

Ministério da Saúde

**FIOCRUZ**  
**Fundação Oswaldo Cruz**



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA  
SERGIO AROUCA  
ENSP

Mauro Fernandes Teles

**Avaliação do acesso aos exames laboratoriais para pacientes atendidos nas Unidades de  
Saúde da Família de Vitória da Conquista, BA**

Vitória da Conquista

2016

Mauro Fernandes Teles

**Avaliação do acesso aos exames laboratoriais para pacientes atendidos nas Unidades de Saúde da Família de Vitória da Conquista, BA**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública, na área Políticas Públicas e Saúde.

Orientadora: Dr.<sup>a</sup> Maria de Fátima Ramos Moreira

2º Orientador: Dr. Márcio Vasconcelos Oliveira

Vitória da Conquista

2016

Catálogo na fonte  
Instituto de Comunicação e Informação Científica e  
Tecnológica Biblioteca de Saúde Pública

T269a Teles, Mauro Fernandes  
Avaliação do acesso aos exames laboratoriais para pacientes  
atendidos nas Unidades de Saúde da Família de Vitória da Conquista,  
BA. / Mauro Fernandes Teles. -- 2016.  
70 f. : tab.

Orientador: Maria de Fátima Ramos Moreira  
Márcio Vasconcelos Oliveira  
Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio  
Arouca, Vitória da Conquista - BA, 2016.

1. Acesso aos Serviços de Saúde. 2. Investigação Laboratorial. 3.  
Centros de Saúde. 4. Saúde da Família. 5. Sistemas de Saúde –  
história. 6. Sistema Único de Saúde. 7. Atenção Primária à Saúde. I.  
Título.

CDD – 22.ed. – 362.1098142

Mauro Fernandes Teles

**Avaliação do acesso aos exames laboratoriais para pacientes atendidos nas Unidades de Saúde da Família de Vitória da Conquista, BA**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública, na área Políticas Públicas e Saúde.

Aprovada em: 12/04/2016

Banca Examinadora

---

Doutor, Cláudio Lima Souza, UFBA

---

Doutor, Renato José Bonfatti, ENSP / FIOCRUZ

---

Doutora, Maria de Fátima Ramos Moreira, ENSP / FIOCRUZ

Vitória da Conquista

2016

## AGRADECIMENTOS

A Deus, por me abençoar e dar força para que pudesse superar todos os obstáculos e possibilitar a concretização de mais um sonho em minha vida.

Ao professor Márcio Vasconcelos por todo apoio e incentivo nessa minha caminhada acadêmica desde a graduação, especialização e agora como segundo orientador no mestrado. Obrigado por toda paciência, apoio, compreensão e amizade. Posso dizer que a minha formação, inclusive pessoal, não teria sido a mesma sem a sua pessoa.

À professora Maria de Fátima, que aceitou ser minha orientadora e que mesmo distante soube conduzir de forma especial essa orientação, transmitindo conhecimento, sempre incentivando, dedicada, paciente e disponível em todos os momentos para sanar minhas dúvidas. Acre-dito que seja apenas o primeiro passo de outros projetos que desenvolveremos juntos, meu muito obrigado!

A todos os professores do Mestrado em Direito e Saúde para o município de Vitória da Conquista, que não mediram esforços para saírem de suas cidades para virem até aqui ministrarem o conteúdo, orientações e o mais importante transmitir o conhecimento e a experiência de cada um que culminou nesse projeto engrandecedor.

Em especial a professora Maria Helena que foi fundamental na concretização desse projeto. Além de coordenadora e professora tornou-se muito mais, uma “mãe-amiga”; no início do processo seletivo até assustado fiquei com o tom da fala e sua postura, porém por trás existia uma mulher guerreira, batalhadora, de um coração enorme da qual me orgulho muito. Obrigado por todos ensinamentos ao seu “filho folgado” nesses dois anos de convivência.

Aos colegas do mestrado com quem convivi nesses dois anos, uma excelente experiência de comunhão, amizade e companheirismo.

Aos profissionais de saúde que trabalhavam nas Unidades de Saúde onde apliquei os questionários, em especial os pacientes que participaram de forma efetiva.

As alunas Jade, Karina e Rebeca que ajudaram na coleta de dados e não mediram esforços e foram fundamentais para que essa etapa fosse vencida.

Aos meus pais, Herundino e Adailde, que são meu alicerce e em momento algum medem esforços para que realize meus sonhos, aos meus irmãos Murilo e Marília obrigado pelo incentivo, apoio e carinho, amo todos vocês. A minha namorada Samantha por todo amor, carinho, paciência, ajuda e incentivo. A todos demais familiares e amigos que sempre acreditaram e estiveram ao meu lado para vencer mais essa etapa!

*Viver é acalentar sonhos e esperanças, fazendo da fé a nossa inspiração maior. É buscar nas pequenas coisas, um grande motivo para ser feliz!*

Mario Quintana

## RESUMO

O direito à saúde no Brasil foi construído através de modificações diversas, impulsionadas por diferentes acontecimentos históricos, econômicos, sociais e políticos. Com a promulgação da Constituição Federal de 1988, o direito à saúde passou a ser um direito fundamental, permitindo o surgimento do Sistema Único de Saúde (SUS). O SUS formalmente passou a garantir acesso gratuito a diversos tipos de serviços de saúde, mas não necessariamente implicou na garantia efetiva desse acesso. Ao falar nos serviços de saúde ofertados pelo SUS, é razoável mostrar que os exames laboratoriais existem como ferramentas fundamentais para permitir a integralidade da atenção à saúde tão necessária aos seus usuários. Dentro deste contexto, o presente estudo objetivou avaliar o acesso aos exames laboratoriais para os pacientes atendidos nas Unidades de Saúde da Família (USF), do município de Vitória da Conquista, BA. Trata-se de um estudo transversal de abordagem quantitativa, cuja coleta de dados foi realizada por meio de um questionário semiestruturado, adaptado da Pesquisa Nacional de Saúde, que investigou características do usuário atendido na USF, serviço prestado pela USF e serviço para encaminhamento e realização de exames laboratoriais. As USFs selecionadas foram Urbis V, Recanto das Águas, Iguá e São Sebastião. A população foi composta por indivíduos adultos atendidos em USFs do município de Vitória da Conquista, com idade igual ou superior a 20 anos. Realizou-se análise descritiva assim como univariada e multivariada. Comparou-se o número de pacientes que realizaram o exame laboratorial em menos de um ano àqueles com exame laboratorial ocorrido há mais de um ano. Verificou-se que, dos 522 pacientes entrevistados nas USFs, 453 realizaram exame laboratorial, sendo que 359 atendimentos aconteceram no Laboratório Público. Houve maior prevalência para realização de exames laboratoriais há mais de um ano em pacientes com faixa etária de 30-39 anos de idade, da zona rural e sem consulta médica nos 12 últimos meses. Esse estudo é inédito na nossa região, traz resultados sobre o acesso aos exames laboratoriais, e, mesmo havendo limitações, foi capaz de indicar a situação atual do serviço na seara laboratorial. Também apontou para a necessidade de alguns ajustes, a fim de subsidiar melhorias e incrementos na prestação de serviço, de modo a melhorar a qualidade do atendimento proposto pelo SUS.

Palavras-chave: Acesso aos Serviços de Saúde, Investigação Laboratorial, Centro de Saúde.

## ABSTRACT

The right to health in Brazil was built through several changes, driven by different historical, economic, social and political events. With the enactment of the 1988 Federal Constitution, the right to health has become a fundamental right, allowing the emergence of Unified Health System - SUS. SUS formally guarantee free access to various types of health services, but not necessarily implied the effective guarantee of the access. Speaking in the health services offered by SUS, it is reasonable to show that laboratory tests exist as essential tools to enable the comprehensiveness of health care so necessary to its users. Within this context, this study aimed to evaluate the access to laboratory tests for patients attended at Family Health Units - USF, in Vitória da Conquista city, BA. This is a cross-sectional study with a quantitative approach, which data collection was performed using a semi-structured questionnaire adapted from the National Health Survey, which investigated user characteristics attended at USF, service provided by USF and the service for routing and execution of laboratory tests. The selected USFs were Urbis V, Recanto das Águas, Iguá and São Sebastião. The population consisted of adults attended in USFs from Vitória da Conquista city, aged equal or more than 20 years. A descriptive analysis as well as univariate and multivariate analysis were performed. The study compared the number of patients who underwent laboratory examination in less than a year to those with laboratory tests occurred more than one year. It was found that, of 522 patients interviewed in USFs, 453 underwent laboratory tests, and 359 were executed in the Public Laboratory. There was a higher prevalence of laboratory tests for more than a year in patients aged 30-39 years old, from countryside and no medical visit in the last 12 months. This study is unprecedented in our region, it brings results on the access to laboratory tests, and, even with limitations, was able to indicate the current status of the service in the laboratory issue. It also pointed the need for some adjustments in order to support improvements and increases in service delivery to improve the quality of care proposed by SUS.

Keywords: Access to Health Services, Laboratory Research, Health Center.



## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Descrição dos participantes de acordo com suas características sociodemográficas (n=522). Vitória da Conquista, Bahia, Brasil, 2015.....	42
Tabela 2 - Descrição das condições de saúde dos participantes (n = 522). Vitória da Conquista, Bahia, Brasil, 2015.....	43
Tabela 3 - Padrão de utilização da USF pelos participantes do estudo (n= 522). Vitória da Conquista, Bahia, Brasil, 2015.....	44
Tabela 4 - Caracterização do serviço laboratorial prestado pelo Laboratório Público aos participantes (n= 359). Vitória da Conquista, Bahia, Brasil, 2015.....	45
Tabela 5 - Análise univariada do acesso aos exames laboratoriais em pacientes atendidos em USF de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil, 2015.....	47
Tabela 6 - Modelo final de regressão logística por grupos de variáveis selecionadas e realização do exame laboratorial. Vitória da Conquista, Bahia, Brasil, 2015.....	51

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPs	Caixas de Aposentadorias e Pensões
CF 88	Constituição Federal de 1988
SUS	Sistema Único de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família
DGSP	Diretoria Geral de Saúde Pública
DNSP	Departamento Nacional de Saúde Pública
IAPS	Institutos de Aposentadorias e Pensões
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
NOAS	Normas Operacionais da Assistência à Saúde
RAS	Rede de Atenção à Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
PIASS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
IOM	Institute of Medicine
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

## SUMÁRIO

1.	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	11
2.	<b>OBJETIVOS</b> .....	13
2.1	<b>Objetivo geral</b> .....	13
2.2	<b>Objetivos específicos</b> .....	13
3.	<b>REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	14
3.1	<b>A Evolução da Saúde como um Direito Fundamental</b> .....	14
3.2	<b>Evolução Histórica do Sistema de Saúde no Brasil até o Surgimento do SUS</b> .....	16
3.3	<b>Transformações na Saúde do Brasil após o Surgimento do SUS</b> .....	19
3.3.1	<b>A evolução regulamentar do SUS</b> .....	20
3.3.2	<b>Atenção primária</b> .....	24
3.3.3	<b>Rede de atenção à saúde</b> .....	25
3.4	<b>Acesso e acessibilidade</b> .....	28
3.5	<b>Exames laboratoriais e integralidade da atenção à saúde</b> .....	32
4.	<b>JUSTIFICATIVA</b> .....	35
5.	<b>CARACTERIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE EM VITÓRIA DA CONQUISTA</b> .....	37
6.	<b>METODOLOGIA</b> .....	39
6.1	<b>Desenho do estudo</b> .....	39
6.2	<b>Campo de Estudo</b> .....	39
6.3	<b>População de estudo</b> .....	39
6.4	<b>Coleta de dados</b> .....	39
6.5	<b>Evento e variáveis explicativas</b> .....	40
6.6	<b>Análise estatística</b> .....	41
6.7	<b>Aspectos éticos</b> .....	41
7.	<b>RESULTADOS</b> .....	42
8.	<b>DISCUSSÃO</b> .....	52
9.	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	55
10.	<b>REFERENCIAS</b> .....	56
11.	<b>ANEXOS</b> .....	62
11.1	<b>ANEXO A</b> .....	62
11.2	<b>ANEXO B</b> .....	67

## 1. INTRODUÇÃO

O direito à saúde no Brasil sofreu influências históricas e econômicas que podem ser observadas a partir do surgimento dos primeiros modelos assistencialistas ocorridos em 1923 com as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), as quais detinham o cuidado da saúde das pessoas. A evolução desse modelo, ao longo da História do Brasil, perpassa por uma concepção assistencialista, baseada na medicina curativa e hospitalocêntrica, que em sua essência carrega o ônus do surgimento de diversos problemas. Com isso gerou-se a busca da melhoria na qualidade dos serviços de saúde e na tentativa de solucionar tais problemas, no ano de 1983 iniciou-se um movimento popular em prol da reforma sanitária, o qual resultou mais tarde nas Ações Integradas em Saúde e na VIII Conferência de Saúde em 1986. (BRASIL, 2010; FRANÇA, 2013; RONCALLI, 2003).

Começou assim, uma nova discussão acerca de saúde, sob uma nova dimensão, não só tratando a saúde como ausência de doença, e sim como uma questão social, um direito vinculado à cidadania e qualidade de vida. Com a promulgação da Constituição Federal de 1988 (CF 88), o direito à saúde passou a ser garantido como um direito fundamental, conforme exposto nos caputs dos artigos 5, 6, 196 e 197. (BRASIL, 1988).

Com a nova CF 88 trazendo um arcabouço jurídico que permitia a estruturação da saúde, ocorreu em 1990, o surgimento do Sistema Único de Saúde (SUS) através da criação da lei 8.080, que detalhou e organizou o SUS, apontando seus princípios e diretrizes, bem como sua forma genérica de operação. Esse novo sistema nasceu com o anseio de garantir o direito de acesso à saúde de forma universal, integral, equânime e com qualidade, priorizando ações de saúde com foco na melhoria de vida dos sujeitos e coletivos. (BRASIL, 1990).

Nesse sentido, formalmente, o SUS garantiu acesso gratuito a diversos tipos de serviços de saúde que, segundo Donabedian (2003), o acesso significa o grau de facilidade com que as pessoas obtêm cuidados de saúde. É imperativo apontar que a garantia legal não necessariamente implica na garantia efetiva, que, por sua vez, pode não ocorrer devido a alguns fatores, sobretudo àqueles que se relacionam com o acesso, envolvendo características intrínsecas do usuário, geográficas e, principalmente, questões organizacionais do serviço. (GOMES, *et. al.*, 2013; HORTALE, PEDROZA, 2000; TRAVASSOS, MARTINS, 2004; MENDOZA-SASSI, BÉRIA, 2001; PINHEIRO, *et. al.*, 2002; SILVA, *et. al.*, 2011; TRAVASSOS, *et. al.*, 2006).

Com a implementação do SUS, foi notória a ocorrência de diversas melhorias nos serviços de saúde tais como a descentralização, melhor estruturação da rede de atenção básica, e a prevenção e promoção de saúde. No entanto, a ampliação do acesso aos serviços de saúde foi

alguém das necessidades reais, tornando iminente o anseio de avançar em várias pautas, de modo a alcançar a plenitude. Estudos realizados com o escopo de avaliar os serviços de saúde são fundamentais para indicar déficits de acesso, bem como revelar a necessidade de subsidiar melhorias na definição de políticas que visem minimizar as desigualdades. (CUNHA, VIEIRA-DA-SILVA, 2010; HALFOUN, *ET, AL.*, 2008; MENDES, A. 2012, MENDES, E. 2011).

Um desses avanços foi a descentralização dos serviços de saúde, que proporcionou o surgimento das Unidades de Saúde da Família (USF). Vieram com o propósito de reorganizar a atenção à saúde, levando-a para mais perto das famílias e, dessa forma, poder ofertar atendimentos básicos e gratuitos, englobando consultas médicas, inalações, injeções, curativos, vacinas, coleta de exames laboratoriais, tratamento odontológico, encaminhamentos para especialidades e fornecimento de medicamentos. (BRASIL, 1997)

A USF é o local onde há o primeiro acesso à saúde dos pacientes do SUS com a intenção de prevenir, promover ou tratar determinada doença. Neste contexto, uma das ferramentas que garante a ocorrência equilibrada das ações retrocitadas é a realização de exames laboratoriais. O exame laboratorial consiste no conjunto de procedimentos e testes realizados a pedido de um prescritor, visando um diagnóstico, acompanhamento ou confirmação de uma patologia. Assim, a sua realização é importante para possibilitar a promoção e prevenção na saúde, podendo ser, dessa maneira, considerado o elo entre o atendimento e acompanhamento/tratamento se necessários.

Vitória da Conquista, município do sudoeste da Bahia, Brasil, é referência intermunicipal para os serviços de saúde nas áreas de atenção básica, média e alta complexidade. Entretanto, esses serviços também apresentam problemas relacionados aos diversos componentes de acessibilidade no município, como demonstrado por Cunha e Vieira-da-Silva (2010). Esses autores avaliaram a acessibilidade aos serviços de saúde com foco na atenção básica. No entanto, a situação de acesso à realização do exame laboratorial, um destes serviços ofertados pelo município, não é conhecida. Dessa maneira, faz-se necessário avaliar a existência de componentes que possam dificultar a utilização desse serviço por parte dos usuários, levando à descontinuidade da assistência à saúde de forma integral e equânime.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1. Objetivo geral**

Avaliar o acesso aos exames laboratoriais em pacientes atendidos em 04 Unidades de Saúde da Família do município de Vitória da Conquista, BA.

### **2.2. Objetivos específicos**

- Descrever características sociodemográficas, econômicas, de acesso à utilização do serviço de saúde e do serviço laboratorial dos pacientes atendidos em 04 USFs de Vitória da Conquista;
- Verificar a associação entre o acesso à realização de exames laboratoriais e as variáveis sociodemográficas, econômicas, utilização do serviço de saúde e do serviço laboratorial.
- Gerar informações capazes de subsidiar melhoria no acesso à realização do exame laboratorial.

### **3. REFERENCIAL TEÓRICO**

#### **3.1. A Evolução da Saúde como um Direito Fundamental**

O direito à saúde perpassa por uma evolução histórica envolvendo avanços no campo político e econômico e sua implementação pelo Estado, ocorrendo em duas conformações. No estado de direito, não ocorre fixação de metas e valores, sendo rotulado como estado liberal clássico, pois não pode ser agente definidor dos ideais de vida ou das concepções de bem da sociedade, existindo uma constituição que não é rígida. Por outro lado, o estado democrático de direito é o representante dos direitos fundamentais e é baseado no respeito à dignidade humana, relacionado à progressiva promoção de superação de desigualdades materiais, justiça substancial e democracia. (MENDES, COELHO, BRANCO, 2008).

A passagem do estado de direito para o estado de direito democrático faz-se pela extensão dos direitos civis e políticos a um maior número de cidadãos e pela incorporação dos direitos sociais ao corpo dos direitos humanos fundamentais. Assim, há uma relação de reciprocidade entre esses direitos. O estado de direito democrático só se realiza como asseguração dos direitos sociais. (BARRETO, 2003)

A garantia do direito à saúde é possível através da discussão e definição dos direitos humanos e fundamentais. Os direitos humanos são irrevogáveis e inalienáveis, fruto de uma luta histórica de afirmação do respeito à dignidade humana (fundamento jurídico na sua concepção moral, com a sociedade reconhecendo o indivíduo como uma pessoa), à vida, à igualdade de todos os homens perante a lei, segurança, liberdade de expressão, acesso à educação e o direito à participação política. (BARRETO, 2010).

Os direitos fundamentais são também considerados como os direitos humanos no sentido em que se aplicam ao ser humano individualmente ou coletivamente. A distinção entre eles está no fato de que os fundamentais se aplicam ao ser humano reconhecido e são necessariamente legitimados na esfera constitucional. (BARRETO, 2010).

A origem dos direitos fundamentais começou com discussões em 1776, nos Estados Unidos, que impulsionaram a assinatura da declaração de direito do povo da Virgínia. Posteriormente, na França em 1789, a declaração dos direitos do homem e do cidadão e, em 1946 em Paris, a declaração universal dos direitos do homem. Estes constituíram os marcos fundamentais para estruturação e consolidação da Constituição da República Federativa do Brasil e para possibilitar a saúde ser como um direito social. O Brasil é signatário de um ordenamento jurídico, que contempla a garantia dos direitos fundamentais (entre eles, o direito à saúde) por meio de leis asseguradas na CF 88. (BARRETO, 2010).

Até 1808, a saúde era apenas vinculada aos pajés, que curavam as doenças por meio de rituais e uso de produtos animais e vegetais, a partir daí passa a figurar o papel dos jesuítas que assumiram os cuidados aos doentes, em conjunto com as questões religiosas, período este em que as epidemias eram frequentes e vitimavam especialmente os índios. Nesse momento, os serviços de saúde eram organizados nos moldes do sistema português. Com a chegada da família real no Brasil, surgiram as primeiras escolas médicas, ocorrendo também aumento da circulação econômica e penetração de novas economias. (SCOREL, TEIXEIRA, 2009).

Aquela época, a saúde era um direito de não ficar doente. Caso contrário, não seria um dever do Estado prestar o atendimento, sendo necessário recorrer a um médico da Corte ou as Santas Casas. A organização da saúde centrava-se na fiscalização e salubridade da corte, afastando as doenças do entorno da família real. Após a independência do Brasil, o modelo de organização da saúde no Império se manteve. Entretanto, as epidemias continuavam, e as ações de saúde ficavam por conta das Câmaras Municipais, de modo desorganizado; a assistência médica individual restringia-se a internação em enfermarias improvisadas em épocas de epidemias e internação de loucos em manicômios. Em 1824, foi outorgada a Constituição do Império, que não garantiu expressamente o direito à saúde, e sim o direito à propriedade de forma plena. (SCOREL, TEIXEIRA, 2009).

Com o final do Império, iniciou-se o período Republicano e, em 1896, ocorreu uma reforma na saúde com a criação da Diretoria Geral de Saúde Pública – DGSP, que tinha como finalidade responder pelos problemas de saúde que ultrapassavam a responsabilidade dos Estados. As ações continuavam com as epidemias e medidas ordenadoras da vida urbana, que visavam à manutenção de um estado geral de salubridade, enquanto que a saúde dos indivíduos permanecia sob a responsabilidade de instituições filantrópicas. Em 1891, a Constituição da República foi promulgada, dispondo sobre a declaração de direitos. Contudo, também, não garantia expressamente o direito à saúde e, ainda, foi retirada a referência à saúde no tocante a garantia de liberdade do exercício de qualquer profissão. Em 1919, ocorreu outra reforma na saúde, com a extinção do DGSP e criação do Departamento Nacional de Saúde Pública – DNSP, tendo Carlos Chagas como primeiro diretor, que propôs a ampliação das ações em saúde para o interior do País. (SCOREL, TEIXEIRA 2009).

Em seguida, vieram as Constituições de 1934 e 1937, que tratavam da declaração de direitos. No entanto, a saúde continuou de fora e não foi garantida, mantendo a garantia ao livre emprego, sem qualquer menção à saúde. Em 1946 veio uma nova Constituição, que novamente não tinha o direito à saúde expresso em sua declaração de direitos e garantias individuais. No período ditatorial, deu-se o seguimento da exclusão da saúde como direito



garantido na Constituição de 1967 e, em 1969, uma nova Constituição foi outorgada e manteve a mesma sistemática daquela de 67, sem avanços na garantia do direito à saúde na declaração dos direitos. (SCOREL, 2009; SCOREL, TEIXEIRA 2009).

Do período colonial até o ditatorial, surgiram avanços no campo do direito à saúde sempre amparada por uma Constituição, mas nenhuma propunha a garantia da saúde como um direito do cidadão. Até que, em 1985, surgiram os movimentos pela redemocratização do país e preparativos para elaboração de uma nova Constituição. Em 1986, ocorreu em Brasília, a 8ª Conferência Nacional de Saúde, tendo o relatório final servido de base para a plenária da constituinte. Extraíu-se que o direito à saúde deveria passar a ser gratuito, universal, igual e integral, na medida em que o conceito de saúde não englobaria somente a assistência médica, mas todos os seus determinantes e condicionantes. Essa nova concepção de conceito amplo em saúde foi adotada na nova Constituição. (SCOREL, 2009).

Em 1988, ocorreu a promulgação da Constituição Federal, que trouxe a garantia de muitos anseios sociais e, dentre eles, o direito à saúde como um direito social e para todos os cidadãos. Passou a ser dever do estado, a sua efetivação por meio de políticas sociais e econômicas, e possibilidade de ações e serviços de saúde na promoção, prevenção e recuperação ser igualitária, pois todos são iguais perante a lei, e o acesso a essa garantia deve ser universal. (BRASIL, 2006).

### **3.2. Evolução Histórica do Sistema de Saúde no Brasil até o Surgimento do SUS**

A saúde no Brasil passou por diversas modificações que sempre foram acompanhadas por mudanças na área econômica, social e política. Esse processo começa a se fundamentar com a criação da Lei Eloy Machado, em 1923, que criou as CAPs, que consistiam em uma forma de prestação de serviço com cobertura financeira feita pelo empregador, empregado e Estado. A sua principal finalidade era garantir uma renda em caso de aposentadoria e invalidez, ou para os dependentes em caso de morte. A assistência à saúde não era considerada uma prerrogativa fundamental e sim, complementar e eventual. Neste momento, iniciou-se o fortalecimento do sistema previdenciário. (FRANÇA, 2013).

Em 1930, aconteceu uma reforma política com a ascensão do governo de Getúlio Vargas, caracterizado por ser um governo centralizador e com maior participação estatal das políticas públicas. Este governo coincidiu com o surgimento de uma nova organização do sistema previdenciário, os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs). Nessa organização, o Estado passou a ter uma maior participação, porém, a forma de financiamento ainda persistia tripartida (Estado, empregador e empregado). Passaram a ser organizados e agrupados de acordo com

categorias profissionais, surgindo os institutos dos bancários, comerciários e dos marítimos, como exemplo. Nesse período, ocorreu o fortalecimento dos institutos e a previdência se fortaleceu com uma grande concentração de renda, porém, a assistência à saúde naquele momento era considerada um item secundário. Contudo, nesse período, a saúde pública do país passou por algumas evoluções como a criação do Serviço Nacional de Febre Amarela e o Serviço Especial de Saúde Pública. (RONCALLI, 2003)

Em 1964, o golpe militar ocorreu no Brasil e um dos reflexos da mudança de governo se deu na forma de organização dos institutos, que, antes descentralizados por categorias de profissionais, passaram a ser centralizados no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Criado em 1966, começou a controlar as ações previdenciárias com grande atenção na assistência à saúde, baseado na compra direta de serviços de saúde das grandes corporações médicas privadas. Na década de 70, foi criado o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), que manteve a mesma forma de prestação de serviços de saúde, sendo considerada mais tecnicamente viável. O controle das ações manteve-se centrado no Estado e nas instituições privadas. (BRASIL, 2006; RONCALLI, 2003).

Esse modelo de assistência foi adotado pela ocorrência de capitalização crescente no setor privado, precariedade dos serviços de saúde ofertados, e políticas excludentes adotadas, configurando, naquele momento, a piora nos indicadores de saúde da época, e gerando uma insatisfação da população. Diversos profissionais da área da saúde e intelectuais da saúde coletiva começaram a discutir políticas mais universais, impulsionando o movimento pela reforma sanitária, que levou a discussão sobre saúde para a câmara de deputados. Em 1979, ocorreu o I Simpósio Nacional de Políticas de Saúde, em que foi discutida uma proposta de reorganização do sistema de saúde, havendo menção a um Sistema Único de Saúde de caráter descentralizado e universal. (RONCALLI, 2003)

Nesse período, se discutia, no Brasil e no mundo, a necessidade de abordar a saúde como um bem social, realçando a determinação econômica e social desta, voltada não mais para uma visão apenas curativa. Esses movimentos reformistas foram de fundamental importância e serviram de base para o surgimento de alguns acontecimentos importantes como a Conferência de Alma-Ata em 1978. (BRASIL, 2002).

A declaração de Alma-Ata trouxe consigo uma mudança no conceito da saúde, enfatizando-a não apenas como ausência de doença, e sim, como um estado de completo bem estar físico, mental e social, sendo considerado um direito humano fundamental. Teve início também uma discussão sobre os cuidados primários com a saúde, essenciais e colocados ao alcance universal de indivíduos, famílias e da comunidade, como a saída para atingir um nível

de saúde para a população levar uma vida social e economicamente produtiva. Após as repercussões dessa conferência, ocorreram algumas mudanças significativas, principalmente, uma ampliação da cobertura e da atenção primária da saúde, estimulando os cuidados básicos em saúde. (DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA, 1978; RONCALLI, 2003).

A primeira conferência internacional sobre a promoção de saúde realizada em 1986, na cidade de Ottawa, Canadá, ocorreu em resposta às crescentes expectativas sobre uma nova saúde pública, e visou discutir a capacitação da comunidade para atuar na melhoria das condições de vida e saúde, incluindo uma maior participação na promoção da saúde. Como produto dessa conferência, surgiu a carta de Ottawa, que aponta a saúde, não como um objeto de viver, e sim como um recurso para a vida, envolvendo aspectos sociais, pessoais bem como a capacidade física. O intuito dessa proposta foi atingir a equidade em saúde, reduzindo as diferenças no estado de saúde da população e assegurando recursos econômicos e oportunidades para que todas as pessoas possam realizar completamente seu potencial de saúde. (CARTA DE OTTAWA, 1986).

Estes acontecimentos históricos em conjunto deflagraram o movimento sanitário brasileiro, com seu auge sendo atingido com a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, em Brasília no ano de 1986. Esse momento reuniu profissionais de saúde, técnicos, usuários, políticos, lideranças sindicais e populares para discutir propostas para a reestruturação do sistema de saúde brasileiro, sugerindo um novo conceito de saúde, promovendo uma relação indissociável entre a cidadania e a saúde da população, garantida mediante pacto social entre Estado, governo e sociedade. (BRASIL, 2006; GARBOIS, VARGAS, CUNHA, 2008; RONCALLI, 2003).

Em 1987, foi criado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), embasado no decreto de nº 94.657/87. A sua criação deu sequência à descentralização da gestão e maior participação popular nas questões relacionadas à saúde. Este sistema serviu de base para o surgimento de alguns conceitos, a exemplo da saúde passar a ser um direito de todos e dever do estado e acabou sendo incorporado na CF 88, que, além disso, moldou as diretrizes para a consolidação do Sistema Único de Saúde. (BRASIL, 2006; RONCALLI, 2003).

O novo conceito de saúde, dentro dos limites da cidadania, a colocou como um direito social básico conquistado pelo cidadão, tendo que a partir de então estar diretamente relacionada com a organização e estrutura do sistema de saúde, bem como, às condições gerais de vida oferecidas à população. Este direito social passou a ser assegurado formalmente através da criação da CF 88, onde fora colocado um conjunto importante de direitos sociais, determinando assim a saúde como direito do cidadão e dever do Estado. Essa conquista foi um

marco para o fortalecimento de um sistema de proteção social no país, permitindo um avanço na inclusão e atenuação das desigualdades sociais. (BRASIL, 2010).

Com a consolidação de diversas diretrizes políticas na nova Constituição, surgiram os fundamentos de uma grande mudança no sistema de saúde brasileiro. Uma nova formulação política e organizacional para os serviços e ações em saúde, culminou na criação de um SUS, de caráter público, formado por uma rede de serviços descentralizados, regionalizados e hierarquizados, objetivando uma melhoria na qualidade da atenção saúde ofertada no país. O SUS foi garantido pela CF 88 e regulado pela Lei Orgânica da Saúde, a qual prevê princípios doutrinários que seriam o ideal filosófico para possibilitar a implementação do sistema. Ela simboliza, ainda, o princípio do direito à saúde, o seu conceito ampliado e os princípios organizativos que orientam como o novo sistema deverá funcionar. (BRASIL, 1990; RONCALLI, 2003).

### **3.3. Transformações na Saúde do Brasil após o Surgimento do SUS**

A Constituição Federal do Brasil traz consigo importantes aspectos sobre a saúde: incorpora o conceito mais abrangente da definição de saúde, levando em conta fatores determinantes e condicionantes do estado físico, fatores biológicos, o meio cultural e socioeconômico e a oportunidade de acesso aos serviços que visem à promoção, proteção e recuperação da saúde. Nesse sentido, traz o entendimento de que para se ter saúde são necessárias ações em vários setores não centrado apenas no Ministério da Saúde, sendo primordial uma política governamental integrada para conseguir assegurar esses objetivos. Ademais, para essa ocorrência, o direito ao acesso aos serviços sem qualquer discriminação de forma equânime, adequada e progressiva, seria condição “*sine qua non*”. (BRASIL, 1990).

A saúde no Brasil ganha mais força e visão com a aprovação da Constituição Federal do Brasil em 1988, que passa a garantir a saúde como direito de todo cidadão e dever do Estado. Para o surgimento do novo sistema de saúde foi necessária a aprovação das Leis Orgânicas da Saúde: 8.080 e 8.142 do ano de 1990 – Leis do SUS. Então, dentro deste contexto, o SUS não é considerado o sucessor do INANPS, nem tampouco do SUDs, ele é considerado o novo sistema de saúde que foi construído no Brasil como uma nova formulação organizacional e política para o reordenamento das ações e serviços em saúde, tendo a intenção de romper com um passado de irresponsabilidade administrativa e descompromisso social, visando a melhoria da qualidade da atenção à saúde. (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990)

Assim, os serviços e ações em saúde pública passaram a integrar uma rede hierarquizada e organizada e constituem um sistema único de caráter público, preconizando o atendimento integral, descentralizado e com participação da comunidade, financiado com recursos do

orçamento da seguridade social. (BRASIL, 2011; RONCALLI, 2003).

### **3.3.1. A evolução regulamentar do SUS**

O marco legal para o nascimento do SUS foi a Lei 8.080 de 1990, que dispõe sobre a promoção, proteção e recuperação da saúde, e versa também sobre a organização e funcionamento dos serviços, apontando como sendo dever do Estado o provimento de políticas públicas no âmbito econômico e social, a fim de reduzir os riscos de doenças e outros agravos populacionais com o intuito de possibilitar a garantia à saúde. (BRASIL, 1990).

O SUS foi criado dentro de bases legais que prescrevem o surgimento de princípios éticos doutrinários (universalidade, equidade e integralidade) que personalizam o conceito ampliado em saúde, o direito à saúde e a implementação do sistema, enquanto que os organizativos e operativos (hierarquização, regionalização e descentralização) orientam a forma de funcionamento do sistema. (BRASIL, 1988).

A universalidade foi um dos princípios que rompeu com o modelo excludente anterior, em que somente teria direito ao acesso aos serviços quem contribuísse. Agora, a ideia de saúde passa a ser como um direito de cidadania apontando para um modelo social baseado nos moldes dos estados de bem-estar, a garantia de atenção à saúde passa a todo e qualquer cidadão. Assim, o direito à saúde não é mais apenas o direito à assistência à saúde, mas a condições vinculadas à própria estrutura da sociedade e manutenção do estado de saúde com a ação articulada de amplas políticas sociais no campo do emprego, alimentação, ambiente, lazer entre outros. (RONCALLI, 2003).

A equidade objetiva a redução das desigualdades através de uma melhor distribuição dos benefícios das políticas implantadas, assegurando que serviços e ações de todos os níveis de complexidade atinjam todos os usuários, sem privilégios a subgrupos, sendo entendido como igualdade de oportunidade. Para garantir esse fundamento, é necessário assegurar a disponibilidade dos serviços de saúde e considerar as diferenças entre os usuários, tratando desigualmente os desiguais e alocando os recursos onde as necessidades sejam mais significativas. Esse conceito, por agregar valor de justiça, difere daquele de igualdade, pois este tem base na ideia de cidadania, em que todos têm os mesmos direitos e todos os indivíduos são iguais. (BRASIL, 2011; RONCALLI, 2003).

O terceiro princípio doutrinário é a integralidade, em que a saúde passa a ter que ser atendida não pontualmente, mas sim de maneira integral, compreendendo o paciente em todas as suas dimensões sociais, biológicas e psicológicas e parte integrante de uma sociedade. As ações nos serviços de saúde, em todos os níveis de complexidade, e as equipes de profissionais não podem ser compartimentalizadas e formam um todo indivisível, devendo articular-se para

garantir a oferta de intervenções, integrando assim a prevenção e a cura com ênfase na prevenção. A integralidade necessita também da articulação da saúde com as outras políticas sociais, a fim de assegurar uma atuação nos diversos setores para repercutir positivamente na saúde e na qualidade dos cidadãos. (MOROSINI, 2007; RONCALLI, 2003).

Para a orientação do funcionamento adequado que garanta pôr em prática os princípios doutrinários, são necessários os princípios organizativos. O princípio da hierarquização consiste em regular que os serviços de saúde se organizem em níveis de complexidade tecnológicos crescentes compondo uma rede hierarquizada num determinado local e uma população definida a ser atendida. O acesso inicial deve acontecer no nível primário de menor complexidade que seria qualificado para atender e resolver os principais problemas de saúde e caso não consiga solucionar ser capaz de encaminhar para serviços de saúde que necessitem de uma maior complexidade tecnológica, que seriam os serviços de atenção secundária e terciária. (BRASIL, 1990; RONCALLI, 2003).

A regionalização estabelece a sua operacionalização em uma lógica centrada nos distritos sanitários, facilitando a integração e articulação de recursos, técnicas e práticas voltadas para a cobertura total das ações em saúde, contribuindo para a organização de um sistema com uma atenção mais equânime e resolutiva. (BRASIL, 1990).

A descentralização foi entendida com uma reforma na redistribuição das responsabilidades quanto às ações e serviços de saúde entre os vários níveis de governo, todas as esferas passam a participar das decisões ficando cada uma responsável pela sua abrangência. Com o princípio, permitiu-se a municipalização da assistência à saúde com ações voltadas diretamente aos cidadãos, partindo do princípio que, quanto mais próximo à realidade local mais chance de acerto haverá e isso será determinante para o estabelecimento de políticas de saúde mais efetivas. (BRASIL, 1990).

A Lei 8.142 de 1990 veio para complementar os vetos que aconteceram na Lei 8080/90, dispondo sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre a transferência de recursos para o financiamento da saúde. (BRASIL, 1990).

A participação e controle social com a aprovação da Lei 8.142 de 1990 permitiram que a população pudesse participar do processo de formulação das políticas públicas, bem como do controle da sua execução em todos os níveis desde o local até o federal. Essa participação se deu com os Conselhos de Saúde que são representados paritariamente por profissionais de saúde, prestadores de serviços, representantes do governo e a outra parte integralmente formada pelos usuários dos SUS, existindo tanto na esfera municipal, estadual e federal. Sua função é controlar os gastos, fiscalizar a execução dos serviços de saúde. Os conselhos

possuem poderes permanentes e deliberativos e acontece em reuniões mensais. A outra forma de participação social é através das Conferências de Saúde, onde uma parte dos conferentes é representada por usuários, acontecem nas três esferas municipais, estaduais e federal, e são realizadas de quatro em quatro anos com a função de avaliar a situação da saúde no Brasil e ditar para os próximos anos as estratégias e diretrizes das políticas de saúde. (BRASIL, 1990; RONCALLI, 2003).

Além do controle social, essa Lei veio dispor sobre o financiamento do sistema público de saúde no Brasil, determinando que os recursos do Fundo Nacional de Saúde serão alocados de acordo aos investimentos previstos em lei orçamentária prevista no plano quinquenal do Ministério da Saúde, visando possibilitar a cobertura das ações e serviços de saúde a serem implementados pelos municípios, estados e distrito federal. A arrecadação dos recursos se dá por meio da seguridade social e de outras arrecadações da União com transferência feita de forma regular e automática. (BRASIL, 1990).

Após a criação das Leis do SUS houve a necessidade de criação de norma capaz de operacionalizar e dar formato prático ao novo sistema que foi criado. Surgiu assim, em 1991 à primeira Norma Operacional Básica – NOB, que centraliza a gestão no nível federal, e institui o pagamento por produção, mostrando um retrocesso na política de descentralização e do financiamento, e com o intuito de estimular os municípios a assumirem alternativas de organização da atenção em âmbito local, em 1991 foi criado o Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS. (BRASIL, 1991).

Em 1993, o MS edita a NOB 91 com a descentralização das ações e serviços de saúde para os municípios, e de acordo a capacidade dos mesmos poderiam assumir determinadas ações de complexidade variável, sendo a gestão em três modalidades: a incipiente, parcial e semiplena passando a ter maior autonomia sobre as ações de saúde, alterações essas que levaram o surgimento da NOB 93. Dando continuidade aos avanços que aconteciam em 1994, considerado uma derivação e ampliação do PACS, foi criado pelo MS o Programa Saúde da Família – PSF, que se propõe a reorganizar a prática assistencial a partir de novas bases em substituição ao modelo tradicional de assistência baseado na cura e no hospital. A base agora seria pautada em um novo sistema – a Unidade de Saúde da Família – USF que apresenta como princípios a assistência centrada na vigilância em saúde. (BRASIL, 1993; RONCALLI, 2003)

Em 1996 foi criada a NOB 96 que concede poder pleno aos municípios dando à eles o poder de optar por sua forma de gestão que seria a gestão plena da atenção básica (atenção básica) e a gestão plena do sistema municipal (atenção básica, média e alta complexidade).

Nesse período foi instituído também o piso da atenção básica, assim o município, no mínimo, deveria ofertar a atenção básica em saúde para seus usuários, e os municípios que se responsabilizassem por outras atenções receberiam um incentivo a mais para implementação e manutenção que seria o piso variável. (BRASIL, 1996).

Surgem em 2001, as Normas Operacionais da Assistência à Saúde – NOAS com o objetivo de regionalizar e descentralizar o atendimento para ampliar e melhorar o acesso à saúde e possibilitar a distribuição dos recursos de forma equânime. Neste momento, também ocorreu a criação do piso da atenção básica ampliado para incentivar os municípios a executarem mais serviços do que o mínimo de sua responsabilidade. (BRASIL, 2002).

Em 2006 foi instituído o Pacto pela Saúde dividido em três dimensões: Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. O Pacto pela Vida veio na intenção de controlar e dar mais ênfase e priorizar situações como a saúde do idoso, a prevenção de câncer de colo uterino e de mama, redução de mortalidade infantil e materna, melhorar controle das doenças endêmicas e emergentes, aumento da promoção da saúde com a implantação dos programas de saúde da família e melhora da qualidade de vida dos brasileiros. (BRASIL, 2006).

No Pacto em Defesa do SUS veio à necessidade de reafirmar o compromisso dos gestores pela Reforma Sanitária Brasileira, baseada na defesa dos princípios dos SUS, qualificando e assegurando-o como política pública, para promover cidadania e ter a questão da saúde como direito efetivado, e por último o Pacto de Gestão que foi o estabelecimento de diretrizes para a gestão dos sistemas nos aspectos das premissas que regiam o SUS. (BRASIL, 2006).

Em 2011, foi aprovado o decreto N° 7.508 regulamentando a Lei 8.080, dispondo sobre a organização do SUS, o planejamento e assistência da Saúde e a articulação interfederativa e outras providências. Esse decreto conseguiu preencher uma lacuna no arcabouço jurídico do SUS, pois possibilitou o aprimoramento do Pacto pela Saúde e contribuiu na garantia do direito à saúde a todos os cidadãos brasileiros. Em suas disposições preliminares definiu as Regiões de Saúde, o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde, o Mapa da Saúde, a Rede de Atenção à Saúde - RAS, a Porta de Entrada, Comissões Intergestores, Serviços Especiais de Acesso Aberto e o Protocolo Clínico e Diretriz Terapêutica. (BRASIL, 2011).

Nesse mesmo ano ocorreu à aprovação da Portaria N° 2.488 que aprovou a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de normas e diretrizes da regulamentação, implementação e operacionalização para a organização da Atenção Básica, ESF e o PACS. Dispunha sobre os princípios, diretriz geral e funções nas redes, infraestrutura e sistema logístico para o funcionamento e sobre o processo de trabalho e atribuições dos profissionais das equipes, além de definir a organização das RAS como estratégia para um



cuidado integral e direcionado às necessidades de saúde da população. Nesse sentido, a atenção básica devia ser a base de funcionamento para o primeiro acesso e continuidade da rede. (BRASIL, 2011).

Assim, mediante uma breve revisão histórica dos acontecimentos que permearam a criação do SUS, nota-se a existência de muitos avanços nos processos de implantação e implementação do SUS, ampliando o contato da realidade política, social e administrativa com o sistema de saúde, promovendo uma rede mais regionalizada e hierarquizada.

### **3.3.2. Atenção primária**

Tradicionalmente era preconizado nos serviços de saúde um atendimento individual, curativo e hospitalocêntrico. A fim de reverter esta conjuntura, e visando um contexto coletivo, democrático e preventivo, foi que muitos países a partir de meados da década de 60, passaram a adotar o modelo da Atenção Primária à Saúde - APS desde os meados da década de 60, visando um enfoque no maior acesso aos serviços de saúde e possibilitando articulações intersetoriais em prol do desenvolvimento humano, social e econômico dos indivíduos. (FAUSTO, MATTA, 2007; STARFIELD, 2002).

Esse novo modelo de atenção em saúde vem desde o início ganhando destaque na agenda das políticas de saúde, tendo a Organização Mundial de Saúde - OMS como uma das principais entidades difusoras, sendo que em 1978 na Declaração de Alma Ata buscou-se uma definição para APS, sendo compreendida como cuidados básicos que são cientificamente fundamentados e com custo acessível, consistindo em parte integrante tanto do sistema de saúde como do desenvolvimento socioeconômico geral da comunidade, envolvendo não só o setor da saúde, mas todos os setores e aspectos do desenvolvimento nacional e comunitário. (DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA, 1978).

Nos anos 70 no Brasil a ideia de APS norteou a organização do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento – PIASS, colocando a atenção primária como porta de entrada para o sistema de saúde, objetivando criar uma infraestrutura de saúde pública para uma rápida expansão na cobertura de ações no âmbito coletivo. Propôs assim, uma reorientação na organização da atenção à saúde, transformando a APS na porta de entrada e estimulando a composição de uma única rede com a integração dos serviços de saúde em seus diferentes níveis de complexidade. (FAUSTO, MATTA, 2007).

A reforma sanitária trouxe em seus princípios a atenção primária e levou o SUS a adotar a designação de atenção básica para enfatizar a reorientação do seu modelo de assistência à saúde. O SUS, no intuito de garantir o acesso universal e equânime, tem fundamentado a atenção à saúde no Brasil no desenvolvimento e fortalecimento da atenção primária, e a partir

desta porta de entrada, objetiva coordenar e expandir ações para os demais níveis do cuidado, secundário e terciário. O profissional que atua na atenção primária deve integrar a atenção não apenas para uma enfermidade específica, mas sim para uma variedade de problemas que o paciente possa vir a desenvolver ao longo do tempo. Sendo que esse serviço é mais barato quando comparado com os serviços especializados que, além de serem mais caros, acabam ferindo o princípio da equidade, uma vez que, não são todos os usuários que apresentam recursos para pagar, gerando desigualdade no acesso aos serviços de saúde. (BRASIL, 2011; FAUSTO, MATTA, 2007; STARFIELD, 2002).

Para que a saúde seja maximizada, a atenção primária não deve focar apenas no determinante da saúde, deve atuar também no meio social e físico. Além disso, é responsável pela formação da base e determinação do trabalho de todos os outros níveis de atenção em saúde, além de compartilhar características que não são exclusivas da atenção primária, tais como: responsabilidade pelo acesso, qualidade e custos, atenção à prevenção, bem como ao tratamento e trabalho em equipe. (GARBOIS, CUNHA 2008; STARFIELD, 2002).

Independente do país e de qual serviço de saúde venha a ser discutido, todos encaram desafios que são similares no tocante à prestação de serviço de forma eficiente, efetiva e equitativa. O acúmulo de conhecimentos sobre os determinantes em saúde e a utilização da tecnologia para esses fins, tem levado a uma maior capacidade de diagnóstico de doenças, prevenção e promoção da saúde, mesmo enfrentando mudanças como o envelhecimento da população e mudanças nos perfis e risco das enfermidades. Assim, é imperativo que ocorra mudanças no sistema de saúde para poder responder melhor esses novos desafios. (STARFIELD, 2002).

Nas últimas décadas foi evidente a evolução que aconteceu no sistema de saúde do Brasil, especialmente em virtude do fortalecimento da atenção primária à saúde, permitindo um desenvolvimento e ampliação de acesso às ações e serviços de saúde. Com o avanço também começou a surgir a necessidade de incrementos nos serviços, além da necessidade em ampliar a discussão à cerca dos níveis de atenção de média e alta complexidade, buscando uma continuidade das ações complementares a atenção primária, promovendo assim um sistema público de saúde que atenda na integralidade as necessidades em saúde. (BRASIL, 2011).

### **3.3.3. Rede de atenção à saúde**

Mesmo tendo sido fruto de um grande projeto, envolvendo mudanças pertinentes ao longo de sua história, o SUS pode ser considerado um sistema ineficaz. Uma vez que foi dirigido a atender pessoas doentes, sem ênfase em medidas promocionais e preventivas, sem foco na

gestão de riscos populacionais e, dividindo as doenças por partes que não se comunicam, tendendo a incentivar financeiramente os pontos de atenção à saúde de maior densidade tecnológica. Diante deste contexto e reforçado pelas mudanças demográficas e epidemiológicas é que os sistemas integrados atuam alicerçados na medicina baseada em evidências, na avaliação tecnológica e econômica dos serviços de saúde, para enfrentar respostas sociais articuladas com sistemas integrados de saúde. (MENDES, 2010; MENDES, 2007)

Do ponto de vista demográfico, o Brasil vem passando por uma transição acelerada com o envelhecimento de sua população. A perspectiva é que em 2050 a parcela de pessoas idosas supere a de jovens. Isso traz consigo um problema no incremento de condições crônicas que acometem mais as pessoas nesse segmento de idade avançada. Na perspectiva epidemiológica, o país enfrenta uma transição singular, diferente da observada em outros países de transição epidemiológica completa e para referenciar a estruturação dos sistemas de atenção em saúde as condições são separadas em agudas e condições crônicas que englobam também as doenças transmissíveis de curso longo. Nesse contexto o Brasil enfrenta uma transição composta por tripla carga de doenças: uma agenda ainda não concluída de infecções, desnutrição e problemas de saúde reprodutiva; o desafio das doenças crônicas e de seus fatores de risco e por último a crescente mortalidade por causas externas. (MENDES, 2011; BRITO, 2007; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003).

O sistema de atenção à saúde no Brasil se organizou e estruturou para se adequar ao tratamento de doenças agudas, porém, no século XXI os problemas de saúde são outros, pois prevalecem os de impactos sanitários e econômicos girando em torno das doenças crônicas. Dessa maneira, os problemas de saúde não podem ser enfrentados com efetividade, eficiência e qualidade por sistemas de saúde que são voltados para o modelo arcaico e organização fragmentada, ou seja, o modelo de tratamento agudo não funciona quando os problemas de saúde são crônicos, levando assim a não existência de coerência entre o modelo de atenção à saúde com a situação de saúde da população, promovendo uma crise no sistema de atenção à saúde. (MENDES, 2011).

Com a necessidade de melhorar a organização e planejamento do modelo de atenção à saúde no SUS e restabelecer a coerência com a situação de saúde enfrentada pela população, deu-se início a construção e implementação de uma nova forma de ofertar ações e serviços de saúde, não mais de forma fragmentada, e sim de uma forma estruturada em sistemas integrados de saúde que seriam as RAS. As RAS têm suas origens na década de 20 no Reino Unido e começam a tomar forma no início dos anos 90 com a proposta dos sistemas integrados em

saúde nos Estados Unidos. No Brasil, começa-se a abordar o assunto em 1998 de forma bastante discreta sob a forma de uma reengenharia do SUS. (MENDES, 2010; MENDES, 2011).

As diretrizes para a organização da RAS na seara do SUS foi aprovada pela Portaria N° 4.279 de 2010, que traça como estratégia a estruturação das redes para poder superar a fragmentação da atenção à saúde e aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do SUS. Segundo Vilaça (2010), a RAS foi definida como organizações poliárquicas, formadas por conjuntos de serviços de saúde, integralizados entre si por um único objetivo, capazes de ofertar uma atenção continuada e integral para a população, direcionada pela atenção primária, prestado no tempo, hora, custo e qualidade certa e de forma humanizada e com responsabilidade sanitária e econômica por esta população. (BRASIL, 2010; MENDES, 2010).

Os elementos constitutivos das RAS englobam três elementos: a população, a estrutura operacional e o modelo de atenção à saúde. A população deve ser plenamente conhecida e registrada em sistemas de informação, sendo estratificada em subgrupos de acordo com os fatores de risco e segmentada por riscos em relações as condições de saúde. O sistema de atenção à saúde assim deve-se adequar as necessidades e a promoção do cuidado à saúde. (MENDES, 2010).

A estruturação operacional é constituída e organizada em redes que se comunicam por ligações materiais e imateriais. Essa rede é composta por cinco componentes, os três primeiros (centro de comunicação; atenção primária e atenção secundária e terciária; sistema de apoio) correspondem à conjuntura da rede, e o quarto (e sistema logístico) são as ligações que as comunicam tendo suas relações governadas pelo quinto componente (sistema de governança da rede de atenção à saúde). (MENDES, 2010).

O centro de comunicação da rede é responsável por intercambiar e coordenar os fluxos e contrafluxos do sistema, sendo representado pela atenção primária à saúde. A atenção secundária e terciária são o segundo ponto da rede e consistem na oferta de serviços que necessitem de uma maior especialização, sendo que o ponto da atenção terciária é mais concentrado por ofertar uma maior densidade tecnológica em relação à secundária, não são organizados de forma hierárquica, uma vez que, todos são igualmente importantes para atingir os objetivos comuns das RAS. Os sistemas de apoio são o terceiro componente da rede que são responsáveis pela prestação de serviços comuns a todos os pontos de atenção à saúde. (MENDES, 2010; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003; STARFIELD, 2002).

O quarto componente são os sistemas logísticos, que garantem uma organização de fluxo

e contrafluxo de informações, pacientes e produtos ao longo dos pontos de atenção à saúde e dos sistemas de apoio; e os sistemas de governança, representando o arranjo que permite a gestão de todos os componentes da rede de forma a obter resultados sanitários e econômicos para a população adstrita. (MENDES, 2010).

Esse modelo de RAS é o sistema que organiza o funcionamento e articula as relações entre as populações com os diferentes tipos de intervenções sanitárias em função dos determinantes em saúde, das situações epidemiológicas e demográficas vigentes em determinado tempo e sociedade. (MENDES, 2010).

Evidências levantadas em vários países do mundo e, por alguns estudos de caso no Brasil, realizados em Curitiba, Ceará e Espírito Santo que as RAS podem melhorar a qualidade clínica, os resultados sanitários, a satisfação do usuário e reduzir os custos dos sistemas de atenção à saúde, que impulsionaram a criação do decreto nº 7.508 de 2011 pelo Ministério da Saúde que definiu as RAS como o conjunto de ações e serviços de saúde em níveis de complexidade crescente, a fim de garantir a integralidade da assistência. (MENDES, 2010; MENDES, 2007; BRASIL, 2011).

Após quatro meses de vigência desse decreto, foi publicada a portaria nº 2.488 de 2011, definindo as Redes de Atenção à Saúde como uma estratégia para um cuidado integral e direcionado às necessidades de saúde da população, organizados em arranjos, formando ações e serviços de saúde nas diferentes complexidades de serviço, articulados de forma complementar e com base territorial, sendo representada como primeiro ponto de atenção e principal porta de entrada do sistema a Atenção Básica. (BRASIL, 2011).

### **3.4. Acesso e acessibilidade**

Após a implementação da CF 88 passou a ser dever do Estado à garantia da saúde como direito universal. Essa conquista trouxe inúmeros avanços no Sistema de Saúde brasileiro, como o aumento da oferta de serviços de saúde. No entanto, o direito e o acesso à saúde são extremamente desiguais e excludentes, e suas limitações se refletem principalmente nos fatores socioeconômicos e barreiras geográficas. Para superar tais obstáculos é necessário o desenvolvimento de políticas públicas que sejam pautadas nos princípios da solidariedade e da igualdade social a fim de se alcançar o direito à saúde. (ASSIS, JESUS, 2012).

O SUS passou por várias reformas desde o seu surgimento, e todas com o intuito de buscar uma maior racionalidade e eficiência de suas atividades, e também alcançar a equidade e a garantia de igual acesso. (HORTALE, PEDROZA, 2000; TRAVASSOS, MARTINS, 2004).

O acesso é considerado um atributo essencial para o alcance da qualidade nos serviços de saúde, e a sua definição tem sido problemática, na medida em que os autores utilizam, pois

não explicitam as dimensões, os planos de sua operacionalização e muitas vezes, empregam-no de forma imprecisa e pouco clara na sua relação com o uso dos serviços de saúde, sofrendo mudanças ao longo do tempo e de acordo com o contexto. (ASSIS, JESUS, 2012; SANCHEZ, CICONELLI, 2012).

São diversos os conceitos de acesso que são abordados dentro do sistema de saúde. Esses conceitos perpassam tomando por base a localização geográfica e organizacional do serviço e as características da população até incorporar-se em outras dimensões como renda, condição social, educacional, cultural, satisfação do paciente entre outros que termina por influenciar diretamente o acesso à saúde. (SANCHEZ, CICONELLI, 2012).

Donabedian (1973) empregou o substantivo acessibilidade enquanto uma qualidade do acesso; é um dos aspectos da oferta do serviço relativos à capacidade de produzir serviços e de responder às necessidades de saúde de uma determinada população. Não sendo algo adicional à mera entrada no serviço, presença ou disponibilidade do recurso, e pode ser dividido em duas dimensões que se relacionam: as sócio-organizacionais que dizem respeito a características inerentes do serviço de saúde, são características que ou afastam ou aproximam o paciente de obter a atenção, como: tempo de espera para marcação de consulta e para o atendimento, facilidade de exames e aquisição de medicamentos; e as geográficas relacionada com a distância da casa até a unidade de saúde, valor pago pela locomoção, tempo gasto entre outros. (TRAVASSOS, MARTINS, 2004).

O Comitê para Monitoramento do Acesso aos Serviços de Saúde do *Institute of Medicine* - IOM dos Estados Unidos, em meados dos anos 90 propôs uma definição de acesso pautada no uso dos serviços de saúde em tempo adequado para obtenção do melhor resultado possível. Com essa definição, o conceito é deslocado dos elementos que o compõem para seus resultados e o acesso passa a ser sinônimo de uso. O acesso ao serviço de saúde nessa dimensão não abrangeu qualquer uso, limitou-se ao momento em que ocorre o atendimento do problema de saúde do usuário, centrando no uso de procedimentos de saúde com potencial para alterar positivamente o estado de saúde das pessoas. (MILLMAN, 1993).

Esse modelo não levou em conta as interferências dos fatores do sistema de saúde que podem explicar as variações de uso dessas intervenções em diferentes grupos populacionais, o enfoque da avaliação de acesso centra-se na existência de variações de deste a procedimentos específicos e não para explicá-los. Com base na definição do IOM foram propostas medidas para poder avaliar o acesso, tendo como critérios a avaliação de todas as fases da vida utilizando indicadores como: a mortalidade infantil, vacinação, o uso de consultas médicas entre outras, entretanto esses indicadores mostram somente a cobertura do serviço, não

exprimem o resultado da utilização dos serviços de saúde na saúde dos usuários. (MILLMAN, 1993)

Hortale e cols. (2000) definiram acesso como um valor constituído por dimensões como participação, autonomia, qualidade e equidade, isto é, essa categoria de valor foi uma referência a ser atingida em qualquer organização de serviço de saúde e deve ser o orientador para o desenvolvimento de políticas públicas. Já Starfield (2002) definiu acesso como a forma como as pessoas percebem a acessibilidade, mas ao mesmo tempo difere de acessibilidade. Nesta seriam consideradas as características da oferta, apontando a forma como as pessoas percebem a disponibilidade do serviço e como afeta a decisão em procurá-los. (HORTALE, PEDROZA, ROSA, 2000).

Starfield (2002) advogou a ideia da avaliação do acesso e da acessibilidade no ponto de vista da população e no do ofertante do serviço. A acessibilidade seria então, o elemento estrutural necessário para estabelecer a primeira atenção em saúde devendo ser acessível e disponível. A acessibilidade assim pode ser avaliada em cinco distintas dimensões: disponibilidade, acessibilidade, comodidade, custos acessíveis e aceitabilidade.

Travassos e Martins (2004), concluíram em um estudo de revisão que o acesso é uma dimensão do desempenho de saúde, estando associado com a oferta do serviço, e o seu conceito abrange não só as questões referentes ao deslocamento do seu eixo de entrada nos serviços, mas também os resultados dos cuidados recebidos. Já a utilização dos serviços de saúde representa o centro de funcionamento dos sistemas de saúde, o conceito de uso representa o contato direto com o serviço, e é o usuário responsável pelo primeiro contato, e os profissionais de saúde responsáveis pelos contatos subsequentes. Em linhas gerais, os determinantes para a utilização dos serviços de saúde podem ser descritos como os fatores relacionados à organização do serviço, aos prestadores de serviços, à necessidade de saúde, aos usuários e à política. No entanto o uso dos serviços pode ser uma medida de acesso, mas não se explica somente por ele, independente de o acesso ser um importante determinante de uso, para que este seja efetivo nos serviços de saúde resulta de uma multiplicidade de fatores.

Cunha e Vieira-da-Silva (2010) não conceituam acesso, mas abordam puramente a acessibilidade aos serviços de saúde como sendo a facilidade em sua utilização pelo usuário decorrente tanto de características do usuário quanto organizacionais do serviço. Problemas organizacionais (localização da unidade, dias e horário de atendimento) obtiveram maior insatisfação pelos usuários ao avaliarem o serviço de saúde ofertado.

Assis e Jesus (2012) discutem o acesso aos serviços de saúde pautados em cinco dimensões: política, técnica, simbólica, econômico-social e organizacional. O acesso então

seria a possibilidade/liberdade de adentrar ao serviço de saúde, representando o ajuste da comunidade com o serviço.

Sanchez (2012) trabalha o mesmo conceito sob a perspectiva de quatro dimensões, sendo que em cada uma delas existem indicadores que podem auxiliar na sua avaliação, são elas: disponibilidade, capacidade de pagamento, aceitabilidade e informação.

A disponibilidade é de extrema importância, pois reflete a entrada no serviço de saúde; representa a disponibilidade do serviço em determinado local e no momento que é necessário, englobando questões geográficas como distância do usuário até o serviço e através de qual meio conseguirá chegar até lá, além também da relação entre o tipo, abrangência, qualidade e quantidade dos serviços de saúde prestados, que mesmo com esse grau de detalhamento não é o necessário para o acesso. Os indicadores para avaliar essa dimensão seriam: número de médicos, leitos hospitalares, tempo de viagem, tempo de espera para realização da consulta e do exame laboratorial, tipo de serviço utilizado, local onde o cuidado foi dispensado e o propósito do cuidado entre outros. (SANCHEZ, CICONELLI, 2012).

A capacidade de pagamento por parte do usuário dos custos de determinados serviços de saúde, relaciona-se a sua situação financeira, sendo que sua avaliação se daria pelos custos diretos com saúde, custos indiretos, elegibilidade dos indivíduos para a cobertura de planos de saúde ou o sistema público de saúde; renda, poupança, elegibilidade a crédito. (SANCHEZ, CICONELLI, 2012).

A aceitabilidade seria a percepção da comunidade e das pessoas com os serviços de saúde prestados, sendo que, para se fundamentar essa relação seria importante considerar o uso do respeito mútuo entre os profissionais de saúde e os usuários dos serviços, e para poder avaliar a dimensão seria necessário a abordagem das crenças e atitudes com relação à saúde, idade, sexo, estado civil, educação, etnia, religião e a confiança no serviço de saúde como elemento essencial para a equidade no acesso, da mesma forma que a falta de confiança gera uma barreira ao acesso. (SANCHEZ, CICONELLI, 2012).

Por último, o acesso à informação é requisito fundamental entre o sistema de saúde e usuário para contribuir com a efetivação da utilização dos serviços de saúde. Quando não existe simetria entre as partes na divulgação e conhecimento da informação, ocorre o uso do sistema de saúde de forma inadequada ou então se torna insuficiente para atender as reais necessidades. Pode ainda determinar a irregularidade entre a oferta do serviço de saúde e sua efetiva utilização, por isso a informação passa a ser considerada o centro da equidade, pois o cuidado com a saúde torna-se de domínio das pessoas, que podem assim participar da fundamentação de políticas e garantir uma sociedade mais democrática. (SANCHEZ,



CICONELLI, 2012).

O acesso aos serviços de saúde tem sido alocado como um dos principais problemas da assistência à saúde. Assim, é importante a existência de uma gestão participativa que tenha a finalidade de minorar a ocorrência de eventos que influenciem negativamente no acesso e na acessibilidade e que possa contribuir efetivamente para a garantia do direito à saúde. (MENDES, 2012).

Um importante requisito na busca e obtenção da efetivação ao cuidado da atenção básica de saúde de qualidade é a acessibilidade dos serviços do sistema de saúde. Portanto, a garantia de acesso a diferentes níveis de cuidado decorre da implantação de modelos capazes de atender a necessidade de saúde dos usuários, assim atenção básica objetiva ser a porta de entrada aos demais níveis de assistência e ser capaz de ter uma alta resolubilidade dos agravos à saúde, além de promover, prevenir, tratar e possibilitar a reabilitação. (MENDES, 2012; STARFIELD, 2002).

Na mesma direção, a descentralização dos serviços em saúde com a implantação das Unidades/Estratégia de Saúde da Família possibilitou importantes avanços no aumento do acesso aos serviços de saúde ofertados pelo SUS. As reformas que aconteceram no serviço de saúde visaram a busca pela eficiência, racionalidade em suas atividades e também se propuseram a garantir acesso à atenção integral a fim de alcançar a equidade em saúde e concretizar o direito ao acesso à saúde com garantia da justiça e da inclusão social. (ASSIS, JESUS, 2012; GARBOIS, CUNHA 2008).

### **3.5. Exames laboratoriais e integralidade da atenção à saúde**

A realização do exame laboratorial é um serviço de saúde ofertado pelo SUS e o seu processo é constituído por: ofertar e disponibilizar a atenção ao serviço. O serviço de diagnóstico laboratorial é considerado um serviço de média complexidade ambulatorial e é composto por ações e serviços que visam atender os principais problemas e agravos de saúde da população, necessitando de uma atenção especializada para o apoio diagnóstico e terapêutico. (BRASIL, 2011; STARFIELD, 2002).

O processo da regionalização em saúde que foi impulsionado com a publicação da NOAS de 2001 objetivou o estabelecimento de diretrizes para a organização da rede laboratorial, visto que os exames laboratoriais estão entre os mais necessários e realizados no apoio diagnóstico à prática clínica, com impactos para a saúde do pacientes e, com os custos para o sistema de saúde. (BRASIL, 2003).

O funcionamento dos laboratórios clínicos deve estar inserido no planejamento das ações e serviços de saúde, baseando-se nos princípios e diretrizes norteadores do SUS. Uma vez que

deve ser alcançada a garantia do acesso universal, a integralidade do atendimento e a equidade de alocação dos recursos, ademais sua organização devem ser coerente e articulada com os demais serviços do SUS e orientada de acordo com as diretrizes de regionalização, hierarquização e descentralização, reconhecendo a importância do exame laboratorial para a resolutividade da atenção à saúde desde as ações na promoção da saúde, como também ambulatorios especializados e hospitais de vários níveis de complexidade. (BRASIL, 2003).

O planejamento das ações e serviços laboratoriais deve se adequar a necessidade de saúde de determinada população, com a identificação da população de abrangência e do conjunto de ações necessárias a serem desenvolvidas em cada nível de atenção, condições estruturais de trabalho, integração e cooperação entre os profissionais de saúde com a rede de serviços. A falta de planejamento pode resultar em solicitação desnecessária de exames, desperdício de material, incompatibilidade entre a necessidade e oferta, utilização de técnicas ultrapassadas e ociosidade acentuada dos equipamentos, acarretando com isso um serviço com baixa produtividade, alto custo e baixa confiabilidade. (BRASIL, 2003).

De acordo com os princípios do SUS, os serviços e ações em saúde devem ser ofertados de uma forma descentralizada e regionalizada e que permita um atendimento equânime ao paciente. Assim, os laboratórios devem estar estruturados e organizados para facilitar a coleta dos exames, sem que ocorra a necessidade de deslocamento dos pacientes, adequando-se às necessidades em saúde, resolubilidade da assistência e uma universalidade da oportunidade ao acesso à realização e obtenção de resultado do exame laboratorial. (BRASIL, 2003).

As diretrizes de atendimento do SUS apontam que a oferta primária ao acesso aos serviços de saúde inicia-se com uma necessidade em saúde de determinada sociedade ou particular de determinado indivíduo (que pode ser um sinal/sintoma, desconforto, disfunção ou consulta preventiva). O reconhecimento desse problema subentende consciência da existência de situações que necessitam de uma atenção à saúde. Após o reconhecimento do problema geral, dar-se-á um diagnóstico ou um entendimento do problema (quando o diagnóstico não for possível), necessário para chegar ao passo seguinte do processo de atenção que seria uma estratégia adequada de tratamento ou manejo. (STARFIELD, 2002).

Posteriormente, deve ser feita uma reavaliação do problema original para saber se o diagnóstico e tratamento foram adequados. Todas essas etapas possibilitam a integralidade da oferta do serviço que inicia com a entrada no serviço de referência bem como o encaminhamento e acompanhamento, e no atendimento de contra-referência. Assim o paciente irá se deparar com a premência da realização do exame laboratorial para conseguir atingir os seus objetivos nos cuidados da saúde. (STARFIELD, 2002).

Portanto, o exame laboratorial é considerado um elo entre os serviços de saúde ofertados pelo SUS, possibilitando a promoção e proteção, diagnóstico e acompanhamento terapêutico, e dentro das Redes de Atenção à Saúde - RAS o apoio diagnóstico por meio dos exames laboratoriais é considerado um “nó”, por ser um lugar institucional das redes em que se prestam serviços comuns a todos os pontos de atenção à saúde. Com sua organização fora da rede o sistema de apoio diagnóstico funciona de forma fragmentada e isolada, o que acarreta uma não continuidade e falta de integralidade no atendimento, pois não existe comunicação com a atenção primária em saúde e com os pontos da atenção secundária e terciária, ou seja, um mesmo exame de sangue pode ser solicitado em cada ponto de atenção à saúde, gerando um desperdício econômico para o sistema e desconforto para os pacientes. (MENDES, 2011).

Diante do exposto, é importante que o sistema operacional de um laboratório clínico no contexto do SUS, seja inserido em um sistema integrado na rede como um componente transversal de todas as redes temáticas, conjugando dialeticamente qualidade, escala e acesso e se distribuindo pelos territórios de acordo a necessidade e a disponibilidade de recursos para operá-lo. Para efetivação desse novo modelo da patologia clínica dentro das RAS, é necessária a centralização das unidades de processamentos por meio da integração horizontal, com objetivo de obter ganho de escala, aumentando a eficiência econômica e melhorando a qualidade dos serviços; uma descentralização da coleta dos exames para todas as unidades de atenção à saúde, especialmente a atenção primária, com interligação por um sistema logístico eficaz, poderá possibilitar um maior acesso à realização dos exames laboratoriais e permitir a integralidade da atenção à saúde para os usuários do serviço. (MENDES, 2011).

#### 4. JUSTIFICATIVA

O acesso aos serviços de saúde é algo garantido por lei desde o surgimento da CF 88. A implementação do SUS aumentou significativamente o acesso aos serviços de saúde no Brasil, sendo possível pela legitimação principiológica norteadora desse modelo de saúde. Ainda assim, muitos serviços não estão disponíveis para os usuários. São diversos os estudos que demonstram inúmeros problemas na desigualdade do acesso, apontando dentre eles a existência de barreiras (fatores sócio-organizacionais relacionados ao serviço e ao usuário como também fatores geográficos) que tem comprometido a efetivação desse direito fundamental. (HALFOUN, *et. al.*, 2008, HORTALE, PEDROZA, ROSA, 2000; MENDOZA-SASSI, BÉRIA 2001; PAIM, *et.al.*, 2011; PINHEIRO, *et. al.*, 2002; ROSA, *et. al.*, 2008; SILVA, *et. al.*, 2011; TRAVASSOS, *et. al.*, 2006; TRAVASSOS, MARTINS, 2004).

Quando esse direito não é garantido, diversos problemas em saúde podem ocorrer, desde o comprometimento no diagnóstico e acompanhamento de doenças até a prevenção e promoção de saúde de modo global. Neste campo, ao falar nos serviços de saúde ofertados pelo SUS, é razoável mostrar que os exames laboratoriais existem como ferramentas fundamentais para permitir a integralidade da atenção à saúde tão necessária aos seus usuários. (BONFADA, 2012; SOUZA, 2014).

Neste contexto, cercear o acesso aos exames laboratoriais significa atuar na contra mão da integralidade e, ao mesmo tempo, no sentido de permitir a ocorrência de oportunidades perdidas para diagnóstico e bom acompanhamento terapêutico. A não ocorrência desse acesso pode provocar impactos negativos na prevenção de doenças e comorbidades associadas, podendo representar elevados custos financeiros aos serviços de saúde. (MENDES, 2010, SOUZA, 2014).

Em suma, a garantia do direito de acesso ao serviço permite a ocorrência de uma saúde integral e continua. A lei 8080/90 em seu artigo 7º traduz bem essa questão, apontando o que segue:

“universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;”

“integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;”

“igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;” (BRASIL, 1990).

No entanto, a garantia por si só não é suficiente, sendo necessária a vigilância permanente dos gestores de saúde nas três esferas, sobretudo na municipal, para que o direito garantido

torne-se efetivado. De acordo com Mendes (2012), a efetividade da realização dos exames laboratoriais depende de fatores relacionados ao sistema de saúde (oferta, organização, distribuição espacial das unidades prestadoras, disponibilidade de recursos) e de características do usuário (demográficas, socioeconômicas e culturais). O acesso ao exame laboratorial depende, portanto, dos diferentes níveis de atenção disponíveis, incluindo o nível primário (básico), visita domiciliar, encaminhamento, consulta e solicitação do exame, e o nível secundário, coleta de material e realização do exame em laboratório. (MENDES, 2011).

Avaliar o acesso aos exames laboratoriais implica, sobretudo, em extrapolar os estudos para compensar as diferenças existentes, sendo um grande desafio para a efetivação de um acesso equitativo, pois as necessidades em saúde são diferentes e nem sempre percebidas pelo poder público. A realização do exame laboratorial é essencial para o prosseguimento da assistência à saúde. (ASSIS, JESUS, 2012; BONFADA, 2012).

Apesar do município de Vitória da Conquista possuir um complexo sistema de saúde, com uma ampla rede de atenção básica e um laboratório central, não existem dados a respeito do acesso aos exames laboratoriais dos pacientes atendidos nas USFs. Assim é necessário conhecer como se encontra esse serviço de saúde de modo a gerar informações capazes de contribuir para a melhoria do acesso e da utilização dos serviços de saúde pública, principalmente no tocante ao exame laboratorial. Visando dessa maneira o fortalecimento e a eficiência do serviço ofertado, tendo em vista a consolidação dos princípios da integralidade, universalização e equidade propostos pelo SUS.

## 5. CARACTERIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE EM VITÓRIA DA CONQUISTA

Vitória da Conquista é um município da região sudoeste do Estado da Bahia, com área de 3.704,018 Km<sup>2</sup>, sendo o terceiro maior município da Bahia. Tem uma população de 306.866 habitantes, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2010). Apresenta uma taxa de 80% de urbanização, com uma extensa zona rural dividido em 284 povoados e 11 distritos, seu atual Índice de Desenvolvimento Humano – IDH é 0,678, sendo superior ao do estado e com uma expectativa de vida ao nascer de 72,3anos. (IBGE, 2015; VITÓRIA DA CONQUISTA, 2014).

De acordo com o Plano Diretor de Regionalização, Vitória da Conquista é referência para 73 municípios de sua Região de Saúde, atendendo a uma população em cerca de 2 milhões de habitantes, e possuindo os serviços de atenção primária; urgência e emergência; atenção psicossocial; atenção ambulatorial; atenção ambulatorial especializada e hospitalar e vigilância em saúde. (VITÓRIA DA CONQUISTA, 2014).

O município teve sua habilitação em gestão plena do sistema de saúde em outubro de 1999, recebendo investimento para o fortalecimento da atenção básica, tendo a Estratégia de Saúde da Família como ferramenta do modelo assistencial no município. A gestão municipal buscou consolidar a atenção básica como principal porta de entrada para a rede SUS, centrada nas necessidades da população. Desta forma, o cuidado por meio de equipes multiprofissionais seria ofertado juntamente com os demais níveis do sistema, com o objetivo fundamental de melhorar as condições de vida da população. (VITÓRIA DA CONQUISTA, 2014).

O município possui um complexo sistema de saúde, que contempla os princípios e diretrizes do SUS em todos os seus níveis. A rede de Atenção Básica é composta por 31 USF, dessas 14 estão localizadas na zona urbana e 17 na zona rural; 11 equipes de Programa de Agentes Comunitários de Saúde; 42 equipes de Saúde da Família; 30 equipes de Saúde Bucal; 04 Núcleos de Apoio à Saúde da Família; 01 unidade móvel odontológica, perfazendo uma cobertura da atenção básica de 46,5% da população. (VITÓRIA DA CONQUISTA, 2014).

A rede assistencial especializada do município é composta por: 01 Centro de Referência em DST/AIDS – Centro de Atenção e Apoio à Vida; 01 Centro de Referência em Saúde do Trabalhador; 01 Centro Municipal de Atendimento Especializado; 01 Centro Especializado em Reabilitação tipo II – física e auditiva; 03 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), sendo 01 CAPS ia (infantil e adolescente), 01 CAPS II (adulto) e 01 CAPS AD (álcool e outras drogas); 01 Centro de Especialidade Odontológica (CEO) III; 01 Unidade de Atendimento Pré-Hospitalar Móvel – SAMU/192 e de 06 unidades de pronto atendimento fixo/24h e 06

unidades hospitalares (VITÓRIA DA CONQUISTA, 2014).

O município também dispõe de um Laboratório Central, de grande porte, com um atendimento médio de 500 pacientes por dia e 55 mil exames por mês. Contempla um rol de mais de 130 tipos de exames laboratoriais, que atendem à atenção básica, a média e alta complexidade. Todo o seu atendimento é público, sendo responsável pela realização dos exames laboratoriais de cerca de 85% dos pacientes atendidos no sistema público de saúde de Vitória da Conquista.

## **6. METODOLOGIA**

### **6.1. Desenho do estudo**

Trata-se de um estudo de corte transversal, desenvolvido dentro de uma abordagem quantitativa.

### **6.2. Campo de Estudo**

Por meio de sorteio com a ajuda do programa Excel, versão 2010 Microsoft®, com as 31 USFs que compõe a rede de atenção básica, foram escolhidas 04 USFs, sendo 02 da zona urbana e 02 da zona rural. As sorteadas foram Urbis V e Recanto das Águas na zona urbana e, Iguá e São Sebastião na zona rural.

Todas apresentavam equipe de profissionais completa, com atendimento de segunda à sexta no período matutino e vespertino. De acordo com informações contidas no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), existe uma homogeneidade nas características dos domicílios cadastrados na USF, em que, em média, 1% da população adstrita tem cobertura de plano de saúde, cerca de 90% tem abastecimento de água pela rede pública e utiliza a filtração como tratamento de água em seus domicílios e tem fornecimento de energia elétrica em suas casas, feitas de tijolo e adobe. (LOUVISON, *et. al.*, 2008).

### **6.3. População de estudo**

A população foi composta por indivíduos adultos atendidos em USFs do município de Vitória da Conquista, com idade igual ou superior a 20 anos. As informações necessárias, tais como população adstrita, quantidade de USF e procedência, para o plano amostral foram retiradas do Sistema de Informação da Atenção Básica. Para cada unidade sorteada, foi realizado um cálculo amostral. (SIAB, 2014).

Em concordância com a dinâmica e realidade dos atendimentos nas USFs bem como a conveniência do pesquisador, os questionários foram aplicados em 7 dias de atendimento em cada USF. Ao final, 522 entrevistas foram realizadas nas quatro USFs, sendo 232 na Urbis V, 118 no Recanto das Águas, 90 em Iguá e 82 em São Sebastião.

### **6.4. Coleta de dados**

Com a finalidade de adequações no instrumento de coleta de dados, bem como na abordagem aos participantes e treinamento das pessoas que iriam aplicar os questionários, foi realizado previamente um estudo piloto conduzido em uma USF da zona urbana não sorteada para participar da pesquisa principal que envolveu 38 participantes. Os dados foram obtidos por aplicação de um questionário semiestruturado, adaptado da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS). As perguntas foram dispostas em três blocos, contendo informações referentes às características do usuário atendido na USF, serviço prestado pela USF e serviço para



encaminhamento e realização de exames laboratoriais (Anexo A).

A coleta de dados foi realizada pelo próprio pesquisador e por três alunos de graduação do curso de Farmácia, seguindo a rotina de atendimento da Unidade para não interferir nas atividades diárias dos entrevistados e do serviço prestado. Os usuários eram abordados e convidados a participar da pesquisa. Em caso de aceite, o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) (Anexo B) era lido antes da aplicação do questionário e assinado pelo indivíduo. Ao final da entrevista, o participante recebia uma cópia do TCLE, assinada também pelo coordenador da pesquisa.

### **6.5. Evento e variáveis explicativas**

Neste estudo, considerou-se o acesso à realização do exame laboratorial como variável dependente, categorizada por pacientes que realizaram exame laboratorial até um ano e aqueles que o realizaram há mais de um ano. Os dois grupos foram comparados entre si.

Como possíveis variáveis explicativas foram consideradas as características sociodemográficas, condições de saúde, padrão de utilização da USF e do serviço laboratorial.

As características sociodemográficas foram categorizadas da seguinte forma: sexo, idade (20-29, 30-39, 40-49, 50-59, 60 anos ou mais), estado conjugal (com ou sem companheiro), cor (branca, preta, amarela, parda, indígena), escolaridade (sem instrução, 1-5, 6-10, 11 ou mais anos completos de estudo), renda familiar (até 1 salário mínimo, 1-3, mais que 3 salários mínimo), ocupação (trabalha e não trabalha) e procedência do participante (zona urbana e zona rural).

As condições de saúde foram separadas de acordo com autoavaliação da saúde (bom, regular, ruim), cadastro na USF (sim ou não), consulta médica nos últimos 12 meses (sim ou não), local para atendimento relacionado à saúde (mesmo local ou locais diferentes) e portador de doença crônica (sim ou não).

As características indicadoras de utilização da USF consideradas foram distância domiciliar até a USF (próximo ou distante), tempo gasto do domicílio até a USF (até 30 minutos ou mais que 30 minutos), meio de transporte até a USF (a pé ou outro), frequência da visita do agente comunitário de saúde (mensal, acima de um mês, nunca) ao domicílio, avaliação do atendimento da USF (bom, regular e ruim), solicitação de exame laboratorial na USF (sim ou não) e tipo de exame solicitado (exame de laboratório ou outro).

Por outro lado, as características indicadoras do padrão de prestação do serviço laboratorial se dividiram em tempo de realização do último exame laboratorial (até 01 ano ou acima de 01 ano), local de realização do exame laboratorial (laboratório público ou particular),

procedimento para marcação do exame (direto ao serviço, encaminhado pela USF, agendamento prévio com o agente comunitário de saúde), tempo até a realização do exame (até 7 dias, 8-15, 16-30, mais de 30 dias), distância do domicílio até o laboratório (próximo ou distante), tempo gasto do domicílio até o laboratório (até 30 minutos ou mais que 30 minutos), transporte até o laboratório (a pé ou através de algum meio de transporte), tempo de espera para ser atendido no laboratório (até 30 minutos ou mais que 30 minutos), realização de todos os exames (sim ou não), recebimento do resultado do exame (sim ou não) e avaliação do atendimento do laboratório (bom, regular, ruim).

#### **6.6. Análise estatística**

Com os dados obtidos nos questionários, foi criado um banco de dados em planilha eletrônica do Excel, versão 2010 Microsoft®, e, posteriormente, importada para o programa estatístico Epi-Info (versão 7.1.5.2), para realização de análises descritivas, comparação de frequências e teste Qui-Quadrado, adotando um nível de significância de 5%.

Em seguida, realizou-se análise univariada, com cálculo da *Odds Ratio* e valor de *p*, e análise multivariada, utilizando as variáveis com valor de  $p < 0,20$  na análise univariada. No modelo multivariado final, foi considerado o índice de significância de  $p < 0,05$ , e o parâmetro utilizado para melhor adequação do modelo logístico final foi o valor do Log-Likelihood. As análises estatísticas foram realizadas com o pacote Epi-Info (versão 7.1.5.2).

#### **6.7. Aspectos éticos**

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, da Escola Nacional de Saúde Pública (CAAE 44944215.4.0000.5240), da Fundação Oswaldo Cruz, e tendo a anuência para realização pelo Polo Educacional, da Secretaria Municipal de Saúde de Vitória da Conquista, em consonância com as exigências da Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde.

## 7. RESULTADOS

Os participantes do estudo apresentaram faixa etária de 20 a 88 anos, com idade média de 45 anos. Foi predominante a participação de mulheres, a maioria dos entrevistadas tinha companheiros e declarou serem pardas. A escolaridade média foi de 7,2 anos de estudo, renda familiar média igual a R\$ 1.030,00 reais e a maioria referiu não trabalhar (Tabela 1). A maior parte dos indivíduos residia na zona urbana, autoavaliaram a saúde como regular e estavam cadastrados na USF. A maioria declarou ter procurado médico nos últimos 12 meses, mesmo local de atendimento relacionado à saúde e não ser portador de doenças crônicas (Tabela 2).

**Tabela 1: Descrição dos participantes de acordo com suas características sócio-demográficas (n=522). Vitória da Conquista, Bahia, Brasil, 2015.**

<b>Variáveis</b>	<b>N</b>	<b>(%)</b>
<b>Sexo</b>		
Masculino	77	14,8
Feminino	445	85,2
<b>Idade</b>		
20-29	111	21,3
30-39	114	21,8
40-49	100	19,2
50-59	86	16,5
>=60	111	21,3
<b>Estado conjugal</b>		
Com companheiro	364	69,7
Sem companheiro	158	30,3
<b>Cor<sup>1</sup></b>		
Branca	120	23
Preta	86	16,5
Amarela	11	2,1
Parda	303	58
Indígena	2	0,4
<b>Escolaridade</b>		
Sem instrução	43	8,2
1-5 anos de estudo	169	32,4
6-10 anos de estudo	158	30,3
>=11 anos de estudo	152	29,1
<b>Renda<sup>2</sup></b>		
Até 1 salário	343	65,7
1-3 salários	160	30,7

**Tabela 1: Descrição dos participantes de acordo com suas características sócio-demográficas (n=522). Vitória da Conquista, Bahia, Brasil, 2015. (Continuação)**

<b>Variáveis</b>	<b>N</b>	<b>(%)</b>
<b>Ocupação</b>		
Trabalha	162	31
Não trabalha	360	69
<b>Procedência dos participantes</b>		
Zona urbana	350	67
Zona rural	172	33

USF: Unidade de Saúde da Família

1- Padrão utilizado conforme o IBGE.

2- Salário mínimo equivale a R\$788,00.

**Tabela 2: Descrição das condições de saúde dos participantes (n = 522). Vitória da Conquista, Bahia, Brasil, 2015.**

<b>Variáveis</b>	<b>N</b>	<b>(%)</b>
<b>Autoavaliação do estado de saúde</b>		
Boa	222	42,5
Regular	246	47,1
Ruim	54	10,3
<b>Cadastro na USF</b>		
Não	38	7,3
Sim	482	92,3
<b>Consulta médica nos últimos 12 meses</b>		
Não	88	16,9
Sim	434	83,1
<b>Local de atendimento à saúde</b>		
Mesmo local	433	83
Locais diferentes	89	17
<b>Doença crônica</b>		
Sim	250	47,9
Não	272	52,1

USF: Unidade de Saúde da Família

Quanto à utilização da USF, a maioria afirmou morar próximo à Unidade, gastar menos de 30 minutos do seu domicílio até a USF e ser o deslocamento a pé, a forma mais comum de chegar ao serviço de saúde. Embora havendo a referência dos participantes que os agentes comunitários de saúde levam mais de um mês para fazer a visita domiciliar, a maior parte avaliou o serviço como bom, considerando o atendimento de saúde recebido. Houve a solicitação de algum tipo de exame em 88,3% das consultas que aconteceram nas USFs, sendo o exame laboratorial o mais frequente (Tabela 3).

**Tabela 3: Padrão de utilização da USF pelos participantes do estudo (n= 522). Vitória da Conquista, Bahia, Brasil, 2015.**

Variáveis	N	(%)
<b>Distância do domicílio até a USF</b>		
Próximo	77	14,8
Distante	445	85,2
<b>Tempo de deslocamento até a USF</b>		
Até 30 minutos	501	96
> 30 minutos	21	4,0
<b>Meio de transporte à USF</b>		
A pé	457	87,5
Outro	65	12,5
<b>Frequência da visita do Acs</b>		
Mensal	220	42,1
> 1 mês	242	46,4
Nunca	60	11,5
<b>Avaliação do atendimento da USF</b>		
Bom	412	78,9
Regular	89	17,1
Ruim	21	4,0
<b>Solicitação de exame</b>		
Sim	461	88,3
Não	61	11,7
<b>Tipo de exame*</b>		
Laboratório	453	98,3
Outros	8	1,7

ACs: Agente Comunitário de Saúde

\*Número de pacientes (n=461) que tiveram exame solicitado

Dos pacientes que realizaram exame laboratorial (n=453), 70,4% realizaram em menos de um ano e a maior parte (n=359) ocorreu em Laboratório Público. De acordo com a caracterização do serviço laboratorial prestado aos participantes, a marcação dos exames ocorreu, em grande parte, por encaminhamento da USF, sendo que para a maioria foi necessário esperar de 16 a 30 dias para que essa marcação ocorresse. Os pacientes levaram, em média, 32 minutos para se deslocar até o laboratório, sendo a caminhada, a forma mais comum de deslocamento. No momento do atendimento laboratorial, os pacientes esperaram, em média, 72 minutos na fila até serem atendidos. Desses, a maioria conseguiu realizar todos os exames laboratoriais prescritos, recebeu o resultado do exame laboratorial e avaliou o atendimento prestado pelo laboratório como bom (Tabela 4).

**Tabela 4: Caracterização do serviço laboratorial prestado pelo Laboratório Público aos participantes (n= 359). Vitória da Conquista, Bahia, Brasil, 2015.**

<b>Variáveis</b>	<b>N</b>	<b>(%)</b>
<b>Procedimento para marcação do exame</b>		
Direto ao serviço	6	1,7
Encaminhado pela USF	327	91,1
Agendamento prévio com o ACs	26	7,2
<b>Tempo até a realização do exame</b>		
Até 7 dias	48	13,4
8-15 dias	93	25,9
16-30 dias	132	36,8
Mais de 30 dias	86	24,0
<b>Distância do domicílio até o laboratório</b>		
Próximo	167	46,5
Distante	192	53,5
<b>Tempo de deslocamento até o laboratório</b>		
Até 30 minutos	244	68,0
> 30 minutos	115	32,0
<b>Meio de transporte ao laboratório</b>		
A pé	200	55,7
Outro	159	44,3

**Tabela 4: Caracterização do serviço laboratorial prestado pelo Laboratório Público aos participantes (n= 359). Vitória da Conquista, Bahia, Brasil, 2015. (Continuação)**

<b>Variáveis</b>	<b>N</b>	<b>(%)</b>
<b>Tempo para ser atendido no laboratório</b>		
Até 30 minutos	150	41,8
> 30 minutos	209	58,2
<b>Realizou todos os exames</b>		
Sim	304	84,7
Não	55	15,3
<b>Recebeu o resultado do exame</b>		
Sim	347	96,7
Não	12	3,3
<b>Avaliação do atendimento do laboratório</b>		
Bom	321	89,4
Regular	33	9,2
Ruim	5	1,4

A análise univariada (Tabela 5) revelou a existência de diferenças estatisticamente significativas ( $p < 0,05$ ) entre os pacientes que realizaram exame laboratorial até um ano e aqueles que o efetuaram há mais de um ano em relação à faixa etária, procedência dos participantes, consulta médica nos últimos 12 meses, doença crônica, distância do domicílio até o laboratório, meio de transporte até o laboratório e tempo para ser atendido no laboratório.

Foi observado que indivíduos de faixa etária entre 20 e 39 anos tiveram maior chance de realizar exames há mais de um ano se comparado aos pacientes com idade igual ou superior a 60 anos. Observou-se maior chance de realizar exame laboratorial há mais de um ano, os pacientes procedentes da zona rural (OR= 1,9), que não haviam consultado o médico nos últimos 12 meses (OR=1,8) e não portadores de doença crônica (OR=2,0).

Os pacientes moradores distantes do laboratório e com necessidade de meio de transporte para se deslocar até o serviço de saúde, apresentavam as maiores chances de não realizar exame laboratorial em menos de um ano, quando comparados àqueles que moravam próximo e que iam a pé até o serviço. Verificou-se que, no momento do atendimento laboratorial, aqueles pacientes com mais de 30 minutos na fila tinham uma chance igual a 1,8 vezes de realizar os exames laboratoriais há mais de um ano, se comparados àqueles que esperavam até 30 minutos para serem atendidos.

**Tabela 5 – Análise univariada do acesso aos exames laboratoriais em pacientes atendidos em USF de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil, 2015.**

<b>Variáveis</b>	<b>≤ 1 ano que realizou exame laboratorial</b>	<b>&gt; 1 ano que realizou exame laboratorial</b>	<b>OR (IC 95%) p – valor</b>	<b>X<sup>2</sup></b>
<b>Faixa etária</b>				
20 - 29 anos	63	34		2,4 (1,2-4,6)
30 - 39 anos	60	43		3,1 (1,7-6,0)
40 - 49 anos	56	23		1,8 (0,9-3,7)
50 - 59 anos	61	16		1,2 (0,5- 2,4)
>=60	79	18		1,0
<b>Sexo</b>				
Masculino	48	14		0,7 (0,4-1,2)
Feminino	271	120		1,0
<b>Estado conjugal</b>				
Com companheiro	223	92		1,0
Sem companheiro	96	42		1,1 (0,7-1,6)
<b>Raça/cor</b>				
Branca	82	23		1,0
Preta	48	22		1,6 (0,8-3,2)
Amarela	6	4		2,4 (0,6-9,3)
Parda	182	85		1,6 (1,0-2,8)
Indígena	1	0		-
<b>Escolaridade</b>				
Sem instrução	29	7		0,5 (0,2-1,2)
1-5 anos de estudo	105	36		0,7 (0,4-1,2)
6-10 anos de estudo	92	46		1,0 (0,6-1,7)
>= 11 anos de estudo	91	45		1,0
<b>Renda</b>				
Até 1 salário mínimo	215	83		1,9 (0,5-6,8)
1-3 salários mínimo	88	12		2,7 (0,7-9,8)
> 3 salários mínimo	15	3		1,0
<b>Ocupação</b>				
Trabalha	99	42		1,0
Não Trabalha	220	92		0,99 (0,6-1,5)



**Tabela 5 – Análise univariada do acesso aos exames laboratoriais em pacientes atendidos em USF de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil, 2015. (Continuação)**

<b>Variáveis</b>	<b>≤ 1 ano que realizou exame laboratorial</b>	<b>&gt; 1 ano que realizou exame laboratorial</b>	<b>OR (IC 95%)</b>	<b>X<sup>2</sup></b>	<b>p – valor</b>
<b>Autoavaliação do estado de saúde</b>					
Boa	125	69	1,5 (0,7-3,1)	1,3	0,3
Regular	161	53	0,9 (0,4-1,9)	0,07	0,8
Ruim	33	12	1,0		
<b>Procedência dos participantes</b>					
Zona urbana	226	74	1,0		
Zona rural	93	60	1,9 (1,3-3,0)	10,3	0,001*
<b>Cadastro na USF</b>					
Não	20	5	0,6 (0,2-1,6)	1,2	0,28
Sim	298	129	1,0		
<b>Consulta médica nos 12 últimos meses</b>					
Não	23	41	1,8 (1,02-3,13)	4,2	0,04*
Sim	296	129	1,0		
<b>Procura de atendimento relacionado à saúde</b>					
Mesmo local	265	117	1,0		
Locais diferentes	54	17	0,7 (0,4-1,3)	1,3	0,26
<b>Doença crônica</b>					
Sim	175	51	1,0		
Não	144	83	2,0 (1,3-3,0)	10,7	0,001*
<b>Distância do domicílio até a USF</b>					
Próximo	246	96	1,0		
Distante	73	38	1,3 (0,8-2,1)	1,5	0,2
<b>Tempo gasto do domicílio até a USF</b>					
Até 30 minutos	308	131	1,0		
> 30 minutos	11	3	0,6 (0,2-2,3)	0,5	0,5

**Tabela 5 – Análise univariada do acesso aos exames laboratoriais em pacientes atendidos em USF de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil, 2015. (Continuação)**

<b>Variáveis</b>	<b>≤ 1 ano que realizou exame laboratorial</b>	<b>&gt; 1 ano que realizou exame laboratorial</b>	<b>OR (IC 95%)</b>	<b>X<sup>2</sup></b>	<b>p – valor</b>
<b>Como chegou a USF</b>					
A pé	278	118	1,1 (0,6-2,0)	0,07	0,8
Meio de transporte	41	16	1,0		
<b>Frequência da visita do ACS</b>					
Mensal	128	64	1,0		
Mais que um mês	154	58	0,75 (0,5-1,2)	1,7	0,2
Nunca	37	12	0,64 (0,3-1,3)	1,4	0,2
<b>Avaliação do atendimento da USF</b>					
Bom	254	106	1,0		
Regular	54	23	1,02 (0,6-1,75)	0,005	0,9
Ruim	11	5	1,08 (0,4-3,2)	0,02	0,9
<b>Local onde realizou o exame</b>					
Laboratório Público	259	100	1,0		
Laboratório Particular	60	34	1,5 (0,9-2,4)	2,5	0,12
<b>Procedimento para marcar o exame</b>					
Foi direto ao serviço	5	1	0,5 (0,06-4,7)	0,3	0,6
Foi encaminhado pela USF	239	88	1,0		
Agendou previamente com o ACs	15	11	2,0 (0,9-4,5)	2,8	0,09
<b>Tempo para marcar o exame</b>					
Até 7 dias	35	13	1,0		
8-15 dias	71	22	0,8 (0,4-1,8)	0,2	0,7
16-30 dias	98	34	0,9 (0,4-2,0)	0,03	0,9
Mais de 30 dias	55	31	1,5 (0,7-3,3)	1,1	0,3

**Tabela 5 – Análise univariada do acesso aos exames laboratoriais em pacientes atendidos em USF de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil, 2015. (Continuação)**

<b>Variáveis</b>	<b>≤ 1 ano que realizou exame laboratorial</b>	<b>&gt; 1 ano que realizou exame laboratorial</b>	<b>OR (IC 95%)</b>	<b>X<sup>2</sup></b>	<b>p – valor</b>
<b>Distância do domicílio até o laboratório</b>					
Próximo	132	35	1,0		
Distante	127	65	1,9 (1,2-3,1)	7,4	0,007*
<b>Tempo gasto do domicílio até o laboratório</b>					
Até 30 minutos	183	61	1,0		
> 30 minutos	76	39	1.5 (0,95-2,5)	3,1	0,08
<b>Como chegou ao laboratório</b>					
A pé	155	45	1,0		
Meio de transporte	104	55	1,8 (1,14-2,9)	6,4	0,01*
<b>Tempo para ser atendido no laboratório</b>					
Até 30 minutos	161	48	1,0		
> 30 minutos	98	52	1,8 (1,1-2,8)	6,0	0,015*
<b>Realizou todos os exames</b>					
Sim	216	88	1,0		
Não	43	12	0,7 (0,3-1,4)	1,2	0,3
<b>Recebeu o resultado do exame</b>					
Sim	251	96	1,0		
Não	8	4	1.3 (0,4-4,4)	0,2	0,7
<b>Avaliação do atendimento do laboratório</b>					
Bom	232	89	1,0		
Regular	22	11	1,3 (0,6-2,8)	0,5	0,5
Ruim	5	0	-	-	-

\* Associação estatisticamente significativa (p<0.05).

A análise multivariada (tabela 6) comparou aqueles pacientes que realizaram exame laboratorial há mais de um ano com aqueles que o fizeram em até um ano (categoria de referência).

No modelo multivariado final, verificou-se que, ter realizado exame laboratorial há mais de um ano se associou de forma independente à faixa etária de 30-39 anos de idade, ser da zona rural e não ter feito consulta médica nos 12 últimos meses.

**Tabela 6 –Modelo final de regressão logística por grupos de variáveis selecionadas e realização do exame laboratorial. Vitória da Conquista, Bahia, Brasil, 2015.**

<b>Variáveis</b>	<b>OR IC(95%)</b>	<b>p-valor</b>
Faixa etária		
20-29	1,9 (0,94-3,8)	0,070
30-39	2,8 (1,4-5,4)	0,003*
40-49	1,7 (0,8-3,6)	0,160
50-59	1,2 (0,6-2,6)	0,630
>=60	1,0	

**Procedência dos participantes**

Zona urbana

Zona rural

**Consulta médica nos últimos 12 meses**

	1,0			
	1,6 (1,03-2,60)	0,034*		
Não			4,6 (2,6-8,2)	0,000*
Sim			1,0	

---

\*Associação estatisticamente significativa <0,05

2\*Log-Likelihood inicial= 368; 2\*Log-Likelihood final= 496

## 8. DISCUSSÃO

Neste estudo, verificou-se uma prevalência de 70,4% para realização de exames laboratoriais até um ano para os pacientes que foram atendidos nas USFs. Este resultado foi maior do que os encontrados por outras pesquisas que avaliaram a prevalência de acesso aos serviços de saúde. Uma prevalência de 57,1% foi encontrada em população quilombola da região sudoeste da Bahia e de 64,4% em estudo de base populacional realizado em São Paulo. Na presente investigação, verificou-se que os indivíduos da zona rural apresentaram uma prevalência menor (60,8%) de realização do exame laboratorial em até um ano. Outros estudos também já demonstraram que o acesso restrito e, conseqüentemente, a menor utilização dos serviços de saúde por populações rurais estão associados, principalmente, às grandes distâncias a serem percorridas e dificuldades de transporte. (DIAS-DA-COSTA, 2011; GOMES, *et. al.*, 2013; LOUVISON, *et. al.*, 2008; PINHEIRO, *et. al.*, 2002; SILVA, *et. al.*, 2011; TRAVASSOS, VIACAVA, 2007).

Essa diferença de prevalência de realização de exame laboratorial em relação à procedência dos pacientes pode ser justificada pelo fato das USFs da zona urbana participarem do modelo de descentralização do Laboratório. Assim, o atendimento laboratorial vai até a USF. Isso não ocorre na zona rural, onde a maioria dos indivíduos possui menor renda, menor escolaridade e moram distante do Laboratório, precisando se deslocar até a cidade para realizar seus exames. Desta forma, a acessibilidade ao serviço fica mais difícil devido à presença dessa barreira (distância do domicílio até o laboratório, tempo de deslocamento e custos), sendo um marcador de acesso. A regressão logística demonstrou que os residentes da zona rural têm maior chance (1,6 vezes) de realizar exames laboratoriais há mais de um ano, quando comparados àqueles da zona urbana. Problemas dessa grandeza também foram relatados pela pesquisa que avaliou o acesso e uso dos serviços de saúde em idosos residentes na zona rural do Brasil (TRAVASSOS, VIACAVA, 2007) assim como em outro estudo sobre acesso aos serviços de saúde, realizado em 2010, em um município do Estado da Bahia. (CUNHA, VIEIRA-DA-SILVA, 2010).

Atrelado a isso, diversos modelos teóricos têm demonstrado a influência de variáveis relacionadas à distância geográfica e acesso aos serviços de saúde, indicando uma relação de proporcionalidade entre elas. Neste contexto, Assis e Jesus (2012), apresentaram abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise para avaliar o acesso aos serviços de saúde, enquanto Sanchez e Ciconelli (2012) abordaram os conceitos de acesso à saúde.

Ao analisar o tempo para realização de exame laboratorial por faixa etária, verificou-se, na análise univariada, que os mais jovens (20-29 e 30-39 anos) tinham maior chance de realizar exame laboratorial há mais de um ano em comparação com aqueles pacientes de idade superior

aos 40 anos. No entanto, na análise multivariada, verificou-se que apenas os pacientes com idade entre 30-39 anos apresentavam chance de 2,8 vezes de realizar exames laboratoriais há mais de um ano, comparando-se com a categoria de referência. Dentro dessas faixas etárias observou-se que indivíduos entre 20-29 anos, em sua maioria, tinham escolaridade média maior do que aqueles com idade entre 30-39 anos, mostrando que os sujeitos com maior nível de escolaridade entendem a necessidade e a importância de procurar mais os profissionais e serviços de saúde para avaliarem sua saúde e assim realizarem exames laboratoriais em tempo menor. (OLIVEIRA, *et.al.*, 2014). É importante salientar que 80,4% dos pacientes portadores de doenças crônicas apresentavam idade superior aos 40 anos, corroborando que pessoas com idade mais avançada e doenças crônicas procuram mais o serviço de saúde e, conseqüentemente, apresentavam maior chance de realizar exames laboratoriais em período menor, se comparados com aquelas de faixa etária abaixo dos 40 anos. (DIAS-DA-COSTA, 2011; TRAVASSOS, VIACAVA, 2007).

Resultados semelhantes em relação ao perfil de distribuição do acesso ao serviço laboratorial por faixa etária foram encontrados em um estudo, que identificou menor preocupação e envolvimento com ações de saúde nos pacientes com idade abaixo 45 anos, apresentando assim uma menor prevalência na realização de exames laboratoriais. (SOUZA, *et. al.*, 2014). Essa associação entre o risco de não realizar exames laboratoriais e pacientes mais jovens condiz também com a prática do exame preventivo (Papanicolaou), visto que alguns estudos realizados no Brasil apontam para a inexecução desse exame nessa faixa etária, por acharem desnecessário. (AMORIM, *et. al.*, 2006; OLIVEIRA, *et. al.*, 2014)

Esses achados alertam para a importância da avaliação da saúde desses jovens, visto que, como preconizado pela Diretriz Americana sobre a avaliação do risco cardiovascular, é necessário o rastreamento laboratorial para marcadores de doença cardiovascular já em pacientes com idade superior aos 20 anos. Da mesma forma, a Sociedade Brasileira de Cardiologia recomenda a realização de exames laboratoriais em pacientes, que apresentem fatores de risco, independente da faixa etária. (ACC/AHA, 2013; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Não foram encontradas relações estatisticamente significativas entre o tempo para realização dos exames laboratoriais com a renda, escolaridade e cor. Isso pode ser explicado devido à população estudada apresentar uma homogeneidade nestas variáveis, com concentração de indivíduos com o grau de instrução, renda e maior percentual de pardos e brancos, o que pode ter interferido nas análises epidemiológicas. No entanto, diversos estudos demonstraram que as populações mais vulneráveis (negros, baixa renda e instrução) tinham

menos acesso aos serviços de saúde. (BASTOS, *et. al.*, 2011; MENDOZA-SASSI, BÉRIA, 2001; SILVA, *et. al.*, 2011; TRAVASSOS, VIACAVA, 2006).

Na presente investigação foi observado que procurar o médico em menos de 12 meses proporcionou aos indivíduos maior chance para realizar exames laboratoriais em menos de um ano. A análise univariada apontou a chance de 1,8 vezes e o modelo multivariado revelou uma OR= 4,6. Diversos estudos regionais, que abordaram o acesso aos serviços de saúde mostraram uma mesma relação, tal como em Souza (2014) que encontrou uma chance de 3,48 vezes para não ter diagnóstico oportunista de diabetes e Oliveira (2014) encontrou uma chance de 3,18 vezes de não realizar o exame preventivo de câncer de colo uterino entre os pacientes que consultaram o médico em mais de 12 meses. Os achados demonstraram que a presença de um médico na equipe é fator contributivo para maior atendimento e disponibilidade das ações de saúde, com consequente aumento do uso dos serviços de saúde. (GOMES, *et. al.*, 2013).

Este é o primeiro estudo sobre o acesso ao exame laboratorial pelos pacientes atendidos nas USFs no sudoeste da Bahia. As informações sobre a realização de exames laboratoriais são escassas. Uma revisão da literatura sobre o tema identificou apenas um trabalho sobre a oportunidade perdida de diagnóstico pela ausência do exame de glicemia, enquanto os outros abordavam as dificuldades gerais e fatores relacionados ao uso de outros serviços de saúde ofertado pelas USFs, além do exame laboratorial. (CUNHA, VIEIRA-DA-SILVA, 2010; SOUZA, 2014, *et. al.*, 2014; GOMES, *et. al.*, 2013).



## 9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

De forma geral, os resultados encontrados revelam uma alta prevalência no acesso aos exames laboratoriais para os pacientes atendidos nas USFs do município de Vitória da Conquista-Bahia. A explicação para essa realidade é a forma como o serviço de atenção básica está estruturado e organizado, bem como o serviço laboratorial, atendendo assim a população de forma correta.

Esse estudo é inédito na região, traz resultados sobre o acesso aos exames laboratoriais, foi capaz de indicar a situação atual do serviço na seara laboratorial e apontou a necessidade de alguns ajustes como: aumento de demanda de atendimento nas USFs, promover a descentralização de coleta de material para exames laboratoriais em todas USFs, desenvolver uma forma mais rápida de agendamento e marcação dos exames laboratoriais e reduzir o tempo para sua execução e realização, a fim de subsidiar a melhoria e incremento da prestação de serviço, de modo a melhorar a qualidade do atendimento proposto pelo SUS.

Os dados encontrados indicam uma necessidade de desenvolver novo estudo dentro desse mesmo alinhamento. No entanto, utilizando agora a busca ativa dos pacientes em seus domicílios, numa perspectiva de saber se esse acesso aos exames laboratoriais apresenta mesma prevalência e bons resultados com aqueles pacientes que moram distantes das USFs e com alternativas na coleta de dados que construa uma amostragem mais heterogênea.

O estudo apresenta algumas limitações. As informações utilizadas na pesquisa foram autorreferidas, podendo ser afetadas por memória ou conhecimento. A aplicação do questionário foi feito na USF, abordando assim o paciente que foi à procura do serviço, não se conhecendo a prevalência ao acessos aos exames laboratoriais daqueles pacientes que não procuraram atendimento no momento em que o questionário foi aplicado. Também houve limitações quanto à comparação dos serviços de saúde, visto que o escopo do presente trabalho foi avaliar o acesso aos exames laboratoriais, enquanto que a maioria dos trabalhos publicados e utilizados como referencial abordam os serviços de saúde com um todo.

## 10. REFERÊNCIAS

1. AMORIM, V. M. S. L.; BARROS, M. B. A.; CÉSAR, C. L. G; CARANDINA, L.; GOLDBAUM, M. Fatores associados à não realização do exame de Papanicolaou: um estudo de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, [online]. v.22, n.11, p. 2329-2338, 2006.
2. ASSIS, M. M.A.; JESUS, W. L. A. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, Nov.2012.
3. ACC/American Heart Association. **Guideline on the Assessment of Cardiovascular Risk**, 2013.
4. BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Título VIII, Capítulo II, Seção II, Artigos de 196 a 200. Senado Federal. Brasília, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil03/constituicao/ConstituicaoCompilado.htm> Acesso em: 16 de novembro de 2014.
5. \_\_\_\_\_: Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília, 1997.36p.
6. \_\_\_\_\_: Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Mais saúde: direito de todos: 2008 – 2011**. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. – 4. Ed.: Brasília, 2010. 132p.
7. \_\_\_\_\_: Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo**. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Brasília, 2006.
8. \_\_\_\_\_: Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **ABC do SUS Doutrinas e Princípios**. Brasília (DF), 1990.
9. \_\_\_\_\_: Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Projeto Promoção da Saúde. As Cartas da Promoção da Saúde**. Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde. Brasília, 2002.
10. \_\_\_\_\_: Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 20 set. 1990a. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm) Acesso em: 11 de novembro de 2014.
11. \_\_\_\_\_: Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2011.

12. \_\_\_\_\_: Lei Nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 31 dez 1990. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm)> Acesso em: 11 de novembro de 2014.
13. \_\_\_\_\_: Resolução nº 258, 07 de Janeiro de 1991. Aprova a Norma Operacional Básica/SUS nº 01/91, constante do Anexo I da presente Resolução, que trata da nova política de financiamento do Sistema Único de Saúde – SUS para 1991. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1991. Disponível em: <[http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Resolu%E7%E3o%20258\\_07\\_01\\_1991.pdf](http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Resolu%E7%E3o%20258_07_01_1991.pdf)> Acesso em: 15 de fevereiro de 2015.
14. \_\_\_\_\_: Portaria nº 545, de 20 de Maio de 1993. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica - SUS 01/93. **Diário Oficial da União**. Brasília, 1993. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1993/prt0545\\_20\\_05\\_1993.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1993/prt0545_20_05_1993.html)> Acesso em: 15 de fevereiro de 2015.
15. \_\_\_\_\_: Portaria nº 2.203, de 5 de novembro de 1996. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – SUS. 1996. Aprovar, nos termos do texto anexo a esta Portaria, a NOB 1/96, a qual redefine o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde, constituindo, por conseguinte, instrumento imprescindível à viabilização da atenção integral à saúde da população e ao disciplinamento das relações entre as três esferas de gestão do Sistema. **Diário Oficial da União**. Brasília, 06, Nov 1996. Disponível <<http://conselho.saude.gov.br/legislacao/nobsus96.htm>> Acesso em: 15 de fevereiro de 2015.
16. \_\_\_\_\_: Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência. **Regionalização da Assistência à Saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso: Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/02 e Portaria MS/GM n.º 373, de 27 de fevereiro de 2002 e regulamentação complementar**. Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência. – 2. ed. revista e atualizada: Brasília, 2002.
17. \_\_\_\_\_: Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Secretaria Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. Brasília, 2006. 76p.
18. \_\_\_\_\_: Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, 29 set 2011. Disponível em:

<[http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/ef034f00489ab23ba9bebbe2d0c98834/Decreto\\_7.50\\_de\\_28\\_de\\_junho\\_de\\_2011.pdf?MOD=AJPERES](http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/ef034f00489ab23ba9bebbe2d0c98834/Decreto_7.50_de_28_de_junho_de_2011.pdf?MOD=AJPERES)> Acesso em: 15 de fevereiro de 2015.

19. \_\_\_\_\_: Portaria nº 2.488, de 21 de Outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**. Brasília, 2011. Disponível em: <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html) > Acesso em: 15 de fevereiro de 2015.
  
20. \_\_\_\_\_: Portaria nº 4.279, de 30 de Dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**. Brasília, 2010. Disponível em: <<http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria%204279%20de%2030%20de%20dezembro%20de%202010.pdf>> Acesso em: 15 de fevereiro de 2015.
  
21. \_\_\_\_\_: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Manual de apoio aos gestores do SUS: organização da rede de laboratórios clínicos**. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. – ed., 2.<sup>a</sup> reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003.
  
22. BARRETO, V. P. **O Fetiche dos Direitos Humanos e outros temas**. Rio de Janeiro: Editora Lumen Juris, 2010.
  
23. \_\_\_\_\_: **Reflexões sobre os direitos sociais**. Coimbra: Gráfica de Coimbra, 2003.
  
24. BASTOS, G.A.N.; DUCA, G. F. D.; HALLAL, P. C.; SANTOS, I.S.; Utilização de serviços médicos no sistema público de saúde no Sul do Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v.45, n.3, p.475-84, 2011.
  
25. BONFADA, D.; CAVALCANTE, J. R. L. P.; ARAUJO, D. P.; GUIMARAES, J. A. integralidade da atenção à saúde como eixo da organização tecnológica nos serviços. **Ciênc. Saúde coletiva**, v.17, n.2, p.555-560, 2012.
  
26. BRITO, F. **A transição demográfica no Brasil: as possibilidades e o desafio para a economia e a sociedade**. Belo Horizonte: CEDEPLAR/UFMG, 2007.
  
27. CARTA DE OTTAWA PRIMEIRA CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE. Ottawa, novembro de 1986.
  
28. 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. **Cad. Saúde Pública**. v.26, n.4, p.725-737, 2010.
  
29. DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS

PRIMÁRIOS DE SAÚDE. Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978.

30. DIAS-DA-COSTA, J. S. *et al.* Utilização de serviços de saúde pela população adulta de São Leopoldo, Rio Grande do Sul, Brasil: resultados de um estudo transversal. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 5, p. 868-876, maio 2011.
31. DONABEDIAN, A. **An introduction to quality assurance in health care**. New York: Oxford University Press, 2003.
32. ESCOREL, S. História das Políticas de Saúde no Brasil de 1964 a 1990: Do Golpe Militar à Reforma Sanitária. In: GIOVANELLA, L., *et al.* (org.) **Políticas e Sistema da Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009, p. 385- 434.
33. ESCOREL, S. E.; TEIXEIRA, L. A. História das Políticas de Saúde no Brasil de 1822 a 1963: do Império ao Desenvolvimentismo Populista. In: GIOVANELLA, L., *et al.* (org.) **Políticas e Sistema da Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009, p.333-384.
34. FAUSTO, M. C. R.; MATTA, G. C. Atenção Primária à Saúde: histórico e perspectivas. In: **Modelos de Atenção e a Saúde da Família**. Rio de Janeiro: EPSJV FIOCRUZ, 2007.
35. FRANÇA, J. R. M. **A sustentabilidade econômico-financeira das ações de saúde nos municípios de Minas Gerais com atuação do Plano Brasil sem Miséria**. Rio de Janeiro, 2013.
36. GARBOIS, J. A.; VARGAS, L. A.; CUNHA, F. T. S. O Direito à Saúde na Estratégia Saúde da Família: uma Reflexão Necessária. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro v.18, n.1, p.27-44, , 2008.
37. GOMES, K. O.; REIS, E. A.; GUIMARAES, M. D. C.; CHERCHIGLIA, M. L. Utilização de serviços de saúde por população quilombola do Sudoeste da Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.29, n.9, p.1829-1842, 2013.
38. HALFOUN, V. L. R. C.; AGUIAR, O. B.; AGUIR, O. B.; MATTOS, D. S. Construção de um Instrumento para Avaliação de Satisfação da Atenção Básica nos Centros Municipais de Saúde do Rio de Janeiro. **Rev. bras. educ. méd**, v.32, n.4, p.424-430, 2008.
39. HORTALE, V. A ; PEDROZA, M.; ROSA, M. L. G. O acesso e descentralização na análise de sistemas de saúde. **Saúde em Debate**, v. 24, n. 5, p. 57-66, Rio de Janeiro, set/dez de 2000.
40. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **IBGE Cidades**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/index.php> 2013.> Acesso em: 02.2015.
41. LOUVISON, M. C. P.; LEBRÃO, M. L.; DUARTE, Y. A. O.; SANTOS, J. L. F.; MALIK, A. M.; ALMEIDA, E. S. Desigualdades no uso e acesso aos serviços de saúde entre idosos do

- município de São Paulo. **Rev. Saúde Pública**, v.42, n.4, p.733-40, 2008.
42. MENDES, A. C. G. *et al.* Acessibilidade aos serviços básicos de saúde: um caminho ainda a percorrer. **Ciênc. Saúde coletiva**, v.17, n.11, p. 2903-2912, 2012.
43. MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549p.
44. \_\_\_\_\_: As redes de atenção à saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, v.15, n.5, p.2297-2305, 2010.
45. \_\_\_\_\_: **Revisão Bibliográfica sobre Redes de Atenção à Saúde**. Maio de 2007.
46. MENDES, G. F.; COELHO, I. M.; BRANCO, P. G. G. **Curso de Direito Constitucional**. São Paulo: Saraiva, 2008.
47. MENDOZA-SASSI, R.; BÉRIA, J. U. Utilización de losservicios de salud: una revisión sistemática sobre los factores relacionados. **Cad. Saúde Pública**, v.17, p.819-32, 2001.
48. MILLMAN, M. **Access to health care in America**. Washington DC: National Academy Press, 1993.
49. MOROSINI, M. V. G. C. **Modelos de atenção e a saúde da família**. MOROSINI, M. V. G. C.; CORBO, A.D.A. (orgs.). Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz,2007.
50. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação**. Brasília: Organização Mundial da Saúde; 2003.
51. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório Mundial de Saúde 2008: A atenção primária à saúde: agora mais do que nunca**. Brasília: OMS; 2008.
52. OLIVEIRA, M. V.; GUIMARAES, M. D. C.; FRANCA, E. B. Fatores associados a não realização de Papanicolau em mulheres quilombolas. Prevalência do câncer de colo uterino em mulheres quilombo. **Ciênc. Saúde Coletiva**. v. 19, n 11, p. 4535-4544, 2014.
53. PAIM, J.; TRAVASSOS C.; ALMEIDA, C.; BAHIA, L.; MACINKO, J. **The Brazilian health system: history, advances, and challenges**. *Lancet*, 377:1778-97, 2011.
54. PINHEIRO, R. S.; VIACAVA, F.; TRAVASSOS, V.; BRITO, A. S. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.7, p. 687-707, 2002.
55. RONCALLI, A. G. O desenvolvimento das políticas públicas de saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde. In: PEREIRA, A. C. (Org.). **Odontologia em Saúde Coletiva: planejando ações e promovendo saúde**. Porto Alegre: ARTMED, 2003. Cap. 2. p.28-49.

56. ROSA, F. L. A.; FASSA, A. C. G.; PANIZ, V. M. V. Fatores associados à continuidade interpessoal na atenção à saúde: estudo de base populacional. **Cad. Saúde Pública**, v.24, n.4, pp.915-925, 2008.
57. SANCHEZ, R. M.; CICONELLI, R. M. Conceitos de acesso à saúde. **Rev. Panam Salud Publica**, v.31, n.3, p.260-8, 2012.
58. SILVA, Z. P. S.; RIBEIRO, M. C. S.; BARATA, R. B.; ALMEIDA, M. F. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização dos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), 2003 – 2008. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.16, p.3807-16, 2011.
59. Sistema de Informação de Atenção Básica - SIAB. **Consolidado das Famílias Cadastrado no Ano de 2014. Zona Geral**. Acesso em 18 de novembro de 2014.
60. Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Hipertensão, Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq. Bras. Cardiol.** V. 95(Supl. 1), p. 1-51. 2010.
61. SOUZA, C. L.; BARROSO, S. M.; GUIMARAES, M. DC. Oportunidade perdida para diagnóstico oportunista de diabetes mellitus em comunidades quilombolas do sudoeste da Bahia, Brasil. **Ciênc. Saúde coletiva**, v.19, n.6, p. 1653-1662, 2014.
62. STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.726p.
63. TRAVASSOS, C.; OLIVEIRA, E. X. G. ; VIACAVA, F. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.11, p.975-86, 2006.
64. TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, v.20, Suppl 2, p.S190- 8, 2004.
65. TRAVASSOS, C.; VIACAVA, F. Acesso e uso de serviços de saúde em idosos residentes em áreas rurais, Brasil, 1998 e 2003. **Cad. Saúde Pública**, v.23, n.10, p. 2490-2502, Rio de Janeiro, 2007.
66. VIEIRA, E. W. R. **Acesso e utilização dos serviços de saúde de atenção primária em população rural do Município de Jequitinhonha, Minas Gerais**. [dissertação de mestrado]. Belo Horizonte: Escola de enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais; 2010.
67. VITÓRIA DA CONQUISTA. **Plano municipal de saúde 2014-2017**. Secretaria de Saúde. Prefeitura Municipal de Vitória da Conquista, 2014.





- 2.2 Como o (a) Sr (a) avalia a distância do seu domicílio até a Unidade de Saúde da Família?  
1 Muito próxima      2 Próxima      3 Distante      4 Muito distante
- 2.3 Quanto tempo o (a) Sr (a) gasta para chegar a Unidade de Saúde da Família?  
\_\_\_\_ minutos
- 2.4 Quando vai a USF que meio de transporte o (a) Sr (a) costuma utilizar?  
1 Transporte coletivo      3 Carro ou motocicleta      5 Ambulância  
2 A pé      4 Bicicleta      6 Outro
- 2.5 Com que frequência o seu domicílio recebe uma visita de algum agente comunitário ou profissional de saúde?  
1 Mensalmente      3 A cada dois meses      4 Duas a quatro vezes por ano  
2 Uma vez por ano      5 Nunca recebeu
- 2.6 É a sua primeira consulta aqui na Unidade de Saúde da Família?  
1 Sim      2 Não
- 2.7 O (a) Sr (a) costuma procurar o mesmo lugar, serviço de saúde ou médico quando precisa de assistência de saúde?  
1 Sim      2 Não
- 2.8 Nos últimos 12 meses consultou o médico?  
1 Sim      2 Não
- 2.9 Qual destes motivos explica melhor porque procurou atendimento relacionado à sua saúde na última vez?  
1 Doença ou problema de saúde  
2 Acidente ou lesão  
3 Consulta odontológica  
4 Continuação de tratamento, terapia ou reabilitação  
5 Pré-natal  
6 Exames médicos periódicos  
7 Exames laboratoriais ou exames complementares de diagnóstico  
8 Vacinação  
9 Outros atendimentos preventivos  
10 Solicitação de atestado de saúde  
11 Outro
- 2.10 Todas as vezes que procurou atendimento na USF conseguiu ser atendido (a)?  
1 Sim      2 Não

***Instrução 01: Se sim, pular para questão 2.11, se não ir para 2.13***

- 2.11 O (a) Sr (a) teve alguma dificuldade para ser atendido?  
1 Sim      2 Não

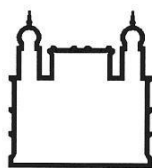
***Instrução 02: Se sim, pular para questão 2.12 e depois para 2.14, se não ir para 2.14***

- 2.12 Qual a dificuldade que foi encontrada para o atendimento? 1  
1 Não tinha Enfermeiro suficiente para atender a demanda  
2 Não tinha Médico suficiente para atender a demanda  
3 Por atendimento inadequado por atendentes/recepcionista  
4 Por preconceito pela cor da pele  
5 Por preconceito pela opção sexual





- 2 O tempo de espera no serviço de saúde era muito grande
  - 3 Não achou necessário
  - 4 Não conseguiu marcar
  - 5 Não sabia quem procurar ou aonde ir
  - 6 Estava com dificuldades financeiras
  - 7 O serviço de saúde era muito distante
  - 8 O horário de funcionamento do laboratório ou serviço de saúde era incompatível com as suas atividades de trabalho ou domésticas
  - 9 Outro
- 3.18 Qual desses motivos explica melhor porque não conseguiu pegar o resultado do exame?
    - 1 Não foi buscar
    - 2 Esperou muito e desistiu
    - 3 O Laboratório solicitou coleta de nova amostra e não tive interesse
    - 4 O resultado foi para USF e extraviou
    - 5 O Laboratório é muito distante para eu buscar o resultado
    - 6 Não tenho acesso a internet para pegar o resultado
  - 3.19 Na última vez que realizou exames laboratoriais, como o (a) Sr (a) avalia o atendimento recebido?
    - 1 Muito bom
    - 2 Bom
    - 3 Regular
    - 4 Ruim
    - 5 Muito ruim

**ANEXO B**

Ministério da Saúde  
**FIOCRUZ**  
**Fundação Oswaldo Cruz**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E****ESCLARECIDO Dados de identificação**

**Título do projeto:** “Avaliação do acesso aos exames laboratoriais dos pacientes atendidos nas Unidades de Saúde da Família de Vitória da Conquista, BA”.

**Pesquisadores responsáveis:** Prof.<sup>a</sup> Dra. Maria de Fátima Ramos Moreira, Prof. Dr. Márcio Vasconcelos Oliveira e Prof. Mauro Fernandes Teles

**Instituição:** Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca /  
Fundação Oswaldo Cruz

**Telefones para contato:** (77) 9174-9736 / (77) 9146-4018 / (21) 2598-2821

Você está sendo convidado a participar da pesquisa **“AVALIAÇÃO DO ACESSO AOS EXAMES LABORATORIAIS DOS PACIENTES ATENDIDOS NAS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE VITÓRIA DA CONQUISTA, BA”**, desenvolvida por Mauro Fernandes Teles discente do Mestrado em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob orientação da Prof.<sup>a</sup> Dra. Maria de Fátima Ramos Moreira pesquisadora da ENSP/FIOCRUZ e Prof. Dr. Márcio Vasconcelos Oliveira pesquisador da UFBA.

Este estudo está sendo desenvolvido com o objetivo de avaliar o acesso à realização de exames laboratoriais de pacientes atendidos nas Unidades de Saúde da Família do município de Vitória da Conquista – Bahia. As informações que a gente conseguir, vão servir para entender como funciona o serviço de laboratório prestado nas Unidades de Saúde do município e poderá ser capaz de formular políticas dirigidas para melhoria do acesso e da utilização dos serviços de saúde pública, principalmente no tocante ao exame laboratorial visando o fortalecimento e a eficiência do serviço ofertado.

Este termo de consentimento lhe dará informações sobre o estudo. O entrevistador conversará com você sobre o estudo e esclarecerá qualquer dúvida que tenha. Após você ter entendido o estudo, e caso resolva participar do mesmo, solicitaremos que você assine o termo de consentimento. Você receberá também uma via para guardar. No entanto, sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento, sem nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição. Contudo, sua participação é muito importante, pois contribuirá para melhor compreensão de um serviço de saúde ofertado para sua Unidade de Saúde da Família.

As informações prestadas por você serão confidenciais e privadas. Na divulgação dos resultados da pesquisa, qualquer dado que possa identificá-lo será omitido, porque seu nome será transformado em código e o seu nome não vai aparecer em nenhum lugar. A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar informações ao pesquisador sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder perguntas de um questionário que deverá levar em torno de 15 minutos. Os questionários serão tabulados e armazenados, em arquivos digitais, mas somente terá acesso aos mesmos os pesquisadores. Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme Resolução 466/12 e orientações do CEP/ENSP.

Os benefícios relacionados com a sua colaboração nesta pesquisa incluem uma melhor compreensão de como está o acesso à realização dos exames laboratoriais em pacientes atendidos nas Unidades de Saúde da Família de Vitória da Conquista, saber a opinião sobre o serviço de saúde que são oferecidos e com isso, colaborar para modificação dos mesmos. Em geral, este estudo não oferece risco para você, porque as perguntas que serão feitas durante a aplicação do questionário não ocasionará nenhum constrangimento.

Este Termo foi redigido em duas vias, uma para você e outra para o pesquisador, sendo que ambos devem assinar na última página e rubricar em todas as páginas.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP. O Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade.

Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca / FIOCRUZ

Rua Leopoldo Bulhões, 1480 –Térreo - Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-210

Tel / Fax: 2598-2863 - e-mail: cep@ensp.fiocruz.br - http://www.ensp.fiocruz.br/etica.

Contato com o pesquisador responsável:

Mauro Fernandes Teles - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação  
Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ)

Rua Pastor Arthur Souza Freire, 934, Apto. 204 – CEP: 45028-738

Candeias- Vitória da Conquista – Bahia

Telefone: (77) 9174-9736 – e-mail: maurofteles@hotmail.com

---

Assinatura Pesquisador Responsável

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Nome do Participante:

Vitória da Conquista, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_.

---

Assinatura Participante da Pesquisa

Polegar direito

