

ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE NA RELIDADE BRASILEIRA: SUGESTÕES PARA SUPERAÇÃO DE ALGUNS DESAFIOS

Mônica Camargo SOPELETE¹

Instituto de Ciências Biomédicas – Universidade Federal de Uberlândia

Daniela Gomes dos Santos BISCARDE²

Escola de Enfermagem – Universidade Federal da Bahia

RESUMO

O acesso aos serviços públicos de saúde resolutivos, humanizados e de qualidade, onde o usuário seja escutado e considerado ativamente na construção de intervenções, além de perpassar a dimensão subjetiva e relacional do trabalho em saúde, está diretamente articulado ao reconhecimento e exercício pleno da cidadania de usuários, profissionais e gestores, sujeitos que cotidianamente, constroem o Sistema Único de Saúde. Este artigo objetiva discutir as dificuldades de acesso aos serviços de saúde e propor sugestões para a superação dessas barreiras. Assim, a universidade pode divulgar através de instrumentos facilitadores formas de acesso às políticas públicas de saúde. Docentes, técnicos e acadêmicos, especialmente de cursos das áreas da saúde e biomédicas, podem agir coletivamente ou individualmente para este objetivo levando este conhecimento além das fronteiras dos campi universitários. Sugerem-se divulgar aos cidadãos/usuários formas de acesso à Atenção Básica em Saúde, especialmente através de cadastramento para obtenção do Cartão Nacional de Saúde, bem como aumentar o número de unidades voltadas à Estratégia da Saúde da Família, aprimorar o acolhimento e a classificação de riscos e divulgar à população o controle social do SUS e, implementar instrumento para avaliação da Atenção Básica, como o PCATool. Diante de tantas barreiras de acesso aos serviços de saúde, a universidade pode orientar e esclarecer aos cidadãos/usuários do SUS, por meio da divulgação de diversos instrumentos facilitadores, de como obter acesso à Atenção Básica em Saúde e atuar na gestão participativa em saúde, sugerindo formas de superar as barreiras no momento vigentes.

Palavras-chave: Atenção Primária em Saúde. Sistema Único de Saúde. Divulgação.

Introdução

A Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2011a) incorpora, como um dos fundamentos e diretrizes da Atenção Básica, o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como porta de entrada aberta e preferencial da rede

¹Médica Veterinária, doutora em Imunologia e Parasitologia Aplicadas, área de atuação alérgenos ambientais, mcsopelete@icbim.ufu.br.

²Enfermeira, mestre em Saúde Comunitária, doutoranda em Saúde Pública pelo ISC/UFBA, danbiscarde@yahoo.com.br.

de atenção, com o estabelecimento de mecanismos que assegure acessibilidade e acolhimento pressupondo uma lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde. Contudo, a análise do SUS, segundo Paim (2008), no que se refere ao componente da organização, revela problemas insuficientemente resolvidos como a baixa efetividade da atenção básica, levando à sobrecarga das demais instâncias, persistência de seletividade, iniquidade e comprometimento da acessibilidade dos usuários.

Esses últimos elementos sinalizados por Paim (2008), estão relacionados a desigualdades sociais nas condições de saúde, no acesso e na utilização de serviços, cujas raízes explicativas estão nas oportunidades diferenciadas em função da posição social dos indivíduos e caracterizam situações de injustiça social e iniquidades (TRAVASSOS; CASTRO, 2008). Ainda que existam diferenças, inclusive nos aspectos determinantes, entre equidade nas condições de saúde e equidade no acesso e na utilização de serviços de saúde, estas estão interrelacionadas, sobretudo na realidade brasileira.

1 Barreiras no acesso aos serviços de saúde

No Brasil, é mantido um padrão com marcadas desigualdades sociais no acesso e na utilização dos serviços de saúde, onde as pessoas em posição de maior desvantagem social, têm menor probabilidade de busca e utilização desses serviços (TRAVASSOS; CASTRO, 2008).

Ao pensar na lógica seguida pelos usuários para acesso e utilização dos serviços de saúde, acreditamos que ela é influenciada pelos constrangimentos sofridos em decorrência das barreiras impostas devido a (des)organização dos serviços e problemas do processo de trabalho das equipes de saúde.

Na realidade brasileira, o acesso universal configura-se como um direito de cidadania, um dos princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde, e tem sido alvo de diversas políticas e programas, com destaque mais recente para a Política Nacional de Atenção Básica - PNAB (BRASIL, 2011a), o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica - PMAQ (BRASIL, 2011b) e a organização de redes regionalizadas de atenção à saúde no país (BRASIL, 2011c). Apesar dos vários avanços obtidos, ainda persistem marcantes desigualdades no acesso e utilização dos serviços de saúde no Brasil (CUNHA; VIEIRA DA SILVA, 2010; BRASIL, 2009; PAIM, 2008; TRAVASSOS; CASTRO, 2008), sendo necessárias intervenções sobre tal problema.

Dentre as demais barreiras de acesso, Travassos; Castro (2008) destacam: barreiras geográficas – resistência que o espaço impõe ao deslocamento dos potenciais usuários e

utilização dos serviços, influenciados pela distância e custos de deslocamento (tempo e recursos financeiros); barreiras financeiras - existência de relação negativa entre elevação nos preços dos serviços e a sua utilização, aumentando as desigualdades sociais no acesso aos serviços; barreiras organizacionais – organização dos serviços, tipo e qualidade de recursos humanos e tecnológicos que facilitam ou limitam sua utilização tais como horário de funcionamento, tempo de espera, acolhimento, qualidade técnica, tipo de profissional disponível; barreiras de informação – impacta tanto na percepção de saúde quanto no seu acesso aos serviços e resulta de ações desenvolvidas no setor saúde mais o capital cultural das famílias, escolaridade e acesso aos meios de informação.

A partir das características da configuração do sistema de saúde brasileiro, repercutindo em desigualdades no acesso e na utilização dos serviços pela população, destacamos a centralidade da perspectiva dos usuários na tecitura e na avaliação das redes de atenção à saúde. Realçamos aqui, conforme Pinheiro; Silva Jr (2009), práticas de análise avaliativa que incluam a ótica do usuário como portador do direito à saúde. Tais autores verificam uma importante dificuldade de práticas avaliativas no que se refere à inclusão do olhar dos usuários sobre as ações produzidas na política de saúde. A partir de tais argumentos, acreditamos que a incorporação dos itinerários terapêuticos na avaliação do acesso às redes de atenção à saúde potencializem a compreensão da perspectiva dos usuários, seus fluxos, trajetórias e modos de acessar os serviços de saúde.

Nessa direção, convergimos com diferentes autores da Saúde Coletiva, ao designarem a descrição e uso do itinerário terapêutico como uma potente ferramenta para análise dos serviços e práticas de saúde-cuidado, na perspectiva dos usuários e familiares, suas experiências de adoecimento e busca por cuidados nas redes para o cuidado à saúde, sobretudo na condição crônica, incluindo o contexto do Sistema Único de Saúde em distintas realidades (BELLATO et al., 2009; COSTA et al., 2009).

A análise desse percurso, trajetória ou itinerário percorrido certamente pode apontar as fortalezas e as debilidades da organização da rede de atenção à saúde no SUS, sinalizando os nós-críticos a serem desatados para subverter as desigualdades de acesso aos serviços. Também é necessário compreender que o processo de trabalho em saúde, na direção do cuidado, implica na autonomização dos sujeitos e no exercício de cidadania.

Sinalizamos, portanto, como um dos desafios cotidianos, a construção de trocas solidárias e comprometidas com a dupla tarefa de produção da saúde e produção de sujeitos, enfatizando o aumento da autonomia e protagonismo dos mesmos, aspectos que perpassam a Política Nacional de Humanização do SUS (BRASIL, 2004). Poderíamos dizer, assim, da

emergência na constituição de sujeitos cidadãos no sistema de saúde, não apenas pensando nos trabalhadores e usuários, mas também nos gestores, pois não é possível propor a transformação do modelo de atenção e gestão sem o envolvimento dos sujeitos usuários, gestores e trabalhadores.

Consideramos que acesso, acolhimento, resolutividade, vínculo, unidades bem estruturadas, dentre outros, fazem parte de um processo maior de democratização e exercício de cidadania no sistema de saúde. Ter acesso a serviços públicos de saúde resolutivos, humanizados, de qualidade, onde o usuário seja escutado e considerado ativamente na construção de intervenções, além de perpassar a dimensão subjetiva e relacional do trabalho em saúde, está diretamente articulado ao reconhecimento e exercício pleno da cidadania de usuários, profissionais e gestores, sujeitos que cotidianamente, constroem o Sistema Único de Saúde.

Tal afirmação coaduna com Schraiber (1995) destacando que, em saúde, a busca de simetrias nas relações deve passar pela problematização da cidadania, pois as relações usuários-serviço são espaço legítimo do exercício de cidadania e do exercício, para profissional e para usuário, de suas condições de sujeitos. Portanto, temos que destacar a relevância da revisão das relações de poder que se cristalizam nos diferentes espaços e entre os diferentes sujeitos, como também na participação e o controle social. Estes possibilitam avanços significativos na qualificação do sistema, viabilizando a formulação de políticas de saúde que expressem as necessidades reais da população (BRASIL, 2006). Assim, compreendemos que, através desse princípio doutrinário do SUS, possibilitamos a escuta das singularidades loco-regionais e das necessidades dos usuários colocando-as no centro das proposições, políticas e práticas.

A importância da mobilização dos coletivos e da organização social se apresenta nos espaços deliberativos como espaços de autonomização e exercício de cidadania. Os espaços coletivos de discussão e deliberação, a nosso ver, constituem elementos fortalecedores da autonomização dos sujeitos, na medida em que busca desencadear a participação no processo decisório e, sendo assim, o reconhecimento e o exercício da cidadania pelos usuários, profissionais e gestores do sistema de saúde.

Outrossim, percebemos, que a perspectiva de transformação do processo de trabalho e fortalecimento de uma atitude cuidadora usuário-centrada encontra barreiras na (des)organização dos serviços, na cultura e formação profissional direcionadas para o modelo de atenção hegemônico, dentre outros aspectos. Destacamos a necessidade de profundas mudanças no processo de formação dos profissionais de saúde como um todo. A nosso ver, a

construção dessas mudanças, tal como afirma Mishima (2003), implica trazer para o âmbito do trabalho em saúde o entendimento do processo de cuidar como uma possibilidade de ampliação de direitos dos usuários, o exercício da autonomia dentro de uma perspectiva de revisão das relações de poder e de liberdade, a concretização da responsabilidade técnico-científica, social e ética sustentada pela solidariedade e a consideração do outro como parceiro, com possibilidade de compartilhar e buscar a redução das desigualdades.

2 Sugestões para superação das barreiras

Diante de tantas barreiras no acesso à saúde, a universidade pode ajudar a divulgar através de instrumentos facilitadores formas de acesso às políticas públicas de saúde junto aos cidadãos e usuários do SUS de uma maneira geral. Docentes, técnicos e acadêmicos, especialmente de cursos das áreas da saúde e biomédicas, podem agir coletivamente ou individualmente para este objetivo levando este conhecimento além das fronteiras dos campi universitários. Assim, pensamos em maneiras de instrumentalizar nossas ações de divulgação do acesso à Atenção Básica em Saúde e, assim sugerir formas de contornar as barreiras no momento vigentes.

2.1 Divulgar forma de acesso a Atenção Básica em Saúde

A Estratégia da Saúde da Família (ESF) ou Programa de Saúde da Família (PSF) deve ser a porta de entrada no Sistema Único de Saúde (SUS) (PORTAL DA SAÚDE, s. d.). A ESF é formada por equipes multiprofissionais que buscam resolver de forma regionalizada e sistematizada as necessidades de saúde de indivíduos e comunidades desenvolvendo ações preventivas e curativas (MATTA; MOROSINI, s. d.). Estima-se ser capaz de resolver até 85% dos problemas de saúde da população (GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL, s. d.). Entretanto, apesar de sua alta resolutividade, dos incentivos financeiros, da ampliação da cobertura populacional e da reorganização da atenção (MATTA; MOROSINI, s. d.), buscando-se integração ensino-trabalho-gestão, em muitos municípios brasileiros, muitos cidadãos ainda não estão incluídos.

Pensando-se na inclusão dos usuários no SUS e buscando-se a resolutividade dos problemas em saúde é importante acompanhar este usuário, saber de sua origem, as diversas cidades em que viveu, as doenças e resultados de exames anteriores, as vacinas que já o imunizaram, as cirurgias que já foi submetido, isso na rede pública e privada. Mas todas estas informações, ou histórico dos atendimentos devem estar disponíveis de forma confiável em um cadastro único e acessível aos profissionais da saúde e ao usuário. Além de permitir um

acompanhamento do usuário dentro do Sistema, ou seja, uma atenção individual, essas informações serão fundamentais para o planejamento das ações de saúde (PORTAL DA SAÚDE, s. d.) na população ou em um dado território.

Trata-se de grande desafio criar este cadastro. Muitos países desenvolvidos ainda não conseguiram. Mas agora é a vez do Brasil ... através do Cartão Nacional de Saúde ou Cartão SUS! Buscando-se a universalidade, integralidade e equidade no atendimento, o governo Federal tem como objetivo de que até 2014 todos os brasileiros tenham o Cartão SUS, sendo que seu histórico poderá ser acessado em qualquer unidade de saúde. O cadastro poderá ser feito em três momentos: no ato da admissão, durante a internação ou até a alta hospitalar, na UBS ou em Unidades de referência. Um pré-cadastro eletrônico também pode ser feito pelo próprio usuário, sendo que a forma de entrega da versão definitiva vai depender do gestor municipal.

Para ajudar na divulgação do Cartão Nacional de Saúde junto a comunidade em geral elaboramos um portfólio digital que aborda desde o que ele é, como proceder para o cadastro e as dúvidas mais frequentes. O portfólio digital foi construído na plataforma *on-line* Glogster e disponibilizado no *link* <http://immunomoni.edu.glogster.com/conhecendo-o-carto-nacional-de-saude>. Ele contém vídeos e textos. Logo de “entrada” tem a imagem do cartão, verso e anverso para o “leitor” identificar rapidamente como é o cartão.

Em seguida vêm os vídeos: apresentação do Cartão Nacional de Saúde, entrevistas e orientação de como proceder ao cadastro do Cartão SUS mostrando várias imagens/fotos relativas ao tema. Na segunda linha do portfólio são apresentados *links* governamentais, como para acesso do usuário e gestores a base de dados do Cartão SUS (<https://portaldocidadao.saude.gov.br/portalcidadao/verificarSePossuiCNS.htm>), texto com a carta dos direitos dos usuários da saúde (http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/AF_Carta_Usuarios_Saude_site.pdf) e descrição do *link* para o pré-cadastro. O portfólio termina com um *link* de acesso às dúvidas quanto ao cartão SUS do Portal do cidadão (<https://portaldocidadao.saude.gov.br/portalcidadao/faq.htm>).

2.2 Aumentar o número de ESF nos municípios

Infelizmente, mesmo sabendo-se da grande resolutividade de problemas em saúde e das diretrizes do SUS quanto à equidade, muitos se não a maioria dos cidadãos em nosso país, não estão incluídos na Atenção Primária à Saúde (APS).

Quando se fala que existem poucos médicos, em algumas localidades isto é um fato comprovadíssimo e indiscutível. Mas em outros também é falta de coordenação de ação. Se mais profissionais estivessem agindo na prevenção haveria redução de casos que necessitassem de intervenções médicas, menor tempo de internação, redução da gravidade das sequelas e assim por diante.

Precisamos descentralizar as ações em saúde, uma vez que nos rincões do Brasil, não faltam somente médicos, faltam enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos, escolas, professores e centros de saúde. Um professor da escola básica bem treinado pode ser um agente em saúde e auxiliar na redução, identificação e resolução de muitos casos. Um enfermeiro e psicólogo responsável em cada escola ajudariam também. Ao médico ficaria os casos que realmente necessitassem de intervenção médica.

Várias ações tem sido implementadas pelos governos para melhoria do acesso à APS e aos serviços em saúde como um todo, mas muito ainda tem que ser feito. Um exemplo são as 64 Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF), o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e o Programa Melhor em Casa, entre outros. Seus objetivos são reduzir o período de internação, redução da demanda por atendimento hospitalar, uso racional de recursos, cuidado mais próximo da família do paciente, além da ampliação da autonomia dos usuários (BRASIL, 2013).

As ideias para descentralização dos serviços de saúde existem. Será necessário criar outras. A gestão destes recursos precisam ser discutidos e fiscalizados pelos órgãos competentes e pelos cidadãos de forma contínua, para isso todos precisam saber de seus direitos e deveres, como profissionais e como cidadãos.

2.3 Buscar aprimorar o acolhimento e classificação de riscos

O acolhimento na APS não deve ser uma atitude voluntária e individual de alguns profissionais como forma de bondade ou piedade e descompromissada com a responsabilidade e produção de vínculo com o paciente/usuário. Ele não deve ser encarado a margem do processo de trabalho, mas sim integrante dele e como diretriz nas diversas áreas no atendimento do SUS, uma vez que os profissionais da saúde no SUS são orientados a oferecerem integralidade, universalidade e equidade no serviço pensando em “estar com” ou “próximo do” cidadão (BRASIL, 2009).

O acolhimento não tem lugar específico para ocorrer, nem hora, nem profissional específico para fazê-lo, uma vez que pressupõem ser uma postura ética. Já que busca abrigar e agasalhar outrem e a resolutividade de suas necessidades, não deve ser confundido com uma

simples triagem, uma vez que não ocorre somente na recepção, pois é a inclusão do usuário em todos os locais e momentos dos serviços em saúde (BRASIL, 2009).

Para que o bom acolhimento ocorra nas unidades de atendimento em saúde o caminho é longo. Faze-se importante pensar na adequação da área física e no tamanho das equipes de atendimento quanto ao número de usuários atendidos nas diferentes ações de saúde (BRASIL, 2009). Uma casa como UBS é suficiente para atender um bairro? Quantos profissionais para as diferentes ações no atendimento desta população ou comunidade?

Mas muitas vezes o distanciamento e a indiferença à dor ou sofrimento do outro gera processos de “anestesiamento” que nos enfraquece quanto à ação coletiva, a invenção e resistência no enfrentamento dos problemas. Assim, é importante considerar a organização dos serviços e processos de trabalho de forma a promover a humanização dos serviços principalmente visando entender a diversidade cultural, étnica e racial das populações atendidas (BRASIL, 2009). Índios, ricos, negros, homossexuais e pobres são entendidos quanto as diferentes formas de serem abordados no acolhimento buscando formação de vínculo e resolutividade de suas necessidades em saúde?

Nos serviços de atendimento de urgências, devido ao grande número de usuários que os buscam e o reduzido número de profissionais no serviço o ideal é fazer uma análise dos riscos, vulnerabilidade e graus de sofrimento físico e psíquico dos usuários que chegam a unidade com mais cuidado. Posteriormente a análise de risco e vulnerabilidade, então proceder ao atendimento e não simplesmente realizar o atendimento de acordo com a ordem de chegada (BRASIL, 2009). Falhas nas análises podem contribuir para o agravamento de alguns casos na fila e mesmo morte, pelo não atendimento no tempo adequado. Neste ponto, vale destacar um exemplo citado no documento do Ministério da Saúde “Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência” de 2009 que comenta o caso de uma jovem aparentemente angustiada que ao chegar a UBS relata queixa de dor abdominal, mas é classificada como de baixo risco, mesmo depois de relatar que a dor esta aumentando. Entretanto, a jovem entra em coma devido uso de “veneno” para interromper uma gravidez indesejada (BRASIL, 2009). Este caso nos alerta que a preocupação deve estar em avaliar os riscos físicos, mas também os graus de sofrimento psíquico.

Assim, nos locais de entrada do usuário nos serviços em saúde é importante preparar os profissionais para o acolhimento e classificação de riscos, para que não sejam somente o primeiro contato com o usuário e procedam as análises. É importante também que esclareçam e orientem os usuários quanto ao fluxo de atendimento no serviço (BRASIL, 2009). Em grandes hospitais fica clara esta relação de articulação entre as várias unidades clínicas e

cirúrgicas. Mas também é importante desenvolver articulações com a atenção básica, ambulatorios de especialidade, serviços de atenção e internação domiciliar buscando vínculo e responsabilização (BRASIL, 2009).

Desta forma, é importante que a classificação de riscos não trabalhe isoladamente, uma vez que os pacientes poderão ser encaminhados para outras unidades de assistência. Assim, para garantir qualidade na assistência, pactuações internas e externas devem ser construídas e re-construídas continuamente, inclusive com orientação sistematizada do fluxo de pacientes de acordo com o risco e vulnerabilidade de suas demandas (BRASIL, 2009). Neste ponto a gestão, em especial a participativa, vai contribuir para o entendimento e melhoria do serviço.

2.4 Divulgar aos usuários o controle social do SUS

Em relação ao controle social tudo nasce da representatividade. Mas para isto acontecer é preciso orientar a sociedade que o controle social existe é que ele, como cidadão, pode e deve participar ativamente no controle social do SUS (CORREIA, 2000). Com o controle social a sociedade civil pode interferir na gestão pública, nas três esferas do poder (municipal, estadual e federal), orientando suas ações e gastos visando os interesses da coletividade (CORREIA, 2000; COSTA; NORONHA, 2003; SILVA; EGYDUI, SOUZA, 1999).

O Controle Social do SUS nasceu com a Lei Federal nº 8.142/1990 (BRASIL, 1990) que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. Uma Lei que mudou o cenário participativo foi a lei complementar nº 101 de 04 de maio de 2000, a Lei de Responsabilidade Fiscal, que estabelece que a União, estados e municípios devem divulgar os planos e orçamento com incentivo à participação popular. A Lei prevê ainda a criação de um conselho fiscal, composto por vários representantes de todos os poderes e da sociedade bem como pelo Ministério Público.

Mas como a população pode participar nas políticas públicas em saúde? Para isto, têm-se as conferências e os conselhos de saúde, nas três esferas do governo (BRASIL, 1990). As Conferências de Saúde ocorrem no mínimo a cada quatro anos através de Conferências Nacional, Estaduais e Municipais sendo local para discussão, análise e estabelecimento do funcionamento dos serviços de saúde do SUS. Os Conselhos de Saúde, também dos três níveis de governo, por sua vez são colegiados permanentes e deliberativos, compostos por

representantes paritários do governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários (BRASIL, 1990).

Na esfera municipal, além do Conselho Municipal a participação direta da sociedade pode se dar nos conselhos gestores locais de hospitais, ambulatórios e unidades de saúde com representatividade de funcionários do SUS, usuários e representantes da administração municipal, de forma tripartite, igualitária em número de representantes (BRASIL, 2003).

Assim, a sociedade pode participar das políticas públicas em saúde, quer nas Conferências ou nos Conselhos, das três esferas do governo. Esta participação pode se dar de forma “natural” ou “provocada” por profissionais que promovam nas suas rotinas práticas a socialização e discussão dos problemas da saúde e que estão acima de tudo comprometidos com a qualidade de vida das pessoas (WENDHAUSEN, 2002).

2.5 Implementar instrumento para avaliação da APS: PCATool-Brasil

Conhecer os atributos essenciais e derivados da APS é importante inclusive para mensurar sua presença e extensão nos serviços de atenção à saúde e os seus resultados em promover saúde, bem como discutir e direcionar as mudanças necessárias para a melhoria na qualidade da APS. Assim, Starfield et al. (2000) e Starfield; Xu; Shi (2001) criaram o PCATool - *Primary Care Assessment Tool* (PCATool) que visa medir a presença e extensão dos 4 atributos essenciais e dos 3 atributos derivados da APS, na forma de questionário. A versão original do PCATool foi traduzida, adaptada e validada para uso em vários países e no Brasil recebeu o nome de PCATool-Brasil ou *Instrumento de Avaliação da Atenção Primária*. São três as versões aplicáveis: à crianças (PCATool-Brasil versão criança), a adultos maiores de 18 anos (PCATool-Brasil versão adulto) e a profissionais e coordenadores/gerentes dos serviços de saúde (PCATool-Brasil versão profissionais).

Como instrumento de avaliação ele poder ser utilizado também no contexto científico acadêmico, na construção do conhecimento e no contexto cotidiano da prática e da gestão da APS, para isto serão necessários aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelos sujeitos da pesquisa.

No PCATool-Brasil, nas três versões são inquiridos aos cuidadores de crianças, adultos ou profissionais, de uma maneira geral, desde o grau de afiliação com os serviços de saúde, o acesso de primeiro contato (utilização ou acessibilidade), longitudinalidade, coordenação quanto a integração dos cuidados e sistemas de informação, integralidade quanto aos serviços disponíveis e serviços prestados, orientação familiar e comunitária. Tudo isto

com perguntas específicas em cada versão. Por exemplo, no PCATool-Brasil versão criança é perguntado aos cuidadores desde se há um médico ou profissional ou um serviço que cuide da saúde da criança; onde a criança é levada no caso de consulta de rotina ou revisão e de problemas de saúde; se existe um telefone para marcação de consulta, entre muitas outras questões.

Harzheim et al. (2006), aplicando o PCATool-Brasil, em crianças atendidas em serviços de saúde de Porto Alegre, RS, comentam que há limitações na avaliação devido principalmente a adaptação do inglês para o português, mas acreditam tratar-se de instrumento que possibilita avaliação e comparação dos serviços de APS para a população infantil, além de ser de fácil realização.

Entretanto, apesar de já ter sido validado para o Brasil, o PCATool ainda é desconhecido ou não aplicado por muitos gestores, uma vez que não existe obrigatoriedade em sua realização. Mas seria muito útil em avaliar a qualidade dos serviços de saúde disponíveis e também a opinião e conhecimento dos profissionais, quanto aos serviços oferecidos na APS em que atua e na rede.

Considerações Finais

Embora muitos avanços tenham sido alcançados, ainda estamos distantes de efetivar plenamente as diretrizes da integralidade e da equidade do SUS. Muito já foi conquistado, mas o processo é contínuo e deve ser reavaliado constantemente. A democracia participativa muito ajudará nesta construção, mas todos devem estar cientes de seu papel na gestão e, a educação permanente e instrumentos de avaliação da qualidade do serviço também serão fundamentais na construção de serviços de saúde de maior qualidade e para todos.

Diante da complexidade que permeia esse processo de busca e acesso aos serviços de saúde, enunciamos a necessidade de empreender análises e avaliações do acesso, considerando a perspectiva daqueles que traçam cotidianamente a sua trajetória, muitas vezes de peregrinação, pela rede de atenção a saúde do SUS. Pretendemos, com isso, potencializar a incorporação da ótica dos usuários na organização da rede de atenção à saúde e subverter a lógica tradicional, verticalizada e descendente, das práticas de planejamento, gestão e avaliação do sistema de saúde, permitindo conhecer como as desigualdades no acesso e na utilização dos serviços estão configuradas em diferentes contextos e indicar potenciais para mudanças na organização do SUS.

Sinalizamos, também, questões cruciais que têm fragilizado o processo de trabalho em saúde e atingem diretamente os trabalhadores como, por exemplo, a precarização das

condições de trabalho e do vínculo empregatício aos quais estão submetidos, a oferta insuficiente/inadequada de serviços, planejamento autoritário e não participativo, dentre outros. Nesse sentido, devemos ampliar nosso escopo de análise para além de usuários e trabalhadores, há que se pensar também na responsabilização e centralidade dos gestores no sentido de garantir a reorganização dos serviços na direção do cuidado e de uma gestão solidária e democrática.

Referências

BELLATO, R. et al. Itinerários terapêuticos de famílias e deres para o cuidado na condição crônica: alguns pressupostos. In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P. H. N. (Orgs.) **Avaliação em saúde na perspectiva do usuário**: abordagem multicêntrica. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS-UERJ; Recife: Editora Universitária UFPE; São Paulo: ABRASCO, p. 187-194, 2009.

BRASIL. **Lei No 8.142, de 28 de Dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade no Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 28 dez 1990.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (BR). **O SUS pode ser seu melhor plano de saúde**. Brasília (DF): MS; 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Relatório da Oficina Nacional Humaniza SUS**: construindo a Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de apoio à Descentralização. **Regionalização Solidária e Cooperativa**. Série Pactos pela saúde-Brasília: Ministérios da saúde, v. 3, 2006.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de atenção à saúde. Política nacional de Humanização da atenção e Gestão do SUS. **Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência / Ministério da saúde, secretaria de atenção à saúde, Política nacional de Humanização da atenção e Gestão do SUS**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.56 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria 2.488/2011a. **Política Nacional de Atenção Básica**. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria2488_21_10_2011.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria 1.654/2011b. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica**. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1654_19_07_2011.html>. Acesso em: 10 fev. 2012.

BRASIL. **Decreto nº 7580**, de 28 de junho de 2011c. Regulamenta a Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde, o

planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. **Ministério da Saúde e municípios: juntos pelo acesso integral e de qualidade à saúde/Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva.** – 2. ed. – Brasília, 2013.

CORREIA, M. V. C. **Que controle social:** os conselhos de saúde como instrumento. 2a ed. Rio de Janeiro (RJ): Fiocruz; 2000.

COSTA, A. L. R. C. et al. O percurso na construção dos itinerários terapêuticos de famílias e Redes para o cuidado. In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P. H. N. (Orgs.) **Avaliação em saúde na perspectiva do usuário:** abordagem multicêntrica. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS-UERJ; Recife: Editora Universitária UFPE; São Paulo: ABRASCO, p. 195-203, 2009.

CUNHA, A. B. O.; VIERIA DA SILVA, L. M. Acessibilidade aos serviços de saúde em um município do Estado da Bahia, Brasil, em gestão plena do sistema. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p.725-737, 2010.

DIÁRIO DO NORDESTE. **Com ambulâncias paradas, Samu aluga 8 veículos.** Disponível em: <<http://diariodonordeste.globo.com/materia.asp?codigo=1293770>>. Acesso em: 19 jul. 2013.

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. **Saúde e você.** Disponível em:<http://www.saude.rs.gov.br/lista/93/Principal_porta_de_entrada_do_SUS> . Acesso em: 19 jul. 2013.

HARZHEIM, E. et al . Consistência interna e confiabilidade da versão em português do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil) para serviços de saúde infantil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, 2006 .

MATTA, G. C.; MOROSINI, M. V. G. **Dicionário da educação profissional em saúde. Atenção primária à saúde.** Disponível em:<<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/ateprisau.html>>. Acesso em: 19 jul. 2013.

MISHIMA, S. M. et al. Trabalhadores de saúde: problema ou possibilidade de reformulação do trabalho em saúde? – alguns aspectos do trabalho em saúde e da relação gestor / trabalhador. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil:** estudos e análises. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ , 2003. p.137-156

PAIM, J. S. Reforma Sanitária Brasileira: avanços, limites e perspectivas. In: MATTA, G. C.; LIMA, J. C. F. (Org.). **Estado, Sociedade e Formação Profissional em Saúde.** Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, p. 91-122, 2008.

PINHEIRO, R.; SILVA JR., A. G. A centralidade do usuário na avaliação em saúde: outras abordagens. In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P. H. N. (Orgs.) **Avaliação em saúde na perspectiva do usuário:** abordagem multicêntrica. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS-UERJ; Recife: Editora Universitária UFPE; São Paulo: ABRASCO, p. 37-52, 2009.

PORTAL DA SAÚDE. **Rede de atenção à saúde: RAS**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=35699&janela=1>. Acesso em: 19 jul. 2013.

SCHRAIBER, L. B. Políticas Públicas e Planejamento nas Práticas de Saúde. **Saúde em Debate**, n. 47, 1995.

STARFIELD, B. **Primary care: concept, evaluation and policy**. New York: Oxford University Press; 1992.

STARFIELD, B. et al. Measuring consumer experiences with primary care. **Pediatrics**, United States, v. 105, n. 4, p. 998-1003, 2000.

STARFIELD, B.; XU, J.; SHI, L. Validating the Adult Primary Care Assessment Tool. **The Journal of Family Practice**, United States, v. 50, n. 2, p. 161-175, 2001.

TRAVASSOS, C.; CASTRO, M. S. M. Determinantes e Desigualdades Sociais no Acesso e na Utilização de Serviços de Saúde. In: GIOVANELLA, L. et al. (Orgs.) **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: ed. FIOCRUZ, 2008, p. 215-243.

WENDHAUSEN, A. **O duplo sentido do controle social: (des)caminhos da participação em saúde**. Itajaí: UNIVALI; 2002.