

Demanda espontânea e acesso no Sistema Único de Saúde: vivências de usuários da atenção primária*

Demanda espontânea y acceso al Sistema Único de Salud: experiencias de usuarios de atención primaria

Spontaneous demand and access to the Unified Health System: The experience of primary care users

* Este estudo é oriundo de trabalho de iniciação científica intitulado "Demanda espontânea e acessibilidade na atenção primária à saúde do município de Divinópolis, Minas Gerais", Universidade Federal de São João del-Rei, Campus Centro-Oeste, Divinópolis, Minas Gerais, Brasil.

Cómo citar: Silva LS; Menezes C; Nascimento LC; Nitscke RG; Duarte DC; Viegas SMF. Demanda espontânea e acesso no Sistema Único de Saúde: vivências de usuários da atenção primária. Av Enferm. 2021;39(1):30-39. <http://doi.org/10.15446/av.enferm.v39n1.85573>

1 Livia Silveira Silva

Universidade Federal de São João del-Rei, Campus Centro-Oeste, Divinópolis, Minas Gerais, Brasil.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1970-3502>
Correio eletrônico: livia_sjdr@hotmail.com

Contribuição: coleta, análise, interpretação dos dados e redação do artigo.

2 Cássia Menezes

Universidade Federal de São João del-Rei, Campus Centro-Oeste, Divinópolis, Minas Gerais, Brasil.
ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-9218-4668>
Correio eletrônico: menezescassia7@gmail.com

Contribuição: coleta, análise, interpretação dos dados e redação do artigo.

3 Leila Cristine do Nascimento

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São João del-Rei, Campus Centro-Oeste, Divinópolis, Minas Gerais, Brasil.
ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-4744-4576>
Correio eletrônico: leilacristinenascimento@hotmail.com

Contribuição: coleta, análise, interpretação dos dados e redação do artigo.

4 Rosane Gonçalves Nitschke

Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1963-907X>
Correio eletrônico: rosanenitschke@gmail.com

Contribuição: revisão crítica e aprovação da versão a ser publicada.

5 Deborah Correia Duarte

Universidade Federal de São João del-Rei, Campus Centro-Oeste, Divinópolis, Minas Gerais, Brasil.
ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-6790-6518>
Correio eletrônico: deborah.ufsj@gmail.com

Contribuição: interpretação dos dados e redação do artigo.

6 Selma Maria da Fonseca Viegas

Universidade Federal de São João del-Rei, Campus Centro-Oeste, Divinópolis, Minas Gerais, Brasil.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0287-4997>
Correio eletrônico: selmaviegas@ufsj.edu.br

Contribuição: concepção, delineamento, coleta, análise, interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica e aprovação da versão a ser publicada.

DOI: <http://doi.org/10.15446/av.enferm.v39n1.85573>

Recibido: 06/03/2020 Aceptado: 08/11/2020

ISSN (IMPRESO): 0121-4500
ISSN (EN LÍNEA): 2346-0261



Resumo

Objetivo: compreender as vivências cotidianas de usuários, em demanda espontânea, para o acesso e a acessibilidade no Sistema Único de Saúde na porta de entrada da Atenção Primária à Saúde.

Materiais e métodos: estudo de casos múltiplos holístico-qualitativo, fundamentado na sociologia compreensiva do cotidiano, com 60 participantes de município de grande porte do estado de Minas Gerais, Brasil.

Resultados: a demanda espontânea, no cotidiano, está voltada para o agendamento de consultas, para o atendimento médico e para o acesso aos exames, em uma assistência ao adoecimento. Os usuários apresentam dificuldades para o acesso e a acessibilidade às ações e aos serviços.

Conclusões: o acesso aos serviços de saúde da Atenção Primária/Estratégia Saúde da Família continua desafiador, restritivo e burocrático, regulado pela demanda espontânea do usuário e pela agenda médica.

Descritores: Acesso aos Serviços de Saúde; Necessidades e Demandas de Serviços de Saúde; Atenção Primária à Saúde; Sistema Único de Saúde (fonte: DECS, BIREME).

Resumen

Objetivo: comprender las vivencias cotidianas de los usuarios en demanda espontánea en cuanto al acceso al Sistema Único de Salud en la puerta de entrada a la atención primaria en salud.

Materiales y métodos: estudio de caso múltiple holístico-cualitativo, basado en la sociología integral de la vida cotidiana, con 60 participantes de un municipio en el estado de Minas Gerais, Brasil.

Resultados: la demanda espontánea, en la vida diaria, está dirigida a programar citas, brindar atención médica y gestionar la realización de exámenes, brindado asistencia en caso de enfermedad. Se evidencia que los usuarios tienen dificultades de acceso y accesibilidad a servicios y procedimientos.

Conclusiones: el acceso a los servicios de atención primaria en salud (Estrategia de Salud de la Familia) sigue siendo desafiador, restrictivo y burocrático, regulado por la demanda espontánea del usuario y la agenda médica.

Descritores: Accesibilidad a los Servicios de Salud; Necessidades y Demandas de Servicios de Salud; Atención Primaria de Salud; Sistema Único de Salud (fuente: DECS, BIREME).

Abstract

Objective: To understand the daily experiences of spontaneous demand users regarding access and accessibility to the Unified Health System (Sistema Único de Saúde) through the gateway of primary health care.

Materiales and methods: Holistic and qualitative multiple case study based on comprehensive sociology that addresses the everyday life of 60 participants in the state of Minas Gerais, Brazil.

Results: Spontaneous demand, in real life, is aimed at scheduling patients appointments, medical care and exams, assisting them in case of illness. Findings show that users have difficulties in accessing services and procedures.

Conclusions: Access to primary care services (Family Health Strategy) continues to be challenging, restrictive and bureaucratic, and is regulated by the spontaneous demand of users and the medical agenda.

Descriptors: Health Services Accessibility; Health Services Needs and Demands; Primary Health Care; Unified Health System (source: DECS, BIREME).

Introdução

A formulação de uma política pública de saúde universal constitui-se um grande desafio no cotidiano, como é a realidade do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. País de extensa dimensão geográfica, com uma população que ultrapassa 210 milhões de habitantes e em desigualdade social. Apesar de a Estratégia Saúde da Família (ESF) ter sido criada em 1994 para expandir e reorganizar a Atenção Primária à Saúde (APS) como a principal porta de entrada para o SUS (1), “com vistas à universalidade do acesso a ações e serviços e à integralidade nas ações” (2, p. 186), “é um desafio no que tange garantir a disponibilidade e a acessibilidade à saúde para toda a população” (3, p. 1171).

O acesso à saúde é determinado por fatores organizacionais e técnicos influenciados pelas condições políticas, econômicas, sociais e simbólicas. Considera as dimensões da disponibilidade, da acessibilidade, da adequação funcional e da aceitabilidade (4). A acessibilidade relaciona-se à disponibilidade e à utilização de serviços em tempo oportuno conforme necessidade demandada pelo usuário, considerando a facilidade de acesso (5, 6).

A demanda em saúde representa as necessidades individuais experienciadas e que são apresentadas no cotidiano dos serviços para serem atendidas. Quando o usuário busca e utiliza espontaneamente o serviço para resolver seu problema, denomina-se “demanda espontânea”. Nesse contexto, “as dificuldades de acesso, elevada demanda espontânea e baixa resolutividade configuram a ineficácia na acessibilidade” (7, p. 8).

A universalidade do acesso pode ser ameaçada por vários fatores: fragmentação das ações e dos serviços de saúde, subfinanciamento, disponibilidade insuficiente de profissionais (8), infraestrutura inadequada, excesso de demanda e baixa oferta de serviços, modelo biomédico hegemônico, e restrição de instrumentos para a organização do processo de trabalho em saúde (9).

A concretização da acessibilidade à saúde é possível desde que seja trabalhada a partir de problemas advindos do cotidiano dos serviços e da demanda da população, integrados à ação direta dos profissionais, em um processo coparticipativo

entre a população e os profissionais (10). A qualidade dos serviços de saúde é considerada como um indicador de saúde na Espanha, que tem investido em pesquisas que avaliam a satisfação do usuário e a qualidade dos serviços de saúde ofertados. Dessa forma, os resultados obtidos em pesquisas auxiliam na gestão dos serviços, orientando a implementação de melhorias nas políticas de saúde (11).

Dessa forma, em que pese à relevância da temática, faz-se pertinente a compreensão de vivências cotidianas de usuários, em demanda espontânea, para o acesso e a acessibilidade aos serviços e às ações no SUS, tendo como porta de entrada no sistema a APS/ESF.

Nesse contexto, questiona-se: como os usuários que procuram atendimento em demanda espontânea vivenciam o acesso e a acessibilidade no SUS na porta de entrada da APS? Este estudo teve o objetivo de compreender as vivências cotidianas de usuários em demanda espontânea para o acesso e a acessibilidade no SUS na porta de entrada da APS.

Materiais e método

Trata-se de um estudo de casos múltiplos holístico-qualitativo (12), fundamentado na sociologia compreensiva do cotidiano de Michel Maffesoli (13).

O universo deste estudo contemplou cinco unidades de APS tradicional, sem equipes da ESF, e cinco unidades com equipes da ESF; seguiu-se à lógica de uma ESF e uma APS tradicional até a saturação dos dados, definidas por sorteio aleatório das 43 unidades de APS/ESF da região urbana de município de grande porte de Minas Gerais, Brasil (32 equipes da ESF e 11 da APS tradicional). Assim, trata-se de dois casos (unidades de APS tradicionais e unidades com equipes da ESF), em cenários que apresentam realidades diferenciadas pela organização das equipes e do cotidiano de trabalho, o que constitui um estudo de casos múltiplos holístico ao ter única unidade de análise: vivências cotidianas de usuários em demanda espontânea para o acesso e a acessibilidade na porta de entrada da APS. Para a análise de cada caso, buscaram-se as evidências convergentes ou divergentes nos resultados, identificando em ambas as realidades a replicação literal pela semelhança dos resultados nos casos múltiplos, com capacidade de generalização das proposições teóricas, ou seja, que possibilitam a generalização analítica para realidades similares (12).

A sociologia compreensiva do cotidiano (13) abaliza, neste estudo, a compreensão e a interpretação de um fenômeno contemporâneo de forma a descrever as experiências empíricas de usuários para o acesso e a acessibilidade aos serviços e às ações do SUS na porta de entrada da APS. Assim, no cotidiano, é representada a condição humana em busca da assistência à saúde, em demanda espontânea, merecendo atenção e resolutividade do problema apresentado. Destarte, a sociologia do conhecimento comum, o vivido no cotidiano naquilo que é/está, como “experiência singular e concreta, a universalidade que reivindicam, as ideias que constituem símbolos de participação grupal” (13, p. 11), podem corroborar e/ou compartilhar as vivências de usuários participantes deste estudo com experiências de outros usuários de diversos municípios brasileiros.

Participaram da pesquisa 60 usuários que se encontravam nas 10 unidades de APS/ESF para o acolhimento à demanda espontânea, cuja participação foi voluntária. Adotaram-se como critérios de inclusão: usuários cadastrados pelas equipes da ESF ou da APS tradicional, após o atendimento na demanda espontânea, e maiores de 18 anos de idade. Excluiu-se a pessoa incapacitada de responder por seus atos.

A pesquisa de campo ocorreu de março a setembro de 2016. Utilizaram-se como fontes de evidências: a entrevista aberta e individual com roteiro semiestruturado e as notas de campo (NC) direcionadas para os procedimentos operacionais da pesquisa, com a descrição das características do município, das equipes da APS tradicional e das equipes ESF, realizadas após cada coleta de dados.

A priori, foi realizado um pré-teste do roteiro de entrevista, por duas pesquisadoras, sob a orientação da pesquisadora responsável, em uma unidade de APS não inserida como local de coleta de dados. No pré-teste, foi confirmada a adequação do roteiro da entrevista, sem necessidade de alterações.

A entrevista foi conduzida por uma das duas pesquisadoras que participaram da coleta de dados, realizada individualmente, após o atendimento do usuário na demanda espontânea, em espaço privativo na unidade de saúde onde estavam presentes apenas a pesquisadora e o participante. A abordagem dos usuários foi após o atendimento da demanda espontânea; em um primeiro momento, o Termo de Consentimento Livre e

Esclarecido foi apresentado ao respondente, sendo esclarecidos o objetivo, a temática da pesquisa e a participação voluntária. Esse termo foi assinado em duas vias, uma para a pesquisadora e a outra para o usuário. Dos usuários abordados, 10 se recusaram a participar da pesquisa. As entrevistas foram gravadas em arquivo digital, tiveram duração média de 20 minutos e foram transcritas na íntegra após a autorização do participante.

Inicialmente, não foi definido o número de participantes. A coleta de dados foi encerrada após identificar a replicação literal em cada caso e no montante dos dois casos (12). Para manter o anonimato dos participantes da pesquisa, utilizou-se de códigos alfanuméricos: letra “E” de entrevistado, seguida por numeração consecutiva conforme a sequência cronológica das entrevistas. A saturação dos dados ocorreu no 60º participante entrevistado, por replicação literal (12).

A análise de dados foi feita com base no referencial de análise de conteúdo temática, seguindo as etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, inferência e interpretação (14), integrando a sociologia compreensiva do cotidiano, ao considerar que é vivendo e experimentando anseios, valores e afeto que apreendemos os elementos constitutivos da vida cotidiana com o olhar da razão sensível (13).

A pesquisa foi desenvolvida segundo as diretrizes e as normas regulamentadoras de pesquisas que envolvem seres humanos. A coleta de dados iniciou-se após a aprovação do projeto, sob o Parecer 1.251.730 do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São João del-Rei, Campus Centro-Oeste, e o Certificado de Apresentação de Apreciação Ética 48043315.2.0000.5545.

Resultados

Considerando as características dos participantes deste estudo, 47 (78,3 %) são do sexo feminino e 13 (21,6 %) do masculino. Quanto à faixa etária, 23,3 % tinham entre 18 e 30 anos; 10 % entre 31 e 40 anos; 31,6 % estavam entre 41 e 50 anos; 10 % de 51 a 60 anos e 21,6 % acima de 60 anos. Com relação à escolaridade, 53,3 % dos participantes tinham ensino fundamental incompleto; 6,6 %, ensino fundamental completo; 8,3 %, ensino médio incompleto; 26,6 %, ensino médio completo e 3,3 %, ensino superior.

A apresentação dos resultados configura-se em duas categorias temáticas que representam os significados das experiências vividas pelos usuários em demanda espontânea para o acesso e a acessibilidade aos serviços e ações no SUS, na porta de entrada da APS: 1. *O SUS é para curar, no entanto é ele que está doente: a cultura médica vivida, na voz dos usuários*, e suas três subcategorias: 1.1. *Sistema Único de Saúde ou de descaso?*; 1.2. *SUS: a dor é sua, se vira!*; 1.3. *Será que o Sistema Único de Saúde é capaz de cumprir seus deveres?*; 2. *O SUS ideal e a realidade vivida pelos usuários*, e suas duas subcategorias: 2.1. *Atenção Primária à Saúde: nós não temos a condição de responder à sua necessidade neste momento, quem sabe um dia!* e 2.2. *O SUS é bonito no papel*.

O SUS é para curar, no entanto é ele que está doente: a cultura médica vivida, na voz dos usuários

Na primeira categoria, os participantes deste estudo abordam as vivências cotidianas perante elevada demanda espontânea, a cultura médica e as dificuldades para o acesso e a acessibilidade às ações e aos serviços no SUS.

Eu tenho que mostrar meus exames, mas não tem como [...] é difícil demais conseguir ficha, porque é muita gente para pouco médico [...] demora demais agendar consulta, exame de sangue às vezes demora. Aí a pessoa está doente e não pode se auto-mediar, e aí como faz? (E3)

Eu fiz meu exame de mama há seis meses, está pronto e até hoje não consegui entregar, os dois médicos daqui um está de férias e o outro, de licença, e ninguém te dá uma posição. (E39)

Os usuários questionaram a condição e a infraestrutura dos serviços de APS/ESF e o vivido no sistema: *Sistema Único de Saúde ou de descaso?*

Nós não temos um serviço de saúde informatizado adequada-

mente, nós não temos postos de saúde decentes, são sujos, não poderia ter sujidades porque é um sistema de promoção da saúde, curar a pessoa, era para ter salas mais agradáveis e que não custa tanto dinheiro. Mas é uma questão de má administração financeira das verbas para saúde, isso é um problema que nós não sabemos lidar, e nós, enquanto cidadãos, não sabemos as regras da cidadania. Nós somos mal informados e, quando vamos defender os nossos direitos, somos tratados como perversos. É isso que acontece no nosso país. (E22)

Os profissionais de medicina fazem descaso com a gente, já o resto dos profissionais, principalmente as enfermeiras, são atenciosas. (E24)

Olha, em partes, o serviço é resolutivo, agora tem a outra parte, a demora para marcar consulta, o médico que não dá atenção [...]. Ah! Olha, para o sistema de saúde melhorar, não depende só daqui, precisa de um envolvimento muito maior. (E24)

A subcategoria *SUS: a dor é sua, se vira!* descreve as percepções dos usuários diante dos profissionais que atuam nos serviços de APS/ESF.

Acho que, se todo mundo agisse com a mesma dedicação, com o mesmo carinho, ver que realmente a gente não vem aqui se não precisar, porque só procuro quando preciso, porque, se eu não preciso, tem quem precisa.

Mas tem profissionais que não estão nem aí! Tipo assim, a dor é sua, se vira! (E46)

A subcategoria *Será que o Sistema Único de Saúde é capaz de cumprir seus deveres?* descreve a importância do SUS na compreensão dos usuários participantes deste estudo (E1, E4, E8, E10, E13, E14, E15, E16, E17, E22, E23, E24, E31, E37, E44, E48, E49, E50, E51 e E56).

O mais importante para a gente é o Sistema Único de Saúde. O SUS é para curar e levantar as pessoas, mas, no entanto, ao invés do SUS curar as pessoas, o SUS é que está doente, o SUS está muito crítico, porque o governo, os nossos governantes, eles estão precisando de serem guiados por alguém que tem entendimento e sabedoria. Era para os nossos governantes serem umas pessoas civilizadas, ser um vitelo de um espelho possante que a gente pudesse espelhar neles, não é? Agora, como que você vai se espelhar nos governantes, igual têm no nosso Brasil? (E1)

Há uns quatro anos era mais complicado conseguir atendimento pelo SUS, agora a gente consegue com mais facilidade acesso à informação, atendimento, acompanhamento. (E4)

Pode ser que seja sorte, mais sempre que eu vou eu vejo um trabalho eficiente e de competência. Para mim funciona, eu vejo o pessoal reclamando, mas eu até então, não tenho do que me queixar, toda vez que preciso sou bem atendida e consigo solução. (E23)

Apesar da expressão dos usuários, participantes deste estudo, sobre as diversas dificuldades e barreiras que comprometem a efetivação dos direitos constitucionais previstos pelos princípios do SUS, foi possível identificar aspectos facilitadores como a proximidade geográfica da unidade de APS/ESF para o acesso, a disponibilidade de serviços, como, por exemplo, a consulta de pré-natal, a puericultura realizada pela(o) enfermeira(o), a vacinação, entre outros procedimentos e ações, além da abordagem da equipe multiprofissional com capacidade de produzir a escuta qualificada, com responsabilização, vínculo e resolubilidade (NC).

O SUS ideal e a realidade vivida pelos usuários

Os poucos recursos disponíveis para a oferta à população atrelados à elevada demanda espontânea e à postura/atitude de alguns profissionais contextualizam para o usuário, participante deste estudo, um cotidiano de busca, como pode ser observado na subcategoria *Atenção Primária à Saúde: nós não temos a condição de responder à sua necessidade neste momento, quem sabe um dia!*

Eu acho que os profissionais não são preparados, eles não têm um discurso para estar enfrentando a impaciência do outro e ignorância do utente. Não têm essa preparação, entender que o outro é ignorante, olhar o lado do outro, mas aí ele apela para ignorância e entra na mesma frequência [...]. Mesmo recebendo um não, mas fala com respeito àquela pessoa, respeito à cidadania. “Nós não temos capacidade de responder à sua necessidade neste momento, quem sabe um dia!” Mas não, já dá uma resposta nervosa, porque o utente já chega nervoso, com problema, ele está desesperado... e o nosso cidadão leva para o lado pessoal. (E22)

Surge na voz do usuário que o sus é bonito no papel:

Não funciona como devia funcionar, não é resolutivo de forma alguma; se fosse resolutivo, a gente não veria o estado das pessoas, todo mundo que vem aqui está impaciente, você observa as pessoas quando estão esperando, elas estão insatisfeitas [...], mas o serviço público de saúde é muito bonito no papel, mas não funciona na realidade. (E22)

Na análise múltipla dos casos, foi possível identificar que as unidades de APS tradicional foram apontadas pelos usuários, participantes deste estudo (E1, E2, E8, E9, E23, E26, E27, E28, E29, E35, E36, E38 e E44) como mais resolutivas e organizadas em relação às unidades da ESF.

Aqui, neste centro de saúde, tem o dia certinho para agendar consulta e consultar. Agenda numa semana e na outra a gente consulta, não é demorado não [...]. Para mim, graças a Deus, sempre foi acessível, nunca tive problema não. Só teve uma vez que eu vim na consulta e não me atenderam e nem ligaram para desmarcar [...]. Só elogios, isso eu tenho demais, eu mudei para cá tem um ano e a ESF onde eu frequentava, em outro bairro, era muito tumulto, não tinha a resolução que aqui tem, então, tudo que eu preciso com no máximo uma semana aqui resolve. (E35)

Considerando a análise múltipla dos casos, as subcategorias *Sistema Único de Saúde ou de desca-*

so?; Atenção Primária à Saúde: nós não temos a condição de responder à sua necessidade neste momento, quem sabe um dia! e *O sus é bonito no papel* consideram os sentimentos proferidos pelos participantes deste estudo (E2, E4, E5, E6, E8, E9, E10, E11, E12, E13, E14, E15, E16, E17, E18, E19, E20, E21, E22, E23, E24, E25, E28, E30, E31, E32, E33, E37, E40, E41, E43, E46, E47, E48, E49, E50, E51, E52, E53 e E55), usuários em demanda espontânea, em busca de acesso e acessibilidade às ações e aos serviços. No cotidiano, a resolubilidade no sistema constitui-se um desafio, principalmente perante as dificuldades enfrentadas quando o usuário é referenciado aos outros níveis de complexidade (E3, E7, E17, E24 e E34); a demora ao marcar retorno à consulta (E1, E3, E6, E7, E17, E39, E42 e E45); a falta do profissional médico e a centralidade de suas ações com atenção fragmentada e intervenções curativistas (E6, E11, E15, E22, E23, E24, E28, E33, E40, E41, E42, E44, E45, E46, E47, E51 e E52); e a falta de insumos básicos como a vacina (E10, E24, E34 e E39).

Considera-se que a demanda espontânea de usuários, em ambos os casos, está voltada para o agendamento de consultas, o atendimento médico e o acesso aos exames em uma assistência ao adoecimento. Os resultados apresentam as perspectivas dos participantes deste estudo perante o acesso às ações e aos serviços que desejam e/ou necessitam e a acessibilidade com resolutividade no cotidiano, além de enfatizar a visão individual dos participantes sobre o sistema de saúde público, o SUS (NC).

Discussão

Perante as experiências cotidianas vivenciadas pelos usuários em demanda espontânea, para o acesso e a acessibilidade aos serviços e às ações no SUS, tendo como porta de entrada as unidades de APS tradicional ou da ESF, as perspectivas se voltam para a cultura médica e a resolutividade de queixas/adoecimento. As noções formuladas a partir das vivências dos participantes deste estudo, antes de serem denominadas como negativa do saber, trazem riqueza de conhecimento e mostram, de forma única, a essência de toda atitude advinda de experiências (15).

A APS/ESF, como porta prioritária de entrada no SUS, deve estar organizada como coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e dos serviços disponibilizados na Rede de Atenção à Saúde de forma a facilitar o acesso, sendo mais próxima possível do domicílio do usuário, onde ele deve estar adstrito e ser acompanhado pela equipe

multiprofissional, a qual deve dispor, em seu cotidiano, de recursos físicos, pessoais e materiais compatíveis às ações de saúde, além de organização, expansão e qualidade da atenção (1). Contudo, como evidencia este estudo, o acesso aos serviços de saúde da APS/ESF continua desafiador, restritivo e burocrático, regulado pela demanda espontânea do usuário e pela agenda médica.

Desafios semelhantes ligados ao acesso e à resolubilidade na APS foram apontados em estudo na África do Sul, no qual se explicitou que, embora os problemas de acesso aos serviços públicos de saúde sejam vivenciados por todos, as pessoas com deficiências e limitações são afetadas de maneira específica. Os usuários proferiram que a saúde não pode ser universal nem equitativa se for menos acessível a alguns grupos da sociedade (16).

As experiências vividas pelas pessoas têm ambos os lados, ou seja, sentido e razão. Portanto, deve-se ter uma compreensão holística de cada ser e de seu discurso, pois, mesmo que vivenciando um lado mais que o outro, sentido e razão estão sempre se contaminando (17).

Quando funcionam adequadamente, os serviços ofertados pelo SUS são capazes de proporcionar maior excelência do cuidado, sistematização do fluxo dos usuários, tratamento efetivo das condições crônicas, satisfação e resolutividade das demandas da população (18). Entretanto, percebe-se a cultura biomédica em oposição ao papel ordenador da APS que, historicamente, enfrenta o subfinanciamento, a inadequação da infraestrutura física, a insuficiência de recursos materiais e humanos para atender, classificar e resolver em caráter universal, integral e equânime a queixa do utente quando ele necessita (19).

A queixa do usuário em demanda espontânea requer atos e atitudes dos profissionais de Enfermagem, responsáveis pelo acolhimento nas unidades de APS/ESF, fundamentados na sensibilidade, que é a base da maneira de ser, do cotidiano e da sociedade em si. Desse modo, em todos os sentidos agradam o indivíduo desde que a interação dele com a sociedade e a natureza seja promovida de forma holística (17). Nesse sentido, podemos inferir que a abordagem do profissional com o usuário no ambiente da APS pode ser refletida no sentimento do usuário em relação ao sistema (NC).

A cultura biomédica, muito presente neste estudo, não é primazia no Canadá. O trabalho em equipe

multidisciplinar tem abordagem dos pacientes em grupos, de acordo com as demandas individuais para os cuidados de saúde primários. Após a abordagem grupal, os pacientes são atendidos em consultas individuais por um dos profissionais da equipe, e não somente pelo médico, evitando atraso para agendamento de consultas (20). Aqui, enfatiza-se a relevância do trabalho em equipe do enfermeiro e técnico de enfermagem na atenção à saúde no cotidiano dos serviços da APS/ESF e dos demais serviços que compõem o SUS.

O subfinanciamento tem se tornado o grande gargalo do SUS, pois criam-se obstáculos para a população acessar os serviços de saúde (21, 22). Dessa maneira, percebe-se que é utópico desvincular a política pública da efetividade, porquanto seu objetivo não se esgota com a eficácia, mas sim com a eficiência para o gozo da sociedade. É evidente o descaso. Muitas vezes, nem direitos previstos na Constituição da República Federativa do Brasil são garantidos efetivamente. Desse modo, tristemente, a população fica entregue à sua própria sorte (23).

A desconfiança nos governantes foi mencionada nos resultados deste estudo. Os desafios do momento se configuram como um objeto de desconfiança política. “Um elemento que permite pôr em relevo a importância do relativismo cíclico na consciência coletiva é a atitude em relação ao político [...] e o que concerne a atividade política” (13, p. 179).

Para Maffesoli (24), a democracia é como um modelo representativo, cujo poder é delegado a um líder, o qual tem o dever de trabalhar em benefício de toda a população, e não em prol de seus próprios interesses, como elucidado na voz dos participantes deste estudo.

A equidade de acesso e a redução das desigualdades são os principais objetivos dos cuidados primários de saúde. No entanto, os apoios necessários para atingir a equidade são frágeis e vulneráveis às mudanças no ambiente fiscal e político. Nesse sentido, os serviços primários de saúde australianos foram examinados durante um período de cinco anos (2009-2013), em que se constatou que os serviços controlados pelo governo estadual tiveram o acesso dificultado, reduzido ou comprometido devido aos resultados das mudanças no cenário político. Já os serviços controlados pela comunidade, as organizações não governamentais, tiveram um aumento em sua amplitude de estratégias usadas para abordar a equidade em saúde. Essas diferentes trajetórias sugerem o valor da governan-

ça comunitária e destacam a necessidade de monitorar o desempenho da equidade em saúde (25).

Mesmo considerando entraves, desacertos e iniquidades, houve um efetivo progresso na área da saúde pública brasileira, apesar de o SUS ainda não conseguir atender com eficácia e resolutividade as necessidades de saúde de todos os usuários em tempo oportuno e esperado. Ainda é necessário um desenvolvimento contínuo do sistema por meio da gerência participativa e descentralizada, das políticas públicas e sociais que visem à efetivação da integralidade em saúde e da universalidade da atenção, sem discriminação e iniquidades (26, 27).

A amostragem intencional constitui-se uma limitação neste estudo, ao incluir como participantes os usuários que estavam presentes nas unidades de APS/ESF no dia da coleta de dados, representando um subgrupo de parte da população usuária do SUS. Mas, em estudos de casos múltiplos, com saturação dos dados por replicação literal (13), a amostragem intencional pode ser considerada representativa em populações com condições similares.

Este estudo apresenta contribuições para a área da saúde e da Enfermagem ao compreender a demanda espontânea, o acesso e a acessibilidade na porta de entrada preferencial do SUS, a APS, segundo as vivências de usuários. Os resultados podem suscitar reflexões e subsídios para a organização e o planejamento do trabalho cotidiano na APS, com vistas ao arranjo da demanda em ações programáticas e espontâneas em casos de urgência e emergência, o que favoreceria o acesso universal aos usuários, conforme necessidade de cada um e da coletividade.

Conclusões

Ao retomar a fala “O SUS é para curar, no entanto, é ele que está doente”, revela-se a necessidade de repensar o fluxo de atendimento dentro do sistema, controlado pela demanda espontânea e regulado pelo adoecimento, conferido a partir de movimentos reais e espontâneos de usuários, de suas expectativas e necessidades.

No cotidiano, as pessoas estão presentes nos serviços de APS/ESF devido a uma necessidade ou agravo percebido e, muitas vezes, não são atendidas de forma integral, e sim em resposta ao dano ou queixa do momento, concretizando a atenção curativa, fragmentada, sem vinculação e responsabilização de profissional e usuário. Os profis-

sionais têm um papel relevante no acolhimento e na vinculação do usuário; podem ser tanto os facilitadores como os dificultadores da relação a ser estabelecida e do acesso às ações e aos serviços pelos usuários. É na APS/ESF que, normalmente, os usuários terão ou deverão ter o primeiro contato e encontrarão uma porta de entrada para o sistema. Portanto, acolher de forma humanizada faz toda a diferença no atendimento à demanda espontânea.

Vale ressaltar a magnitude do SUS como uma política pública inclusiva no Brasil, mediante a diminuição das desigualdades de acesso à saúde. No entanto, esse sistema é um processo social em construção interdependente de uma efetiva participação popular, para melhorias na atenção com acesso qualificado pela acessibilidade às ações e aos serviços do SUS, conforme necessidade de cada usuário e da coletividade.

Apoio financeiro

Estudo financiado com bolsa de estudos do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica, em conjunto com a Universidade Federal de São João del-Rei (UFSJ), Brasil, pelo Edital 001/2015/ Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação da UFSJ.

Referências

- (1) Ministério da Saúde do Brasil; Secretaria de Atenção à Saúde; Departamento de Atenção Básica. Portaria n.º 2.436 de 21 de setembro de 2017. Brasília; 2017. <https://bit.ly/3fBfmr8>
- (2) Viegas SMF; Penna CMM. O SUS é universal, mas vivemos de cotas. *Ciênc. Saúde Colet.* 2013;18(1):181-190. <http://doi.org/10.1590/S1413-81232013000100019>
- (3) Oliveira APC; Gabriel M; Poz MRD; Dussault G. Challenges for ensuring availability and accessibility to health care services under Brazil's Unified Health System (SUS). *Ciênc. Saúde Colet.* 2017;22(4):1165-1180. <http://doi.org/10.1590/1413-81232017224.31382016>
- (4) Assis MMA; Jesus WLA. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Ciênc. Saúde Colet.* 2012;17(11):2865-2875. <http://doi.org/10.1590/S1413-81232012001100002>
- (5) Tristão FI; Lima RCD; Lima EFA; Andrade MAC. Acessibilidade e utilização na atenção básica: reflexões sobre o absentismo dos usuários. *Rev. bras. pesqui. saúde.* 2016;18(1):54-61. <http://doi.org/10.21722/RBPS.V18I1.15134>
- (6) Donabedian A. *Aspects of medical care administration: specifying requirements for health care* Cambridge: Harvard University Press; 1973.

- (7) Chávez GM; Viegas SMF; Roquini GR; Santos TR. Acesso, acessibilidade e demanda na estratégia saúde da família. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm.* 2020;24(4):e20190331. <http://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2019-0331>
- (8) Lima SAV; Silva MRF; Carvalho EMF; Pessoa EAC; Brito ESV; Braga JPR. Elementos que influenciam o acesso à atenção primária na perspectiva dos profissionais e dos usuários de uma rede de serviços de saúde do Recife. *Physis (Rio J.)*. 2015;25(2):635-656. <http://doi.org/10.1590/S0103-73312015000200016>
- (9) Facchini LA; Tomasi E; Dilélio AS. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. *Saúde debate*. 2018;42(esp. 1):208-223. <http://doi.org/10.1590/0103-11042018S114>
- (10) Barbosa SP; Elizeu TS; Penna CMM. Ótica dos profissionais de saúde sobre o acesso à atenção primária à saúde. *Ciênc. Saúde Colet.* 2013;18(8):2347-2357. <http://doi.org/10.1590/S1413-81232013000800019>
- (11) Romero SP; Cánovas JJG; Martínez DS; Hidalgo PP; Piqueras OM. Relevancia del contexto socioeconómico y sanitario en la satisfacción del paciente. *Gac. sanit. (Barc., Ed. impr.)*. 2017;31(5):416-422. <http://doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.05.003>
- (12) Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. Tradução Cristhian Matheus Herrera. 5. ed. Porto Alegre: Bookman; 2015.
- (13) Maffesoli M. O conhecimento comum: introdução à sociologia compreensiva. Tradução Aluizo Ramos Trinta. Porto Alegre: Sulina; 2010.
- (14) Bardin L. Análise de conteúdo. Tradução Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70; 2011.
- (15) Maffesoli M. Elogio da razão sensível. Tradução Albert Christophe Migueis Stuckenbruck. Petrópolis (RJ): Vozes; 1998.
- (16) Miji G; Braathen SH; Vergunst R; Scheffler E; Kritzinger J; Mannan H *et al.* Exploring the interaction of activity limitations with context, systems, community and personal factors in accessing public health care services: A presentation of South African case studies. *Afr. j. prim. health care fam. med.* (Online). 2017;9(1):a1166. <http://doi.org/10.4102/phcfm.v9i1.1166>
- (17) Maffesoli M. No fundo das aparências. Tradução Bertha Halpern Gurovitz. Petrópolis (RJ): Vozes; 1996.
- (18) Tesser CD; Norman AH. Repensando o acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família. *Saúde Soc.* 2014;23(3):869-883. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902014000300011>
- (19) Cecilio LCO; Reis ACC. Apontamentos sobre os desafios (ainda) atuais da atenção básica à saúde. *Cad. saúde pública*. 2018;34(8): e00056917. <http://doi.org/10.1590/0102-311X00056917>
- (20) Breton M; Maillet L; Paré I; Malham SA; Touati N. Perceptions of the first family physicians to adopt advanced access in the province of Quebec, Canada. *Int. j. health plann. manage.* 2016;32(4): e316-e332. <https://doi.org/10.1002/hpm.2380>
- (21) Viacava F; Oliveira RAD; Carvalho CC; Laguardia J; Bellido JG. SUS: Supply, access to and use of health services over the last 30 years. *Ciênc. Saúde Colet.* 2018;23(6):1751-1762. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.06022018>
- (22) Mendes A; Carnut L; Guerra LDS. Reflexões acerca do financiamento federal da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde. *Saúde debate*. 2018;42(esp. 1):224-243. <http://doi.org/10.1590/0103-11042018S115>
- (23) Santos L. The first 30 years of the SUS: An uncomfortable balance? *Ciênc. Saúde Colet.* 2018;23(6):2043-2050. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.06082018>
- (24) Maffesoli M. A transfiguração do Político e a tribalização do mundo. Tradução Joremir Machado da Silva. 4. ed. Porto Alegre: Sulina; 2011.
- (25) Freeman T; Baum F; Lawless A; Javanparast S; Jolley G; Labonté R *et al.* Revisiting the ability of Australian primary healthcare services to respond to health inequity. *Aust J Prim Health.* 2015; 22:332-338. <https://doi.org/10.1071/PY14180>
- (26) Coelho TCB; Araújo TM; Almeida TSC; Silva EAL; Santos DV. Discursos de trabalhadores da Estratégia Saúde da Família sobre o SUS. *Rev. Saúde Colet. UFEs (online)*. 2015;5(1):1-8. <http://doi.org/10.13102/rscdauefs.v5i1.1006>
- (27) Paim JS. Thirty years of the Unified Health System (SUS). *Ciênc. Saúde Colet.* 2018; 23(6):1723-1728. <http://doi.org/10.1590/1413-81232018236.09172018>