

Participação social na Atenção Primária à Saúde em direção à Agenda 2030

Social participation in Primary Health Care towards the 2030 Agenda

Guilherme Vinicius Catanante¹

Lucila Brandão Hirooka¹

Hélio Souza Porto¹

Maria do Carmo Gullaci Guimarães Caccia Bava¹

Abstract *Listening to society is an ethical reference to respond to its legitimate needs and aspirations. Considering as presuppositions the social participation and the right to the city, which are part of the 2030 Agenda, this study sought to recognize the voice of users that evaluated PHC services and their attributes. This descriptive and cross-sectional study used national ministerial evaluation data, outlining a region with 323 teams in 80 municipalities in the state of São Paulo and 1,272 users heard by authors. Users were mostly female, over 51 years old, with low income and schooling, eliciting challenges to population aging and selective care. Around 93% were 20 minutes away from health services and opening on Saturdays (43%) and at night (38%) would facilitate access. Some 60% were received without scheduling and 62% did not consider services prepared for urgent care. Some 85% received Community Health Workers and 40% other professionals, suggesting disparities in the incorporation of the territory to the care production process. In line with National Primary Health Care Policy and what is recommended by international conferences, social participation was recognized as a way to address the multiple aspects in the construction of universal health.*

Key words *Primary Health Care, Social participation, Health evaluation*

Resumo *A escuta à sociedade é referência ética para responder às suas necessidades e aspirações legítimas. Tendo como pressupostos a participação social e o direito à cidade, partes da Agenda 2030, buscou-se valorizar a vocalização dos usuários que avaliaram os serviços de Atenção Primária e seus atributos. O presente estudo descritivo e de corte transversal valeu-se de dados de avaliação ministerial nacional, dela recortando região com 323 equipes de 80 municípios paulistas e 1272 usuários ouvidos pelos autores. Estes eram, na maioria, do sexo feminino, maiores de 51 anos, de baixa renda e escolaridade, evocando desafios do envelhecimento populacional e da seletividade assistencial. Do total, 93% distavam até 20 minutos do serviço de saúde, e a abertura aos sábados (43%) e à noite (38%) facilitariam o acesso. Eram recebidos sem agendamento 60% deles, e 62% não consideravam o serviço capacitado para urgências. Receberam visita dos Agentes Comunitários 85%, e de outros profissionais 40%, sugerindo diferenças na incorporação do território ao processo de produção do cuidado. Alinhando-se à Política Nacional de Atenção Básica e ao preconizado pelas conferências internacionais, valorizou-se a participação social como uma forma de enfrentamento dos múltiplos aspectos presentes na construção da saúde universal.*

Palavras-chave *Atenção Primária à Saúde, Participação social, Avaliação em saúde*

¹ Programa de Pós-Graduação em Saúde na Comunidade, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Av. Bandeirantes 3900, Monte Alegre. 14048-900 Ribeirão Preto SP Brasil. gcatanante@usp.br

Introdução

*As pessoas que estão vulneráveis
devem ser empoderadas.
(Agenda 2030)*

Partindo da experiência da agenda dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) da Organização das Nações Unidas (ONU), vigente entre 2000 e 2015, e no cumprimento da qual ganhou destaque o Brasil¹, foi constituída a Agenda 2030, focada nas áreas social, econômica e ambiental. Abrangendo o período de 2016 a 2030, nela constam os 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) e suas 169 metas².

O cumprimento da Agenda requer que cada país lide com suas diferentes realidades, capacidades e níveis de desenvolvimento, enfrentando desafios específicos para o seu estabelecimento e execução. Cada governo é primariamente responsável pelo acompanhamento e avaliação do progresso alcançado nos níveis regional, nacional e global, devendo desenvolver e utilizar indicadores, compostos por dados desagregados de qualidade, acessíveis, atualizados e confiáveis, cujo uso deverá ser frequente por serem a chave para a tomada de decisão².

A promoção dos ODS vai ao encontro da promoção do direito à cidade, questão trazida inicialmente pela obra de Lefebvre, na qual afirma que “o direito à cidade não é o direito ao acesso ou retorno às cidades tradicionais, mas é o direito à vida urbana, transformada, renovada, que comporte o ‘urbano’ como lugar de encontro, que priorize o valor de uso, a inscrição no espaço de um tempo promovido à posição de supremo bem entre os bens, que encontre sua base morfológica, sua realização prático-sensível”³.

Assim, é necessário redefinir formas, funções e estruturas da cidade, sendo elas econômicas, políticas e culturais, pois a cidade historicamente formada não vive mais, ainda que o “urbano” persista. Lefebvre coloca que objetos teóricos possíveis devem ser constituídos, cujos resultados devem incidir exatamente na realidade que os colocou, sob um feedback incessante³.

Os quadros regionais e sub-regionais, nessa perspectiva, são facilitadores de uma tradução eficaz das políticas adotadas em ações concretas para se atingir os ODS² e promover o direito à cidade.

No presente artigo destaca-se o ODS 3, voltado à saúde, e mais especificamente a meta 3.8: atingir a cobertura universal de saúde, incluindo a proteção do risco financeiro, o acesso a serviços de saúde essenciais de qualidade e o acesso a me-

dicamentos e vacinas essenciais seguros, eficazes, de qualidade e a preços acessíveis para todos².

Neste sentido, destaca-se a importância da garantia de atenção ao primeiro contato, sendo este um dos atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde (APS), pois corresponde à acessibilidade e uso do serviço pelo usuário para cada novo problema ou novo episódio de um problema em saúde, considerando-se na composição deste atributo como o usuário percebe a acessibilidade (por exemplo, as características geográficas e temporais do acesso) e o uso (o fácil acesso estar ou não associado à utilização e resolubilidade)⁴.

Relevante, também, garantir o acesso universal e contínuo a serviços qualificados e resolutivos, acolhendo, vinculando e responsabilizando o usuário no cuidado em saúde. É tido como dever da APS organizar-se para universalmente acolher, escutar e oferecer resposta ativa aos problemas de saúde da população, desta reduzindo os sofrimentos e danos, e responsabilizar-se pela resposta oferecida, seja dentro ou fora da própria APS⁵.

Frente às questões trazidas pelo ODS 3, reafirma-se no Brasil a presença do Sistema Único de Saúde (SUS), universal e igualitário, dotado de serviços organizados em níveis de atenção, não por hierarquia de importância, mas por maior ou menor densidade tecnológica incorporada em cada esfera.

À despeito de tantos desafios que vem enfrentando desde sua criação, o SUS tem representado uma profunda mudança na saúde da sociedade brasileira, enquanto projeto ético político de caráter público voltado à proteção social.

Algumas das maiores mudanças advêm da adoção de uma concepção ampliada de saúde, do seu reconhecimento como direito social de todos os cidadãos, da responsabilidade do estado nesse processo e do forte chamamento à participação da sociedade na construção de um projeto que ultrapassa a dimensão assistencial, para requerer o exercício consciente de uma cidadania plena – base de uma sociedade saudável. Geram-se assim, possibilidades para um novo protagonismo social, visceralmente relevante no SUS.

Essa política de estado tem muitos aspectos em comum com os ODS 3 e 17 (referente à valorização da participação social)^{2,5}. Causa, também, impacto direto na promoção de cidades saudáveis, alinhadas ao direito à cidade.

De acordo com Harvey⁶, este direito está longe da liberdade individual de acesso a recursos urbanos, pois trata-se do “direito de mudar a nós mesmos pela mudança da cidade”. Antes de individual, é também um direito comum, pois

a transformação à qual se refere está amarrada ao exercício de um poder coletivo apto a moldar livremente a (re)construção da cidade e de nós mesmos.

A lógica da cidadania e da produção de vida demandam o reconhecimento presente na complexidade do processo de cuidar de forma integral, assumindo a saúde como produção social e a APS com seus atributos de valorização da comunidade, acessível e qualificada, integrada em redes de atenção à saúde, com potência para coordenar o cuidado longitudinal, integral, universal e igualitário⁷.

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)⁵, a APS representa um conjunto de ações em saúde, individuais e coletivas, que abrange a promoção, proteção e prevenção em saúde, realização de diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde, prezando por uma integralidade que cause impacto na autonomia e situação de saúde das pessoas e nos condicionantes e determinantes de saúde das coletividades.

É, ainda, responsabilidade da APS contribuir para a reorientação do modelo de atenção e de gestão no SUS, apoiando e estimulando a adoção prioritária da Estratégia Saúde da Família (ESF) nos municípios brasileiros, dado seu potencial tático para consolidação, qualificação e expansão da própria APS^{5,8}.

A implantação dessas mudanças paradigmáticas evidenciaram a necessidade de avaliar e qualificar os serviços de APS. Neste sentido, insere-se o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), aqui referido como PMAQ, criado em 2011, e que se desdobra na forma de ciclos sucessivos de avaliação da APS, privilegiando os profissionais e usuários do SUS⁹.

Este é um momento potente e estratégico para se avaliar o que foi construído e reconhecer as fragilidades sociais e políticas enfrentadas, estabelecendo novos rumos, alinhados à Agenda 2030.

Substanciando estes argumentos, os signatários da Agenda 2030 comprometeram-se a adotar e seguir alguns princípios norteadores do processo de avaliação e acompanhamento dos Objetivos e metas: que sejam abertos, inclusivos, participativos e transparentes para todas as partes interessadas; centrados nas pessoas, sensíveis ao gênero e com foco nos mais pobres e vulneráveis; baseados em plataformas e processos existentes, caso existam, evitando a duplicação; e que reforcem os sistemas de dados e programas de avaliação nacionais².

O PMAQ, acompanhando a capilaridade da APS, acaba por produzir dados de avaliação capazes de caracterizar territórios e cenários regionais, em várias escalas. Isto também vai ao encontro da pactuação constante na Agenda 2030, que considera a contribuição dos povos indígenas, sociedade civil, setor privado e outros, fornecendo oportunidades de “aprendizagem entre pares, inclusive através de análises voluntárias, do compartilhamento de melhores práticas e da discussão sobre metas compartilhadas. [...] Processos regionais inclusivos vão recorrer a avaliações em nível nacional e contribuir para o acompanhamento e a avaliação em nível global [...]”².

Características específicas dos resultados do PMAQ, à frente apresentados, revelam-se potentes para atender certas metas em saúde e participação social trazidas pelos ODS, na perspectiva do direito à cidade e dos serviços de saúde de qualidade, e da necessidade da escuta dos cidadãos para o aperfeiçoamento do processo de produção de cuidado e vida nos territórios.

Objetivo

O presente trabalho busca conferir visibilidade à vocalização dos usuários, quanto às suas possibilidades e dificuldades de acesso a estes serviços públicos de APS.

Material e método

Trata-se de estudo descritivo, de corte transversal, valendo-se de fonte secundária, a partir do banco de dados da avaliação externa do PMAQ - Ciclo II, ocorrido em 2014. O campo de realização do presente trabalho abrangeu 80 municípios que aderiram ao processo de avaliação em uma Rede Regional de Atenção à Saúde (RRAS) do Estado de São Paulo, com 90 municípios, totalizando 3.363.849 de habitantes, tendo os autores participado da coleta na área correspondente.

A avaliação externa prevê um conjunto de variáveis voltadas a averiguar a acessibilidade e a qualidade da Atenção Básica prestada pelo conjunto de UBS envolvidas no Programa. Os instrumentos de avaliação são divididos em Módulos, buscando abranger as dimensões estruturais e de insumos das unidades de saúde, o processo de trabalho e, no Módulo III, adotado nesse estudo, são contempladas as entrevistas com os usuários nas unidades de saúde^{10,11}.

As variáveis aqui abordadas derivaram de cinco subdimensões: identificação do usuário,

acesso ao serviço de saúde, acolhimento à demanda espontânea, atenção integral à saúde e vínculo, e responsabilização do cuidado¹¹.

De cada equipe de saúde participante do processo de avaliação foram entrevistados quatro usuários, totalizando 1.272 pessoas, selecionadas segundo os critérios do Ministério da Saúde¹¹.

As respostas obtidas foram analisadas por meio da estatística descritiva, a partir do referencial teórico da Atenção Primária em Saúde e seus quatro atributos essenciais: Longitudinalidade, Integralidade, Coordenação do Cuidado e Acesso/Acessibilidade⁴.

A pesquisa de mestrado que originou o presente trabalho foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP.

Resultados

Caracterização dos entrevistados

A média de idade dos entrevistados era de 50 anos, sendo que 50% deles possuíam 51 anos ou mais, predominando as usuárias do sexo feminino (77%) (Tabela 1).

Quanto à renda, destacou-se o alto percentual (75%) de entrevistados que não responderam, por não trabalharem ou por não se lembrarem do quanto receberam no mês anterior ao da entrevista. Destes 75%, 80% deles eram mulheres e

20% homens. Quando informados, os valores situavam-se entre um e três salários mínimos para 20% dos entrevistados, e 0,7 % recebiam quatro ou mais salários mínimos (Tabela 1).

Quanto à escolaridade, 40% dos entrevistados possuía o ensino fundamental incompleto, cerca de 20% o ensino médio completo e 5% cursaram, completa ou parcialmente, o ensino superior e/ou pós-graduação (Tabela 1).

Acesso e acessibilidade

O tempo de deslocamento das residências até as Unidades era de 10 minutos para 75% dos entrevistados e 20 minutos para 18% deles (Tabela 2).

Perguntados sobre o horário de funcionamento dos serviços, predominaram os horários da manhã (100%) e tarde (99%), em contraste com o período noturno (3%). 43% dos usuários referiram facilitação do acesso se funcionassem aos sábados, 38% no período noturno, 26% aos domingos, e 22% se funcionassem até às 18h (Tabela 2).

Sobre o tempo de espera para o atendimento em consultas agendadas, as vozes dos usuários revelam morosidade nos seus atendimentos para 69% deles (Tabela 2).

Longitudinalidade

Diante da seguinte questão: “Quando o senhor (a) vem à unidade sem hora marcada, como

Tabela 1. Caracterização dos usuários entrevistados no Ciclo II do PMAQ, RRAS 13-SP, 2014.

Idade	
média	50 anos
18-50 anos	50%
≥ 51 anos	50%
Sexo	
feminino	77%
masculino	33%
Renda	
não informada	75%
1-3 salários mínimos	20%
≥ 4 salários mínimos	0,7%
Escolaridade	
fundamental incompleto	40%
médio completo	20%
superior/pós-graduação incompleto/completo	5%

Fonte: Banco de dados do Ciclo II, PMAQ, Ministério da Saúde.

Tabela 2. Acesso e acessibilidade dos usuários entrevistados no Ciclo II do PMAQ, RRAS 13-SP, 2014.

Deslocamento (minutos)	
≤ 10	75%
≤ 20	18%
Funcionamento	
manhã	100%
tarde	99%
noite	3%
Facilitação do acesso	
sábados	43%
noite	38%
domingos	26%
até 18h	22%
Morosidade no tempo de espera	69%

Fonte: Banco de dados do Ciclo II, PMAQ, Ministério da Saúde.

o senhor (a) foi recebido (a)?”, 32% relataram nunca terem precisado ir à UBS sem ter hora marcada, 60% já terem procurado o serviço sem hora marcada e foram “muito bem” ou “bem” atendidos, enquanto 5% qualificaram como “regular” e menos de 3% como “ruim/muito ruim” (Tabela 3).

Aproximadamente 62% dos usuários não consideraram as unidades como locais capazes de lidar com urgência em situação de necessidade (Tabela 3).

Integralidade do cuidado

Os resultados obtidos mostram que 90% dos usuários responderam afirmativamente sobre ter suas necessidades e/ou problemas resolvidos nas próprias unidades. Quando investigados se “além da sua queixa os profissionais de saúde perguntam sobre outras questões da sua vida”, 34% relataram que nunca ou quase nunca foram questionados (Tabela 4).

Coordenação do cuidado

A variável a seguir aplicou-se apenas aos usuários já encaminhados a outros profissionais e serviços de saúde, perfazendo 69% (n = 880) dos respondentes. A eles foi indagado conhecerem as formas de encaminhamento a consultas em outros serviços, permitindo-lhes múltiplas escolhas como resposta. Para 52% dos entrevistados, a consulta era marcada pela Unidade e informada depois; para 22% a marcação era feita e informada na hora, no serviço, e dentre os que informaram receber uma ficha de encaminhamento ou referência para procurarem outros serviços somaram-se 40% (Tabela 5).

Quanto à realização de visitas domiciliares, 85% dos entrevistados relataram receber visitas regulares dos agentes comunitários de saúde (ACS) e 2% não contavam com esses profissionais. Sobre receberem visita de outros profissionais de saúde, 58% responderam “nunca” ou “quase nunca” e 40% “sempre” ou “na maioria das vezes” (Tabela 5).

Discussão

Caracterização dos entrevistados

Levando em conta que as entrevistas foram realizadas com usuários presentes no serviço de saúde, é necessário considerar-se que os resultados são relativos a uma população que pode

chegar a esses serviços, com todas as suas características já peculiares: predomínio de mulheres e de idosos. O sexo feminino representou 77% dos entrevistados, percentual desproporcional aos 51% na população brasileira, segundo o Censo do IBGE de 2010¹². Estudo¹³ envolvendo satisfação de usuários de unidades de atenção primária reitera esse perfil feminino ao identificar a pre-

Tabela 3. Longitudinalidade dos usuários entrevistados no Ciclo II do PMAQ. RRAS 13-SP, 2014.

Recepção ao procurar UBS sem hora marcada	
muito bem/bem	60%
regular	5%
ruim/muito ruim	3%
nunca precisou	32%
Consideração da UBS para cuidado de urgência	
	62%

Fonte: Banco de dados do Ciclo II, PMAQ, Ministério da Saúde.

Tabela 4. Integralidade do cuidado dos usuários entrevistados no Ciclo II do PMAQ. RRAS 13-SP, 2014.

Resolução de necessidades/problemas na própria UBS	
sempre/maioria das vezes	90%
quase nunca/nunca	9%
Investigação além da queixa inicial	
sempre/maioria das vezes	65%
quase nunca/nunca	34%

Fonte: Banco de dados do Ciclo II, PMAQ, Ministério da Saúde.

Tabela 5. Coordenação do cuidado dos usuários entrevistados no Ciclo II do PMAQ. RRAS 13-SP, 2014.

Encaminhamentos (n = 880)	
UBS marca e informa depois	52%
UBS marca e informa na hora	22%
recebe “ficha” de encaminhamento/referência	40%
Realização de visita domiciliar	
Agente Comunitário de Saúde	85%
não contam com Agente Comunitário de Saúde	2%
outros profissionais (sempre + na maioria das vezes)	40%

Fonte: Banco de dados do Ciclo II, PMAQ, Ministério da Saúde.

sença de mulheres em 84% dos entrevistados e baixa escolaridade (53% não possuíam o ensino elementar completo), embora faixa média de 30 a 39 anos.

Este cenário reforça a necessidade de oferta de serviços em saúde da mulher (ênfasis no ODS 5, sobre igualdade de gênero e empoderamento feminino) e, mais ainda, de aproximar serviços de saúde e o público masculino. A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem¹⁴, considerando esta problemática e os agravos que dela decorrem, aponta que é necessário promover ações de saúde que contribuam significativamente para a compreensão da realidade singular masculina nos seus diversos contextos socioculturais e político-econômicos.

Destaca-se que no instrumento constam variáveis relativas ao sexo, porém, nada consta quanto ao gênero dos usuários entrevistados, temática crescente nos diversos setores sociais e motivo recente de novas discussões e ações, principalmente no âmbito da saúde. Seria enriquecedor ter este dado à disposição para a avaliação dos serviços, para melhor caracterizar a população que os frequentam, levantar demandas e projetar ações, além de romper com possíveis correlações forçadas entre sexo e gênero.

Esse perfil nos remete também aos desafios colocados pelo envelhecimento populacional aos diversos setores sociais nos próximos anos, e, em particular ao sistema de saúde, que deverá incorporar os altos custos da adequação tecnológica a fim de executar ações integrais à saúde do idoso, garantindo a perspectiva de equidade e universalidade, conforme dispõe o ODS 3. Aponta-se ainda uma maior necessidade de atenção às ações de prevenção e proteção à saúde das populações de faixas etárias inferiores, de modo a diminuir impactos negativos futuros do envelhecimento, para o SUS e para toda a sociedade, ao requererem-se aposentadorias precoces, afastamentos por doenças crônicas, etc. Estudos¹⁵⁻¹⁷ apontam as implicações para a economia advindas do processo de envelhecimento e da grande incidência de doenças crônicas, como Diabetes, Hipertensão, Depressão e suas comorbidades, havendo estimativa de que seu impacto por volta de 2030 alcance 8,7% do PIB.

Já a presença de aproximadamente 50% dos demais entrevistados entre 19 e 50 anos de idade, alerta para a importância das equipes de saúde responderem às necessidades advindas da idade reprodutiva e o cuidado dos filhos, além da complexidade dos aspectos atrelados à participação

no mercado de trabalho, como as doenças e acidentes profissionais, muitas vezes desconhecidos pelas relatadas dificuldades de acessibilidade decorrente dos horários de funcionamento dos serviços incompatíveis com as jornadas de trabalho desses e de potenciais usuários.

Quanto à renda, chama a atenção o altíssimo percentual de entrevistados que não responderam, informando não trabalharem ou não se lembrarem do quanto receberam no mês anterior à da entrevista. Cerca de 75% de usuários não trabalhavam/não souberam dizer o quanto receberam no mês anterior, sendo 80% deles mulheres e 20% homens. Pode-se aventar a possibilidade de haver certo constrangimento pelos entrevistados em oferecer a estranhos uma informação considerada restrita à esfera privada. Os usuários que forneceram valores caracterizavam-se pelos que recebem de um a três salários mínimos.

Configura-se, assim, uma população usuária da APS com condições de renda abaixo do suficiente para atender às necessidades mais básicas do cotidiano, sendo muitas vezes a renda informada compartilhada por uma família inteira. Trata-se, conseqüentemente, do tipo de população que não dispõe de serviços suplementares de saúde e depende, em sua maioria, exclusivamente do SUS para terem garantido um direito essencial.

A variável sobre escolaridade revelou que o perfil dos usuários presentes nesta porta de entrada do SUS é de menor nível educacional, condizente com os dados acima citados e analisados acerca da renda e ocupação.

A APS tem uma vertente importante que a concebe como assistência pobre para pessoas pobres¹⁸, denominada de APS seletiva, de caráter assistencial incipiente e desprovido de maiores aportes de recursos, o que reforça a ideia do “SUS para pobre”, sendo uma possível resposta à utilização de planos de saúde como indicador de ascensão social.

Considerando o entrelaçamento do ODS 3 com os demais ODS e metas, é relevante considerar que prover serviços seletivos perpetua a ideia da pobreza vinculada aos serviços públicos de saúde. O impacto da pobreza no perfil de saúde tem origem nas situações persistentes de desvantagem e discriminação vivenciadas por determinados grupos sociais e que afetam a saúde de modo distinto. Por outro lado, a ocorrência de doenças em determinados grupos sociais contribui para reforçar as vulnerabilidades sociais e econômicas, colaborando para a persistência do ciclo perverso da pobreza.

Acesso e acessibilidade

Os usuários que disseram gastar no máximo 20 minutos percorrendo a distância entre sua residência e a UBS somam 93% da amostra. Trata-se de quantidade de tempo dentro dos padrões sugeridos, que propõem que este tempo não ultrapasse os 30 minutos¹⁹.

Há outros fatores diversos que podem influenciar no acesso e acessibilidade, para além da distância geográfica, como aspectos de ordem social e comunitária, o tipo de demanda da comunidade em relação ao padrão tecnológico do serviço, questões organizacionais na estruturação do próprio serviço de saúde (agenda, horários de funcionamento, disponibilidade de profissionais etc.)⁴.

Considerando-se, ainda, que as entrevistas foram realizadas com usuários que estavam nas Unidades de saúde, é possível que usuários residentes em áreas rurais (e afins) de difícil acesso e com deficitária cobertura, não tenham tido a oportunidade de manifestar sua percepção sobre a distância até as UBS, implicando em um vazio nos usuários pesquisados, alguns talvez com maior vulnerabilidade e dificuldade de acessar os serviços. Reconhecer estas questões e procurar soluções para as mesmas sintoniza com aquilo que consta na meta 1.3 do ODS 1: Implementar, em nível nacional, medidas e sistemas de proteção social [sendo o SUS um deles] adequados, para todos, [...] e até 2030 atingir a cobertura substancial dos pobres e vulneráveis².

Cabe aqui considerar o exposto por Harvey⁶, no que tange ao direito à cidade, ao afirmar que os limites do urbano vão gradualmente desaparecendo, percorrendo o rural e atingindo dimensões globais. O resultado acima exposto remete ao que Harvey define como “a formação de muitos ‘microestados’”, as cidades que consistem como “fragmentos fortificados” e comunidades fechadas, onde partes diferentes vivem diferentes condições do urbano.

O horário de funcionamento das UBS, predominantemente nas manhãs e tardes e quase inexistente à noite, implica em dificuldades de acesso para aqueles integrantes da comunidade que possuem jornadas de trabalho conflituosas com o horário de funcionamento do serviço de saúde.

Como a coleta foi direcionada aos usuários presentes nas Unidades, ou seja, aos que tiveram acesso ao serviço, se esse mesmo questionamento fosse feito de forma aleatória às pessoas na comunidade, em horários em que os trabalhadores estão em casa, esses percentuais poderiam ser modificados de forma substancial. Novamente a

vocalização das necessidades da comunidade fica prejudicada.

Levando-se em consideração o pressuposto da APS próxima e aberta à realidade cotidiana dos usuários e da comunidade, conforme consta na PNAB⁵, se o atributo de acesso não for garantido, e se não houver outras formas de acesso a outros serviços que atendam às necessidades em saúde da população (lembrando, por exemplo, que a maioria dos municípios da RRAS dispõem localmente apenas de serviços de APS), perpetua-se a APS incapaz de resolver ou mesmo receber as necessidades em saúde dos cidadãos que dela necessitam.

Sobre o tempo de espera para o atendimento em consultas agendadas, a voz do usuário revela morosidade no seu atendimento em 69%, levando à perpetuação da imagem do SUS de difícil acesso. Estudo¹³ de satisfação dos usuários identificou que o aspecto mais bem avaliado foi a facilidade em marcar consulta, com 22% de respostas “muito bom”, seguida pelo apoio oferecido pelos profissionais da unidade de saúde além do profissional que deu o atendimento, com 22% de respostas “muito bom”. Ainda nessa pesquisa, registrou-se que a pior avaliação se referiu ao tempo de espera para consulta, com 56% dos usuários insatisfeitos.

Longitudinalidade

Os dados revelaram a APS acolhedora para a maior parte de seus usuários, cumprindo com seu papel de porta de entrada do SUS de modo a criar vínculos fortalecidos no cuidado e manejo dos casos⁵. Porém, ressalva-se, novamente, que aqueles que não têm acesso aos serviços de APS não puderam opinar.

Quanto aos 62% que não consideraram as Unidades capazes de lidar com urgências (caso necessário), pode-se compreender que há uma falha na maneira como o serviço é visto e avaliado pelos usuários, pois é atributo da APS ser ponto de referência preferencial em casos de urgência^{4,5,20}. Fortalecer a APS e torná-la reconhecida como ponto preferencial de atenção, em situações de urgência ou não, é tarefa necessária para viabilizar seus atributos.

Em estudo denominado “Pronto-atendimento ou atenção básica: escolhas dos pacientes no SUS”, Caccia-Bava et al.²¹ identificaram que em relação ao atributo da longitudinalidade do cuidado com estabelecimento de vínculos positivos entre pacientes e membros das equipes de saúde, cerca de 20% dos entrevistados relatam que esse vínculo não foi estabelecido com a atenção primária, mas,

em parte, com a unidade de Pronto-Atendimento (PA). Outros achados no estudo dizem respeito às razões apresentadas pelos pacientes com queixas compatíveis com a APS para procurarem pelo serviço de Pronto-Atendimento. Nesse caso, 12,4% preferem considerar que poderiam precisar de um atendimento de urgência (descaracterizando a UBS como possibilidade para esse atendimento) e 9,6% por considerar maior disponibilidade de recursos no PA do que na UBS.

Para garantia da longitudinalidade tendo a APS como porta de entrada, mais do que nunca se faz necessário a efetivação da assistência em redes de serviços, já que a APS deve cumprir, nas redes, três funções: resolução, coordenação e responsabilização²². Para além disso, as UBS necessitam, de fato, estarem preparadas para lidar com situações de urgências e emergências, para que a visão e avaliação dos usuários em relação a APS nesse quesito deixe de se configurar como uma falha.

Reconhecer e dispor de equipamentos, bem como saber intervir em situações de urgências são condições *sine qua non* para que a equipe de atenção primária atenda urgências. Porém é comum que os profissionais tenham dificuldade em reconhecer uma urgência e não compreendam a ESF, por exemplo, como um serviço viável para um atendimento de urgência, julgando que esse tipo de atendimento foge do princípio que rege a APS e, portanto, utilizam o encaminhamento como forma de resolver essas situações²³.

Integralidade do cuidado

Predominaram as opiniões sobre uma APS resolutiva para a maioria, indo ao encontro dos fundamentos e diretrizes propostos pela PNAB⁵, que afirma a função de acolher e resolver efetivamente as necessidades trazidas pelas pessoas assistidas.

Trata-se de uma informação que contrasta, por exemplo, com o que foi abordado pelos próprios usuários que não possuem o acesso facilitado como gostariam (conforme consta em variável já abordada). Ainda que a APS não lhes tenha oferecido condições de acesso facilitadas de acordo com suas diferentes realidades, os serviços têm sido resolutivos para a maioria dos entrevistados nos dois cenários.

Já a opinião dos usuários que “nunca” ou “quase nunca” são questionados sobre outras questões, além daquela que motivou a consulta, aponta possível hiato na integralidade em saúde oferecida a esses usuários do SUS.

Isto vai ao encontro do exposto por estudo de Catanante et al.²⁴, realizado nesta mesma RRAS

com dados dos usuários entrevistados no Ciclo I do PMAQ, onde consta que 26% nunca ou quase nunca se sentiram à vontade para falar com a equipe sobre preocupações, problemas psicossociais e outros, 30% nunca ou quase nunca foram questionados sobre necessidades de saúde além do motivo da consulta e dentre as usuárias entrevistadas que já haviam passado por gestação, 32% foram perguntadas pela equipe sobre problemas emocionais no pós-parto. Isto aponta que as necessidades em atenção psicossocial dos usuários na APS têm sido incipientemente notadas, investigadas e atendidas.

É de amplo reconhecimento que diversos contextos do SUS são atravessados por uma crônica incipiência em lidar com necessidades psicossociais de seus usuários. Por vezes, estas necessidades são compreendidas como exclusivas aos níveis de atenção secundário e terciário, rompendo com o conceito de APS centrada na família e na comunidade, humanizada, capaz de acolher e conduzir as demandas em saúde de seus usuários em sua integralidade.

Diferentemente, estudo de Brandão et al.¹³ adotou o indicador Relação e Comunicação, que obteve a maior gradação de resposta “muito bom”, ao abordar o interesse do profissional sobre o usuário (39%). Também apresentou variável sobre o usuário sentir-se à vontade com o médico, com 38% de usuários satisfeitos.

Coordenação do cuidado

Nota-se, neste cenário, que a prática de marcação de consultas pela própria UBS é presente para mais da metade dos usuários. Este tipo de prática demanda, dentre outros, a articulação do trabalho em rede, implicando em canais de comunicação eficientes e (re)conhecimento dos diversos pontos da rede com suas respectivas funções e ofertas. São garantidas, desta forma, a universalidade e a igualdade do acesso nos demais pontos da rede.

Isto não se aplica aos 40% dos usuários que “recebem a ficha” de encaminhamento da UBS e devem procurar os serviços e profissionais aos quais foram referenciados ou que desejaram. Aqui, a coordenação do cuidado pode ocorrer por meios truncados, não necessariamente alinhados para o cuidado em rede. É comum que os usuários acabem não chegando ao destino dos encaminhamentos, quando estes não são marcados e informados pelo serviço de origem.

Conforme aponta Mendes²⁵, a falta de comunicação entre a APS e os demais serviços, as barreiras de acesso aos serviços especializados e a

falta do sentimento de continuidade assistencial pelos usuários, dentre outros aspectos, são manifestações de uma coordenação da APS dificultada ou mesmo ausente, sendo um dos problemas mais agudos dos sistemas de saúde. Os usuários que percorrem sozinhos os trajetos entre os diferentes pontos de atenção à saúde acabam por sujeitarem-se a erros no diagnóstico e/ou tratamento e subprestação de serviços.

Destaca-se, assim, a importância de integração e fortalecimento das redes para que a coordenação do cuidado, enfaticamente prestada pela APS, possa superar a fragmentação do sistema de saúde (configurada por pontos que não se comunicam entre si), passando a lidar melhor com as condições crônicas da população, fatores de risco oriundos das condições sociais e concentração de gastos e riscos em saúde em determinados pontos de atenção²⁵.

Quanto a integração das equipes aos territórios e a realização de visitas domiciliares, observa-se que os ACS desempenham um papel presente no cotidiano de seus usuários e serviços orientados pela lógica conceitual da ESF.

Considerando esta a lógica predominante nos serviços de APS do SUS, o percentual positivo endossa, pelo menos nesta RRAS, que a transição do modelo de APS tem atingido a população sob a marca do contato capilarizado proporcionado pelos ACS, ainda que não tenham sido coletados dados dos usuários sobre quais os tipos de atividades que os ACS realizam durante as visitas e se estas contemplam as necessidades em saúde da comunidade.

O contraste com o percentual de usuários que foram visitados por outros profissionais da equipe corrobora um cenário no qual a maioria delas não consegue sair do lócus da UBS para realizar o cuidado em saúde, o que implica em uma dificultada integração com as famílias e comunidades nas quais estão inseridos, visto que a realidade de seus territórios está para além da delimitação física da Unidade e daqueles que lá chegam.

De acordo com a PNAB⁵, dentre outras atribuições, cabe não apenas ao ACS mas a todos os profissionais “participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades”, ainda que o cuidado da população adscrita seja pela mesma política sugerido como “prioritariamente no âmbito da unidade de saúde, e, quando necessário, no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros)”.

Forma-se, assim, um quadro no qual os usuários conseguem estabelecer algum contato com

as equipes fora da UBS, porém, é questionável a qualidade do contato que as equipes, por sua vez, têm estabelecido com seus usuários.

Considerações finais

A escuta e a capacidade de incentivo à vocalização dos sujeitos sociais envolvidos no PMAQ e em outras políticas públicas é potente perante diferentes metas e ODS, mais enfaticamente o ODS 3, e para o estabelecimento de parceria com a sociedade, conforme requer o ODS 17.

A restituição das informações advindas de processos socialmente participativos às esferas política, institucional e à própria sociedade pode auxiliar nas reflexões e implementação dos projetos e objetivos apontados pela Agenda 2030, promovendo a saúde e o direito à cidade. Tal como apontado por Caccia Bava et al.²⁶, a coconstrução do processo avaliativo com os agentes envolvidos necessita integrar diferentes grupos de interesse, de modo que as informações possam ser consideradas importantes, à medida em produzam significados e que forem pactuadas e repactuadas por esses diferentes atores sociais implicados. Necessário, ainda, valorizar e fortalecer, para além das estruturas físicas, os fluxos de interação, articulação e troca entre parceiros para o planejamento e execução de projetos tais como o SUS.

Frente à não rara consideração deste projeto como utópico, conclui-se a presente reflexão a partir de Lefebvre³: “A utopia deve ser considerada experimentalmente, estudando-se na prática suas implicações e consequências. Estas podem surpreender. Quais são, quais serão os locais que socialmente terão sucesso? Como detectá-los? Segundo que critérios? Quais tempos, quais ritmos de vida cotidiana se inscrevem, se escrevem, se prescrevem nesses espaços ‘bem-sucedidos’, isto é, nesses espaços favoráveis à felicidade? É isso que interessa.”

Colaboradores

GV Catanante e MCGG Caccia Bava participaram de todas as etapas da pesquisa. LB Hirooka e HS Porto contribuíram na organização e discussão dos dados e na redação do artigo.

Referências

1. Brasil. Políticas Públicas para o Cumprimento das Metas do Milênio, 2013. [acessado 2017 Ago 24] Disponível em: <http://www.odmbrasil.gov.br/arquivos/politicas-publicas-2013>
2. Organização das Nações Unidas (ONU). *Transformando Nosso Mundo: A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, 2015*. [acessado 2017 Ago 24] Disponível em: <https://nacoesunidas.org/wp-content/uploads/2015/10/agenda2030-pt-br.pdf>
3. Lefebvre H. *O Direito à Cidade*. 5ª ed. São Paulo: Centauro; 2001.
4. Starfield B. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.
5. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: MS; 2012.
6. Harvey D. *O Direito à Cidade. Lutas Sociais* 2012; (29):73-89.
7. Brasil. Decreto nº 7508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2011; 28 jun.
8. Brasil. Portaria nº 2488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da União* 2011; 22 out.
9. Brasil. Portaria nº 1654, de 19 de julho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável. *Diário Oficial da União* 2011; 20 jul.
10. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Descrição das Variáveis – Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)*. Brasília: MS; 2013.
11. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Instrumento de Avaliação Externa do Saúde Mais Perto de Você - Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)*. Brasília: MS; 2013.
12. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Sinopse do Censo Demográfico 2010*. [acessado 2017 Ago 24]. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/webservice/default.php?cod1=0&cod2=&cod3=0&frm=>
13. Brandão ALRBS, Giovanella L, Campos CEA. Avaliação da atenção básica pela perspectiva dos usuários: adaptação do instrumento EUROPEP para grandes centros urbanos brasileiros. *Cien Saude Colet* 2013; 18(1):103-114.
14. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes*. Brasília: MS; 2008.
15. Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia (SBEM). *Doenças crônicas e o impacto no PIB brasileiro*. [acessado 2017 Set 23]. Disponível em: <https://www.endocrino.org.br/doencas-chronicas-e-o-impacto-no-pib-brasileiro/>.
16. Brazil-U.S. Business Council. *Resumo do estudo “Impactos econômicos das doenças crônicas na produtividade e na aposentadoria precoce: o Brasil em foco”*. [acessado 2017 Set 23]. Disponível em: <http://www.brazilcouncil.org/wp-content/uploads/2016/04/Resumo-Impactos-econ%C3%B4micos-das-doen%C3%A7as-cr%C3%B4nicas-na-produtividade-e-na-aposentadoria-precoce.pdf>.
17. World Health Organization (WHO). *Global status report on noncommunicable diseases 2014*. Geneva: WHO; 2014.
18. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). *Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas: documento de posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS)*. Washington: OPAS; 2007.
19. Ramos DD, Lima MADS. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saude Publica* 2003; 19(1):27-34.
20. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Acolhimento à Demanda Espontânea: Queixas Mais Comuns na Atenção Básica, n.28, v.II*. Brasília: MS; 2012.
21. Caccia-Bava MCGG, Pereira MJB, Rocha JSY, Martinez EZ. Pronto-atendimento ou atenção básica: escolhas dos pacientes no SUS. *Medicina (Ribeirão Preto)* 2011; 44(4):347-354
22. Mendes EV. *Os sistemas de serviços de saúde: o que os gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas*. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará; 2002.
23. Farias DCC, Suely DM, Peixoto JBS, Barbosa ML, Costa GMC. Acolhimento e Resolubilidade das Urgências na Estratégia Saúde da Família. *Rev. Brasileira de Educação Médica* 2015; 39(1):79-87.
24. Catanante GV, Caccia-Bava MCGG, Hirooka LB, Porto HS. Desafios em Saúde Mental na AB: Perspectivas de Usuários Entrevistados no PMAQ. *13º Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade*; 2015 Jun 08-12; Natal, Brasil. Natal: Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade; 2015.
25. Mendes EV. *A Construção Social da Atenção Primária à Saúde*. Brasília: CONASS; 2015.
26. Caccia Bava MCGG, Pereira MJB, Hirooka LB, Catanante GV, Porto HS. PMAQ: Considerações críticas para transformá-lo em um dispositivo para a produção de mudanças no rumo da melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica. In: Akerman M, Furtado JP, organizadores. *Práticas de avaliação em saúde no Brasil: diálogos*. Porto Alegre: Rede Unida; 2015. p. 307-342.

Artigo apresentado em 30/08/2017

Aprovado em 04/09/2017

Versão final apresentada em 03/10/2017