

VIII Simpósio sobre Reforma Agrária e Questões Rurais

POPULAÇÃO ADSCRITA X ACESSO AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE-SUS: ORGANIZAÇÃO DO TERRITÓRIO OU EXCLUSÃO?

Discente: Gustavo Rodrigues de Oliveira – **Universidade de Araraquara / Uniara**

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Helena Carvalho de Lorenzo - **Universidade de Araraquara / Uniara**

RESUMO:

Pretende-se neste artigo abordar aspectos teóricos sobre o acesso aos serviços de saúde, considerando a organização do território a partir da lógica estabelecida no atual pacto de gestão (Brasil, 2006) em que se vê, novamente a retomada da regionalização como diretriz fundamental do SUS, sendo eixo estruturante para a pactuação e descentralização das ações. Fica explícito nesse documento que o desenho final do Plano de Regionalização deve levar em conta o reconhecimento das regiões de saúde em suas singularidades, em cada estado, município e no distrito federal. As regiões de saúde são entendidas como “... recortes territoriais inserido em um espaço geográfico contínuo, identificadas pelos gestores municipais e estaduais a partir de identidades culturais, econômicas e sociais, de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados do território”.

Neste sentido, deve ser compreendida que a Atenção Primária a Saúde assume função estratégica na reorganização do sistema, porém, observando determinadas peculiaridades, pois entre as suas diretrizes, algumas apontam na direção da definição de territórios, como: a “adscrição de população” — vinculada a uma unidade básica; “território de abrangência” —, entendido como a área que está sob a responsabilidade de uma equipe de saúde da família e, a “territorialização” — vista como uma ferramenta metodológica que possibilita o reconhecimento das condições de vida e da situação de saúde da população de uma área de abrangência.

Há no entanto evidente conflito que motiva o desenvolvimento do presente artigo, pois ainda que o programa focalize o atendimento na saúde das famílias, incluindo atividades de promoção de saúde, está implícita a atuação sobre os ambientes de reprodução social delas. A menor unidade espacial da base territorial do sistema de saúde é este território — a área de abrangência das famílias adscritas a cada unidade básica, serviço ou modalidade presente na atenção primária a saúde. Ela é pouco tratada, imprecisa em sua delimitação, e fonte para as análises epidemiológicas. Potencialmente, estes territórios têm como vantagem

a possibilidade de captar dados demográficos, epidemiológicos, e de condições de vida, incluindo aspectos ambientais, mas é inegável o tratamento diferenciado e a divergência no sentido de colidir com as formas de acesso do usuário, restringindo-o ou excluindo-o, à luz dos conceitos de participação, pactuação e responsabilidade solidária, estratégias político-territoriais que o sistema de saúde põe em prática através das diretrizes da descentralização, da regionalização e da municipalização para efetivar a universalidade, a equidade e a integralidade das ações, princípios constitutivos do Sistema Único de Saúde, garantidos na Constituição Federal a todo cidadão, como direito de cidadania assegurado pelo Estado.

PALAVRAS-CHAVES: Territorialização, População Adscrita, Sistema Único de Saúde, Acesso.

ABSTRACT

This article intends to address theoretical aspects about access to health services, considering the organization of the territory based on the logic established in the current management pact (Brazil, 2006), which once again sees the resumption of regionalization as a fundamental guideline of the SUS, being the structuring axis for the pacing and decentralization of actions. It is explicit in this document that the final design of the Regionalization Plan should take into account the recognition of health regions in their singularities, in each state, municipality and in the federal district. The health regions are understood as "... territorial cuts inserted in a continuous geographical space, identified by the municipal and state managers from cultural, economic and social identities, of communication networks and shared transport infrastructure of the territory".

In this sense, it should be understood that Primary Health Care assumes a strategic function in the reorganization of the system, but observing certain peculiarities, since among its directives, some point in the direction of the definition of territories, such as: "ascription of population" linked to a basic unit; "Encompassing territory" - understood as the area under the responsibility of a family health team, and "territorialization" - seen as a methodological tool that enables the recognition of the living conditions and health situation of the population of an area of coverage.

There is, however, clear conflict that motivates the development of this article, since even though the program focuses on the health care of families, including health promotion activities, it is implied to act on their social reproduction environments. The smallest spatial unit of the territorial base of the health system is this territory - the area of coverage of families assigned to each basic unit, service or modality present in primary health care. It is poorly treated, imprecise in its delimitation, and source for epidemiological analyzes. Potentially, these territories have the advantage of being able to capture demographic, epidemiological and living conditions, including environmental aspects, but it is undeniable the differential treatment and the divergence in the sense of colliding with the forms of access of the user, restricting it or excluding it, in the light of the concepts of participation, compromise and joint responsibility, political-territorial strategies that the health system implements through the directives of decentralization, regionalization and municipalization to achieve universality, equity and completeness of the actions, constitutive principles of the Unified Health System, guaranteed in the Federal Constitution to every citizen, as a right of citizenship guaranteed by the State.

KEYWORDS: Territorialization, Affiliated Population, Unified Health System, Access.

Introdução

O Sistema Único de Saúde – SUS, é a organização estatal de gestão e resposta à multifacetada manifestação das necessidades de saúde da população brasileira, prevista constitucionalmente e suportada por complexo processo administrativo, obedecendo atualmente a uma lógica descentralizada e local, obedecendo aos arranjos e participação de seus múltiplos atores.

O sistema é a configuração estruturadora do direito à saúde, normatizado como um direito de todos e um dever do Estado. A concretização desse direito está pautada pelos princípios da universalidade do acesso, da integralidade das práticas e dos processos e da equidade na distribuição dos diferentes recursos, segundo as especificidades e diferenças dos indivíduos, dos grupos e das regiões em suas necessidades. Porém, o que se firma como efetivação do direito à saúde e da concretização dos princípios constitucionais do SUS é o acesso aos diferentes serviços, modalidades assistenciais e recursos, este entendido como um conceito ampliado de atenção resolutiva às necessidades de saúde de uma determinada população e território.

Nessa linha, o acesso pode ser conceituado como uma construção social, à medida que é determinado pelo contexto sociocultural que configura as necessidades em saúde, em suas dimensões percebidas, demandadas e ofertadas (Pinheiro e Mattos, 2005). Enquanto construção social abrange e é constituído por uma multiplicidade de dimensões, apontadas por Giovanella e Fleury (1995): política, econômica, técnica e simbólica. O grande número de teorias sobre essas diferentes dimensões é proposto pelos autores por meio de quatro modelos teóricos de explicação da categoria de acesso: economicista, sanitaria pacificador, político sanitaria e o das representações sociais. A proposta situa o acesso num quadro teórico mais amplo que aponta para a necessidade de compreendê-lo a partir do modelo de assistência que configura o próprio sistema. O modelo assistencial, também definido como modelo de atenção à saúde, confere a “razão de ser”, a racionalidade, a lógica que orienta a ação, preconizando modos tecnológicos de intervenção em saúde resultantes da equalização entre necessidades, determinantes, demanda e oferta de serviços (Paim, 1999).

É necessário ainda, introduzir a contribuição de Mendes (2011) sobre as redes de atenção como um caminho de explicação para os dilemas e polêmicas instituídos em torno do acesso. O mesmo autor apresenta em seus escritos, avaliação da ineficiência do sistema de saúde para funcionar em rede. Parte da constatação de que o sistema está organizado para responder a situações de eventos agudos ou a momentos agudos de condições crônicas, quando a transição epidemiológica aponta para uma situação sanitária caracterizada predominantemente por condições crônicas, exigindo outro tipo de modelo para o atendimento e a organização dos serviços. Essa constatação sobre a atual situação epidemiológica da saúde

da população e o conseqüente desajuste do sistema para responder às reais necessidades dos usuários tem as suas repercussões sobre a forma de conceber e organizar os padrões de acesso.

Para melhor entendimento da presente produção, há que esclarecer que as publicações selecionadas foram todas lidas na íntegra, de forma que fossem sistematizadas suas principais características como ano, local de pesquisa e publicação, objetivos, universo empírico, sujeitos de pesquisa, coleta e análise de dados, definições de acesso, práticas relatadas e principais resultados. O foco principal do trabalho é destacar um problema que se agrava com a lógica de uma das verticais do sistema que é a Estratégia Saúde da Família. Por isso, no campo de estudo do objeto, localiza-se a problemática de investigação na interação com os níveis micro, meso e macrossanitários.

Com relação às referências conceituais utilizadas para a definição da categoria acesso, são bases relevantes, autores cuja produção se destacou na década de 1990 obteve grande circulação e produção de “modelos” de conceituação e caracterização das expressões acesso e acessibilidade.

Nesse seleto grupo destacam-se Fekete (1997); Unglert (1995); Donabedian (1990); Giovanella e Fleury (1995) e Travassos e Martins (2004). Da década de 2000, Starfield (2004) é a autora mais utilizada, representante da comunidade científica que analisa o fenômeno desde a ótica do modelo assistencial e de sua responsabilização na produção de iniquidades em saúde. Nesse grupo comparecem as categorias integralidade, cuidado, direito social e desigualdade social conformando o corpus teórico utilizado para a análise dos resultados das pesquisas.

Conflitando com a abrangência geográfica e a diversidade temática apresentada, os artigos evidenciam acentuada concentração quanto ao “lócus” e aos sujeitos de pesquisa. O campo de pesquisa localizou-se na atenção básica e, mais especificamente, na Estratégia Saúde da Família, sendo referido nos artigos (Azevedo e Costa, 2010; Barbosa e Facchini, 2009; Castro e col., 2011; Coelho e Jorge, 2009; Cunha e Vieira da Silva, 2010; Ferri e col., 2007; Moimaz e col., 2010; Novo, 2011; Oliveira e col., 2009; Ramos e Lima, 2003; Schwartz e col., 2010; Silva e col., 2010; Souza e col., 2008; Souza e Garnelo, 2008; Tavares e col., 2009; Uchoa e col., 2011). Estudos apontam que a cobertura da rede de atenção básica, especificamente da Estratégia Saúde da Família, como “porta de entrada” do sistema reduz as iniquidades em saúde, além de ampliar o acesso (Becker, 2001; Rasella e col., 2010).

Metodologia

Nesta construção foi realizada revisão da produção científica de periódicos que abordam o acesso aos serviços de saúde no país, por meio da busca retrospectiva de artigos publicados nos últimos quinze anos, utilizando como fontes as seguintes revistas: Revista de Saúde Pública, Cadernos de Saúde Pública,

Ciência & Saúde Coletiva, Interface - Comunicação, Saúde, Educação e Physis: Revista de Saúde Coletiva. É cediço que tais periódicos se constituem em importante fonte de informação da área científica em saúde coletiva no Brasil, encontrando-se listados em bases de indexação bibliográfica internacionais, além de disponibilizarem os seus artigos on-line, por intermédio do Projeto Scientific Electronic Library Online (SciELO).

Para a seleção de material, foram selecionados os seguintes descritores/palavras-chave de assunto: territorialização, acesso, sistema único de saúde e atenção primária em saúde-APS, tendo em vista que na abordagem do tema proposto, as pesquisas de natureza qualitativa se mostraram totalmente adequadas ao considerarem os aspectos subjetivos e culturais que por ora definem, permeiam, constroem e co-determinam as relações entre demanda, oferta e acesso, na ótica das diversas instâncias, interlocuções e representações sociais. Tais relações precisam ser totalmente reveladas e compreendidas, pois delas decorrem padrões de realidade das práticas, assim como rupturas e mudanças nos processos de trabalho e na gestão do sistema em destaque.

Para fins de análise de dados, ainda na esteira do objeto, como citado anteriormente, em seus níveis sanitários emergiram três perspectivas sobre as quais o presente estudo foi categorizado: processos de trabalho (relações entre gestores, trabalhadores e usuários, associadas às práticas de cuidado e suas conexões com o acesso, vínculo e acolhimento), correspondendo ao nível microssanitário; organização da rede de saúde (determinações estruturais e de fluxos de comunicação no âmbito da rede de atendimento e de seus níveis de atenção), correspondendo ao nível mesossanitário; modelo e sistema de saúde (racionalidade que organiza a lógica da política no âmbito da gestão pública), correspondendo ao nível macrossanitário.

Antes de adentrarmos aos resultados, é sempre importante destacar que a Atenção Básica, hoje denominada Atenção Primária à Saúde – APS, caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. Ela 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. Assim, nesta perspectiva a Atenção Primária à Saúde, considera o sujeito em sua individualidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sociocultural e busca por meio da Estratégia Saúde da Família – ESF e outras modalidades de atenção, a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável. A Atenção Primária a Saúde tem na Estratégia Saúde da Família a estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde (Brasil, 2006a).

Resultados

Mesmo identificando os avanços na organização da APS no país, desde o início do processo de desenvolvimento do SUS, e ainda tendo em vista seu processo evolutivo e político-organizativo, há que se reconhecer que grandes barreiras e entraves devem ser superados para que os propósitos explícitos na política nacional, nos pactos de atenção à saúde e nos demais documentos legais e normativos, possam ser cumpridos e para que possa desempenhar seu papel de organizadora do sistema e coordenadora do cuidado em saúde. Parte desses problemas pode ser atribuída a questões próprias da realidade de cada município ou de cada equipe, o que não necessariamente implica em medidas locais para sua superação. Ainda, no que se refere especificamente à APS, há que se superar um padrão cultural vigente tanto na sociedade como no aparelho formador, na perspectiva de valorizar e legitimar as práticas que aí se desenvolvem.

Muito além disso, reconhece-se que a maior parte desses entraves se constitui em desdobramentos de desafios que devem ser enfrentados pelo SUS na atualidade. Diante de tantos desafios hoje presentes no SUS, deve-se considerar a superação da fragmentação da oferta de ações e serviços de saúde como prioridade, para que se possa responder adequadamente às necessidades de saúde dos brasileiros nesse momento complexo de desequilíbrio pela oferta de serviços que não atendem em demanda e complexidade, a realidade da maior parte das localidades em que o Sistema de Saúde atua de forma adscrita, justamente pela restrição imposta.

De um lado tem-se então os princípios do SUS que são, garantidores do acesso, enquanto que de outro, temos uma população adscrita, condicionada a seu território, que não impede a sua mobilidade a outros serviços, mas que restringem acesso de outros usuários, senão vinculados a este território.

Desta forma, organizou-se então o seguinte quadro abaixo para melhor compreensão do que por ora se apresenta como base do conflito estudado: o território serve como forma de organização da população adscrita ou promove acentuada exclusão da população aos serviços de saúde?.

Algumas fragilidades acerca da lógica de funcionamento da Estratégia Saúde da Família podem ser apontadas, como a distância das casas até as Unidades de Saúde, tamanho do território e número de população. Tais fatores acarretam como limitações para o bom funcionamento do programa (OLIVEIRA; GONÇALVES; PIRES, 2011).

Um dos grandes questionamentos do acesso ao serviço de saúde, é o fato de que o mesmo não se deve restringir apenas a UBS e respectivas modalidades de assistência. São necessários que ocorra também nos domicílios e espaços comunitários permitindo maior contato com os indivíduos, família e comunidade de forma a contribuir para ações efetivas (MARTINS et al., 2010).

É inquestionável que a estratégia saúde da família ainda tem como grandes desafios a ampliação do acesso, que garantam a integralidade, promoção da saúde, enfoque familiar, desenvolvimento de

corresponsabilidades, humanização da assistência, e formação de laços entre os profissionais e a comunidade (COSTA et al., 2014).

Contudo, percebe-se que são muitas as contradições encontradas sobre o modelo de saúde com relação ao acesso e ao atendimento oferecido pela Atenção Primária à Saúde. Fica claro que a qualidade do atendimento, reforçada pelo vínculo, poderá ser vista como um dos principais pontos positivos, por exemplo, através do bom atendimento dos profissionais e o fato das unidades de atendimentos serem próximas às residências. No entanto, existe também significativa insatisfação vista por outros como o mau atendimento dos profissionais, a falta de medicamentos e a demora no atendimento, (OLIVEIRA FILHO et al., 2012), bem como a redução de oferta de vagas por parte daqueles que não estão presentes no território adscrito.

A identificação de limites ao acesso ocorre em todos os níveis de atenção, desde a porta de entrada até os serviços especializados e de alta complexidade, em geral sendo associados às relações de acolhimento e vínculo, conformando-se uma visão panorâmica dos desacertos do sistema, de seus desafios, das expectativas dos usuários, como também das contradições de ambos, isto é, do sistema e dos usuários. O modelo de saúde é uma realidade mais invisível ao nível das estruturas do sistema, só perceptível a uma análise mais acurada que muitas vezes nem todos os gestores, profissionais e usuários estão em condições de fazer.

QUADRO I – Pontos a serem observados na melhoria da assistência da população adscrita a um território sanitário.

Organização da rede de atendimento			
Autores	Pontos observados para melhoria no modelo de atenção à saúde		
Coelho e Jorge, 2009; Cunha e Vieira da Silva, 2010; Ferreira e col., 2010; Ferri e col., 2007; Moimaz e col., 2010; Oliveira, 2009; Schwartz e col., 2010; Sisson e col., 2011; Souza e col., 2008; Souza e Garnelo, 2008; Tavares e col., 2009	Resgatar a credibilidade e a confiabilidade no nível da APS com acesso e resolutividade; ampliar cobertura da ESF e melhorar acesso (infraestrutura urbana) nas áreas mais carentes;	Articulação da rede visando à continuidade do cuidado e o equacionamento dos fluxos de referência e contrarreferência; Articulação intersetorial; oferta assistencial sob o gerenciamento e o controle de centro regulatório, visando ao tempo satisfatório da execução do procedimento; ampliação dos horários de atendimento	Trabalhar na perspectiva dos determinantes sociais da saúde; dar visibilidade, “reconhecer” outras realidades no território, como as dos moradores em situação de rua; aumentar número de trabalhadores

Discussão

Estamos sem dúvidas, diante de um significativo paradoxo, pois ao mesmo tempo em que cresce, a organização do Sistema único de Saúde, desvenda importantes fragilidades inerentes a processos de mudança. É de se notar que em relação às práticas profissionais, estas não conseguem atender adequadamente as novas necessidades de prestação dos cuidados de saúde (integralidade, visão ampliada do processo saúde-doença, formação de vínculos, abordagem familiar, trabalho em equipe). O mesmo ocorre em relação à gestão do sistema (lógica quantitativa da produção, rigidez nos processos de trabalho, fixação das equipes, normatização excessiva, baixa capacidade de inovação gerencial, grande dependência dos serviços secundários, referência e contra-referência) (GIL, 2006, p. 1179).

Porém, estas são questões conhecidas e que somente reforçam o objeto deste estudo. O SUS, da forma como está estruturado, mostra se hoje mais preparado para o manejo clínico das condições agudas presentes nesse quadro de necessidades do que para o manejo clínico das condições crônicas, já que isso se constitui em processo complexo que envolve o desenvolvimento de práticas de autocuidado, abordagens multiprofissionais e garantia de continuidade assistencial, o que só pode ser obtido através de sistemas integrados.

Parte-se do princípio que para o bom funcionamento de qualquer sistema de saúde é imprescindível que as ações e as atividades de APS sejam resolutivas, visando assegurar a redução das iniquidades e garantir um cuidado em saúde de qualidade.

Os serviços de referência e contra referência da Estratégia Saúde da Família, elegeram um quantitativo significativo de limitações para o SUS, em vista que esse serviço é o principal elemento para a integração das redes de saúde. E por incrível que pareça, ao invés de integrar, aos olhos do usuário, segrega, não atingindo assim sua finalidade.

De uma maneira geral, esses serviços requerem mais paciência e prolonga o prazo de recuperação à saúde dos indivíduos. Isso se explica pela demora na marcação de consultas, assistência e realização de exames especializados, nas filas de espera e na disponibilidade de medicamentos para a população. É quase que um consenso na doutrina sobre a necessidade de reorganizar as práticas de gestão para que haja uma integração das atividades realizadas em outros níveis de complexidade para um bom funcionamento dos serviços de saúde, a partir da lógica estabelecida na APS.

Cumprе lembrar que a implementação da Atenção Primária à Saúde no Brasil promoveu aos gestores e profissionais contato com repercussões negativas, visto que o programa possui limitações ao contar com a falta de espaços físicos, orçamentos, supervisão, tamanho do território, número de população, distância, entre outros (SILVA; GARNELO; GIOVANELLA, 2010; OLIVEIRA; GONÇALVES; PIRES, 2011).

Esse estudo contradiz com um dos princípios do PSF que é a atenção à saúde as populações mais desfavorecidas, as barreiras limitantes impedem a implementação do programa nos Estados desassistidos.

Nesta esteira, Silva, Garnelo e Giovanella (2010) enfatizam ainda a importância da ESF na cobertura por populações desassistidas e que a expansão do programa embora seja relevante para as políticas públicas de saúde no Brasil, é, porém, insuficiente para propiciar a reorientação do modelo de atenção, dada a complexidade para sua implantação, a baixa cobertura proporcional, se comparada a população não assistida nos territórios adscritos e ainda questões políticas, organizacionais e de infra-estrutura, o que a torna excludente da maior parte da população a espera de assistência à saúde no modelo ofertado pelo SUS.

Considerações Finais

Ficou evidenciado que o enfrentamento do atual quadro de saúde da população brasileira exige significativas e profundas mudanças no SUS na perspectiva de impulsionar seu desenvolvimento como um sistema de saúde não somente resolutivo, mas integrado. Questões específicas dos programas de atenção à saúde da população não prosperam sem que de fato os serviços estejam integrados. Mais que isso, as iniciativas tornam-se isoladas, restritas, excludentes, como ilhas de excelência que não contemplam a universalidade e a integralidade, não surtindo assim os efeitos esperados.

Esta integração ainda está em fase de construção e deve fazer parte de uma agenda prioritária de todos os envolvidos, sobretudo dos interlocutores, operadores e decisores que participam do processo de operacionalização do SUS, vigente há mais de 30 anos.

Uma das saídas para esta integração é a construção do sistema das Redes Regionais de Atenção à Saúde – RRAS. No SUS, a modelagem de redes regionais de atenção à saúde é favorecida atualmente pelo Pacto de Gestão (Brasil, 2006b) e se constitui em uma das estratégias para sua regionalização. Esse processo exige a cooperação solidária entre os municípios de determinada região de saúde e a qualificação da APS como instância organizadora do sistema e coordenadora do cuidado ofertado.

Reconhecendo os processos de estruturação de redes regionais de atenção à saúde orientadas pelo Pacto de Gestão como iniciativas que caminham nessa direção, há que se ressaltar a importância desses processos serem alicerçados na valorização e no reconhecimento da APS como instância responsável pelo ordenamento do sistema e pela coordenação do cuidado, tendo em vista que as redes de atenção à saúde são entendidas como arranjos organizativos de unidades funcionais de saúde, pontos de atenção e apoio diagnóstico e terapêutico, onde são desenvolvidos procedimentos de diferentes densidades tecnológicas que, integrados através de sistemas de apoio e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado.

A grande questão, desafiadora, no entanto, permanece, pois como garantir a unidade e a integralidade, diante de um sistema tão fragmentado, multifacetado e construído sob prismas locais tão diversificados como ocorre atualmente no Brasil?

Tendo em vista a APS, que como sabemos tem as atividades no SUS de competência dos municípios, deve-se considerar as características e a diversidade da população de cada local e organizar-se, independentemente do modelo escolhido, respeitando as seguintes diretrizes: territorialização com adscrição de clientela; organização do trabalho com base no perfil epidemiológico da população adscrita; acolhimento do usuário com garantia de atendimento à demanda espontânea; análise de risco nos processos assistenciais; e utilização de dispositivos diversos de gestão do cuidado em saúde, visando garantir a integração das práticas e a continuidade assistencial, de forma continuada e integral.

Assim, para que a APS nas RRAS – Redes Regionais de Atenção a Saúde, que se estruturam hoje no SUS possa ser efetivamente organizadora do sistema de saúde e coordenadora do cuidado, há que fazer grandes investimentos voltados a seu aprimoramento independentemente de outras medidas de caráter mais sistêmico.

Essas iniciativas, focadas na APS, devem, dentre várias outras deve ao menos priorizar, para além de seus limites territoriais:

- a) Buscar contemplar a adequação da infraestrutura física e tecnológica das unidades de saúde já existentes;
- b) Fomentar a construção de novas unidades onde houver necessidade;
- c) Reforçar a implantação de mecanismos de capacitação, formação e valorização e programas de desenvolvimento de seus profissionais;
- d) Estimular o aperfeiçoamento dos processos gerenciais em todas as unidades básicas de saúde existentes;
- e) Estimular padrões de qualidade e organização de processos por meio de implantação de protocolos clínicos alinhados com as demais instâncias e unidades componentes da RRAS e
- f) Controlar a incorporação permanente de dispositivos relacionados à gestão do cuidado em saúde, com vistas a favorecer a integração das práticas profissionais e a garantia da continuidade assistencial.

Muito embora a APS venha se responsabilizar pela atenção à saúde de seus usuários, constituindo-se na principal porta de entrada do sistema, ofertando ações de saúde de caráter individual e coletivo, organizando o processo de trabalho de equipes multiprofissionais na perspectiva de abordagem integral do processo saúde doença, garantindo acesso a qualquer outra unidade funcional do sistema em função das necessidades de cada usuário, responsabilizando-se por esse usuário, independentemente de seu atendimento estar se dando em outra unidade do sistema e, dessa forma, ordenando o funcionamento da rede, ela deverá promover condições necessárias para além de seu território adscrito, para que possa fazer valer a qualificadora de integralidade na atenção, característica essencial para o exercício das condições favoráveis e indispensáveis para a operacionalização do SUS no país.

Referências:

ASSIS, M. M. A.; VILLA, T. C. S.; NASCIMENTO, M. A. A. Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 815- 823, 2003.

AZEVEDO, A. L. M.; COSTA, A. M. A estreita porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS): uma avaliação do acesso na Estratégia de Saúde da Família. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 14, n. 35, p. 797-810, 2010.

BRASIL. Constituição da República Federativa do. Cap. VIII da ordem social e secção II, art. 196 e 198, promulgada em 5 de outubro de 1998. 17ª ed. Atual e ampliada. São Paulo: Saraiva, 1997a.

BRASIL. Lei nº 8080/90, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o financiamento dos serviços correspondentes e das outras providências. *Diário Oficial da União*. Brasília, 20 set.1990. p. 18055.

BRASIL, Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia prático do Programa Saúde da Família. Brasília, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 399. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 — Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. *Diário Oficial da União*, 22 fev. 2006a.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 648. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (Pacs). *Diário Oficial da União*, 28 mar. 2006b.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. PNAB Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Credenciamento e implantação das estratégias de Agentes Comunitários de Saúde e Saúde da Família. Brasília, 2015b. Disponível em: . Acesso em: 26 maio 2016.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1065, de 4 de julho de 2005. Cria os Núcleos de Atenção Integral na Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 2488 de 21 de Outubro de 2011. 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). Disponível em: . Acesso em: 14 maio 2016.

_____. Ministério da Saúde. Saúde da Família. Programas e projetos. Brasília, 1996. BRASIL, Ministério da Saúde. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília, 1998.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica Programa Saúde da Família: A implantação da Unidade de Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. 44 p.

_____. Ministério da Saúde. Sistema de Informação da Atenção Básica. Número de famílias cadastradas no Programa Saúde da Família. Brasília, 2015a. Disponível em: . Acesso em: 26 maio 2016.

_____. Ministério da Saúde. Uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministérios da Saúde, 1997b. 36 p.

BRASIL. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Indicadores Sociais Mínimos: Conceitos. 1997. Disponível em: . Acesso em: 03 jun. 2016.

COELHO, M. O.; JORGE, M. S. B. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, p. 1523-1531, 2009. Suplemento.

CONILL, E. M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da estratégia saúde da família em centros urbanos no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, supl. 1, p. 7-16, 2008.

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

FEKETE, M. C. Estudo da acessibilidade na avaliação dos serviços de saúde. In: SANTANA, J. P. Desenvolvimento gerencial de unidades básicas do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: OPAS, 1997. p. 236-251

GIOVANELLA, L.; FLEURY, S. Universalidade da atenção à saúde: acesso como categoria de análise. In: EIBENSCHUTZ, C. Política de saúde: o público e o privado. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995. p. 177-198.

HARTZ, Z. M. A.; CONTANDRIOPOULOS, A. P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, p. 331-336, 2004. Suplemento 2.

HORTALE, V. A.; PEDROZA, M.; ROSA, M. L. G. Operacionalizando as categorias acesso e descentralização na análise de sistemas de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 231-239, 2000.

MARTINS, A. R. et al. Práticas dos trabalhadores de saúde na comunidade nos modelos de atenção básica do Sul e Nordeste do Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 12, p. 2279-2295, dez. 2010. Disponível em: . Acesso em: 05 abr. 2016.

MARTINS, P. C. et al. De quem é o SUS? Sobre as representações sociais dos usuários do Programa Saúde da Família. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 1933- 1942, mar. 2011. Disponível em: . Acesso em: 05 abr. 2016.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. Brasília, DF: OPAS, 2011.

MOIMAZ, S. A. S. et al. Satisfação e percepção do usuário do SUS sobre o serviço público de saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1419-1440, 2010.

OLIVEIRA, I. B. N. Acesso universal?: obstáculos ao acesso, continuidade do uso e gênero em um serviço especializado em HIV/AIDS em Salvador, Bahia, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, p. 259-268, 2009. Suplemento 2.

OLIVEIRA FILHO, P. et al. Retratos do programa saúde da família em construções discursivas de usuários. *Psicol. cienc. prof.*, Brasília, v. 32, n. 3, p. 604-617, 2012 . Disponível em: . Acesso em: 05 abr. 2016

OLIVEIRA, L. H.; MATTOS, R. A.; SOUZA, A. I. S. Cidadãos peregrinos: os “usuários” do SUS e os significados de sua demanda a prontos-socorros e hospitais no contexto de um processo de reorientação do modelo assistencial. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 5, p. 1929- 1938, 2009.

PAIM, J. S. A reforma sanitária e os modelos assistenciais. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. *Epidemiologia & saúde*. 5. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1999. p. 473-487.

PAIM, J. et al. Saúde no Brasil: o sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *The Lancet*, London, v. 377, n. 9779, p. 11-31, 2011.

SISSON, M. C. et al. Satisfação dos usuários na utilização de serviços públicos e privados de saúde em itinerários terapêuticos no sul do Brasil. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 15, n. 36, p. 123-136, 2011.

SOUZA, M. L. P.; GARNELO, L. “É muito dificultoso!”: etnografia dos cuidados a pacientes com hipertensão e/ou diabetes na atenção básica, em Manaus, Amazonas, Brasil. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 24, p. s91-s99, 2008. Suplemento 1.

STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde; 2002. 726 p.