância das Redes para o Sistema Municipal de Saúde, deve-se estabelecer a interconexão com as diretrizes das principais redes temáticas. Dessa forma, a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil se estrutura no âmbito da Atenção Primária, a qual se constitui como coordenadora do cuidado a gestantes e a criança.

Conforme a Portaria nº 1459, 2011, a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil (Rede Cegonha) se define como uma estratégia do Ministério da Saúde que organiza uma rede de cuidados que assegure às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, parto, abortamento e puerpério; às crianças de 0 a 2 anos o direito ao nascimento seguro e humanizado e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis. Logo, a organização da referida Rede visa garantir o acesso, acolhimento e resolutividade e reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal (BRASIL, 2011).

A Rede Cegonha organizada pela Secretaria de Saúde Municipal de Fortaleza propõe a contratualização dos pontos de atenção, objetivando a corresponsabilização do cuidado à gestante e recém-nascido garantindo o cuidado em rede, acesso e acolhimento nas maternidades no âmbito dos hospitais maternidades estaduais (Hospital Geral de Fortaleza, Hospital Geral César Cals, Maternidade Escola Assis Chateaubriand e Hospital Cura D’Ars) e municipais (Hospital Distrital Gonzaga Mota Barra do Ceará, Hospital Distrital Gonzaga Mota José Walter, Hospital Distrital Nossa Senhora da Conceição e Hospital Distrital Gonzaga Mota Messejana) (CEARÁ, 2014).

Com base na Portaria nº 483/2012, a Rede de Atenção às Condições Crônicas baseia-se nos seguintes princípios: acesso e acolhimento aos usuários com doenças crônicas em todos os pontos de atenção; atuação territorial, com organização da referida rede nas regiões de saúde, a partir das necessidades de saúde das respectivas populações (BRASIL, 2012).

Considerando a atual gestão da Secretaria Municipal de Saúde, afirma-se, com base nas observações *in lócus*, que a UAPS, campo deste estudo, desenvolve ações relacionadas a Rede de Atenção às Condições Crônicas, atuando na perspectiva da promoção e prevenção dos usuários que apresentam condições crônicas, tais como gravidez, diabetes, hipertensão, hanseníase, tuberculose, HIV-Aids, Hepatite virais,

Segundo a Portaria nº 793/2012, a Rede de cuidados as pessoas com deficiências pauta-se pelas seguintes diretrizes: o desenvolvimento de atividades no território, que favoreçam a inclusão social; a organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado para pessoas com deficiência física, auditiva, intelectual, visual, ostomia e múltiplas deficiências, tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular (BRASIL, 2012).

A Portaria nº 3.088/2011 institui a Rede de Atenção Psicossocial com a articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento mental e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. São pontos de atenção da Rede, os serviços: na Atenção Básica em Saúde (Unidade Básica de Saúde; Equipe de Consultório na Rua); na Atenção Psicossocial Especializada (Caps I, II, III, Caps AD, CAPS Infantil); na Atenção de Urgência e Emergência (SAMU e UPA 24hs); na Atenção Residencial de caráter transitório (Unidade de Acolhimento adulto e infanto-juvenil, Comunidades Terapêuticas); na Atenção Hospitalar (Enfermagem especializada e Serviço

Hospitalar de Referência); nas estratégias de desinstitucionalização (Serviço Residencial Terapêutico) (BRASIL, 2011).

Conforme observação no campo de pesquisa, a UAPS, desenvolve ações profissionais relacionadas à Rede de Atenção Psicossocial, no que se refere a atender as demandas psicossociais dos usuários, principalmente aqueles encaminhados pelos CAPSs, realizando também o matriciamento em Saúde Mental. Todavia, ressalta-se que na gestão anterior, referida estratégia de atenção ao sofrimento mental ocorreu na atenção primária de forma contínua e com resolutividade. Porém, na atual gestão, constatou-se que a atenção à saúde mental não foi prioridade, cuja gestão foi terceirizada, impactando os serviços, com a redução da equipe, com destaque para os médicos-psiquiatras.

Considerando que este estudo fundamenta-se nas reflexões sobre a Política de Saúde no Brasil, com enfoque no SUS e na Atenção Primária a Saúde, a seguir será apresentado o campo empírico deste estudo, apresentando as percepções dos usuários em relação ao acesso ao serviço de saúde na UAPS da Regional V.

4 OS RELATOS DA PESQUISA DE CAMPO: O ACESSO À SAÚDE É UM DIREITO DE TODOS?

Neste capítulo, aborda-se o conceito de acesso universal a saúde na perspectiva do direito, buscando dialogar com os sujeitos da pesquisa no que se refere as suas percepções sobre o acesso aos serviços no âmbito da Atenção Primária à Saúde.

A Política Nacional de Regulação compreende a oferta de serviços de saúde baseada nos princípios do Sistema Único de Saúde (SILVA et al., 2011). A regulação é definida em três dimensões: a atenção à saúde, assistencial e o acesso, estabelecendo os meios e ações para a garantia do direito constitucional de acesso universal e integral (BRASIL, 2007A).

É primordial proceder à análise sobre o acesso a serviços de saúde no contexto da atenção primária à saúde, cuja percepção do usuário pode interferir na acessibilidade, na criação de vínculos e no cuidado, influenciando a capacidade da equipe para coordenar o cuidado, bem como na qualidade dos serviços prestados (SAVASSI, 2010).

A legislação brasileira conceitua a saúde como um direito de cidadania, que deve ser garantido pelo Estado, considerando como princípios doutrinários e éticos a universalidade e equidade no acesso aos serviços de saúde e a integralidade da assistência. Nesse contexto, a regulação em saúde no SUS emerge como uma das diretrizes contempladas no pacto pela saúde, sendo definida como política nacional, a fim de viabilizar aos usuários o acesso equânime à atenção integral e de qualidade e à garantia de direitos sociais (BRASIL, 2007b).

No intuito de compreender a percepção dos usuários sobre o acesso aos serviços de saúde, realizou-se entrevista com os oito moradores da Regional V, os quais enfocaram os principais serviços que os mesmos utilizam com destaque para o atendimento a pessoas com doenças crônicas e a saúde da mulher. Os relatos mostram que a Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS), cenário deste estudo, oferece atendimento a saúde, principalmente consulta médica; no entanto a assistência farmacêutica não ocorre de forma plena. A seguir, serão apresentadas as características dos sujeitos deste estudo e a análise de suas falas com base na reflexão teórica que embasa esta pesquisa.

4.1. Caracterização dos sujeitos da pesquisa

Participaram do estudo oito usuários da Unidade de Atenção Primária à Saúde que residem na Regional V. Serão apresentadas as características dos sujeitos, considerando sexo, idade, escolaridade e profissão.

Este estudo baseia-se nos princípios da ética e do sigilo na pesquisa, no qual se comunicou aos sujeitos que a identificação dos seus nomes não seria revelado, e que os dados da pesquisa seriam usados em estudos acadêmicos. Os participantes serão identificados com nomes de flores, para preservar a sua identidade.

- Adália - sexo feminino, 64 anos, casada, do lar, concluiu o ensino médio, aposentada por idade, mas contribuiu 33 anos com a previdência; hipertensa e diabética; moradora do parque Genibaú, microárea 07.
- Girassol – sexo feminino, 48 anos, casada, 5ª série, hipertensa, acompanhada pelo/a mastologista, trabalhou como empregada doméstica e atualmente dona de casa.
- Lírio – sexo masculino, 53 anos, hipertenso e diabético, estudou até a 4ª série, casado, pedreiro e tem 35 anos de tempo de serviço, encontra-se de licença médica.
- Orquídea – sexo feminino, 64 anos, hipertensa, alfabetizada, solteira, mora sozinha, trabalhou como selecionadora de castanhas por 13 anos cuida da saúde.
- Íris – sexo feminino, hipertensa, 64 anos, estudou até a 4ª série, do lar; casada, mas vive separada do marido, morando na mesma casa.
- Jasmim – sexo feminino, 52 anos, hipertensa, casada, estudou até a 7ª série, começou trabalhar aos 15 anos de idade; trabalhou como selecionadora de castanha, onde contribuiu para previdência social durante 25 anos; foi demitida e está cuidando do lar e de uma neta.
- Violeta – 78 anos, analfabeta, viúva, hipertensa e diabética, problemas de circulação e do coração; trabalhadora rural, e tem o apoio dos filhos que moram próximo. Manifestou preocupação com a situação econômica do País.
- Margarida – sexo feminino, 49 anos de idade, casada, hipertensa, ensino médio, Agente Comunitário de Saúde, trabalha há 23 anos.

A seguir será abordado às percepções dos sujeitos da pesquisa, considerando os objetivos da pesquisa, no que se refere a compreender como ocorre o acesso dos usuários aos serviços de atenção primária a saúde em Fortaleza, Ceará.

4.2. A experiência do acesso aos serviços de saúde na Atenção Básica: o olhar dos moradores

Ao serem indagados sobre o conceito de saúde como um direito de todos e dever do Estado, os participantes reconhecem que a política de saúde é de competência do Estado. No entanto a realidade dos serviços de saúde mostra que o princípio da universalidade ocorre de forma fragmentada na prática. Conforme relatou Adália: “acho que é obrigação deles [referindo-se ao Estado], no geral”. Também, observou-se que as seguintes entrevistadas expressam a mesma percepção: “É obrigação do Estado, mas na prática, nem tudo acontece, nem tudo, fica muito a desejar (Lírio)”. “Não, eu acho que não acontece, tem muita coisa que a gente não vê; o pessoal fala e a gente não vê nada de futuro (Girassol)”.

Violeta reconhece que a saúde deve ser um direito universal e dever do Estado; no entanto afirma que o governo interino está retirando parte dos direitos dos trabalhadores, destacando a aposentadoria. A referida usuária observa que as Unidades de Atenção a Saúde às vezes não atendem com qualidade, uma vez que as UPAS e as UAPS apresentam muitas demandas para assistência a saúde.

Tem agora a questão do Estado, sai um entra outro e fica cada vez pior, dizem que esse governo que entrou está tirando é a aposentadoria de todo mundo; Como eu entendo o direito de saúde, que é um direito para todos, sem exceções de pessoas, o que não acontece na realidade quando você busca a saúde não é isso que você encontra nas unidades de saúde, as UPAS é lotada, os postos são lotados, os médicos nem sempre estão nos seus postos e é isso que eu vejo na saúde uma falta de medicamento constante por mais que seja atendido não tem meios de comprar a medicação, está muito cara (Violeta).

A usuária percebe que há um discurso contraditório, pois na prática a atenção integral a saúde não se efetiva, uma vez que nos serviços de saúde a atenção ocorre de forma fragmentada, com falta de medicamento e de profissionais, com destaque para o médico.

Além desse aspecto, Violeta reconhece o papel do Estado, destacando que com as mudanças do governo, as políticas de saúde não ocupa destaque nas ações. Dessa forma, observa-se que a atual gestão do governo interino tem acentuado a crise na saúde.

Com base na Constituição Federal de 1988, Art. 196, “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 2012, p.116).

Os relatos demonstram que a população não tem acesso a todos os direitos assinalados pelo Sistema Único de Saúde, cuja realidade pode gerar insatisfação, uma vez que há uma dicotomia entre o campo teórico e a prática dos serviços de saúde.

A fala de Orquídea demonstra um sentimento de indignação frente às condições dos serviços de saúde, afirmando que os discursos dos gestores são para “enganar” os usuários. Dessa forma, percebe-se certo nível de consciência crítica sobre a realidade da saúde em Fortaleza, conforme o relato: “Acho que não acontece não, é só papo mesmo para enganar a gente; é porque eles dizem: tem isso, tem aquilo, tem aquilo outro, tem não sei o quê; tem mil coisas na mente deles e a gente vai atrás e não tem nada!” (Orquídea).

Por outro lado, a percepção de Íris diverge do relato anterior, uma vez que a mesma sinaliza que a atenção a saúde em relação a consulta para as pessoas com doenças crônicas, como a hipertensão, ocorre na UAPS; no entanto para a realização dos exames laboratoriais, o serviço não oferece de forma eficiente, uma vez que o resultado demora em média duas semanas, como também o retorno para o médico.

Então no dia que a gente vai pra consulta dos hipertensos, é normal, tranquilo, eles atendem normal, só que os médicos assim. A gente pede um exame, eles marcam de um dia pra outro com oito dias de distância; [...] passa mais de quinze dias pra poder receber (se for hemograma), depois de tudo isso ainda passa bem um mês pra poder ser atendida, quer dizer se a gente tiver com uma doença perigosa, depois de 22 dias, a gente já está é de cama, porque demora muito (Íris).

Íris destaca ainda que a UAPS não atende os exames complementares, como a endoscopia, afirmando que o tempo de espera é extenso, e que às vezes não é atendido. Relata a experiência de solicitar exame, o qual se encontra há dois anos na fila de espera. Essa realidade demonstra que o sistema de regulação da Secretaria de Saúde geralmente não atende de forma integral os princípios da universalidade e integralidade da atenção.

[...] e outra coisa, eu passei bem cinco anos com o doutor, pedindo uma endoscopia de retal, quer dizer nesse tempo todinho, eu nunca fui atendida, pra você vê. Botei na fila de espera, passei cinco anos e nunca fui atendida, fui pro Maciel de Brito, vai fazer um ano ou é dois anos e ficaram de mandar mensagem pra mim, pra ser atendida e até hoje; então eu acho que tem que melhorar (Íris).

Contrapondo-se aos relatos da referida entrevistada, a percepção de Jasmin, a Unidade de Saúde atende a necessidade dos usuários, destacando que realiza as consultas com o médico e recebe a medicação, afirmando que o atendimento é de qualidade.

É bom, tem gente demais, mas a gente sempre consegue a consulta, eu pelo menos consigo sempre quando eu preciso; também tem gente que todo dia quer tá no posto,

toda vez que é necessário eu ir, sou bem atendida e recebo meus remédios direitinho; já foi muito difícil (Jasmin).

Conforme a Lei Orgânica da Saúde, Art. 2º “A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício” (BRASIL, 1990, p.1). Nessa direção, o Estado deve implementar políticas de saúde que atendam as necessidades objetivas e subjetivas dos usuários.

Com base nos relatos, pode-se afirmar que os sujeitos da pesquisa consideram que a saúde é direito de todos os cidadãos e dever do Estado garantir a qualidade da atenção. No entanto, observa-se nas falas a percepção de que a legislação do SUS ressalta a integralidade da atenção à saúde; porém, na prática dos serviços, não se efetiva o cuidado a saúde de forma universal e resolutiva.

Já em relação aos serviços e programas desenvolvidos na Atenção Básica na Cidade de Fortaleza, os participantes elencaram os seguintes serviços e programas desenvolvidos na Unidade Básica de Saúde, campo deste estudo: atendimento com os hipertensos e diabéticos; pré-natal, acompanhamento de criança; prevenção, hanseníase, doença pulmonar, clínica médica.

Conforme a fala de Adália, observa-se que a atenção a saúde no contexto da UAPS é precária, principalmente pela falta de médico e medicação, destacando que há dificuldades na marcação de consulta, sendo necessário enfrentar a fila de espera e mesmo assim não ser atendida. No entanto, relatou que realizou exame de prevenção, porém não recebeu o resultado. Esse contexto mostra que a atenção primária a saúde em Fortaleza requer uma mudança em sua organização e processo de trabalho.

Não tem médico, a gente sabe que tem e dizem que não tem; vai receber um remédio, mas nunca tem; pra marcar uma consulta é a maior dificuldade; eu acho um desaforo, a gente ter que pegar uma fila daquela pra quando chegar lá ouvir um não, ou então dizer assim: tem que esperar mais um pouco, não tem; quando é exame, eu fiz exame de prevenção no ano passado, como você sabe, foi você que marcou pra mim, até hoje, fui procurar saber, não vem mais não (Adália).

Girassol também relata as dificuldades do acesso a consulta médica e odontológica na UAPS, considerando que o processo de marcação de consulta é realizada uma vez na semana não atende as necessidade de promoção e cuidado a saúde.

Eu gosto mais de ir a tarde, a gente fica ali nas cadeiras esperando, bem a vontade, não acho legal só poder marcar num dia da semana, ali mudou muito, a gente vai

agora só dia de sexta-feira que marca e quando não tem mais vaga tem que esperar pela última sexta-feira.[...] Antes tudo que a gente procurava, a gente conseguia; agora uma consulta a gente não consegue, dentista também não consegue, levei a Ingrid pra ajeitar os dentes dela e ainda não consegui, já fui bem duas vezes e ainda não consegui (Girassol).

Orquídea considera que além de não ter acesso a consulta médica, por carência de profissional, percebe que o governo não implementa a política de saúde, conforme afirma em seu discurso: “Vou me consultar não tem médico, não tem vaga, só no outro ano e por isso fica ruim pra gente que já é idosa e aposentada. O Estado promete uma coisa, o governo promete outra e nada disso sai, cada dia mais difícil pra gente, entendeu?” (Orquídea).

Violeta relata problemas de saúde relacionada à hipertensão, afirmando que é atendida pelo médico na UAPS; no entanto declarou que não consegue atendimento para outras doenças, destacando que convive com dores nos membros inferiores, cujo diagnóstico não foi esclarecido.

Eu só tenho procurado sobre a minha saúde mesmo de pressão, outras doenças eu não consigo ir pra lá, eu passei 12 dias no hospital da Parangaba, ainda bem quando ele (o filho) vem aqui, que eu digo que estou com a minha perna doendo, ele disse: mãe o médico disse que não tinha medo, não era do seu coração, era essa sua perna porque ela foi muito vermelha; [...] eu tenho medo é dessa perna dela, é veia [...] (Violeta).

Conforme relato de Violeta, a mesma tem acesso à consulta para problemas saúde relacionada às doenças crônicas, como a hipertensão. Essa realidade é percebida na fala do usuário Lírio, o qual afirma que a UAPS oferece consultas periódicas, destacando que é atendido com qualidade: “minhas consultas periódicas, sou bem atendido nas consultas sim, agora na medicação, não”.

A Unidade de Atenção Primária à Saúde, campo deste estudo, desenvolve algumas atividades voltadas para atender a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher principalmente no campo da prevenção ginecológica, conforme relato de Adália: “fiz exame de prevenção no ano passado”. Iris também afirma que a UAPS oferece os cuidados com a saúde da mulher, embora reconheça que determinados exames especializados o serviço não dispõe: “[...] eu consegui uma prevenção já tá com cinco meses e não consegue as coisas que você mais precisa; outra coisa esse tal exame como eu falei que tinha pedido para o Dr. ele enrolou, enrolou e nunca me deu. [...]”.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher contempla os objetivos relacionados a ampliar o acesso aos serviços de promoção e assistência a saúde na perspectiva de humanização do cuidado.

Promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres brasileiras, mediante a garantia de direitos legalmente constituídos e ampliação do acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde em todo território brasileiro. [...] Ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2009, p.67).

Com base na referida Política de Atenção a Saúde da Mulher, observa-se a sua amplitude no que se refere a proporcionar atenção integral saúde da mulher, buscando um atendimento humanizado na perspectiva do direito.

Ao relacionar os programa e serviços da UBS, Íris afirma que as consultas com os hipertensos e diabéticos ocorrem de forma resolutiva; no entanto nos outros serviços, os usuários deparam com a fila de espera e falta de exame. Conforme a fala da usuária:

E o que eu falei, tem vez que a gente consegue consulta rápida, tem vez que demora muito; tem que ser um pouquinho mais rápido, quando diz que é urgente, eu já sofri muito, [...] Depois eu pedi pra essa Dra cubana, ai ela passou, e botei no Maciel de Brito, tá com dois anos também nunca consegui, ficaram de mandar mensagem e até hoje nunca chegou essa mensagem, então a gente nunca consegue as coisas que você mais quer, agora consulta assim diariamente que você precisa pegar remédio, você consegue, isso daí é certo, é rápido, agora partiu pra você tá com um problema pra resolver, não consegue, então eu desisti porque eu botava na fila de espera e não saia, eu desisti (Íris).

Ao abordar sobre o atendimento com os hipertensos e diabéticos, observa-se que a assistência aos referidos usuários está inserido nas ações da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Conforme a Portaria nº 483 de 2014, a referida Rede de Atenção abrange os seguintes:

I-realizar a atenção integral à saúde das pessoas com doenças crônicas, em todos os pontos de atenção, através da realização de ações e serviços de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde; e II- fomentar a mudança no modelo de atenção à saúde, por meio da qualificação da atenção integral às pessoas com doenças crônicas e da ampliação das estratégias para promoção da saúde da população e para prevenção do desenvolvimento das doenças crônicas e suas complicações (BRASIL, 2014, p. 2).

Ao refletir sobre os objetivos gerais da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, observa-se que todos os níveis de atenção a saúde da pessoa com doenças crônicas estão contemplados, no qual as ações visam a promoção da saúde. Conforme preconiza a Portaria nº 483 de 2014, Art. 5º, a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas contemplam os seguintes objetivos específicos:

I – ampliar o acesso dos usuários com doenças crônicas aos serviços de saúde; II – promover o aprimoramento da qualidade da atenção à saúde dos usuários com doenças crônicas, por meio do desenvolvimento de ações coordenadas pela Atenção

Básica, contínuas e que busquem a integralidade e longitudinalidade do cuidado em saúde; III – propiciar o acesso aos recursos diagnósticos e terapêuticos adequados em tempo oportuno, garantindo-se a integralidade do cuidado, conforme a necessidade de saúde do usuário; [...] (BRASIL, 2014, p. 2).

Ao analisar os objetivos específicos da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, pode-se afirmar que a UAPS, foco deste estudo, contempla esses objetivos no que se refere à ampliação do acesso aos usuários com doenças crônicas, os quais são acompanhados de forma sistemática.

Nessa direção, os usuários com doenças crônicas buscam o cuidado a saúde no âmbito da UAPS, uma vez que “a Atenção Básica se constitui como o centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde, [...] como ordenadora e coordenadora do cuidado, com a responsabilidade de realizar o cuidado integral e contínuo da população [...] e de ser a porta de entrada prioritária para organização do cuidado” (BRASIL, 2014, p.3)

A organização da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas objetiva suscitar mudança do modelo de atenção à saúde, fortalecendo o cuidado às pessoas com doenças crônicas; além de garantir o cuidado integral às pessoas e contribuir para a promoção da saúde da população, prevenindo o desenvolvimento das doenças crônicas (BRASIL, 2013).

O Departamento de Atenção Básica (DAB) lança o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade, relacionando o financiamento das equipes de Atenção Básica a padrões de qualidade da gestão e do cuidado. Essa estratégia inclui parâmetros ligados à atenção às pessoas com doenças crônicas e fortalece a organização dessa rede temática (PINTO; SOUSA; FLORÊNCIO, 2014).

Outro programa essencial no contexto de promoção da saúde refere-se à assistência farmacêutica. No entanto, conforme as falas dos usuários este programa não atende todas as especificidades clínicas. Girassol relata a realidade do serviço de saúde na Unidade, destacando que a sua experiência no que se refere à dificuldade do acesso a medicação.

Ali era pra melhorar tudo [...] ter remédio, atender mais; tem delas que atendem a gente bem, tem delas que não, eu acho que ali mudou muito [...] remédio era mais fácil, a gente recebia, agora não recebe, mas se a gente não comprar, fica é mais doente, todos os remédios não existe mais, a gente vai pra farmácia tem umas que atende a gente muito bem, tem outras que atende na maior ignorância (Girassol).

Em oposição à fala anterior, Jasmim reconhece que a UAPS oferece atenção integral aos usuários com doenças de hipertensão, incluindo consulta e medicação.

Remédio pros hipertensos sempre tem, já foi muito difícil, mas agora graças a Deus melhorou muito, não existe mais aquela fila; de você precisar tá lá 4hs da madrugada pra tentar pegar uma ficha e nem toda vez consegue, é cada um tem que ir no dia da sua equipe (Jasmim).

A Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) compreende as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde individual e coletiva, tendo o medicamento como insumo, no intuito de efetivar o acesso e seu uso racional. As ações visam à obtenção de resultados e a melhoria da qualidade de vida da população (BRASIL, 2004).

A Política Farmacêutica propõe ações que promovam a saúde integral dos cidadãos. No entanto, na Unidade Básica de Saúde, observa-se que esta política não está ocorrendo, uma vez que na percepção dos participantes deste estudo não está havendo a dispensação de medicamentos: “Nas minhas consultas periódicas, sou bem atendido, agora nas medicações, não (Lírio)”.

Os usuários percebem que o Serviço de Odontologia na UBS volta-se para o atendimento de urgência, sendo necessário encaminhamento para outros serviços da rede pública. Com base nos depoimentos, pode-se afirmar que os usuários conhecem os serviços e programas oferecidos pela UBS; no entanto enfatizam que alguns serviços não atende a expectativa, como o serviço de odontologia, que atende somente emergência, destacando também que falta medicamento.

O município de Fortaleza comprometeu-se a implementar a Política Municipal de Saúde, considerando a perspectiva das Redes de Atenção à Saúde (Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010), a qual considera a Atenção Primária à Saúde como primeiro nível de atenção, enfatizando a função resolutiva dos cuidados primários sobre os problemas de saúde sendo coordenadora das redes de atenção e ordenadora do cuidado em todos os pontos de atenção, atuando de forma integral e multiprofissional (FORTALEZA, 2013).

Considerando as Redes Temáticas de Atenção, observou-se que na Unidade Básica de Saúde, campo deste estudo, foram implementadas as seguintes redes: Rede Materno-Infantil (Rede Cegonha), Rede de Atenção às Condições Crônicas, Assistência Farmacêutica,

A Rede Cegonha diz respeito a uma rede de cuidados no intuito de assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis (BRASIL, 2011).

A Rede Cegonha tem como princípios:

I – o respeito, a proteção e a realização dos direitos humanos; II – o respeito à diversidade cultural, étnica e racial; III – a promoção da equidade; IV – o enfoque de gênero; V – a garantia dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos de mulheres, homens, jovens e adolescentes; VI – a participação e a mobilização social; e VII – a compatibilização com as atividades das redes de atenção à saúde materna e infantil em desenvolvimento nos Estados (BRASIL, 2011, p. 1).

Com base na Portaria nº 1.459/2011, a Rede Cegonha contempla os seguintes objetivos: implementar o novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança; organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para que esta garanta acesso, acolhimento e resolutividade; e reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal (BRASIL, 2011).

Nessa direção, o pré-natal ocorre na Unidade Básica de Saúde (UBS) com captação precoce da gestante e qualificação da atenção, como também o acompanhamento da puérpera e da criança com visita domiciliar na primeira semana após a realização do parto e nascimento (BRASIL, 2011). O relato de Margarida evidencia que a UAPS desenvolve ações voltadas para a Rede Materno-Infantil, destacando a assistência a gestante e a criança.

Serviço de promoção e proteção à saúde, é que eu conheço cuidados com idosos, cuidados com a gestante, cuidados com a criança, e saúde mental, dentro desse programa eu conheço praticamente quase todos né, porque afinal de contas, eu sou agente de saúde, então é isso, atenção ao hipertenso, diabético (Margarida).

No entanto, a pesquisa mostrou que, na percepção dos usuários, a UAPS, campo deste estudo, não atende as demandas de saúde da população de forma plena e integral, destacando que assistência farmacêutica e odontologia não tem resolutividade no âmbito da atenção primária no presente momento, uma vez que falta medicação e insumos para o serviço de odontologia, o qual funciona sem os equipamentos próprios.

No que se refere aos principais serviços de saúde que os sujeitos da pesquisa procuram na UAPS, pode-se identificar que os mesmos realizam consultas clínicas para acompanhamento da hipertensão e/ou diabetes; além de exames laboratoriais e recebimento de medicação. Constata-se na fala de Adália que a mesma realiza exames na Unidade “A única coisa que eu procuro lá são meus exames, quando eu não tenho condições de pagar particular aí eu vou fazer no posto”. Também Girassol afirma que tem acesso a assistência à saúde.

Só as consultas mesmo, e os meus remédios somente e alguns exames meu que eu peço a dra aí eu volto pra mostrar pra ela, a consulta eu consigo direitinho, os exames que ela passa, às vezes, eu consigo alguns, quando é exame de sangue, essas coisas assim eu consigo lá; eu não sei nem quando foi que eu recebi remédio, não recebi de jeito nenhum, eu faço é comprar (Girassol).

Os relatos de Adália e Girassol expressam que a linha do cuidado em relação às doenças crônicas, com destaque para a hipertensão e diabetes, estão sendo atendidas pela equipe de saúde da UAPS, conforme preconiza a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, Portaria nº 483 de 2014, ao afirmar a necessidade de ampliação do acesso dos usuários com doenças crônicas aos serviços de saúde, contribuindo para a qualidade da atenção à saúde.

Margarida afirma que os usuários procuram o serviço de saúde da UAPS, principalmente nos seguintes programas: Rede Materno-Infantil; Rede de Atenção a Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas e a Rede de Atenção Psicossocial.

Na realidade eu mesma não procuro, mas na minha comunidade, eles procuram muito por pré-natal, por doenças crônicas, como hipertensão, e diabéticos, a saúde mental que afinal de conta vem aumentando, a saúde hoje é muita gente estressada que procura pelos remédios controlados, então é uma procura que está crescendo a cada dia (Margarida).

Outro aspecto importante no campo da promoção à saúde refere-se à garantia da dispensação da medicação; no entanto, conforme o relato de Íris, a UAPS não está atendendo ao programa de assistência farmacêutica. Íris afirma que tem acesso a consulta, porém a medicação não está sendo atendida. “Só mesmo a consulta de rotina, tem mais de três meses que eu não encontro remédio, só comprando e também eu já tenho ido procurar no Maciel de Brito e não tem o que eu vou procurar, também tá faltando, faz alguns meses que eu não procuro mais, eu tô é comprando”.

A fala de Orquídea mostra aspectos da realidade da saúde no Município de Fortaleza, destacando que a UAPS não está oferecendo assistência de forma integral, uma vez a demanda dos usuários para consulta, exame e medicação não está sendo atendida. A usuária manifesta sua insatisfação e tristeza diante dessa realidade, afirmando que não dispõe de recursos financeiros para adquirir a medicação.

Pra mim, eu vou atrás de me consultar na saúde, fazer exame de diabetes e exame de pressão e colesterol, mas nem sempre saio satisfeita porque não tem vaga pra mim de jeito nenhum; duas vezes que eu fui não teve vaga, aí eu fico muito triste por isso, tô com suspeita de diabetes, eu preciso tomar meus remédios e não tem dinheiro pra comprar e nem tem médico pra olhar os exames, porque a moça disse que não tinha, e eu tô esperando por Deus porque pagar, eu não vou pagar porque eu não tenho condições, porque não tem quem me dê nada, só Deus mesmo (Orquídea).

Ao refletir sobre o relato dos usuários, pode-se afirmar que a política de saúde do município de Fortaleza não está atendendo as orientações do Ministério da Saúde, no que se refere à garantia da Assistência Farmacêutica (AF). Dessa forma, convém ressaltar que a AF deve incluir a dimensão técnica, científica, de inovação tecnológica e operativa, visando atender as suas necessidades de saúde dos cidadãos (BRASIL, 2012).

A organização da Assistência Farmacêutica caracteriza-se como uma estratégia que procura superar a fragmentação presente no SUS. Conforme a Portaria nº 4.279/2010, a AF é descrita como um dos elementos constituintes das Redes de Atenção à Saúde (RAS), enquanto sistema de apoio na estrutura operacional (BRASIL, 2010b).

Considerando a fase de implantação RAS no País, deve-se promover a adequação dos serviços de Assistência Farmacêutica, por intermédio de seus diferentes componentes: 1) Os serviços de abastecimento (Sistema de Apoio), com a finalidade de disponibilizar o medicamento no momento que o usuário precisa, com regularidade, e qualidade; 2) Os serviços de Clínica Farmacêutica ofertados nos pontos de atenção à saúde, com a finalidade de propiciar o uso racional dos medicamentos de forma integrada, contínua, segura e efetiva para o indivíduo, a família e a comunidade (BRASIL, 2010).

No que se refere aos serviços oferecidos pela UAPS que proporciona a garantia de acesso universal, os participantes afirmaram que os usuários podem acessar os serviços de saúde, destacando as consultas com os diversos profissionais de saúde.

Adália afirma que a Unidade de Saúde oferece consulta e exames; porém a medicação sempre está faltando. Afirmou que faz tratamento no Hospital da UFC, reconhecendo a qualidade do atendimento, conforme o relato a seguir.

Admito que aconteça com outras pessoas, mas comigo as poucas vezes que eu vou lá não consigo. A única coisa que eu consigo são meus exames; nas consultas porque já sou acompanhada pelo hospital das clínicas, aí eu não deixo de ir pra lá pra vir pra cá; porque lá só tem profissional, sou atendida com responsabilidade, me dão minhas receitas, pego meus remédios tudo lá, me dizem o que não tem, recebo no posto perto da minha casa, e quando chego lá não tem.[...] porque aquele ali eu não recebo lá, nunca tem o remédio da pressão que é o que eu tomo[...] (Adália).

A fala de Adália mostra que a mesma adquire a medicação em outro serviço de maior complexidade, pois faz tratamento para outros problemas de saúde.

Orquídea afirma que para ter acesso aos serviços de saúde, o usuário precisa estar presente na UAPS desde às 5h30, ressaltando o tempo de espera para ser atendido e a falta de atendimento, uma vez que a agenda da equipe estava completa.

A gente fica triste porque, por exemplo, eu saio daqui 5h30 da manhã [...] a gente fica até as 7hs da manhã em pé, esperando o vigia abrir a porta pra gente entrar, a gente fica até 9hs da manhã quando a moça chega dizendo que não tem médico, que não tem vaga [...] quando eu fui fazer exame de sangue, sai daqui bem cedinho, fiquei até 7hs lá esperando [...] quando eu recebi, não tinha vaga pra mim, se era meu dia, na sexta feira que é equipe amarela [...] mas quando chega a vez da gente, não tem mais vaga pra médica[...] (Orquídea).

Orquídea manifesta seu sentimento de tristeza ao relatar sua experiência em buscar o atendimento na UAPS, destacando que a organização do serviço é de acordo com as equipes, ressaltando que geralmente a consulta não ocorre por falta de médico e disponibilidade de vaga para atender os usuários.

Com base na percepção das entrevistadas Adália e Orquídea, os usuários não tem a garantia do acesso de forma integral e universal a todos os serviços e programas da UAPS, campo deste estudo, destacando que os profissionais não conseguem atender a todas as demandas por consulta e outros atendimentos.

Girassol relatou a sua percepção no que se refere ao acesso universal a saúde, argumentando que os meios de comunicação mostra uma realidade de atendimento integral; sendo que na prática as UAPS não oferecem todos os serviços, destacando que a fila de espera representa um dos principais fatores que interfere na ampliação do acesso. Dessa forma, a fala a seguir revela o pensamento de Girassol sobre os discursos contraditório da mídia sobre a assistência a saúde.

O que fala na televisão é tudo mentira, [...] só algumas coisas sim, a maioria não; essa fila de espera é a maior mentira, eu perdi todos os papéis da fila de espera, eu não consegui nenhum, [...], eu fiz foi pagar os meus exames quase todos; [...] aí ela pediu de novo essa ultrassom, e tá aí na fila de espera, [...] pra mim poder pagar pra fazer, eu vou marcar primeiro a consulta pra poder fazer o exame dela particular (Girassol).

Na percepção de Íris, os usuários tem acesso às consultas na Unidade de Atenção Primária a Saúde, porém, afirmou que os exames laboratoriais não ocorrem de forma universal, destacando também a falta de medicamento.

Sim aqui pelo menos na rua que eu moro, todo mundo tem acesso ao posto, é bom por que é perto de casa e tudo, só que o atendimento pra quem é hipertenso é bom, só que o remédio tá faltando muito, tem que comprar, agora sendo pra negócio de exame e que seja pra resolver com outras coisas é difícil porque não dá pra resolver, não consegue, nunca consegui (Íris).

Margarida afirma que os usuários têm acesso aos serviços de saúde, destacando os programas de atenção a saúde da mulher; assistência aos usuários com doenças crônicas; imunização; porém assinala que os usuários não tem acesso a assistência farmacêutica, uma vez que na UAPS sempre falta à medicação. Essa realidade mostra a necessidade de fortalecer a política de saúde no campo do direito ao cuidado integral.

Todo mundo tem acesso ao tratamento de tuberculose e hanseníase, e também o pré-natal, dá acesso a todas; a vacina é acesso garantido, também o hipertenso e diabético tem acesso garantido, falta às vezes os medicamentos, mas atendimento eles tem (Margarida).

Com base nas percepções dos usuários, pode-se afirmar que a Unidade de Atenção Primária à Saúde proporciona o acesso universal no que se refere as consultas com o médico; no entanto os participantes foram unânimes em afirmar que o serviço não atende a assistência farmacêutica.

Adália relata sua experiência em buscar atendimento na UAPS, afirmando que o acesso ao serviço inicia no período da manhã, no qual enfrenta uma fila para agendar consulta médica. No entanto, relata experiência de buscar atendimento médico na Unidade e não ser atendida, uma vez que o profissional afirmou que deveria atender em outro espaço extrainstitucional, cujas ações referem-se ao atendimento já agendado com a equipe estratégia de saúde da família.

Vou de manhã, pego uma fila igual a todo mundo, [...] a gente perde a paciência, porque aquelas meninas atendem a gente muito mal, [...]; antigamente aquele posto dava de dez [...], a gente marcava os exames de sangue, [...] a gente tirava uma ficha, você marcava qualquer dia da semana, [...] cheguei lá no posto com meu esposo doente, operado, [...] eu pedi pro guarda deixar eu entrar, o guarda disse que não podia, quando o guarda viu que ele tava morrendo mesmo [...] ele abriu e me botou pra dentro nas cadeiras [...] eu pedi ao Dr. pra atender ele, e o doutor disse assim: vou já atender um pessoal lá no campo do servilha [...] ele ia deixar meu marido morrer [...] Por falta de negligência, porque médico tem, não atendem por que não querem (Adália).

Com base na fala de Adália, observa-se que a mesma manifesta clareza em relação aos seus direitos como usuária, principalmente quando afirma que tem prioridade em ser atendida, argumentando que é idosa, conforme o Estatuto do Idoso. Também a usuária reivindica o direito de ter preferência no atendimento pelo quadro clínico (asma, hipertensão e diabética). Assim, o relato de Adália também destaca a importância de reivindicar os seus direitos como cidadãos.

[...] outra vez cheguei nesse posto, com falta de ar, porque tenho rinite alérgica, cheguei lá no Same, disseram que não tinha médico, [...] aí ela disse tem uma enfermeira, e eu disse, pois me bote pra ela, [...] Por que eu sei que asma é prioridade, tem que passar pela triagem, [...] quando eu cheguei lá, eu contei pro médico [...] eu tenho asma alérgica, eu sou cardíaca, eu acho que eu tenho

preferência, por duas coisas, aliás por três, pela idade, por eu ser hipertensa, por eu ser diabética. Ele disse é verdade, você tem direito e tem que reclamar; eu disse reclamo [...]. (Adália).

O relato de Adália revela que os profissionais da UAPS não estão observando o aspecto legal em relação aos direitos do idoso. Conforme declara o Estatuto do Idoso - Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, é dever do Poder Público garantir a efetivação do direito a saúde à cultura, ao lazer, entre outros aspectos.

Art. 3º É obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária.

Conforme o Estatuto do Idoso, a garantia de prioridade para o idoso, compreende o “I - atendimento preferencial imediato e individualizado junto aos órgãos públicos e privados prestadores de serviços à população” (BRASIL, 2003). Dessa forma, afirma-se a necessidade dos serviços de saúde observarem o cumprimento da legislação de proteção ao idoso.

Girassol afirma que o acesso ao atendimento ocorre por meio do agendamento da consulta que se realiza uma vez na semana por equipe da Estratégia de Saúde da Família, a qual é responsável pelo atendimento por família nas diversas microáreas do território da Regional V. A usuária considera que o atendimento ocorre com qualidade; porém, às vezes, os profissionais não atentem com base nos princípios do respeito e da ética. Esse conteúdo é observado na seguinte fala de Girassol:

Eu gosto mais de ir a tarde, a gente fica ali nas cadeiras esperando, bem a vontade, não acho legal só poder marcar num dia da semana, ali mudou muito, a gente vai agora só dia de sexta feira que marca e quando não tem mais vaga tem que esperar pela última sexta feira. Ali era pra melhorar tudo, ter remédio. Atender mais. Tem delas que atendem a gente bem, tem delas que não acho, eu acho que ali mudou muito, [...], já foi melhor, [...] antes, tudo que a gente procurava, a gente conseguia, agora uma consulta, a gente não consegue, dentista também não consegue, [...], todos os remédios não existe mais, a gente vai pra farmácia tem umas que atende a gente muito bem, tem outras que atende na maior da ignorância (Girassol).

Outro aspecto relatado por Girassol diz respeito à assistência farmacêutica, afirmando que a UAPS não está disponibilizando a medicação para garantir o tratamento. A usuária reconhece que na gestão do governo anterior, a assistência à saúde ocorria de forma efetiva, com a garantia do cuidado; no entanto, afirma que no momento atual o serviço não está atendendo de forma resolutiva, uma vez que, às vezes, não há consulta médica e odontológica.

Lírio afirma que o acesso ao atendimento ocorre por meio do agendamento das consultas que se efetiva somente em determinado dia da semana, de acordo com as equipes que atuam nas microáreas. O usuário considera que a assistência à saúde na Unidade ocorre de forma precária, uma vez que não há assistência farmacêutica.

Através do agendamento das consultas, do dia certo das consultas, cada equipe tem o seu povo de atender, então é só naquele dia, em outro dia só se for caso de emergência. No geral o atendimento é péssimo, tudo é precário, não tem organização pra prioridade, que não dá prioridade a quem é prioridade, fica a mercê da sorte, se tiver conhecimento com fulaninho vai primeiro, se não tiver fica aí jogado aí (Lírio).

Lírio considera que o atendimento não é “bom”, porque a UAPS não oferece atendimento as demandas espontâneas, pois, às vezes, os pacientes procuram o serviço com problemas de saúde que requer assistência integral e imediata; e o mesmo não é acolhido. Também, afirma que o serviço não observa a prioridade do cuidado, principalmente quando é idoso ou conforme o critério de classificação de risco.

Conforme a percepção de Lírio, a UAPS deveria observar o aspecto de prioridade que o idoso deveria receber, considerando o que preconiza o Estatuto do Idoso: “garantia de acesso à rede de serviços de saúde e de assistência social local” (BRASIL,2003, p. 2).

Quem é pra entrar na frente fica pra trás; então não há atendimento bom, você consulta com o médico, chega na farmácia cadê o remédio, não existe remédio, eu tô com mais de dois meses que não recebo os comprimidos da diabetes, nem sinvastatina , que é o remédio do colesterol, a metformina; eu não posso dizer nada de bom, hoje mesmo foi gente lá atrás de medicamento não tinha nem AAS, foi gente atrás de atendimento de emergência não tinha, só quem tiver com alto grau de febre; é melhor nem gastar com propaganda, isso é uma tremenda duma armadilha, uma armação isso, o dinheiro só da mesmo pra festa ? (Lírio).

A fala de Lírio mostra sua percepção crítica em relação à saúde, destacando que o discurso governamental ressalta que a assistência nas UAPS está ocorrendo de forma integral; no entanto, na prática, observa-se que o referido serviços de saúde não está atendimento todas as demandas. O usuário denominou essa realidade como “armadilha, armação”, o que revela seu sentimento de indignação, uma vez que os recursos não são aplicados na saúde.

Orquídea afirma que o acesso ao atendimento ocorre no dia da equipe que a acompanha, destacando que, às vezes, não tem agenda. “Meu dia é só sexta feira, por que eu só posso ir dia de sexta, por que dia de sexta é que tem minha Dra que me atende, mesmo assim muitas vezes não tem vaga, a moça disse que só no dia 3, não sei se de junho ou de julho, foi o que ela falou pra mim, ou então ela não sabe de nada” (Orquídea).

Íris afirma que busca a Unidade para consulta; no entanto quando não tem a medicação, a mesma adquire na Farmácia particular. Relatou que solicitou a médica os

exames para esclarecer diagnóstico; no entanto, afirma que ainda não realizou, estando há aproximadamente dois anos na fila de espera no sistema de regulação.

A única coisa que eu vou é mudar a consulta, por que não dá pra pegar os remédios, e agendar somente no dia da equipe; marco às vezes, faço a consulta no mesmo dia e entrega a receita pra comprar os remédios e quando não tem, eu compro. [...] Uma coisa que eu acho errado, que eu vou falar, eu disse a Dra. que sinto dormência na boca, assim como quando tá queimando [...] aí eu fui falar pra ela, pra pedir exame, ela pediu esse exame e já tá com um ano ou dois anos e não deu nada, [...] (Íris).

Jasmim afirma que realiza consulta médica para controle da hipertensão; no entanto declara que a medicação sempre está em falta. Reconhece que determinados profissionais “não atendem bem”, demonstram a necessidade de rever as posturas no atendimento, o qual deve nortear-se pelos princípios do SUS que valoriza o atendimento humanizado.

Tem que marcar, [...] agora também ali tem muitas pessoas que não atende bem, assim o atendimento não é tão bom por causa daquelas pessoas, [...] ali tem pessoas que você chega pra pedir uma informação, de cabeça baixa ela fica; as vezes que eu precisei ir ali no posto, graças a Deus eu consegui ainda que agora a consulta do hipertenso é de três a seis mês [...] nem toda vida tem o meu remédio (Jasmim).

Com base na fala de Jasmim, percebe-se que a mesma percebe que o atendimento não é de qualidade; no entanto, em contraposição a essa percepção, Violeta afirma está satisfeita com o atendimento na UAPS “Eu gosto, nunca disse que não saísse satisfeita de lá” (Violeta).

Margarida afirma que o acesso a UAPS é universal, destacando que a comunidade agenda o atendimento de acordo com a equipe de saúde. Destaca também a importância da prevenção e promoção da saúde, na qual o usuário deve buscar a assistência e o cuidado a saúde.

[...] e o acesso é facilitado de algum modo. [...] a gente tem acesso por equipe, cada dia funciona uma equipe, a gente é cinco equipes e pra cada equipe tem o seu dia, 2ª feira é a lilás, 3ª é rosa, 4ª é a verde, 5ª feira é a azul, e 6ª é a amarela, então fica fácil o atendimento pra comunidade [...], então é importante que você venha pra prevenção e não pra cura, por isso que a gente tá aqui na luta de prevenção das doenças, por isso a gente vai de casa em casa pra vê o que é que eles precisam na unidade [...] (Margarida).

Com base na fala da usuária, pode-se afirmar que os usuários têm acesso ao atendimento na UAPS de acordo com a atuação das equipes de saúde no que se refere a realizar consulta, visita domiciliar, enfatizando a importância da prevenção.

Nesse contexto, conforme a política de saúde do SUS, a Atenção Primária à Saúde constitui-se a principal porta de entrada dos usuários ao sistema de saúde. Assim, com base nos relatos dos participantes do estudo, constata-se que a UAPS, campo deste estudo, é

percebido como a unidade que possibilita o primeiro contato com a equipe de saúde, facilitando o acesso ao cuidado integral.

Referente à Assistência Farmacêutica, o plano de Saúde do Município de Fortaleza objetiva ampliar o acesso da população a medicamentos essenciais promovendo a aquisição e distribuição de medicamentos em nível da Atenção Básica (FORTALEZA, 2014). No entanto, as falas revelam que o usuário não tem garantido a assistência farmacêutica no contexto da UAPS, cenário deste estudo.

A pesquisa revelou que na UAPS, lócus deste estudo, foi implantado o prontuário eletrônico, ocorrendo o processo de digitação dos cadastros das famílias nas próprias unidades de saúde; além de Controle das Doenças Crônicas não Transmissíveis, a Ampliação do Programa de Atenção Integral à Criança e ao Adulto com Asma (PROAICA) e a Rede Materno-Infantil.

A seguir, serão apresentadas as principais considerações sobre este trabalho, destacando os principais aspectos sobre a garantia do acesso na percepção dos sujeitos da pesquisa.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando que este estudo teve como objetivo geral compreender as percepções dos moradores em relação a sua vivência em buscar o acesso aos serviços de saúde na Atenção Básica no contexto do bairro Parque Genibaú em Fortaleza, Ceará, reafirma-se a importância de abordar os resultados da pesquisa, com base na fala dos participantes do estudo, compreendendo a luz da fundamentação teórica.

A política de saúde do município de Fortaleza fundamentou-se nos princípios do SUS e no enfoque da gestão das Redes de Atenção à Saúde (RAS), objetivando a integração de ações e serviços de saúde na perspectiva do cuidado integral e no acesso a saúde com qualidade. Nesse contexto, a Atenção Básica (AB) deve priorizar as ações no território, no qual as pessoas constroem os vínculos, constituindo-se o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada para a promoção a saúde.

Este estudo buscou compreender o acesso aos serviços de saúde no contexto da atenção primária a saúde, considerando a saúde como um direito de cidadania, que deve ser garantido pelo Estado. Assim, a regulação em saúde no SUS é definida como política nacional, a fim de viabilizar aos usuários o acesso equânime à atenção integral e de qualidade. Nesse sentido, deve-se buscar ampliar o acesso dos usuários aos serviços de saúde de forma a obter a resolubilidade.

Com base no primeiro objetivo específico deste estudo concernente a análise das percepções dos sujeitos em relação ao conceito de saúde como direito e dever do Estado, a pesquisa revelou que a saúde é compreendida como um direito universal e de competência do Estado no que se refere à implementação das ações e programas; no entanto os usuários afirmam que no cotidiano dos serviços de saúde o princípio da universalidade não ocorre de forma prática. Dessa forma, os relatos demonstraram que a população não tem acesso de forma integral a todos os direitos sociais preconizados pelo Sistema Único de Saúde, cuja realidade pode gerar insatisfação, uma vez que há uma dicotomia entre o campo teórico e a prática dos serviços de saúde.

No que se refere ao segundo objetivo específico deste estudo em relação à identificação dos serviços e programas desenvolvidos na Atenção Básica na Cidade de Fortaleza, os participantes relacionaram os seguintes serviços e programas desenvolvidos na Unidade Básica de Saúde, campo deste estudo: atendimento com os hipertensos e diabéticos;

pré-natal e assistência à criança, promoção e prevenção a saúde, hanseníase, doença pulmonar, clínica médica, imunização e atendimento a saúde mental.

Ao refletir sobre os serviços oferecidos, os participantes revelaram que a atenção à saúde no contexto da UAPS é precária, principalmente pela falta de medicação, destacando que há dificuldades na marcação de consulta, sendo necessário enfrentar a fila de espera.

A pesquisa revelou que a UAPS, campo deste estudo, desenvolveu algumas atividades voltadas para atender a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da mulher principalmente no campo da prevenção ginecológica, cuja política se propõe a ampliar o acesso aos serviços de promoção e assistência a saúde na perspectiva de humanização do cuidado.

Ao relacionar os programa e serviços da UBS, os participantes do estudo declaram que as consultas com os hipertensos e diabéticos ocorreram de forma resolutiva. Portanto, afirma-se que a assistência aos usuários integra as ações da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. No entanto, nos outros serviços, os usuários se depararam com a fila de espera e a falta de exame.

Outro programa essencial no contexto de promoção da saúde refere-se à assistência farmacêutica. No entanto, conforme as falas dos usuários este programa não atende de forma resolutiva e integral todas as especificidades clínicas. A Política Nacional de Assistência Farmacêutica compreende as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde individual e coletiva, tendo o medicamento como insumo, no intuito de efetivar o acesso e seu uso racional.

Considerando as Redes Temáticas de Atenção, observou-se que na Unidade Básica de Saúde, campo deste estudo, foram implementadas as seguintes redes: Rede Materno-Infantil (Rede Cegonha), Rede de Atenção às Condições Crônicas, Assistência Farmacêutica. A Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil visa à garantia do acesso, acolhimento e resolutividade em todos os pontos de atenção a saúde. Nessa direção, a pesquisa demonstrou que o pré-natal ocorreu na UAPS, campo deste estudo, com qualificação da atenção no que se refere ao acompanhamento da puérpera e da criança, por meio de visita domiciliar da equipe de estratégia saúde da família, bem como atendimento médico e de enfermagem.

Com base nas falas dos participantes, observou-se que, na percepção dos usuários, a UAPS, campo deste estudo, não atendeu as demandas de saúde em sua integralidade,

afirmando que a assistência farmacêutica e odontologia não atenderam de forma plena aos princípios da atenção qualificada e resolutiva no âmbito da atenção primária na atual gestão do governo municipal de Fortaleza.

Considerando o terceiro objetivo específico deste estudo no que diz respeito a verificar as principais demandas dos usuários concernentes o acesso aos serviços de saúde na Unidade Básica de Saúde, os dados da pesquisa evidenciaram que os sujeitos buscavam o atendimento as consultas clínicas para acompanhamento da hipertensão e/ou diabetes; além de exames laboratoriais e recebimento de medicação.

Dessa forma, pode-se afirmar, com base na percepção dos participantes, que a linha do cuidado em relação às doenças crônicas estão sendo atendidas pela equipe de saúde da UAPS, conforme a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, a qual se propõe a garantir e ampliar o acesso aos serviço de saúde com qualidade.

No entanto, na percepção de três entrevistadas, a UAPS não está oferecendo assistência de forma integral, uma vez que a demanda dos usuários para consulta, exame e medicação não está sendo atendida de forma integral e com resolutividade. Nesse contexto, os sujeitos verbalizaram sentimento de tristeza e insatisfação diante dessa realidade, os quais afirmaram que não dispõem de recursos financeiros para adquirir a medicação. Ao refletir sobre os relatos dos usuários, pode-se afirmar que a política de saúde do município de Fortaleza não segue as orientações do Ministério da Saúde, no que se refere à garantia da Assistência Farmacêutica (AF).

A pesquisa revelou que os usuários frequentemente não tem a garantia do acesso a todos os serviços e programas da UAPS, campo deste estudo, destacando que os profissionais não conseguem atender as demandas por consulta e outros atendimentos. Conforme a percepção dos participantes, os meios de comunicação mostram que a saúde municipal está oferecendo atenção integral; no entanto, na prática as UAPS não oferecem todos os serviços, destacando que a fila de espera, a existência de poucos profissionais, a falta de medicação e a elevada demanda constituem um dos fatores que interfere na ampliação do acesso. Com base nas percepções dos usuários, pode-se afirmar que a Unidade de Atenção Primária à Saúde proporcionou o acesso universal no que se refere as consultas com o médico; no entanto os participantes foram unânimes em afirmar que o serviço não atendeu de forma integral a assistência farmacêutica.

No que se refere ao quarto objetivo específico concernente a identificar a forma de acesso dos moradores aos serviços da Unidade de Atenção Primária a Saúde, os sujeitos afirmaram que o acesso ao atendimento ocorre por meio do agendamento da consulta, realizada uma vez na semana, de acordo com as equipes da Estratégia de Saúde da Família, as quais são responsáveis pelo atendimento pelas famílias nas diversas microáreas do território da Regional V.

Alguns entrevistados afirmaram que a UAPS não está considerando o aspecto legal em relação aos direitos do idoso, conforme declara o Estatuto do Idoso, haja vista que o Estado deve garantir a efetivação do direito à saúde, à cultura, ao lazer, à dignidade. Com base nos dados da pesquisa, pode-se afirmar que a UAPS, campo deste estudo, é percebida como a Unidade que possibilita o primeiro contato com a equipe de saúde, facilitando o acesso dos usuários ao cuidado integral.

Embora se reconheça a limitação dos resultados deste estudo, ressalta-se que esta pesquisa pode contribuir para a realização de outros estudos sobre esta temática do acesso aos serviços de saúde. Portanto, sugere-se que outros estudos sejam realizados, no intuito de conhecer a realidade de saúde do município de Fortaleza.

REFERÊNCIAS

ABRUCIO, F. L. Para além da descentralização: os desafios da coordenação federativa no Brasil In: FLEURY, S. (Org.). **Democracia, Descentralização e Desenvolvimento: Brasil e Espanha**. Rio de Janeiro: FGV, 2006.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Portugal: Edições 70, 1997.

BENCHIMOL, Jaime Larry. **Manguinhos do sonho à vida: a ciência na Belle Époque**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz. 1990.

BRASIL. **Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Decreto nº 7508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde**. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Portaria nº 2.488, de 24 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_____. Presidência da República. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília: Casa Civil, 1990.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Regulação em saúde**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2007a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle. **Manual de orientações para contratação de serviços de saúde no SUS**. Brasília (DF): Editora do Ministério da Saúde; 2007b.

_____. Portaria GM/MS no 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS. **Diário Oficial da União**. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.

_____. Ministério da Saúde. **A assistência farmacêutica nas Redes de Atenção à Saúde do SUS**. Brasília, 2012. 25p. Documento técnico apresentado ao DAF/SCTIE/MS, não publicado na íntegra.

_____. Portaria nº 483, de 1 de abril de 2014. Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. **Diário Oficial da União**. Ministério da Saúde. 2014.

_____. Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_____. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diário Oficial da União**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

_____. Portaria nº 1459, de 24 de junho de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde- SUS, a Rede Cegonha. **Diário Oficial da União**. Ministério da Saúde. Brasília, 2011.

_____. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**. Ministério da Saúde. Brasília, 2011.

_____. Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil**: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988. 35. ed. Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional da Humanização. **Ambiência**. 2. Ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Evolução do Gerenciamento e implantação da estratégia de saúde da família**. 2006b. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/localiza_cadastro_ret.php>. Acesso em: 25 set. 2015.

BRAGA, José C. S.; PAULA, Sérgio G. **Saúde e Previdência**. Estudos de Política Social. São Paulo: Hucitec, 1986.

BRAVO, M. I. S. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, A. E. et al. (Org.). **Serviço Social e Saúde**. São Paulo: Cortez, 2008.

CASTRO SANTOS, L.A. a Reforma Sanitária “pelo alto”: o pioneirismo paulista no início do século XX. **Revista de Ciências Sociais**. v. 36, n. 3, p. 361-392, 1993.

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE (CEBES). Londrina, 4 a 9 de abril, vem aí a IV Sesac. **Saúde em Debate**, v.2; p. 58-59, jan./mar. 1977.

COELHO, Márcia Oliveira. **Humanização das ações de saúde na atenção básica de Fortaleza-ce**: caminhos e descaminhos. 2006. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) Universidade Estadual do Ceará. 2006.

CEARÁ. **Relatório de Gestão 2006** do município de Fortaleza. 2007.

_____. Prefeitura Municipal de Fortaleza. **Mensagem à Câmara Municipal Abertura da Sessão Legislativa 2014: Sessão Solene de Abertura do Primeiro Período Legislativo de 2014 da 17ª Legislatura.**

_____. Secretaria Municipal de Planejamento, Orçamento e Gestão. Plano Plurianual 2010-2013. **Relatório de avaliação ano de exercício 2013.** Prefeitura Municipal de Fortaleza

_____. Secretaria Municipal de Fortaleza. **Plano Municipal de Saúde de Fortaleza 2014 – 2017,** SMF, 2014. Disponível em: <http://www.fortaleza.ce.gov.br/noticias/regionais/secretaria-da-saude-implanta-projeto-avisamos-postos-de-fortaleza>. Acesso em: mar. 2016.

ESCOREL, S.; TEIXEIRA, L. A. História das políticas de saúde no Brasil de 1822 a 1963: do império ao desenvolvimentismo populista. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.), **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012.

ESCOREL, Sarah. História das Políticas de Saúde no Brasil: de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012. p. 333-384.

ESCOREL, S. **Reviravolta da Saúde:** origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.

_____. **Saúde Pública Utopia de Brasil.** Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2000.

ERDMANN, A.L. et al. A atenção secundária em saúde: melhores práticas na rede de serviços. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.** Artigo Original 21(Spec): jan-fev. 2013.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 5. ed. São Paulo:Atlas, 2009.

LEVCOVITZ, E.; LIMA, L. D. ; MACHADO, C. V. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das normas operacionais básicas. **Ciência & Saúde Coletiva,** v.6, n.2, p. 269-291,2001.

MACHADO, C. V. Regulação da política nacional de saúde: estratégias e tendências. **Cadernos de Saúde Pública,** 23(9): 2.113-2.126. In: NEGR1, B.; VIANA, A. L. d'A. (Org.). **O SUS em Dez Anos de Desafio.** São Paulo: Sobravime, Cealag, 2002.

MONTEIRO, M. M.; FIGUEIREDO, V.P.; MACHADO, M. F. A. S. Formação do vínculo na implantação do Programa de Saúde da Família numa Unidade Básica de Saúde. **Ver. Esc. Enferm. USO,** v. 43, n. 2, 2009.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. O desafio da pesquisa social. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza; GOMES, Suely Ferreira Deslandes Romeu (Org.). **Pesquisa social:** teoria, método e criatividade. 27. ed. Petrópolis: Vozes, 2010.

NORONHA, José Carvalho de; LIMA, Luciana Dias de; MACHADO, Cristiani Vieira. Sistema Único de Saúde (SUS). In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.), **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012.

OLIVEIRA, J. A. de A. ; TEIXEIRA, S.M. F. **(In)previdencia Social: 60 anos de história da Previdência no Brasil.** Petrópolis: Vozes, Abrasco, 1986.

PINTO, H.A.; SOUSA, A.; FLORÊNCIO, A.R. **O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica:** Reflexões sobre o seu desenho e processo de implantação. 2014. Disponível em:
<http://www.pucsp.br/prosaude/downloads/bibliografia/artigo_pmaq_revista.pdf>.

SOUZA, C. Governos e sociedades locais em contextos de desigualdades e de descentralização. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.7, n.3, p. 431-442, 2002.

SAVASSI, L. C. M. A satisfação do usuário e a autopercepção da saúde em atenção primária. **R Bras. Med. Fam. Comun.** 2010; v.5, n.17, p.3-5.

SILVA, M.V.S. et al. Regulação do acesso à saúde: o processo de trabalho administrativo da enfermagem. **Esc Anna Nery.** 2011; v.15, p. 550-7.

TEIXEIRA, S. M. F. Descentralização dos serviços de saúde: dimensões analíticas. **Revista de Administração Pública**, v. 24, n.2, p. 78-99, 1990.

TEIXEIRA, R.R. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A., (Org.). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas de saúde.** Rio de Janeiro: Editora da UFRJ/Instituto de Medicina Social; 2003. p. 89-111.

TEIXEIRA FLEURY, Sônia. O Dilema da Reforma Sanitária Brasileira. In: Teixeira Fleury e Campos (Org.). **Reforma Sanitária Itália e Brasil.** São Paulo: HUCITEC – CEBES, 1988.

VERGARA, S. C. **Projetos e relatórios de pesquisa em Administração.** São Paulo: Atlas, 2004.

VIANA, A. L. d'A.; MACHADO, C. V. Proteção social em saúde: um balanço dos 20 anos do SUS. **Revista de Saúde Coletiva**, v.18, p. 645-684, 2008.

APÊNDICE

APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA

FACULDADE RATIO

CURSO DE SERVIÇO SOCIAL

Roteiro de entrevista- Usuário

1. Dados dos usuários

Sexo _____ Idade _____

Escolaridade _____

Estado civil _____ Cargo _____

Tempo de serviço _____

- 1) Como você compreende o conceito de saúde como direito de todos e dever do Estado?

- 2) Quais os serviços e programas desenvolvidos na Unidade Básica de Saúde que você conhece?

- 3) Quais os principais serviços de saúde que você procura nesta Unidade Básica?

- 4) Em sua percepção, quais os serviços oferecidos pela UAPS que proporciona a ampliação da garantia do acesso dos usuários aos serviços?

- 5) Como você tem acesso à Unidade de Atenção Primária a Saúde?