

Andrade de Moraes Weintraub, Ana Cecilia  
Psychological Work in Humanitarian Emergencies in Haiti and Democratic Republic of  
Congo: some considerations based on two work experiences  
Saúde e Sociedade, vol. 20, núm. 3, julio-septiembre, 2011, pp. 811-820  
Universidade de São Paulo  
São Paulo, Brasil

Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406263677023>

# O Acesso aos Serviços Públicos de Saúde em Área Limítrofe Entre Municípios<sup>1</sup>

## Access to Public Health Services in a Borderline Area Between Two Cities

### **Andréa Maria Duarte Vargas**

Doutora em Epidemiologia. Professora adjunta da Faculdade de Odontologia da UFMG.

Endereço: Av. Antônio Carlos, 6627, Pampulha, CEP 31270-901, Belo Horizonte, MG, Brasil.

E-mail: vargasnt@task.com.br

### **Efigênia Ferreira e Ferreira**

Doutora em Epidemiologia. Professora associada da Faculdade de Odontologia da UFMG.

Endereço: Av. Antônio Carlos, 6627, Pampulha, CEP 31270-901, Belo Horizonte, MG, Brasil.

E-mail: efigenia@uai.com.br

### **Flávio de Freitas Mattos**

Doutor em Odontologia. Professor adjunto da Faculdade de Odontologia da UFMG.

Endereço: Av. Antônio Carlos, 6627, Pampulha, CEP 31270-901, Belo Horizonte, MG, Brasil.

E-mail: f.f.mattos@uol.com.br

### **Mara Vasconcelos**

Doutora em Odontologia Social. Professora adjunta da Faculdade de Odontologia da UFMG. Endereço: Av. Antônio Carlos, 6627, Pampulha, CEP 31270-901, Belo Horizonte, MG, Brasil.

E-mail: maravas@uol.com.br

### **Marisa Maia Drumond**

Doutora em Odontologia Social. Professora adjunta da Faculdade de Odontologia da UFMG.

Endereço: Av. Antônio Carlos, 6627, Pampulha, CEP 31270-901, Belo Horizonte, MG, Brasil.

E-mail: marisadrumond@yahoo.com.br

### **Simone Dutra Lucas**

Doutora em Saúde Pública. Professora adjunta da Faculdade de Odontologia da UFMG.

Endereço: Av. Antônio Carlos, 6627, Pampulha, CEP 31270-901, Belo Horizonte, MG, Brasil.

E-mail: sdlucas@uai.com.br

### **Resumo**

Este artigo analisa o acesso aos serviços de saúde. O conceito de acessibilidade é descrito como uma característica dos serviços de saúde podendo ser abordado sob diferentes enfoques. Por isso o acesso aos serviços de saúde deve ser estabelecido em cada Unidade Básica de Saúde (UBS) com a participação efetiva, no processo, dos servidores de nível local e da comunidade. Foi empregada metodologia qualitativa, a pesquisa-ação e, para a coleta de dados, foram realizadas entrevistas e grupos focais. O trabalho foi desenvolvido junto às gerentes de duas UBS - Confisco, em Belo Horizonte, e Estrela Dalva, em Contagem - e moradores da área de abrangência das unidades. O acesso dos moradores aos serviços de saúde mostrou-se problemático por se tratar de uma área limítrofe entre dois municípios. Apesar de o trabalho ter sido desenvolvido durante dois anos, há dúvidas se ele contribuiu para a melhoria do acesso da população, em função das questões políticas que envolvem o tema. No entanto, toda a problemática detectada durante o desenvolvimento da pesquisa foi apresentada e debatida com os gestores de ambos os municípios.

**Palavras-chave:** Participação comunitária; Acesso aos serviços de saúde; Cidades.

<sup>1</sup> Projeto financiado pelo CNPq/MS/CIT.

## **Abstract**

This study analyses access to health services. The concept of access is described as a characteristic of the health services and it may be approached in different ways. Therefore, access to health services must be determined by each Primary Care Unit with the participation of local staff and the community. The qualitative methodology was employed through action research, and data collection was conducted through interviews and focus groups. The study was conducted with the managers of two primary care units - **Confisco**, in Belo Horizonte, and **Estrela Dalva**, in Contagem -, and dwellers in the units' catchment area. The community's access to health services was difficult for it was a borderline area between two cities. Although the study lasted two years, doubts remain about whether it contributed to improve the access of the population, due to political matters involving the topic. However, all problems detected during the research were presented and debated with the administrators of both cities.

**Keywords:** Community Participation; Health Services Accessibility; Cities.

## **Introdução**

O Departamento de Odontologia Social e Preventiva da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais (FOUFMG) vem trabalhando, ao longo dos últimos 25 anos, em programas educativos. Todo o trabalho se baseia no fato de que iniciativas conjuntas que visam vincular programas educativos de saúde a bases educacionais ajudam a destravar o potencial para a promoção de saúde. O acesso aos serviços de saúde é um dos temas abordados nesses programas, surgindo sempre como problema.

A partir do pressuposto de que o envolvimento e a participação comunitária poderiam ser estratégias que possibilitariam a modificação desse quadro, já que a observação mais frequente apontava para uma população pouco participativa, iniciou-se este estudo.

O bairro Confisco fica em uma área pertencente aos municípios de Belo Horizonte e Contagem. A comunidade é relativamente organizada politicamente em torno da escola e de questões que afetam a qualidade de vida da população. Uma conquista marcante dessa comunidade foi a construção de uma UBS pela prefeitura municipal de Belo Horizonte. A população do Confisco utiliza tanto os serviços de saúde de Belo Horizonte quanto os de Contagem.

O objetivo deste trabalho foi analisar o acesso aos serviços de saúde por parte da população residente no bairro Confisco, buscando compreender quais as dimensões da acessibilidade estavam implicadas no estudo em questão.

## **Revisão da literatura**

O acesso à saúde está intimamente vinculado às condições de vida, em que nutrição, condições de habitação, poder aquisitivo e educação são componentes fundamentais. Está intimamente vinculado ao processo saúde/doença (Unglert, 1999; Ramos e Lima, 2003).

A acessibilidade vem sendo utilizada como um dos indicadores da qualidade dos serviços de saúde partir da década de 1960 (Adami e col., 1993).

Os termos acesso e acessibilidade são usados de forma geralmente ambígua (Starfield, 2004). Algumas vezes eles se sobrepõem; outras vezes apresentam claras distinções.

Acessibilidade é o grau de ajuste entre as características dos recursos de atenção à saúde e os da população, no processo de busca e obtenção da atenção. Podemos considerar a acessibilidade a relação funcional entre o conjunto de obstáculos na busca e obtenção da atenção e as capacidades correspondentes da população de superar esses obstáculos (Frenk, 1985). A acessibilidade possibilita a chegada aos serviços, e o acesso permite seu uso oportuno visando aos melhores resultados possíveis, e relacionando-se à forma como o indivíduo experimenta o serviço de saúde (Starfield, 2004).

Segundo Donabedian (1972), acesso significa ingresso ao sistema de atenção à saúde. As características distintas do sistema e da população podem determinar a possibilidade de ingresso ou não, mas a prova do acesso em si não consiste na disponibilidade dos serviços ou recursos, e sim no fato de os serviços serem utilizados por aqueles que dele necessitem. Essas colocações levam a pensar nas diferenças existentes entre estes dois conceitos aqui tratados, acesso e acessibilidade.

A base territorial constitui-se em um dos princípios organizativo-assistenciais do sistema de saúde. O estabelecimento dessa base territorial é um passo básico para a caracterização da população e seus problemas de saúde, bem como o dimensionamento do impacto do sistema sobre os níveis de saúde dessa população e, também, para a criação de uma relação de responsabilidade entre os serviços de saúde e sua população adscrita. A base territorial deve ser detalhada chegando ao domicílio, o que possibilita a adscrição da clientela a unidades ambulatoriais, bem como o estabelecimento de ações de controle de saúde específicas para a população da área visando a prioridades (Unglert, 1999).

É no espaço local que se manifestam as estruturas de poder local expressas em redes de solidariedade existentes e de alianças e conflitos que se dão entre os diversos atores individuais, sociais e institucionais (Mendes, 1999). O acesso real aos serviços de saúde deve ser estabelecido no nível de cada uma das unidades, com a participação efetiva, no processo, dos servidores de nível local e da comunidade. A área de abrangência corresponde à área de responsabilidade de uma unidade de saúde, baseia-se em critérios de acessibilidade geográfica

e de fluxo da população e deve ser constituída por conglomerados de setores censitários. O bairro representa, em nossa sociedade, uma forma espontânea de manifestação da população na apropriação do território (Unglert, 1999).

A acessibilidade é entendida como uma característica dos serviços de saúde podendo ser abordada sob diferentes enfoques (Unglert, 1999; Ramos e Lima, 2003; Adami, 1993; Acurcio e Guimarães, 1996; Reis e col., 1990; Ferreira, 2004):

- político: considera as relações que se estabelecem entre as políticas de saúde e a conformação histórica do modelo de atenção à saúde, considerando a possibilidade de desenvolver a consciência sanitária e a organização social;
- geográfico: refere-se ao nível de distância a ser percorrida e os obstáculos a serem transpostos. Indica também o tempo de locomoção, os meios de transporte utilizados pelos usuários para chegarem às unidades de saúde e o tempo de permanência fora do trabalho;
- funcional ou técnico: considera os tipos de serviços que são oferecidos, seu horário de funcionamento, sua qualidade e a disponibilização de um serviço de referência que assegure fácil acesso ao nível de assistência requerido;
- cultural ou simbólico: analisa inserção do serviço de saúde nos hábitos e costumes da população e refere-se, também, às representações sociais acerca do processo saúde/doença;
- econômico: aborda a relação entre oferta e demanda e considera que a totalidade dos serviços de saúde não está disponível a todos os cidadãos. Considera também o custo com o transporte coletivo utilizado pelo usuário do serviço de saúde e o tempo de espera despendido na ida e volta do serviço.

A prova do acesso aos serviços de saúde se concretiza pelo seu uso e não simplesmente pela sua existência. A utilização representa o consumo real desses serviços e pode ser mensurada pelo nível do uso em relação à necessidade (Adami, 1993). A disponibilidade, o tipo, a quantidade de serviços e recursos (financeiros, humanos, tecnológicos), a localização geográfica, a cultura médica local, a ideologia do prestador, entre outros, são aspectos da oferta que influenciam o padrão de consumo dos

serviços de saúde. As variações sociais na utilização de serviços de saúde demonstram que condições sociais desfavoráveis tendem a reduzir as chances de uso de serviços (Travassos e col., 2000).

## Metodologia

Este estudo se configurou como uma pesquisa-ação desenvolvida juntamente com moradores do Confisco, professoras da FOUFMG e gerentes de duas UBS (Centro de Saúde Confisco/Belo Horizonte e Centro de Saúde Estrela Dalva/Contagem), durante dois anos.

A pesquisa-ação se volta para a resolução de problemas e tomada de decisão e, numa concepção mais radical, tem fins emancipatórios e pode contribuir para o estudo de situações, movimentos ou processos sociais. Procura alcançar um mundo mais justo e uma sociedade melhor (Thiollent, 1988).

A partir dessa perspectiva, os professores da FOUFMG se propuseram a dialogar com os moradores do bairro Confisco a fim de melhorar o acesso aos serviços de saúde. O estudo foi organizado em três fases: o diagnóstico social da comunidade, a coleta de dados sobre as questões que surgiram a partir do diagnóstico e a devolução para a comunidade dos dados encontrados.

### Diagnóstico Social da Comunidade

Para a efetivação do diagnóstico foram realizados 13 reuniões com a comunidade, tendo o apoio da Escola Municipal Anne Frank. Nesses encontros, o objetivo era levantar as principais questões que afetavam o acesso da população ao serviço de saúde. A participação expressiva durante os encontros representou a necessidade premente dos moradores de discutirem o problema.

As primeiras reuniões foram realizadas com a direção da escola para o encaminhamento da proposta de continuidade do projeto de promoção de saúde em curso e a apresentação do projeto de pesquisa. Em seguida, foi realizada uma discussão com os moradores do Confisco sobre a infraestrutura do bairro por meio de um mapa falado da região. Para essa atividade foram afixados na parede do auditório da escola três cartazes, produzidos pelas professoras, com fotos da escola, do Parque e do Centro de Saúde Confisco. Além desses cartazes, utilizou-se o mapa

da região ampliado, fornecido pelo IBGE 2000, com todos os equipamentos sociais presentes na região. A partir dos cartazes, realizaram-se discussões em que as questões mais emergentes de cada área (escola, parque e saúde) foram enumeradas.

Nas reuniões seguintes, buscou-se identificar os problemas da assistência à saúde oferecida à população do Confisco. Durante o desenvolvimento da pesquisa houve interesse dos usuários em participar das reuniões, provavelmente por terem expectativa de que o atendimento de saúde poderia ser melhorado.

### Coleta de dados

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Minas Gerais (Parecer ETIC-192/05).

Os usuários dos serviços de saúde de Belo Horizonte e Contagem e as duas gerentes aceitaram participar do estudo e suas condições assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

As gerentes foram entrevistadas em seus respectivos locais de trabalho. As entrevistas abordaram a questão da delimitação da área pertencente aos dois municípios, barreiras para a utilização dos serviços de saúde por parte da população e sugestões para melhorar o acesso aos serviços de saúde.

Foram realizados grupos focais, com representantes da comunidade, cujas questões norteadoras das entrevistas foram definidas a partir da revisão de literatura sobre acesso e acessibilidade e das entrevistas realizadas com as gerentes dos dois centros de saúde. As questões norteadoras abordaram a acessibilidade geográfica, funcional, os motivos de procura dos serviços de saúde e as sugestões para melhorar o acesso.

Elegeu-se a entrevista com grupos focais como instrumento para a coleta de informações. O objetivo do grupo focal foi estimular os participantes a falam e a reagirem às falas dos outros componentes do grupo. O grupo focal é uma interação social mais autêntica do que a entrevista individual, pois os sentidos ou representações que emergem são mais influenciados pela natureza social da interação do grupo, em vez de se fundamentarem na perspectiva individual. Em sua essência, o grupo focal é mais do que a soma das partes, é uma entidade em si mesma. Autores afirmam ainda que "para um mesmo núme-

ro de entrevistados, o grupo focal é mais eficaz". O conjunto das diferentes informações individuais vividas em comum por um grupo permite compor o quadro global das estruturas e das relações (Gaskell, 2003; Minayo, 2006).

Foram realizados dois grupos focais distintos, um para os moradores que residem no Confisco e utilizam o Centro de Saúde Confisco em Belo Horizonte, e o outro para os moradores do Confisco que utilizam o Centro de Saúde Estrela Dalva, em Contagem. Os dois grupos focais foram realizados em Belo Horizonte na Escola Municipal Anne Frank, no período da noite, horário mais fácil para a participação. Os entrevistados foram previamente convidados pelas lideranças locais para participar, com horário, local e data pré-definidos. Participaram dos grupos focais, oito moradores de Belo Horizonte e sete de Contagem, com predominância de moradores do sexo feminino. Esse número de participantes, nos dois municípios, está de acordo com o preconizado pelos pesquisadores, que sugerem a participação ideal de seis a nove entrevistados (Krueger, 1994).

Os grupos focais foram conduzidos por uma das pesquisadoras, ficando a outra como observadora e anotadora. Cada grupo focal gerou, aproximadamente, uma hora de gravação. Após a transcrição das fitas, foi feita uma leitura, como primeira etapa do processo de análise do conteúdo, buscando absorver impressões. Em seguida, procedeu-se à leitura horizontal dos relatos, objetivando estabelecer relações entre as falas que tornassem possíveis as interpretações a respeito das questões levantadas (Bardin, 1977).

### **Devolução dos dados coletados**

Após a sistematização e a organização das informações encontradas nos grupos focais e entrevistas, procedeu-se a devolução dos dados para os moradores. Essa devolução ocorreu em mais um dos encontros com os moradores do bairro Confisco na Escola Municipal Anne Frank e contou, também, com a participação de outros moradores que não haviam participado dos grupos focais.

Como desdobramento da pesquisa, foi realizada uma reunião com os gestores de Belo Horizonte e Contagem buscando conscientizá-los dos problemas detectados neste estudo.

## **Resultados e Discussão**

Na sistematização dos dados, observou-se que as opiniões de gestores e da comunidade se assemelham quanto aos problemas enfrentados no acesso cotidiano aos serviços de saúde em Belo Horizonte e Contagem, confirmado as informações e as questões apresentadas durante a coleta dos dados. Isso permite concluir que há um conhecimento profundo da realidade vivida por parte dos atores envolvidos na pesquisa.

Percebeu-se que a questão do atendimento em saúde se configurou como problemática prioritária para a comunidade. Dois Centros de Saúde atendem os moradores do Confisco: O Confisco (para moradores de Belo Horizonte) e o Estrela Dalva (para moradores de Contagem). Desse modo, apesar de habitarem o mesmo local, os moradores utilizam os serviços segundo o território geográfico que ocupam. Existem pessoas que residem em frente ao Centro de Saúde Confisco, mas, pelo fato de sua rua pertencer ao município de Contagem, devem se dirigir ao Centro de Saúde Estrela Dalva, bem mais distante de seu local de moradia, situado em rua íngreme, portanto de difícil acessibilidade. Como agravante, para os moradores do Confisco, não existe linha de ônibus que os conduza ao Centro de Saúde Estrela Dalva.

A questão da base territorial como um dos princípios organizativo-assistenciais do sistema de saúde, medida acertada sob os aspectos administrativos, esbarra em determinados casos com a insatisfação da população, fato explicitado nos relatos dos moradores. Questiona-se, nesse caso, como empreender serviços de saúde, uma vez que parte da população, com residências próximas, não é incluída nas medidas adotadas. A movimentação e a participação da população e a constituição de redes de solidariedade ou a apropriação do território se transforma, em casos como esse, em desigualdade vivenciada e sentida. A acessibilidade, nesse caso, fica altamente comprometida, considerando os enfoques político e geográfico (Unglert, 1999; Mendes, 1999).

Alguns moradores que utilizam o Centro de Saúde Confisco, mesmo morando em locais mais distantes dessa Unidade de Saúde, não relataram como problema a questão da acessibilidade geográfica. A

leitura atenta dos relatos permitiu observar que a questão central parece ser o serviço prestado nas unidades em questão, o que pode exacerbar ainda mais o sentimento de desigualdade.

O Centro de Saúde Confisco é reconhecido pela população como mais bem equipado, incluindo a existência de serviço odontológico e farmácia, serviços não disponíveis no Estrela Dalva. Os moradores apontam ainda outros problemas nessa Unidade de Saúde, como a coleta de material para exame, que é realizada numa outra Unidade de Saúde bem distante, que depende da utilização de transporte coletivo. Diferentemente, os usuários do Centro de Saúde Confisco têm as coletas de material para exames realizadas na própria unidade.

Entre os motivos que geram a insatisfação dos usuários com o Centro de Saúde Estrela Dalva podem-se destacar a falta de insumos (“ter que madrugar” para conseguir atendimento) e, segundo os moradores, o fato de os enfermeiros desenvolverem atividades que seriam atribuições dos médicos. Outra queixa se refere ao descuido com o local onde se localiza a unidade, com um “matagal na entrada”, revelando descaso com a população. Nesse caso, a análise do enfoque funcional/técnico aponta sérios prejuízos para a acessibilidade (Unglert, 1999; Ramos e Lima, 2003; Adami, 1993; Acurcio e Guimaraes, 1996; Reis e col., 1990; Ferreira, 2004).

Segundo a gerente do centro de saúde Confisco outra grande diferença entre as duas unidades é que na unidade de Belo Horizonte são atendidos casos agudos, realizando estabilização e, caso seja necessário, encaminhamento a um centro de referência de saúde. No centro de saúde de Contagem, segundo os participantes da pesquisa, esses casos não são atendidos. Além disso, no centro de saúde Confisco, existe o remanejamento de médicos de outras equipes do Programa de Saúde da Família (PSF) para o atendimento de usuários de equipes em que falta médico. Mesmo assim os usuários do Centro de Saúde Confisco se manifestam insatisfeitos com a situação.

A ausência frequente do médico é problema comum nas duas unidades e em algumas equipes do PSF, bem como o “descaso dos médicos” em relação às queixas dos usuários ou o distanciamento com que os usuários são tratados. Segundo uma entre-

vistada “parece que o médico tem nojo de apalpar a gente, sendo que cheguei a falar para um médico que eu estava de chinelo, mas estava limpinha.”

Todos os moradores participantes da pesquisa revelaram conhecer bem o funcionamento e as estratégias de acesso aos serviços de saúde. Eles sabem que são cadastrados pelo PSF através dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e que pertencem a determinadas equipes. Exatamente por saberem que são cadastrados por áreas geográficas é que se revoltam contra a recusa de atendimento pela unidade de saúde de Belo Horizonte, uma vez que residem próximo dela. Alguns usuários chegam a dizer que não têm acesso a nenhuma das unidades de saúde envolvidas nesta pesquisa.

Considerando os dizeres de Starfield (2004), para parte da população bairro Confisco, a acessibilidade está prejudicada pela impossibilidade de se chegar ao serviço, comprometendo portanto o acesso.

A delimitação da área de abrangência dos municípios de fato não apresenta uma lógica que convença a população. Segundo as duas gerentes, houve uma reunião com representantes das secretarias de saúde de Belo Horizonte e Contagem em que ficou definida a área a ser atendida por cada município. Devido a essa decisão, moradores de lados diferentes de uma mesma rua são atendidos por unidades de saúde diferentes:, uma em Belo Horizonte e a outra em Contagem. Outro fator importante que faz com que os moradores reivindiquem ter acesso ao Centro de Saúde Confisco é que eles lutaram pela conquista dessa unidade. Considera-se que a acessibilidade de parte desses usuários também está comprometida, considerando o enfoque cultural ou simbólico (a inserção do serviço de saúde nos hábitos e costumes da população) e, certamente, o econômico, já que os serviços existentes não se encontram disponíveis para todos os moradores, implicando em desigualdades claras e inaceitáveis, incompreensíveis para a população de Confisco.

Segundo a gerente do Centro de Saúde Confisco algumas estratégias poderiam resolver o problema da área limítrofe entre os municípios de Belo Horizonte e Contagem, como: investir mais na população de Contagem, construir uma unidade de saúde mais próxima do Confisco, contribuir para uma ampliação da unidade de saúde Confisco ou alocar profissionais

de saúde de Contagem no Centro de Saúde Confisco. Ainda, segundo essa gerente, o município de Belo Horizonte investe muito mais em seu sistema de saúde que o município de Contagem.

Pôde-se identificar, através dos relatos, a insatisfação dos usuários em relação às duas unidades de saúde, no entanto identificou-se também o desejo de todos de serem atendidos pelo Centro de Saúde Confisco.

Após a análise dos resultados pela comunidade o prosseguimento da pesquisa suscitou algumas questões por parte dos pesquisadores que foram prontamente discutidas com os participantes. Os pesquisadores e a própria comunidade identificaram que deveriam ser feitas reuniões com os gestores dos dois municípios envolvidos com o objetivo de resolver a questão da área limítrofe.

Nesse momento da pesquisa, surgiram dúvidas metodológicas e conceituais: quem deveria tomar a iniciativa de convidar os gestores para uma reunião com as gerentes e os usuários? Esse procedimento deveria ser feito pela própria comunidade? Os pesquisadores estariam sendo paternalistas se tomassem essa iniciativa?

Na discussão e definição de papéis, a comunidade delegava aos pesquisadores a tarefa de agendamento das reuniões com os gestores. De acordo com os moradores, os pesquisadores eram seus representantes legítimos na luta pela melhoria do acesso aos serviços de saúde e deveriam marcar a reunião, uma vez que estavam mais próximos socialmente dos gestores. Entre os muitos obstáculos para se chegar ao acesso à atenção em saúde, existem pontos a serem trabalhados nessa população no intuito de superá-los. Para que haja acessibilidade a superação desses obstáculos deve ocorrer aliada aos recursos disponíveis para uma atenção de qualidade (Frenk, 1985).

Compreendeu-se, também, que se tratava de uma questão complexa e que o acesso estava definido por acordos políticos, difíceis de serem modificados. Para resolver o impasse, os pesquisadores assumiram a responsabilidade de realizar o contato com os gestores. Entretanto, não se conseguiu, durante o desenvolvimento da pesquisa, efetivar a realização desse encontro.

Somente ao término da sistematização dos dados foi possível reunir pesquisadores e gestores de ambos os municípios. A reunião foi importante pela oportunidade de esclarecer os gestores sobre os problemas relativos ao acesso aos serviços de saúde geradores de insatisfação na comunidade. Ficou evidente na reunião que os gestores tinham conhecimento dos problemas e que iniciativas para resolvê-los já estavam em andamento.

## Considerações Finais

Para parte da população do bairro Confisco, a organização dos serviços trouxe comprometimento no acesso ao atendimento em saúde, considerando os vários enfoques de análise da acessibilidade: político, geográfico, funcional ou técnico, cultural ou simbólico e econômico.

Este estudo mostrou a importância de discussões com participação da população, antes da implantação de serviços de saúde, sobre a lógica da delimitação de suas áreas de abrangência e dos serviços a serem disponibilizados.

Vale salientar que a colaboração da universidade mediante um projeto de pesquisa fortalece a questão levantada pelos moradores. O fato de a Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais estar localizada nessa área de abrangência e ser parte integrante do SUS torna relevante o seu engajamento juntamente com os moradores por um sistema de saúde melhor.

## Agradecimentos

Gostaríamos de agradecer aos professores da Escola Municipal Anne Frank, pelo engajamento no desenvolvimento deste trabalho; aos alunos do curso de Odontologia, que atuaram no projeto de promoção de saúde; à comunidade, por participar de tantas reuniões; às gerentes das Unidades Básicas de Saúde, pelas entrevistas; e aos gestores dos municípios de Contagem e Belo Horizonte.

## Referências

- ACURCIO, F. A.; GUIMARÃES M. D. C. Acessibilidade de indivíduos infectados pelo HIV aos serviços de saúde: uma revisão de literatura. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 12 n. 2, p. 233-42, 1996.
- ADAMI, N. P. Acesso aos serviços de dermatologia de um centro de saúde escola sob o modo de ver dos hansenianos. *Revista Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 82-86, 1993.
- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1977.
- DONABEDIAN, A. Models for organizing the delivery of personal health services and criteria for evaluating them. *The Milbank Memorial Fundation Quarterly*, Cambridge, v. 50, n. 4, oct. 1972
- FERREIRA, A. S. Competências gerenciais para unidades básicas do Sistema Único de Saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 69-76, 2004.
- FRENK, J. El concepto y la medición de accesibilidad. *Revista de Salud Pública de México*. Ciudad de Mexico, 1985.
- GASKELL, G. Entrevistas individuais e grupais. In: BAUER, M. W.; GASKELL, G. *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*. Petrópolis: Vozes, 2003.
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Tendências demográficas: uma análise dos resultados do universo do censo demográfico 2000. Estudos e pesquisas de informação demográfica*. Rio de Janeiro: IBGE, 2002.
- KRUEGER, R. A. *Focus groups: a practical guide for applied research*. London : SAGE, 1994.
- MENDES, E. V. (Org.). *Distrito sanitário*. São Paulo: Editora Hucitec, 1999.
- MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec, 2006.
- RAMOS, D. D; LIMA, M. A. D. S. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 27-34, 2003.
- REIS, E. J. F. B. et al. Avaliação da qualidade dos serviços de saúde: notas bibliográficas. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 50-61, 1990.
- STARFIELD, B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviço e tecnologia*. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- THIOLLENT, M. *Metodologia da pesquisa-ação*. São Paulo: Editora Cortez, 1988.
- TRAVASSOS, C. et al. Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 133-49, 2000.
- UNGLERT, C. V. S. Territorialização em sistemas de saúde. In: MENDES, E. V. (Org.). *Distrito sanitário*. São Paulo: Hucitec, 1999.

Recebido em: 29/03/2010

Reapresentado em: 19/11/2010

Aprovado em: 19/01/2011