



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

SALVELINA PORTELA OLIVEIRA

**USUÁRIOS DO SUS EM UMA UNIDADE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
DE FORTALEZA: ACESSO À SAÚDE**

**FORTALEZA – CE
2019**

SALVELINA PORTELA OLIVEIRA

USUÁRIOS DO SUS NA UNIDADE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À
SAÚDE DE FORTALEZA: ACESSO À SAÚDE

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.

Orientador (a): Prof. Dra. Virzângela Paula Sandy Mendes.

FORTALEZA - CE

2019

SALVELINA PORTELA OLIVEIRA

USUÁRIOS DO SUS NA UNIDADE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À
SAÚDE DE FORTALEZA: ACESSO À SAÚDE

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.

Orientador (a): Prof. Ms. Virzângela Paula Sandy Mendes.

Aprovada em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof^a Dra. Virzângela Paula Sandy Mendes (Orientadora)
RATIO – Faculdade Teológica e Filosófica

Prof^a Esp. Francisca Emmanuella Saraiva Martins
RATIO – Faculdade Teológica e Filosófica

Prof. Ms. Rosa Ângela Brito Falcão
RATIO – Faculdade Teológica e Filosófica

FORTALEZA – CE

2019

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiro a Deus por ter me mantido na trilha certa durante este projeto de pesquisa com saúde e forças para chegar até o final.

Agradeço à minha Mãe Raimunda Pires Cunha e ao meu Pai José Portela Sobrinho (in memória) por todo o amor e cuidado que sempre tiveram comigo, além do exemplo da educação, luta, força, dedicação, honestidade e valores que fizeram de mim o que sou hoje.

Não poderia deixar de agradecer a ele, meu companheiro, pessoa muito especial, que esteve sempre ao meu lado me incentivando e acreditando no meu potencial, e que, além disso, por meio de carinho, incentivo e amor me deu forças para chegar até aqui. Cada “estou orgulhoso de ti” me incentivou a continuar. Obrigada Erlon do Nascimento Oliveira.

Aos meus filhos Erlisson Lucas Portela, Evaldo Guilherme Portela Oliveira e lasmin Bruna Portela por estarem ao meu lado e por me fazer ter confiança nas minhas decisões. Além de compreenderem as várias horas em que estive ausente por causa do desenvolvimento deste trabalho. Amo vocês filhos!

Agradeço em especial aos amigos e colegas de faculdade, vocês são guerreiros. Vivenciei as lutas de cada um para chegarem até aqui. Agradeço a todos pela oportunidade do convívio e pela cooperação mútua durante estes anos. Obrigada pela amizade e por todos os momentos que passamos juntas.

Não poderia deixar de agradecer à minha querida orientadora, que aceitou me orientar no pouco tempo que tínhamos e pelo incentivo e confiança que depositou em mim. Dedicando também inúmeras horas para sanar as minhas questões e me colocar na direção correta. Obrigada, Virzângela, sua garra e inteligência são admiráveis.

Agradeço também às professoras Socorro e Emanuelle Martins, por aceitarem o convite para serem avaliadoras deste trabalho.

Enfim, a todos que, direta ou indiretamente, fazem parte desta história, meu muito obrigada!

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todos os meus professores da Graduação pela dedicação e por todo o conhecimento compartilhado. Gratidão!

"Toda pessoa tem direito a um nível de vida suficiente para assegurar a sua saúde, o seu bem-estar e o de sua família, especialmente para a alimentação, o vestuário, a moradia, a assistência médica e para os serviços sociais necessários".

(Artigo 25 da Declaração Universal dos Direitos do Homem).

RESUMO

O presente trabalho analisa, através de observações diretas, como se dá a assistência médica a hipertensos e diabéticos dentro de uma Unidade de Atenção Primária a Saúde (UAPS) em Fortaleza. Estudos revelam que a atenção básica eficiente e eficaz pode resolver entre 80% e 90% dos problemas da realidade da população. Desse modo, esse estudo teve como objetivo desta pesquisa analisar através da observação direta como ocorre o acesso de diabéticos e hipertensos a atenção básica em uma unidade de saúde em Fortaleza-CE. Como objetivos específicos, tivemos: discorrer sobre as políticas públicas de saúde desenvolvidas no âmbito da atenção básica; analisar as principais demandas dos usuários hipertensos e diabéticos de uma Unidade de Atenção Primária de Saúde em Fortaleza-CE; Descrever o processo de marcação de consultas e acesso a medicamentos. Este estudo teve abordagem qualitativa, utilizando pesquisa bibliográfica e de campo onde a coleta de dados foi por meio de observação direta em uma unidade de saúde de Fortaleza. A pesquisa constatou que os usuários hipertensos e diabéticos que procuraram a UAPS para atendimento, em geral, mantêm um vínculo frágil com a mesma e que os usuários buscam três atividades básicas: fornecimento de medicamentos, realização de exames laboratoriais e consultas médicas. Este fato demonstrou que a compreensão do processo saúde doença pode aproximar ou afastar os hipertensos e os diabéticos da unidade, pelo fato de os mesmos terem uma tendência de só procurar a unidade de saúde quando se percebem “doentes”, não compreendendo a importância de um acompanhamento para a prevenção e promoção em saúde.

Palavras-chaves: Sistema Único de Saúde. Cuidados Básicos de Saúde. Política de Saúde Pública.

ABSTRACT

This paper analyzes, through direct observations, how medical care is given to hypertensive and diabetic patients in a Primary Health Care Unit (UAPS) in Fortaleza. Studies show that efficient and effective primary care can solve between 80% and 90% of the problems of the population's reality. Thus, this study aimed to analyze through direct observation how occurs the access of diabetics and hypertensive to primary care in a health unit in Fortaleza-CE. As specific goals we had? discuss the public health policies developed in the context of primary care; to analyze the main demands of hypertensive and diabetic users of a Primary Health Care Unit in Fortaleza-CE; Describe the process of making appointments and access to medicines. This study had a qualitative approach, using bibliographic and field research where data collection was through direct observation in a health unit of Fortaleza. The survey found that hypertensive and diabetic users who sought UAPS for care generally maintain a fragile bond with them, and that users pursue three basic activities: drug delivery, laboratory testing, and medical appointments. This fact demonstrated that the understanding of the health disease process can bring hypertensive and diabetic patients closer or further away from the unit, as they have a tendency to look for the health unit only when they perceive themselves as "sick", not understanding the importance of a monitoring for prevention and health promotion.

Keywords: Unified Health System. Basic Health Care. Public Health Policy.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPS – Caixa de Aposentadoria e Pensão

CEBES - Centro Brasileiro de Estudos de saúde

CF – Constituição federal

CLT – Consolidação das Leis Trabalhistas

CNS - Conselho Nacional de Saúde

CORES - Coordenadorias Regionais de Saúde

ESF - Estratégia Saúde da Família

IAPS – Instituto de Aposentadoria e Pensão

INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

INPS – Instituto Nacional de previdência Social

ISGH - Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar

LOS - Lei Orgânica da Saúde

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde

PBF - Programa Bolsa Família

PNH - Política Nacional de Humanização

PSE - Programa Saúde na Escola

PSE – Programa Saúde na escola

PSF - Programa Saúde da Família

RAS - Redes de Atenção à Saúde

SUS – Sistema Unico de Saúde.

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecidos

UAPS – unidade de Atenção Primária à Saúde

UBS - Unidades Básicas de Saúde.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2. PERCURSO METODOLÓGICO.....	15
2.1 Aproximação com o objeto de estudo	15
2.2 A inserção em campo e a minha observação	16
3. CONTEXTO DA SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRA	18
3.1 Da reforma Sanitária ao Sistema Único de Saúde	18
3.2 A abordagem sobre a atenção Primária.....	24
3.3 Conjunturas política brasileira: desafios para o sistema único de saúde	27
4. O ACESSO AOS SERVIÇOS DA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE: OBSERVACOES EM UMA UNIDADE DE FORTALEZA-CE.....	29
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	37
REFERENCIAS.....	39

1 INTRODUÇÃO

Considerando o cenário da saúde pública no Brasil, podemos dizer que houve avanços com a criação do Sistema único de Saúde (SUS). Através da Constituição Federal de 1988 foi determinada a obrigatoriedade do Estado em garantir saúde para todos, baseando-se pelos princípios e diretrizes estabelecidos pela Lei Orgânica da saúde: democratização do acesso, universalização das ações, descentralização, melhoria da qualidade dos serviços, adoção de um novo modelo assistencial pautado na integralidade e equidade das ações (BERNARDINO, et al, 2006).

A Lei Orgânica da Saúde – LOS (Lei 8080, de 19 de setembro de 1990), instituiu o SUS com comando único em cada esfera de governo e definiu o Ministério da Saúde como gestor no âmbito da União. A referida Lei estabelece a “universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência”.

No que se refere aos sistemas de garantia de saúde pública, o SUS é um dos maiores do mundo, sendo o único a garantir a assistência integral e completamente gratuita para a totalidade da população, abrangendo ainda, pacientes portadores do HIV, pacientes renais crônicos e pacientes com câncer. Vale salientar que essa assistência estende-se da atenção básica até os atendimentos ambulatoriais de alta complexidade (BRASIL, 2002).

Entretanto, o atendimento deixa a desejar em eficiência e eficácia devido a burocratização da gestão aplicada, outro fator, é a ausência de atendimento humanizado por parte de alguns profissionais, e muitas vezes acabam deixando seus pacientes e usuários insatisfeitos devido ao atendimento sem qualidade. Nesse sentido, pensando na melhoria dos serviços, o SUS criou um dispositivo para favorecer ações de humanização no âmbito da atenção e da gestão da saúde no Brasil, a política Humaniza SUS. Essa política visa pôr em prática os princípios do SUS no cotidiano dos serviços, estimulando a comunicação entre gestão, profissionais e usuários, na tentativa de produzir mudanças no modo de gerir e cuidar.

O Ministério da Saúde enfatiza que a humanização é vista não como programa, mas como política pública que atravessa/transversaliza as diferentes ações e instâncias gestoras do SUS. Ao chegar a um serviço de saúde, a primeira

etapa para termos acesso é o acolhimento, que a política traz como reconhecimento de que o usuário do serviço tem uma necessidade de saúde que precisa ser solucionada, e por trás da queixa, existe um cidadão com ciclos sociais e necessidades que podem colaborar para a situação daquela pessoa. É através do diálogo, o acolhimento que é uma peça fundamental no processo de humanização do atendimento, que será estabelecido um vínculo, que à medida que for sendo fortalecido, melhor será a abertura do usuário para dar sinais sobre o que pode estar causando o seu adoecimento.

De acordo com Paim (2018), o SUS apresenta uma rede de instituições de ensino e pesquisa (universidades, institutos e escolas de saúde pública) que auxiliam na sua sustentabilidade institucional, haja vista, possibilitar que uma gama de pessoas adquiram conhecimentos, habilidades e valores atrelados aos princípios e diretrizes do sistema.

Conforme Brasil (2010), o funcionamento do SUS se dar por meio das Redes de Atenção à Saúde (RAS) – conceito trabalhado desde a Reforma Sanitária, mas somente em 2010 é que pôde ser estabelecidas diretrizes para organização das RAS. Sua estrutura operacional é constituída por cinco componentes:

A estrutura operacional das RAS compõem-se de cinco componentes: o centro de comunicação, a APS; os pontos de atenção à saúde secundários e terciários; os sistemas de apoio (sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico, sistemas de assistência farmacêutica, sistema de Telê assistência e sistemas de informação em saúde); os sistemas logísticos (registro eletrônico em saúde, sistemas de acesso regulado à atenção e sistemas de transporte em saúde); e o sistema de governança da RAS (BRASIL, 2014, p. 25).

Para Starfield (2002), a atenção primária é uma abordagem que forma a base e determina o trabalho dos demais níveis de atenção à saúde. Assim, no entendimento da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS, 2007), quer em países desenvolvidos quanto menos desenvolvidos, a Atenção Primária à Saúde (APS) tornou-se o modelo padrão para o sistema de saúde eficaz.

Na concepção de Abrahão (2007) e Mendes (2013), o Brasil no que se refere à APS, utiliza o modelo Estratégia Saúde da Família (ESF). Esse modelo começou em 1994, sendo desenvolvido como uma ação de extensão para cobertura assistencial. Atualmente, o programa tornou-se o maior programa assistencial do país sendo considerado estratégico para reorganizar o SUS, além de apresentar potencial para estruturar a APS no Brasil.

Diante do exposto, o trabalho de conclusão de curso teve como objetivo geral: analisar através da observação direta, como se dá o acesso de diabéticos e hipertensos à atenção básica em uma unidade de saúde em Fortaleza-CE. E como objetivos específicos: discorrer sobre as políticas públicas de saúde desenvolvidas no âmbito da atenção básica; analisar as principais demandas dos usuários hipertensos e diabéticos de uma Unidade de Atenção Primária de Saúde em Fortaleza-CE; Descrever o processo de marcação de consultas e acesso a medicamentos.

A escolha do tema se deu através das minhas experiências do cotidiano de trabalho, observando as queixas dos usuários, dada a dificuldade de acesso às consultas, exames e medicamentos e também é reflexo da baixa cobertura da estratégia de saúde da família no território da UAPS. Diante disso, surgiram inquietações e o desejo de investigar mais profundamente sobre essas problemáticas.

Outro fator impulsionador é a falta de um bom acolhimento feito pelos profissionais nesta UAPS, voltada para o atendimento aos usuários que devem ser acolhidos, no entanto, com a falta de profissionais que são insuficientes para uma demanda gigante, tornando insatisfatório para ambas as partes. Portanto, se faz necessário mais profissionais para satisfazer a população no sentido de suprir a demanda da comunidade tentando diminuir a insatisfação do usuário na unidade (MARIA, 2016).

Para que essa pesquisa fosse realizada, necessariamente houve um caminho metodológico a ser seguido, conforme os protocolos acadêmicos que se referem à pesquisa, como forma de conhecer a realidade e pensar intervenções práticas pautadas na real necessidade dos usuários da unidade de saúde, nesse caso, ultrapassando assim o senso comum, que ausentes procedimentos metodológicos, a pesquisa corre o risco de mostrar em seus resultados, conforme as exposições de Marcone e Lakatos (2003) sobre o conhecimento popular, ou senso comum, e o conhecimento científico, o primeiro sendo falível e inexato, enquanto o segundo também é falível e se aproximadamente exato, pois as hipóteses que não podem ser comprovadas não pertencem ao âmbito da ciência.

De outro modo, foi necessário utilizarmos os procedimentos metodológicos, que detalharemos a seguir, para que de forma sistematizada os dados e

informações coletados a serem analisados tivessem um caráter científico e ultrapassem a superficialidade do censo comum.

Dessa forma, inicialmente percebemos a necessidade da abordagem qualitativa, por se tratar de informações que envolvem as percepções de indivíduos em relação a uma determinada realidade que se caracteriza enquanto social, dentro da esfera pública. Minayo (2010, p.75), descreve pesquisa qualitativa como:

É o que se aplica ao estudo da história, das relações, das percepções e das opiniões, produto das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam. Embora já tenham sido usadas para estudos de aglomerados de grandes dimensões (IBGE, 1976; Parga Nina et. Al 1985), as abordagens qualitativas se conformam melhor a investigações de grupos e segmentos delimitados e focalizados, de histórias sociais sob a ótica dos atores, de relações e para análises de discursos e de documentos.

Utilizamos o estudo bibliográfico como etapa inicial da análise realizada, considerando o que já vem sendo estudado pelos pesquisados mais experientes ou que estão buscando apresentar novos aspectos de determinada situação, dialogando com os autores que abordem de alguma forma o objeto da pesquisa. Nesse sentido:

A pesquisa bibliográfica é feita a partir do levantamento de referências teóricas já analisadas, e publicadas por meios escritos e eletrônicos, como livros, artigos científicos, páginas de web sites. Qualquer trabalho científico inicia-se com uma pesquisa bibliográfica, que permite ao pesquisador conhecer o que já se estudou sobre o assunto. Existem, porém pesquisas científicas que se baseiam unicamente na pesquisa bibliográfica, procurando referências teóricas publicadas com o objetivo de recolher informações ou conhecimentos prévios sobre o problema a respeito do qual se procura a resposta (FONSECA, 2002, p. 32).

Para a coleta das informações em relação ao que se propõe essa pesquisa, foi realizada uma pesquisa de campo, que por questões burocráticas na instituição e a demora da resposta no Comitê de Ética da Plataforma Brasil, se limitou a observação direta, com o auxílio do diário de campo para registrar os fenômenos observados.

A pesquisa de campo caracteriza-se pelas investigações em que, além da pesquisa bibliográfica e/ou documental, se realiza coleta de dados junto a pessoas, com o recurso de diferentes tipos de pesquisa (FONSECA, 2002).

O cenário da pesquisa em uma unidade de atenção Básica à Saúde em Fortaleza. As UAPS oferecem serviços de assistência farmacêutica, Cartão

Nacional DST/Aids e Hepatites Virais, Rede de Atenção às condições crônicas de marcação de consultas e exames especializados, acolhimento em saúde bucal, programa Saúde na escola (PSE) e Atenção à Saúde da mulher (CEARÁ, 2014).

Para a realização da pesquisa de campo foi utilizada a técnica da observação. A observação foi aplicada para que a realidade cotidiana fosse observada para que a pesquisa possuísse uma abordagem que ultrapassa o imediato dos fatos no momento das entrevistas.

Segundo Fonseca (2002, p.17):

Observar é aplicar atentamente os sentidos a um objetivo, para adquirir um conhecimento claro e preciso. A observação é de importância capital nas ciências. É dela que depende o valor de todos os outros processos. Sem observação o estudo da realidade e de suas leis reduzir-se-á sempre à simples conjectura e adivinhação.

A observação direta foi auxiliada pelo diário de campo, que muito válido na análise dos dados apresentados pelos sujeitos entrevistados e o que foi observado em campo. O diário de campo também foi fundamental para a observação do cotidiano das demandas da unidade de saúde definida como campo de pesquisa, para que fossem relatadas as situações de forma crítica e detalhada das informações.

Os sujeitos participantes foram os próprios usuários que buscam serviços na unidade, de ambos os sexos. Para a escolha dos sujeitos foram estabelecidos alguns critérios: idade entre 40 à 60 anos, que fossem hipertensos e diabéticos.

O estudo respeitou as diretrizes e critérios estabelecidos na Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), mesmo sendo de revisão, os preceitos éticos estabelecidos no que se refere a zelar pela legitimidade, privacidade e sigilo das informações, quando necessárias.

Este trabalho foi dividido em quatro capítulos. O primeiro, apresenta a introdução. O segundo capítulo, apresenta o percurso metodológico, discorrendo sobre a aproximação com o objeto de estudo, além de apresentar a inserção em campo, as estratégias e desafios enfrentados para a realização da pesquisa.

No terceiro capítulo, apresenta-se o contexto da saúde pública no Brasil, refletindo sobre os desafios enfrentados pela população brasileira, desde o contexto da reforma sanitária à efetivação do Sistema Único de Saúde, apresentado como ele se instituiu e quais os desafios na conjuntura brasileira atual, no que se refere à

garantia de direitos de saúde para a população que é, ou deveria ser, atendida por ele.

Por fim, apresentar as anotações do diário de campo, fruto da observação direta realizada na UAPS, relacionando as anotações com o cotidiano de atendimento aos usuários hipertensos e diabéticos. Em seguida, são apresentadas as considerações finais.

Acreditamos que o SUS é fundamental para a garantia de direitos de saúde da população brasileira, na medida em que quando se observa na história do Brasil, no contexto da reforma sanitária havia muitas necessidades no que tange a saúde pública. A partir do SUS pode ser observadas alterações neste sentido.

Dessa forma, é necessário que sejam consideradas as percepções dos usuários em relação ao atendimento e a eficiência do serviço oferecido pelo SUS. Daí, este trabalho se propõe a contribuir na medida em que os resultados sejam apresentados como produto de investigação da realidade social do recorte da população em que se inserem os sujeitos dessa pesquisa.

2. PERCURSO METODOLÓGICO

2.1 Aproximação com o objeto de estudo

Abordo nesse capítulo, os fatos que levaram a escolha do tema e a elaboração do referido trabalho. Não podendo deixar de frisar que foi neste capítulo que a exposição de fatos importantes ocorreu para que a construção da monografia fosse realizada com clareza e objetivo.

Nesse período, indo de pesquisa um e no dia-a-dia em meu trabalho percebi que a situação dos pacientes me inquietava e acreditei que poderia fazer a diferença na vida daquela comunidade usuários focando (hipertensos e diabéticos), no que se refere a um atendimento humanitário.

Diante disso fiz uma pesquisa sobre alguns cursos acadêmicos e no serviço social me identifiquei, não sabia ao certo o que fazia e quem era esse profissional. Fui compreendendo seu real papel e quem era esse profissional no decorrer do curso, pois tinha outro pensamento a respeito, mesmo ainda achando que este profissional simplesmente ajudava as pessoas.

Entre encontros e desencontros de oportunidades, sempre tive o desejo de retomar os estudos para um dia me formar e “ser alguém na vida”, como dizia na época. Após 10 anos que terminei o Ensino Fundamental, iniciei o Ensino Médio, uma realização que me enchia de esperança para a sonhada formatura de nível superior. Sempre quis trabalhar na área da saúde, na época, como fisioterapeuta por conta de uma doença adquirida pela minha mãe.

Mesmo em uma situação familiar de modelo patriarcal que limitava as oportunidades de dar continuidade aos estudos e conseqüentemente ascender profissionalmente, nunca deixei morrer o desejo de me dedicar profissionalmente a cuidados com “o outro”, ainda com o desejo de cursar fisioterapia, agora, motivada também pelas ocasiões que necessitava levar meu filho para fisioterapeuta e a espera pelo atendimento era exaustivo pela lentidão. Mas a situação financeira ainda não permitia, pois ainda não possuía autonomia financeira, que só melhorou com o benefício do Programa Bolsa Família no ano de 2012.

No ano de 2016 tomei a decisão de retomar meus estudos, agora com uma situação financeira melhor que na época de jovem e solteira, consciente da minha decisão e das conseqüências, pesquisei como ingressar, após quase 20 anos de

término de Ensino Médio, no Ensino Superior. O sonho de cursar fisioterapia ainda continuava, no entanto, o valor ainda não era acessível para mim.

Faço questão de mencionar que a situação que me impedia de cursar fisioterapia era a parte financeira, por ser a realidade de muitas das famílias brasileiras, fruto da desigualdade social, o que consigo dar essa ênfase apenas hoje, no processo de conclusão de serviço social. Sou uma das que se insere na classe trabalhadora, e me identifico com a situação vivenciada de constantes violações de direitos e do capitalismo que tenta enfraquecer a luta de classes.

Por essa razão, como um dos passos para fortalecimento da luta de classes, primeiramente me identifico com essa classe, para me unindo a ela lutar pelos nossos direitos, questão que percebo com um olhar de assistente social em formação.

Quando iniciei o curso, já fui percebendo que não era como pensava, contudo, me identificava ainda mais com a essência da categoria, com a incessante luta intransigente dos direitos humanos, sempre do lado do trabalhador, o mais fraco, se estiver sozinho, nessa luta de classes. Ainda na disciplina de metodologia científica, fui “informada” sobre o TCC e sobre o processo de escolha da temática.

No decorrer do curso percebia ainda mais a realidade cotidiana na UAPS em que trabalho, além da relação com as experiências ruins da minha família. Então comecei a fazer anotações Disciplina de Pesquisa em Serviço Social I, comecei a traçar os objetivos, e em Pesquisa II fui aprofundando os estudos, definindo a metodologia construí o projeto.

2.2 A inserção em campo e a minha observação

A cada disciplina de pesquisa ia aprofundando e me instigando pela temática, me inquietando a cada dia com os objetivos, aperfeiçoando as reflexões, nas observações e registros no diário de campo, adaptando sempre as discussões propostas neste trabalho de conclusão. Nessa medida, iniciei os registros no diário de campo, na medida em que as inquietações iam amadurecendo, na medida em que as situações iam ocorrendo, o objeto de estudo ia tomando forma.

Para mim, enquanto pesquisadora, foi muito desafiante, pois o diálogo com a gestão da unidade estava ocorrendo de modo harmônico deixava de assim ser. No decorrer da disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso I, esta pesquisa tinha

como objetivo analisar as percepções dos usuários em relação ao atendimento da saúde pública, especificamente os da unidade a qual realizei as observações.

Entretanto, com alguns conflitos políticos na unidade somados a demora na aprovação da pesquisa no Comitê de Ética da Plataforma Brasil, a gestora se colocou como desfavorável para a realização da pesquisa com o objetivo mencionado anteriormente, que utilizaria a técnica de entrevista, acrescida da observação direta, a qual já havia sendo registrada em diário de campo.

Por conta dessas dificuldades, me apresentei à orientadora deste trabalho com queixas de desistência, oportunidade em que fui orientada a analisar a minha vivência desde o momento em que este objeto foi definido, quando chegamos a proposta que se encontra nesta monografia: através de um olhar e vivência, observando as queixas dos usuários, dada a dificuldade de acesso a consultas, exames e medicamentos. Diante disso, surgiram inquietações e o desejo de investigar mais profundamente sobre essa problemática.

Vale ressaltar que atua na UAPS há 6 (seis) anos como auxiliar de escritório, atuando diretamente no atendimento de marcação de consultas, cadastros e agendamentos diversos, o que proporciona uma visão geral sobre o público que procura os serviços de saúde como um direito garantido pela constituição Federal de 1988.

3. CONTEXTO DA SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRA

3.1 Da reforma Sanitária ao Sistema Único de Saúde

Com base na literatura brasileira, a história da saúde pública no Brasil tem sido marcada por sucessivas mudanças. De acordo com Brasil (2013), antes da chegada dos europeus em solo brasileiro, povos indígenas já habitavam o território há centenas de anos. Esses povos já tinham enfermidades, mas com a chegada dos portugueses a situação piorou, doenças comuns na Europa acabaram sendo trazidas para o Brasil. Contudo, a saúde pública não era uma preocupação.

Assim, cada indivíduo era responsável por si e quando era preciso, buscavam ajuda de pajés, curandeiros ou boticários que viajavam pelo país. Não havia políticas públicas estruturadas e o acesso a tratamentos e cuidados médicos dependia da classe social de cada um. A facilidade de acesso a médicos e remédios da época era para as pessoas nobres e colonos brancos que tivessem terras e posses, aumentando assim suas chances de sobrevivência.

Com a chegada da família real portuguesa no Brasil, as mudanças começaram a surgir, pois uma das primeiras medidas foi a criação de cursos universitários, dando surgimento às formações em Medicina, Cirurgia e Química. Como pioneiros, temos a Escola de Cirurgia do Rio de Janeiro e o Colégio Médico-Cirúrgico no Real Hospital Militar de Salvador. Com o passar do tempo os médicos estrangeiros foram substituídos por médicos formados no Brasil.

Por mais que os avanços na saúde pública tenham sido pequenos durante o reinado de D. Pedro I após declarar a Independência do Brasil, alguns dos seus feitos, merecem destaque como a instauração da vacina contra a varíola em todas as crianças (além da varíola as medidas buscavam controlar a disseminação da tuberculose, malária e febre amarela), a criação do Instituto Vacínico do Império, a instauração das Juntas Municipais e o estabelecimento da Lei da Junta Central de Higiene Pública.

Com o golpe militar que derrubou o reinado de D. Pedro II em 1889, instaurou-se a República do Brasil. Com isso, o sanitarista Oswaldo Cruz baseando-se nos estudos do Instituto Soroterápico Federal e na necessidade de reforma urbana e sanitário da cidade do Rio de Janeiro, iniciou-se uma fase de intensas mudanças na saúde pública brasileira. Utilizando-se de medidas autoritaristas e

militares, em nome da saúde pública, muitas casas foram demolidas, pessoas desalojadas, mosquitos combatidos, doentes isolados e vacinações realizadas à força.

As medidas de Oswaldo Cruz, não agradou a população, pois os objetivos da campanha de vacinação não foram comunicados a população, ocasionando a “revolta da vacina”. Contudo, o sucessor de Oswaldo Cruz, o sanitarista Carlos Chagas conseguiu equilibrar as ações sem causar oposição popular. As ações dos sanitaristas e a importância dos cuidados com a saúde chegaram até o sertão nordestino. Mesmo com a disseminação da vacina, as pessoas continuavam vitimadas por doenças, devido as suas moradias precárias.

Entretanto, o sistema de saúde, apesar dos avanços, continuava na informalidade, baseado em consultas particulares, sem assistência em casos de acidentes, remuneração nas férias ou qualquer legislação trabalhista. Foi através da imigração de trabalhadores que a pressão para a criação de um sistema de saúde aumentou, levando ao surgimento da Lei Eloi Chaves em 1923, foram criadas as Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPS), com a finalidade de garantir proteção na velhice e na doença. As CAPS eram mantidas e geridas pelas empresas e ofereciam serviços médicos aos funcionários e suas famílias, davam direitos a descontos em medicamentos, aposentadoria e pensão para herdeiros. A Lei não favorecia aos desempregados e nem as pessoas que moravam na zona rural.

Desde a colonização do Brasil, a ligação entre entidades religiosas e tratamentos de saúde é bastante forte. Movimentos das igrejas Católica, Protestante, Evangélica, Comunidade Espírita e outras, se destinaram a prestar assistência médica as pessoas. Durante décadas, a Santa Casa de Misericórdia foi a única opção de tratamento para as pessoas que não tinham dinheiro. A instituição foi fundada por religiosos com a ideia de caridade e mantida pelas doações da comunidade. A partir da década de 40, mudaram seu propósito funcionando por meio da filantropia, sendo uma forma de “tornar a ajuda útil àqueles que dela necessitam”.

Já no ano de 1953, foi criado o Ministério da Saúde, dedicado à criação de políticas de saúde voltadas principalmente no atendimento nas zonas rurais, pois a saúde nas cidades era privilégio de quem tinha carteira assinada. E, para consolidar a importância do atendimento na saúde pública no Brasil, as Conferências tiveram

um papel muito importante. Com destaque especial para a 3ª Conferência Nacional de Saúde que apresentou diversos estudos sobre a criação de um sistema de saúde para todos, destacando que o direito à saúde deveria ser universal.

A definição mais abrangente de saúde abarca toda qualidade de vida, não só à ausência de doenças. Desta forma, a saúde é um resultado das interações entre condições básicas e essenciais para a vida humana, ou seja, condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse de terra e acesso a serviços de saúde (PINHO et al., 2012).

Segundo Paiva e Teixeira (2014), a saúde no Brasil começou a sofrer mudanças durante o regime militar. Durante este período o Brasil vivia em um sistema passional entre as medidas previdenciárias e a saúde pública. O primeiro era voltado ao tratamento de trabalhadores urbanos de maneira individualizada, já o segundo, priorizava as partes pobres da população trabalhadora na prevenção de maneira majoritária, de caráter preventivo.

A saúde pública começa a sofrer algumas crises, considerando várias situações que já vinham enfrentando, como por exemplo, a privatização dos serviços de saúde. Foi um processo de amplas mobilizações que partiram, em sua maioria, desse movimento de privatização com o intuito de redemocratizar a sociedade brasileira, em meios às desigualdades, ter a saúde como direito fundamental de exercício da cidadania (OLIVEIRA e SOUTO, 2016).

Ainda conforme os autores supracitados, a ditadura militar teve um processo de modernização autoritária adotou uma estratégia de aliança entre os setores público e privado nacional e internacional. Nesse período, houve o chamado milagre econômico, que foi:

O crescimento econômico com arrocho salarial e perda do poder aquisitivo do salário-mínimo, enfatiza uma histórica concentração de renda, aumento das desigualdades sociais e também o aumento da dívida externa do país. Na área da saúde, a configuração é de uma cisão entre a saúde pública e individual, sendo o Ministério da Saúde, fragilizado financeiramente, responsável pela promoção da saúde, prevenção de doenças, pelo enfrentamento das grandes endemias e atendimentos aos chamados indigentes, e o Ministério da Previdência, através do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), responsável pelo atendimento individual aos portadores de carteira de trabalho. Nesse período, a saúde transforma-se em bem de consumo com o fomento à expansão do mercado de planos e seguros-saúde, e correspondente deterioração dos serviços públicos (p. 208).

Conforme os autores apontam, nesse período a situação da saúde público se tornou bastante delicada, pois o órgão responsável por ela estava com a situação econômica muito fragilizada, impedindo assim sua atuação eficaz na necessidade da população. Toda a atenção e cuidado de qualidade com a saúde se dava mais fortemente no setor privado, com a criação dos planos de saúde e os convênios com as instituições privadas.

Vale destacar que esse foi um período em que o Neoliberalismo se aproximava fortemente do Brasil, partindo de um movimento internacional muito próximo aos pensamentos do regime militar, de aproximação com o setor privado, sendo o estado o responsável pelo suprimento das necessidades paliativas, o que implicou mais fortemente na situação problematizada.

No contexto brasileiro, esses debates em torno da saúde ocorreram em um cenário de grandes transformações políticas e sociais. No campo político, os anos 1970 marcaram momento de grande repressão, mas também originaram iniciativas de extensão nos primeiros passos rumo a abertura democrática (PAIVA e TEIXEIRA, 2014, p. 20).

Observamos na bibliografia estudada que no contexto apresentado surgiram os movimentos que iam de encontro ao que era instituído. Observamos dois movimentos primordiais nesse contexto, o dos trabalhadores e usuários dos serviços que eram prejudicados fortemente, e por outro lado o dos médicos que também eram prejudicados em seus interesses profissionais.

O movimento popular pela saúde e o movimento dos médicos foram os principais. O primeiro surgiu a partir de grupos apoiados pela Igreja católica e pela militância de esquerda em bairros pobres de periferias das grandes cidades e tinha como uma de suas principais bandeiras a melhoria das condições de saúde dessas regiões. [...] Já o movimento dos médicos surgiu a partir de críticas ao sistema de saúde vigente e lutas da categoria por direitos trabalhistas. Lideradas por associações e sindicatos médicos, as greves e outras mobilizações reivindicavam melhores condições de trabalho e mudanças no sistema de saúde, caracterizando-se também como resistência ao processo de mudanças da medicina que transformava os médicos – típicos profissionais liberais – em trabalhadores assalariados e ainda como uma forma de luta pela democratização da sociedade (IBIDEM, p. 23).

Os dois movimentos, segundo os autores, foram importantes para que as discussões sobre a saúde fossem ampliadas, auxiliando na formatação dos

movimentos sanitários, embora cada um dos movimentos com os seus interesses particulares, conseguiram impulsionar a reforma que iniciava ali.

A Lei Orgânica da Saúde - LOS (Lei 8080, de 19 de setembro de 1990) instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS), com comando único em cada esfera de governo e definiu o Ministério da Saúde como gestor no âmbito da União. A referida Lei, no seu Capítulo II – Dos Princípios e Diretrizes, Art. 7º, estabelece entre os princípios do SUS a “universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência”.

Conforme a Constituição Federal (CF), princípios, diretrizes e competências do SUS estão estabelecidas nos artigos 196 a 200. Todavia, a CF não aborda com clareza o papel de cada esfera. Assim, um maior detalhamento da competência e das atribuições da direção do SUS em cada esfera – nacional, estadual e municipal –, é feito pela Lei 8080.

O SUS, em se tratando de sistemas públicos de saúde, é um dos maiores do mundo, sendo o único a garantir assistência integral e completamente gratuita para a totalidade da população. Abrangendo, ainda, pacientes portadores do HIV, pacientes renais crônicos e pacientes com câncer. Salienta-se, também, que essa assistência se estende da atenção básica até os atendimentos ambulatoriais de alta complexidade (BRASIL, 2002).

De acordo com Paim (2018), o SUS apresenta uma rede de instituições de ensino e pesquisa (universidades, institutos e escolas de saúde pública) que auxiliam na sua sustentabilidade institucional, haja vista possibilitar que uma gama de pessoas adquira conhecimentos, habilidades e valores atrelados aos princípios e diretrizes do sistema.

Considerando o cenário da saúde pública no Brasil, podemos dizer que houve avanços com a criação do Sistema único de Saúde (SUS). Através da Constituição Federal de 1988 ficou determinado a obrigatoriedade do Estado em garantir saúde para todos os brasileiros, baseando-se pelos princípios e diretrizes estabelecidos pela Lei Orgânica da saúde: (lei nº 8080/90) democratização do acesso, universalização das ações, descentralização, melhoria da qualidade dos serviços, adoção de um novo modelo assistencial pautado na integralidade e equidade das ações (PAIM, 2011).

Conforme (BRASIL 2010), o funcionamento do SUS se dar por meio das Redes de Atenção à Saúde (RAS) – conceito trabalhado desde a Reforma Sanitária,

mas somente em 2010 é que pôde ser estabelecidas diretrizes para organização das RAS. Sua estrutura operacional é constituída por cinco componentes:

A estrutura operacional das RAS compõem-se de cinco componentes: o centro de comunicação, a APS; os pontos de atenção à saúde secundários e terciários; os sistemas de apoio (sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico, sistemas de assistência farmacêutica, sistema de Tele assistência e sistemas de informação em saúde); os sistemas logísticos (registro eletrônico em saúde, sistemas de acesso regulado à atenção e sistemas de transporte em saúde); e o sistema de governança da RAS (BRASIL, 2014, p. 25).

O reconhecimento do direito à saúde e a responsabilidade da sociedade em garantir os cuidados básicos de saúde o estabelecimento do célebre tema “Saúde para Todos no ano 2000”, como estratégia da atenção primária à saúde, difundido a partir da Conferência de Alma-Ata, em 1978 (FACCHINI, 2018).

Enquanto isso, os centros hegemônicos da economia mundial revalorizavam o mercado como mecanismo privilegiado para a alocação de recursos e questionavam sobre a responsabilidade estatal na provisão de bens e serviços para o atendimento das necessidades sociais, inclusive no setor da saúde (PAIM, 2011).

A experiência brasileira da construção e formulação inicial do Sistema Único de Saúde (SUS), não enfatizou o escopo da Atenção Primária de Saúde (APS) (PAIM, 2011). A agenda da VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, que marcou as diretrizes da reforma sanitária brasileira, onde a preocupação central era garantir cobertura universal para eliminar a separação tradicional entre aqueles que tinham direito à assistência médica e aqueles que não tinham, que eram precisamente a maioria.

O foco na cobertura universal desviou a atenção da necessidade de introduzir mudanças na organização e na prestação de serviços. Essa primeira consideração é essencial para entender a ausência de APS nas formulações iniciais do SUS. Não foi até 1995, quando esta questão começou a ocupar um espaço central da agenda pública brasileira.

O Sistema Único de Saúde é um modelo focado na busca pela qualidade de vida e tem como objetivo prestar cuidados básicos a todos os cidadãos através da política nacional de cuidados básicos. Como também garantir a equidade no atendimento através da integridade de ações como promoção, proteção, prevenção, reabilitação e diagnóstico precoce, incluindo atendimento individual e comunitário e

atendimento ambiental. Tradicionalmente, fornece cuidados básicos de saúde sob a aplicação dos programas para crianças, mulheres, adultos e idosos. Consolidar ações para promover a saúde e a intersectorialidade (MOTTA, 2015).

O SUS é fundamental para a garantia de direitos de saúde da população brasileira, na medida em que se observa na história do Brasil, no contexto da reforma sanitário havia muitas necessidades no que tange a saúde pública. A partir do SUS pode ser observadas alterações neste sentido (PAIM, 2011).

3.2 A abordagem sobre a atenção Primária

Para Starfield (2002) a atenção primária é uma abordagem que forma a base e determina o trabalho dos demais níveis de atenção à saúde. Assim, no entendimento da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS, 2007), quer em países desenvolvidos quanto menos desenvolvidos, a Atenção Primária à Saúde (APS) tornou-se o modelo padrão para o sistema de saúde eficaz.

A atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos cientificamente aprovados e socialmente aceitáveis, universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis e a um custo que as comunidades e os países possam suportar, independente do seu estágio de desenvolvimento [...] É parte integral do sistema de saúde do país, do qual representa sua função central e o principal foco de desenvolvimento social e econômico da comunidade [...] (OMS, 1978, p.1).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) começou a promover a Atenção Primária a Saúde (APS) antes de 1978, quando foi adotada na Conferência Alma-Ata. A APS foi definida como cuidados de saúde essenciais com base em métodos e tecnologias práticas, cientificamente fundamentadas e socialmente aceitáveis, disponibilizadas a todos os indivíduos e famílias da comunidade por meio de sua participação plena e a um custo que a comunidade e o país possam assumir (FACCHINI, 2018).

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que

devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo, da continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. (BRASIL, 2017, s\p).¹

Segundo a OMS (2008), a APS é parte integrante do sistema único de saúde, do qual constitui a função central e o núcleo principal, bem como o desenvolvimento social e econômico global da comunidade. A renovação da APS é fundamental para revitalizar a capacidade dos países de articular uma estratégia coordenada, eficaz e sustentável que possa responder aos problemas de saúde existentes e enfrentar novos desafios à saúde.

O objetivo é alcançar uma melhoria sustentável da saúde para todos. Por sua vez, as reformas baseadas na APS visam canalizar os recursos da sociedade para uma situação de maior qualidade e não exclusão, serviços de saúde que giram em torno das necessidades e expectativas da população e políticas públicas que garantam a saúde comunitária.

No Documento de Posição da Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS (2007) foram propostos os valores, princípios e elementos essenciais em um sistema de saúde baseado na APS. Ele afirma que os valores são essenciais para estabelecer prioridades nacionais e avaliar se os pactos sociais respondem ou não às necessidades e expectativas da população. Os princípios permitem a construção de fundamentos para políticas de saúde, legislação, critérios de avaliação, geração e alocação de recursos e para o funcionamento do sistema de saúde, e os elementos são componentes estruturais e funcionais que se inter-relacionam e estão presentes em todos os níveis do sistema de saúde.

O Brasil, no que se refere à APS, utiliza o modelo Estratégia Saúde da Família (ESF). Esse modelo começou em 1994, sendo desenvolvido como uma ação de extensão para cobertura assistencial. Hoje, o programa tornou-se o maior programa assistencial do País sendo considerado estratégico para reorganizar o SUS, além de apresentar potencial para estruturar a APS no Brasil (ABRAHÃO, 2007; MENDES, 2013).

¹ Consultar o link a seguir para ver na íntegra <http://www.saude.gov.br/artigos/770-sistema-nacional-de-saude/40315-atencao-basica>. Acesso em 09\dez\2019.

As experiências dos serviços da APS no Brasil datam da década de 1920, com a implantação dos primeiros centros de saúde no estado de São Paulo. Outras iniciativas se seguiram, dentre as quais se destacam a importância: as unidades de saúde do Serviço Especial de Saúde Pública do Norte e Nordeste (1950), a "rede" dos Centros de Saúde do Ministério da Saúde de São Paulo (1968) e os Sistemas Locais de Saúde (SILOS) em Londrina (Paraná) e Montes Claros (Minas Gerais), nas décadas de 1970 e 1980 (MENDONÇA, 2008).

A sua concepção atende à necessidade de se conceber e elaborar propostas mais integrais que orientem as intervenções sobre a situação de saúde da população. Este modelo propõe ações iniciais desde o controle das causas, desde os determinantes sócio-ambientais e as necessidades sociais de saúde, condicionadas pelo modo de vida. A intervenção sobre esse momento constitui estratégias que geralmente ultrapassam as possibilidades e atribuições do setor saúde, aí incluídas intervenções sociais organizadas, políticas públicas transetoriais e práticas de promoção da saúde como disposto na Carta de Ottawa. O segundo nível de atuação seria o de controle de riscos baseada na noção epidemiológica que implica a ideia de probabilidade, de chance, com base em estudos epidemiológicos. Nessa perspectiva podem ser identificados fatores, condições, situações, áreas de risco. Esses riscos podem ser ocupacionais, ambientais, sociais, de serviços de saúde etc. As ações para esses momentos compõem ações da vigilância sanitária e da vigilância epidemiológica. (PAIM, 2003, p. 60)

Portanto, o Brasil tem uma longa tradição na prestação de cuidados básicos de saúde, com base na organização dos processos de trabalho sob a lógica dos "programas de saúde" de adultos, crianças e mulheres. As equipes tradicionais envolveram médicos, pediatras, ginecologistas e profissionais de saúde, além de enfermeiros, assistentes sociais e outros profissionais. Atualmente, esse modelo é altamente criticado por seu caráter rígido, burocrático e fragmentado.

De acordo com Brasil (2017), o modelo da ESF indica que uma equipe composta por um clínico geral e uma enfermeira cobre até 4.000 indivíduos (incluindo crianças). Inicialmente, esses números alertam para a necessidade de refletir sobre o planejamento que está sendo desenvolvido. É necessário obter mais dados de resultados para poder considerar melhor a eficácia dessa política.

As redes integradas de informação em saúde que existe no SUS são um dos aspectos diferenciais mais significativos do sistema de saúde. O paciente possui um cartão de saúde inicialmente feito na unidade de saúde com os dados da família e qual área pertence e que o identifica no sistema, permite buscar na farmácia os

medicamentos prescritos pelo médico, marcar consulta para o médico de sua área bem como manter o acompanhamento junto ao ACS.

Mendonça (2008) relatou que esse aspecto logístico requer investimentos significativos, mas proporciona maior segurança clínica, reduz o comparecimento frequente, evita a duplicação de exames e facilita a integração do cuidado. Atualmente, a informação é um verdadeiro desafio para a realidade brasileira. O cartão do SUS avança nessa direção e o Brasil também desenvolveu algumas experiências que superam as dificuldades lógicas de implementação, dada a magnitude do território.

3.3 Conjunturas política brasileira: desafios para o sistema único de saúde

É necessário identificar os limites e desafios da organização do SUS, que nas duas últimas décadas decidiu se concentrar na APS. Apesar de reconhecer que existem grandes diferenças geopolíticas, históricas e sociais, muitos dos aspectos descritos nesta pesquisa ajudam a formular uma estratégia que consolida o SUS. O Brasil partiu de uma atenção básica organizada por programas de saúde que evoluiu para o PSF. É precisamente essa orientação inicial para a saúde pública que persiste em uma orientação comunitária que é muito superior.

De acordo com o CONASS (2006, p.47), entre os desafios distinguem-se: o desafio da universalização; o desafio do financiamento; o desafio do modelo institucional; o desafio do modelo de atenção à saúde; o desafio da gestão do trabalho; e o desafio da participação social.

A Constituição Federal de 1988 postula acesso universal e igualitário às ações de promoção, proteção e recuperação da saúde e responsabiliza o Estado pela prestação de serviços.

A descentralização, ou seja, uma organização tríplice, com a autonomia das esferas de governo, tornou complexa a construção do sistema de saúde, pois municípios, estados e União não apresentam relação de hierarquia entre si (MIRANDA, 2017).

De acordo com Miranda (2017) “Os sistemas de saúde universais são considerados os que melhor respondem às necessidades da população”. Porém fica inviável por conta do desafio do subfinanciamento, visto que tem municípios com menos de 30mil habitantes o que também dificulta a organização de redes de

saúde, ainda mais em um cenário de crise política e financeira. O momento é de agir resistir, em defesa do SUS, para assegurar a garantia da universalidade, indiscutivelmente a maior conquista social da população brasileira.

De acordo com o CONASS (2010) o SUS presta serviços de forma descentralizada por meio de suas redes de clínicas, hospitais e outras instalações federais, estaduais e municipais, bem como em estabelecimentos privados. Com o apoio técnico e financeiro dos níveis estadual e federal, cada município é responsável por prestar atenção à sua população ou encaminhar usuários para outros municípios.

Existem outros órgãos públicos que prestam serviços de saúde: hospitais universitários e unidades do Ministério da Educação e das Forças Armadas. O SUS é responsável por coordenar o setor público e regular o setor privado, com cujas entidades estabelece acordos ou contratos mediante pagamento por serviços.

O setor privado complementa a assistência de serviços públicos. O SAMS é um sistema de planos de seguro que inclui medicina de grupo com planos de saúde para empresas e famílias, cooperativas médicas, planos auto gerenciados ou sistemas de seguro comercial e planos privados individuais.

O subsistema de desembolso direto é composto por clínicas, hospitais, clínicas e laboratórios privados não vinculados ao SUS, embora regulamentados pelas autoridades de saúde, e predominantemente utilizados pela população com maior renda (CONASS, 2010).

O SUS é financiado com impostos e contribuições sociais dos três níveis de governo: federal, estadual e municipal. Em 2004, a participação do governo federal no financiamento do SUS foi de 50,7%, enquanto as unidades da federação participaram com 26,6% e os municípios com 22,7%. Com a Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012 e a Emenda Constitucional 29, os municípios e Distrito Federal devem aplicar anualmente, no mínimo, 15% da arrecadação dos impostos em ações e serviços públicos de saúde cabendo aos estados 12% e a “União, o montante aplicado deve corresponder ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, acrescido do percentual relativo à variação do Produto Interno Bruto (PIB) do ano antecedente ao da lei orçamentária anual” (BRASIL, 2012).

Em 12 de novembro de 2019 é promulgada a portaria Nº 2.979, que aprova mudanças no modelo de financiamento da atenção primária à saúde, área que abrange o atendimento pelas equipes de saúde da família e em unidades básicas

de saúde. A vulnerabilidade socioeconômica dos pacientes, a presença maior de crianças e idosos na região e a distância dos municípios dos grandes centros urbanos também serão ponderados nesse novo modelo.

De acordo com a portaria, a ideia é que, com base nesses critérios, sejam aplicados pesos extras ao valor repassado por paciente. Um município rural ou remoto, assim, deve receber duas vezes mais por paciente cadastrado do que um município em área urbana como relata Natália Cancian da folha de São Paulo. Nos primeiros meses, o valor deve ser repassado de acordo com a população, podendo aumentar em alguns municípios e em outros podendo ter uma diminuição.

O gargalo é sim o financeiro, porque como os dados anteriores do IBGE mostram redução de leitos, de equipamentos etc., demonstra que fica inviável garantir o acesso integral e universal ao sistema de saúde com pouco mais de R\$ 700 para habitantes/ano de investimento. Enquanto que em outros países com sistemas semelhantes e inclusive o de saúde complementar (um plano com cobertura próxima ao que propõe o SUS custaria em média R\$5 mil/ano) evidencia forte subfinanciamento.

Apesar dos avanços no Sistema Único de Saúde, é possível perceber que o desmonte aprovado por nossos representantes, no Ministério da Saúde, Estados e Municípios, que geram impactos bravíssimos no atendimento das necessidades de saúde da população brasileira, sendo necessário ainda mais as lutas em favor do fortalecimento do SUS, tendo em vista o contexto político, social e econômico vivenciado neste período.

4. O ACESSO AOS SERVIÇOS DA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE: OBSERVAÇÕES EM UMA UNIDADE DE FORTALEZA-CE

Em minha atuação na UAPS nesses seis anos, foi possível presenciar a insatisfação dos usuários, percebendo suas queixas na medida em que procuravam a unidade e não encontravam agendamento. O usuário de hoje, em sua insatisfação, começou a filmar e falar mal das atribuições do posto, alegando que os funcionários são os culpados pela falta de atendimento e falhas surgidas.

De acordo com Rios (2010) a atitude de cuidar ocorre apenas quando o A existência de alguém importa para o outro, então ele se prepara para participar de sua vida, nunca como um ato intencional inteiramente consciente controlável, mas

sempre como resultado de um auto entendimento e ação transformadora. Cuidado é inerente à vida, nenhum tipo de vida pode sobreviver sem cuidado.

Todavia, de uma forma outra, a gestora procurou amenizar a situação para que ocorresse agendamento para os usuários. Mas, a demanda é muito grande e faltam profissionais para toda a população. É tudo muito novo e ao mesmo tempo a mesma conversa. Tem que ser muito forte para aguentar tanta reclamação da população. Muitas vezes não depende da gestora, mas de toda a gestão do posto, da prefeitura. é muito complexo tudo `` “o cuidado implica, então, a compreensão de ser humano em seu processo de viver, em seus direitos, em sua especificidade, em sua totalidade” (RIOS, 2010, p. 32).

Conforme Jesus e Assis (2007), o acesso aos serviços de saúde de acordo com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) constitui um conceito vasto que abarca dimensões econômica, técnico-assistencial, política e simbólica.

Cunha e Silva (2010) relataram, ainda, que o acesso ao serviço de saúde inclui a capacidade da pessoa em buscar e obter atenção à saúde. Para isso, verifica-se um empenho dos gestores através da elaboração de novas diretrizes para as políticas de saúde, reafirmando a municipalização das ações em saúde e organização do sistema por meio da atenção básica.

Desta forma, a Atenção Primária de Saúde tem a importante atribuição de ser a entrada preferencial do sistema de saúde, reconhecendo o conjunto de necessidades e impactando positivamente nas condições de saúde da população (BRASIL, 2012).

Em minhas observações, em relação aos indivíduos hipertensos, foi possível perceber que a relação que os mesmos mantêm com a UAPS pode ser sintetizada em três atividades: fornecimento de medicamentos, realização de exames laboratoriais e de consultas médicas. Assim, fica evidenciado que este tipo de atendimento permite que os indivíduos desenvolvam uma percepção limitada do apoio que poderiam receber da UAPS para o controle de seu problema de saúde.

No dia 09 de setembro de 2019 chegava a UAPS uma senhora chamada Luciana (nome fictício) de 45 anos, que é hipertensa e acompanhada pelo médico da unidade. “Começou a sentir dores de cabeça e ficar ofegante e foi correndo para a UAPS para procurar ajuda e verificar a pressão” (relato feito pelo acompanhante). A mesma marcou o retorno, mas não compareceu e nem remarcou. Ao chegar a enfermeira verificou a pressão e a temperatura e logo em seguida foi encaminhada ao médico. Foi medicada e orientada a procurar um cardiologista. A mesma já tinha feito cateterismo. A queixa tinha sido problemas na família. A paciente sofre

muito com a perda de um filho. A mesma marcou retorno, recebeu o encaminhamento para marcar uma avaliação cardiológica, fora os exames comumente pedidos para os hipertensos. O acompanhante ficou de marca-los (DIÁRIO DE CAMPO).

O maior número de hipertensos atendidos foi de mulheres, pois são elas quem mais procuram a UAPS para atendimento. A idade dos usuários varia de 18 até 89 anos, sendo mais ou menos uns 42 pacientes.

Os hipertensos comparecem a UAPS de três em três meses para consulta ao médico e enfermeiro. Contudo, muitos também não se preocupam em procurar o retorno, pensam que é seu direito e pronto. É seu direito, mas precisam ter a responsabilidade de ao sair da consulta marcar o retorno. Muitos dos usuários não estão cientes disso e então, sempre procurei ajudar orientando eles a marcar o retorno.

Todavia, ultimamente os profissionais não estão fazendo este procedimento e os pacientes acabam voltando sem marcação. Também, quando é para agendar para o médico não tem agendamento, a recepção não está autorizada a fazer tal marcação. Com isso, é frequente os usuários voltarem somente para o enfermeiro.

Ocorre, ainda, acontecer o desencontro da consulta eles acabam indo para o acolhimento, pois pode ser passada a receita dos mesmos, em seguida vão para a recepção deixar o retorno marcado mesmo que seja para o enfermeiro. O agendamento de consulta é com hora marcada. Cada paciente tem que confirmar sua consulta e, não fazendo isso, passa o horário e perde o atendimento.

Em setembro de 2018 Luciana uma senhora de 40 anos, paciente hipertensa foi três vezes, três semanas para a unidade marcar o médico, porém o médico que a acompanha estava de licença e ainda não tinha sido enviado um substituto, enquanto os das outras áreas estavam lotados. Desta forma a Luciana ficou sem acompanhamento e sem medicação por quase duas semanas. Se Luciana tivesse tido um pico de pressão ou algo mais grave. Falta agilidade na reposição do recurso humano (DIÁRIO DE CAMPO).

Ocorre, ainda, a falta do profissional no dia da consulta. Nesse caso, é formada uma resolução para que o paciente seja remarcado, buscando a melhor forma para que o mais rápido possível o paciente seja atendido. A gestora ligar para avisá-lo. Existe outro entrave para o paciente; a agenda do médico estando lotada. Nesse caso, a sua consulta é remarcada para quando tiver vaga. Isso acontece da

mesma forma, quando o paciente falta. Ele não perde o lugar. Basta comparecer a unidade e remarcar para quando tiver vaga.

Acontecendo isto, o paciente estando sem o remédio ele agenda seu retorno e vai até o acolhimento para que a enfermeira passe o remédio até o dia da consulta (aqueles que as enfermeiras podem passar); os outros remédios esperam pela consulta com o médico.

Em outubro de 2018 atendi uma senhora de 31 anos que foi ao médico. Ela recebeu a receita e dirigiu-se a recepção para a retirada da medicação. Ela foi orientada a procurar a farmácia na unidade para retirar a medicação. Logo depois ela retorna à recepção, furiosa, indignada, falando palavras grosseiras porque a medicação estava faltando (DIÁRIO DE CAMPO).

O acesso aos medicamentos prescritos nas consultas depende de como eles estejam ou não se dando com os remédios. A medicação pode ser adquirida no próprio posto, em farmácia popular ou convencional. Muitos pacientes não têm o conhecimento que ao serem atendidos por um profissional do PSF, médico ou enfermeiro, eles saem do consultório direto para a recepção, vão a busca de orientação, sendo então orientados a se dirigirem até a farmácia para fazer a retirada do remédio, caso tenha.

Quanto à satisfação em relação ao atendimento, os hipertensos saíam satisfeitos, desde que fossem acolhidos e atendidos, mesmo por vezes não conseguindo falar com um médico. Suas maiores queixas eram em relação aos exames do SUS: via eletrocardiograma, mamografia e dermatologista. Tudo é muito demorado, levando de três meses a seis meses ou, até mesmo um ano para conseguir fazer. Em caso de consulta especializada, a UAPS conta com o apoio do Hospital Geral Cesar Cals e o Hospital Waldemar de Alcântara, dependendo da necessidade.

Acrescenta-se, ainda, conforme vivenciei, a carência de meios de mobilidade urbana e que comprometem o acesso dos usuários aos serviços ofertados na UAPS. O atendimento era feito essencialmente por meio da demanda espontânea e o fluxo de grande número de usuários de diversas origens geravam pressão de demanda, dificultando o acesso aos cuidados. Assim, a falta de pré-marcação exige que os usuários normalmente saíam de suas casas antes do amanhecer, expondo-se à violência urbana para chegar bem cedo à unidade de saúde e obter consulta.

Outro episódio que observei aconteceu no dia 10 de setembro, quando chegou a unidade o senhor Raimundo de 79 anos com tremores visíveis no corpo. O mesmo foi a sala de enfermagem para verificar a pressão arterial. Passei por ele, enquanto o mesmo aguardava por alguns minutos o atendimento. Ao retornar da copa fiz o mesmo percurso e ouvi quando a enfermeira relatou que a pressão estava a 22/9 e o encaminhou para o atendimento médico. O que me chamou mais atenção foi um senhor daquela idade e naquele estado procurar atendimento sozinho. Ao retornar do atendimento médico, veio com o pedido de ambulância e que o senhor Raimundo sofria de Mal de Parkinson. Com a demora e a preocupação com seu estado e inconformada com sua solidão. Buscamos no sistema um telefone para entrar em contato com algum familiar. Ligamos e pouco depois apareceu uma senhora, sua companheira, de quase a mesma idade acompanhada por um vizinho que o levou para o hospital, pois a ambulância foi solicitada às 8:40h e até as 11h não tinha chegado. O vizinho e a companheira do senhor Raimundo resolveram então levar por conta própria. Meu expediente se encerrou às 13h e ainda não tinha chegado à ambulância. Fui informada por colegas de trabalho que chegou às 16:40h. essa demora poderia ter custado uma vida (DIÁRIO DE CAMPO).

Conforme Faquinello, Carreira e Marcon (2010), o acompanhamento às pessoas com diagnóstico de Hipertensão Arterial é realizado por uma Equipe de Saúde da Família (ESF) localizada na região mais próxima de suas residências, haja vista se entender que para a otimização do atendimento é essencial que essas unidades de assistência à saúde sejam de fácil acesso e próximas às moradias dos usuários.

Os mesmos autores relataram que esta situação pode ser entendida como resultante das ações de descentralização dos serviços de saúde, nas quais se encontram as equipes da estratégia saúde da família mais próximas da população a que destina o atendimento. Todavia, a distância entre as residências e os serviços de saúde ainda se constitui em um obstáculo para muitos usuários do sistema.

Em um estudo realizado em Manaus, com usuários hipertensos e diabéticos, constatou-se que a principal barreira de acesso às UBS é a infraestrutura urbana do seu entorno e a facilidade ou não de acesso a este local (SOUZA, 2008).

Por fim, relato que conforme pude observar, os indivíduos hipertensos que procuraram a UAPS para atendimento, em geral, mantêm um vínculo frágil com a mesma uma vez que comumente eles a procuram somente quando estão sem seus medicamentos, normalmente a cada três meses.

A atenção às pessoas com diabetes, em sua grande maioria, era oferecida no mesmo agendamento dos hipertensos, visando promover o acesso ao atendimento de um número maior de usuários. Esse atendimento ocorria de forma

trimestral para favorecer o acesso ao serviço de saúde, otimizando a agenda dos profissionais para atendimento de um maior número de pessoas em dia e horário pré-definidos.

A dinâmica estabelecida para a realização dos grupos era de uma assistência centrada na consulta médica, prescritiva, na qual a principal atividade consistia na entrega de receitas e, raramente, mas não de forma sistematizada, eram solicitados exames laboratoriais.

Resultados de estudo sobre a atenção primária às pessoas com diabetes (SALCI; MEIRERLES; SILVA, 2017) mostrou que a atenção às pessoas com diabetes realizada em grupo foi marcada por uma atuação mais direcionada para dar conta da demanda de consultas médicas, sem que essa atenção fosse pautada pela política de saúde, mostrando um cumprimento apenas parcial da política de atenção às pessoas com diabetes (BRASIL, 2013).

Na UAPS os hipertensos e diabéticos são assistidos por três médicos e cinco enfermeiras. Os médicos assistem no geral a 35 hipertensos, 40 diabéticos e 43 hipertensos + diabéticos, totalizando 128 pacientes; as enfermeiras, no geral, assistem a 51 hipertensos, 61 diabéticos e 52 hipertensos + diabéticos, totalizando 164 pacientes. O número total de pacientes atendidos com hipertensão e diabetes é de 292 pacientes.

Assim como os hipertensos, os diabéticos procuravam o atendimento na UAPS para obter medicamentos, realizar exames e consultar o médico. Contudo, eles eram mais atentos em fazer relatórios para solicitar a máquina e a fita que são necessários para o controle de sua glicemia.

Quando os diabéticos não conseguem controlar o nível da glicemia por medicamento, acabam passando para insulina que também pode não fazer efeito; desta forma, com esse descontrole os diabéticos são mandados para a UPA que após avaliação e controle devolve o paciente para a UAPS e o médico encaminha para o centro de diabéticos, para maior controle.

Em novembro de 2018 chegou uma senhora chamaremos ficticiamente de Francisca cansada, sonolenta, enjoada e com formigamento. A mesma é diabética e tinha verificado em casa a sua glicemia com 497, após verificar correu para a unidade. Foi encaminhada para o acolhimento e depois atendimento. Saiu da unidade medicada e ao remarcar observou-se que seu cadastro estava incompleto impossibilitando remarcar. Xeroquei os documentos, encaminhei para coordenação para desta forma efetivar a marcação. Fiquei muito feliz pois a paciente tinha sido atendida, medicada e com retorno marcado. (DIÁRIO DE CAMPO)

A procura na demanda dos diabéticos era grande (cerca de 120 usuários por dia). A faixa etária vai de 16 anos a 80 anos. Também, muitos são diabéticos e hipertensos. Os cuidados em relação ao atendimento dos diabéticos são semelhantes aos cuidados para com os hipertensos. Ou seja, a demanda de agendamento e retorno era passada conforme o mesmo critério (de três em três meses).

Contudo, se o diabético apresentasse uma maior observação o mesmo tinha seu retorno agendado sem seguir o critério anterior, conforme a necessidade. Essa situação tinha implicações no estabelecimento do acolhimento e vínculo, repercutindo na inexistência do acompanhamento sistemático das pessoas com diabetes.

De acordo com Ministério da Saúde, a recomendação é que haja um acompanhamento individualizado das pessoas com diabetes, compreendendo que o contexto de cada uma e a forma como vivem com a doença se constituem em elementos essenciais para o cuidado que tem a intenção de manter os níveis glicêmicos sob controle e promover qualidade de vida a elas (BRASIL, 2013).

Esse contexto é perturbador, dada a realidade diagnosticado por muitos anos, que hoje exige atenção urgente, dadas as evidências cada vez mais contundente para viver a doença e hospitalização em um quadro de dor, sofrimento, falta de equidade, solidão e indiferença. Pode resultar contraditório que em um panorama de grandes avanços cientistas em medicina e o surgimento da tecnologia aplicada à saúde, a pessoa com doença está ansiosa e desprotegida diante das pessoas e instituições de saúde corresponsáveis.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir das análises dos atos observados em uma Unidade de Atenção Primária a Saúde, constatei que os usuários hipertensos e diabéticos que a procuraram para atendimento, em geral, mantêm um vínculo frágil com a UAPS e que os mesmos buscam três atividades básicas: fornecimento de medicamentos, realização de exames laboratoriais e consultas médicas.

Observei que a procura pela UAPS ocorre predominantemente diante de sintomas e sinais físicos, demonstrando que os hipertensos e os diabéticos são quem se auto avaliam quanto as suas necessidades de atendimento e de procura pela UAPS.

Este fato demonstrou que a compreensão do processo saúde doença pode aproximar ou afastar os hipertensos e os diabéticos da unidade, pelo fato de os mesmos terem uma tendência de só procurar a unidade de saúde quando se percebem “doentes”, não compreendendo a importância de um acompanhamento para a prevenção e promoção em saúde.

A ausência de vínculo com os profissionais de saúde constitui um indicativo de que a UAPS não tem se apresentado como uma rede de apoio a estes indivíduos, os quais não percebem nela uma referência para a solução de seus problemas de saúde. Outra característica é a falta de reuniões dos grupos de hipertensos e diabéticos - atividades inexistentes na UAPS.

Entendo que essas atividades deveriam ser desenvolvidas e valorizadas pelos profissionais envolvidos na saúde e pelos usuários, haja vista serem momentos necessários para que a equipe possa desempenhar ações de prevenção e promoção em saúde por meio de orientações relacionadas à saúde-doença, bem como de possibilitar que os hipertensos e diabéticos esclareçam dúvidas e troquem suas experiências com outros pacientes.

Assim, me parece ser necessário não só resgatar o foco da atenção para a prevenção e a promoção em saúde, como também valorizar o atendimento direto aos hipertensos e diabéticos. Também, os profissionais da saúde carecem reconhecer que a UAPS pode se tornar um importante agente social para os usuários, podendo ainda ser a chave do sucesso para um atendimento mais efetivo, caracterizado por uma melhor adesão ao tratamento e valorização dos sujeitos como um todo.

Por fim, saliento que a maioria dos usuários não entende ou não querem entender que a má qualidade do serviço não é de responsabilidade dos profissionais, mas da falta de recursos que não chegam à unidade de saúde, impedindo assim que a mesma possa prestar um serviço de qualidade.

A atenção à saúde não está somente centrada sobre os esforços médicos e demais profissionais, mas nas diferentes intervenções. Contudo, para o conforto dos usuários e profissionais, é necessário assegurar o compromisso com esse direito que na verdade é a expressão mínima dentre outros fatores para ter uma boa qualidade de vida.

Um dos princípios de integridade e que interfere realmente nas práticas de saúde é humanização, e depende, portanto, da melhoria do Sistema de gerenciamento compartilhado e relacionamentos cotidianos. Pela concretização do processo de humanização em saúde, da realização do cuidado humanizado, uma mudança nas estruturas das organizações e mudanças comportamentais, não apenas daqueles que prestam serviços de saúde, mas de quem criar políticas e programas de saúde e educação, como a mudança deve ser estrutural, deve envolver todos os setores nos níveis político, social e cultural para alcançar melhoria do sistema

Embora não tenhamos a pretensão de fornecer dados definitivos, pretendemos com essa pesquisa, apresentar reflexões que contribuam para a discussão sobre o acesso de diabéticos e hipertensos a serviços de atenção básica, como apresentado nesta monografia.

REFERENCIAS

ABRAHÃO, A. L. **Atenção primária e o processo de trabalho em saúde**. Informe-se em promoção da saúde, Niterói, v. 3, n. 1, p. 1-3, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O sistema público de saúde brasileiro**. Brasília, DF, 2002. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 26 nov. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. 3. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica** Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 72p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

_____. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doenças crônicas: diabetes mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_diabetes_mellitus_cab36.pdf. Acesso em: 02/nov./2019

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. **Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização**. Humaniza. SUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 3a ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Legislação: CF: Leis 8.080 e 8.142; LC 141 disponível em <http://www.senado.gov.br>. Brasil – Dados. Disponível em <http://www.datasus.gov.br>. Acesso em: 02/nov./2019

_____, Fundação Fio Cruz. **Pense +SUS: Reflexão fortalece essa conquista**. Disponível em: <https://pensesus.fiocruz.br/financiamento>. Acesso em: 02/nov./2019

CARVALHO, Maria Cecília. **Construindo o saber: metodologia científica, fundamentos e técnicas**. 15. Ed. São Paulo: Papirus, 2003. 175 p. il.

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

CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Municípios de pobreza extrema melhoram a resposta dos serviços de saúde com o Programa Mais Médicos, segundo pesquisa da Universidade de Brasília**. Disponível em: <http://www.conass.org.br/municipios-de-pobreza-extrema-melhoram-a-resposta->

dos-servicos-de-saude-com-o-programa-mais-medicos-segundo-pesquisa-da-universidade-de-brasilia/. Acesso em 20/nov./2019

_____, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **SUS: avanços e desafios./ Conselho Nacional de Secretários de Saúde.** - Brasília : CONASS, 2006. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/publicacoes/conass_progestores/sus_avancos_desafios.pdf. Acesso em: 20/nov./2019

FACCHINI, Luiz Augusto. Entrevista. **A Declaração de Alma-Ata se revestiu de uma grande relevância em vários contextos.** (2018). Disponível em <http://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/entrevista/a-declaracao-de-alma-ata-se-revestiu-de-uma-grande-relevancia-em-varios>. Acesso em 20/nov./2019

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Centro de Documentação e disseminação de informações.** Normas de apresentação tabular. 3. ed. Rio de Janeiro: IBGE, 1993, p. 62. Disponível em <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/monografias/GEBIS520-%20RJ/normastabular.pdf>. Acesso em 02/nov./2019

MENDES, E. V. **25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios. Estudos Avançados,** São Paulo, v. 27, n. 78, p. 27-34, 2013

MENDONÇA, L. Giovanella, MHM. **Atenção primária à saúde.** L. Giovanella, S. Escorel, LVC Lobato, JC Noronha, AI Carvalho (Eds.), Políticas e sistema de saúde no Brasil, Fiocruz, Rio de Janeiro (2008), pp. 575 – 625

MINAYO, M. C. de S.; DESLANDES, S.F. (Org.). **Caminhos do pensamento: epistemologia e método.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. 380 p.

MIRANDA, Gabriella Morais Duarte. **O desafio da organização do Sistema Único de Saúde universal e resolutivo no pacto federativo brasileiro.** Saúde Soc. São Paulo, v.26, n.2, p.329-335, 2017

MOTTA, Luís Claudio de Souza e Rodrigo Siqueira-Batista. **Estratégia Saúde da Família: Clínica e Crítica. Revista Brasileira de Educação Médica.** Rev. bras. educ. med. vol.39 no.2 Rio de Janeiro Apr./June 2015. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v39n2e00912014>. Acesso em 20/nov./2019

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas: documento de posicionamento da OPAS/OMS.** Washington, DC: OPAS, 2007

PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antônio. **Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores.**

História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.21, n.1, jan.-mar. 2014, p.15-35

PAIM J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. **O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios.** Lancet 2011; Disponível em http://actbr.org.br/uploads/arquivo/925_brazil1.pdf. Acesso em: 20/nov./2019

PAIM, Jairnilson Silva. **Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 23, n. 6, p.:1723-1728, 2018. DOI: 10.1590/1413-1232018236.09172018

PAIM, J.S. **Epidemiologia e planejamento; a recomposição das práticas epidemiológicas na gestão do SUS.** Ciênc. Saúde Colet., v.8, n.2, p.57-67, 2003.

PINHO, Adelmo; CECILIO, Lenise Patrocínio Pires; NEIRA, Marcelo Sorrentino; DIAS, Dório Sampaio; SEVERIANO, Fabiano Pavan; BURGUETTI, Fernando César. **Manual básico de saúde pública: Um guia prático para conhecer e garantir seus direitos.** 1. ed. Penápolis: Edição dos autores, 2012. 70 p. il

RIOS, Izabel Cristina. **Caminhos da humanização na saúde: prática e reflexão.** -- São Paulo: Áurea Editora, 2009.

SALCI, M,A.; MEIRELLES, B.H.S.; SILVA, D.M.G.V. **Primary care for diabetes mellitus patients from the perspective of the care model for chronic conditions.** Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2017;25:e2882.; Available in:_____. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1474.2882>.

Saúde não é só a ausência de doenças, Disponível em:<http://www.dermus.com.br/noticias/novidades/saude-nao-e-so-a-ausencia-de-doencas-diz-oms/>. Acesso em 20/nov./2019

SOUZA MLP, Garnelo L. **É muito dificultoso!: etnografia dos cuidados a pacientes com hipertensão e/ou diabetes na atenção básica,** em Manaus, Amazonas, Brasil. Cad Saúde Pública. 2008; 24(Sup 1):S91-9

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