

Ministério da Saúde
Fundação Oswaldo Cruz
Centro de Pesquisas René Rachou
Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde

**ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE EM UMA ÁREA DO MUNICÍPIO DE
RIBEIRÃO DAS NEVES NA REGIÃO METROPOLITANA DE BELO HORIZONTE –
MINAS GERAIS.**

por

Anna Paula Bise Viegas

Belo Horizonte

Fevereiro/2012

Ministério da Saúde
Fundação Oswaldo Cruz
Centro de Pesquisas René Rachou
Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde

**ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE EM UMA ÁREA DO MUNICÍPIO DE
RIBEIRÃO DAS NEVES NA REGIÃO METROPOLITANA DE BELO HORIZONTE –
MINAS GERAIS.**

por

Anna Paula Bise Viegas

Dissertação apresentada com vistas à
obtenção do título de Mestre em Ciências
na área de concentração Saúde Coletiva

Orientação: Dra. Zélia Maria Profeta da Luz

Coorientação: Dra. Rose Ferraz Carmo

Belo Horizonte

Fevereiro/2012

Catálogo-na-fonte
Rede de Bibliotecas da FIOCRUZ
Biblioteca do CPqRR
Segemar Oliveira Magalhães CRB/6 1975

V656a Viegas, Anna Paula Bise.
2012

Acesso aos serviços de saúde em uma área do município de Ribeirão das Neves na região metropolitana de Belo Horizonte – Minas Gerais / Anna Paula Bise Viegas. – Belo Horizonte, 2012.

XVI, 93 f.: il.; 210 x 297mm.

Bibliografia: f.: 102 - 109

Dissertação (Mestrado) – Dissertação para obtenção do título de Mestre em Ciências pelo Programa de Pós - Graduação em Ciências da Saúde do Centro de Pesquisas René Rachou. Área de concentração: Saúde Coletiva.

1. Sistema Único de Saúde/tendências 2. Serviços de Saúde/utilização 3. Atenção à Saúde I. Título. II. Luz, Zélia Maria Profeta da (Orientação). III. Carmo, Rose Ferraz (Coorientação).

CDD – 22. ed. – 362.1

Ministério da Saúde
Fundação Oswaldo Cruz
Centro de Pesquisas René Rachou
Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde

**ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE EM UMA ÁREA DO MUNICÍPIO DE
RIBEIRÃO DAS NEVES NA REGIÃO METROPOLITANA DE BELO HORIZONTE –
MINAS GERAIS.**

por

Anna Paula Bise Viegas

Foi avaliada pela banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof. Dra. Zélia Maria Profeta da Luz (Presidente)

Prof. Dra. Cristina Maria Barros de Medeiros

Prof. Dr. Dener Carlos dos Reis

Suplente: Dr. Antônio Inácio de Loyola Filho

Dissertação defendida e aprovada em: 16/02/2012

*"Todos usam o SUS! SUS na Seguridade Social, Política Pública, patrimônio do
Povo Brasileiro"*

"Acesso e acolhimento com qualidade: um desafio para o SUS".

14° Conferência Nacional de Saúde, Brasil, 2011

DEDICATÓRIA

A todos que acreditam que saúde é o bem *sublime* da vida.

Parafraçando Geraldo, João, Josélia, Maria da Conceição, Maria de Fátima, Maria e Raimundo –
moradores do município de Ribeirão das Neves – Minas Gerais.

AGRADECIMENTOS

À Zélia, à Rose e aos funcionários da Fiocruz Minas que colaboraram com essa pesquisa;

À Renata, à Juliana, à Graziela, à Marta, à Viviane e a todos os profissionais de saúde do município de Ribeirão das Neves que trabalharam neste projeto conosco;

E aos moradores da região IV de Ribeirão das Neves, que nos ajudaram a construí-lo:

Muito obrigada!

À Biblioteca do CPqRR em prover acesso gratuito local e remoto à informação técnico-científica em saúde custeada com recursos públicos federais, integrante do rol de referências desta dissertação, também pela catalogação e normalização da mesma.

AGRADECIMENTO À FIOCRUZ

Este trabalho foi financiado pela Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ, Edital CSDT/FIOCRUZ – 001/2009.

SUMÁRIO

LISTA DE FIGURAS	x
LISTA DE TABELAS	xi
LISTA DE ABREVIATURAS E SÍMBOLOS.....	xiii
RESUMO.....	xv
ABSTRACT	xvi
1 INTRODUÇÃO.....	17
2 OBJETIVOS.....	19
2.1 Objetivo Geral.....	19
2.2 Objetivos Específicos.....	19
3 REVISÃO DA LITERATURA.....	20
3.1 A Garantia de Acesso em Saúde aos Cidadãos e a Legislação Sanitária Brasileira.....	20
3.2 Conceituação de Acesso em Saúde e seus Fatores Determinantes	24
4 MÉTODOS.....	30
4.1 Preâmbulo.....	30
4.1.1 Métodos utilizados	30
4.1.2 Referencial teórico	31
4.1.3 Caracterização do local do estudo	32
4.1.3.1 O município de Ribeirão das Neves.....	32
4.1.3.2 A Região Sanitária IV do município de Ribeirão das Neves	35
4.1.3.3 A Unidade Básica de Referência (UBR) Jardim de Alá.....	36
4.2 Procedimentos Metodológicos	38
4.2.1 Objetivo 1	38
4.2.2 Objetivo 2.....	39
4.2.3 Objetivo 3.....	39
4.2.4 Objetivo 4.....	41
4.2.5 Plano de coleta e análise dos dados.....	42
4.2.6 Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa e financiamento do projeto	43
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	44
5.1 Objetivo 1.....	44
5.2 Objetivo 2.....	47
5.3 Objetivo 3.....	62
5.4 Objetivo 4.....	79
6 CONCLUSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS	81
7 PONDERAÇÕES DA AUTORA	83
8 ANEXOS	85
8.1 ANEXO A – Questionário para Usuários da Unidade Básica de Referência (UBR) Jardim de Alá	85
8.2 ANEXO B – Roteiros de Entrevistas para Profissionais de Saúde.....	91
8.3 ANEXO C – Consentimento Informado para Participação de Projeto – Usuários da UBR Jardim de Alá.....	94
8.4 ANEXO D – Consentimento Informado para Participação de Projeto – Profissionais de Saúde.....	96
8.5 ANEXO E – Ficha para Coleta de Dados da Unidade Básica de Referência Jardim de Alá	98
8.6 ANEXO F – Banner	99
8.7 ANEXO G – Carta de Aprovação do Projeto pelo CEP.....	100
8.8 ANEXO H – Carta da Coordenadoria de Cooperação Social.....	101
9 REFERÊNCIAS.....	102

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Mapa de localização do município de Ribeirão da Neves na RMBH (FUNDAÇÃO ISRAEL PINHEIRO, 2009).....	33
Figura 2 - Localização da Região Sanitária IV do município de Ribeirão das Neves	36
Figura 3 - Foto da entrada da UBR Jardim de Alá	38
Figura 4 - Comparação entre o número de autorizações de internação hospitalar (AIH) por local de residência e por local de internação para o município de Ribeirão das Neves, 2010	44

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Estabelecimentos de saúde de Ribeirão das Neves, dezembro de 2010	45
Tabela 2 - Profissionais de Saúde de Ribeirão das Neves cadastrados no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil (CNES) – nível superior, dezembro de 2010	46
Tabela 3 - Profissionais de saúde de Ribeirão das Neves cadastrados no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil (CNES) – nível médio, dezembro de 2010	46
Tabela 4 - Dados demográficos dos participantes do estudo, Ribeirão das Neves, 2011	65
Tabela 5 - Frequência de utilização de meios de comunicação pelos participantes do estudo, Ribeirão das Neves, 2011	65
Tabela 6 - Responsável pelo pagamento do plano de saúde dos participantes do estudo, Ribeirão das Neves, 2011	67
Tabela 7 – Distribuição dos participantes do estudo, segundo cadastramento na ESF, Ribeirão das Neves, 2011	67
Tabela 8 – Distribuição dos participantes do estudo, segundo utilização de medicamentos de uso contínuo, Ribeirão das Neves, 2011	68
Tabela 9 – Recebimento gratuito de medicamentos pelos participantes do estudo na última vez que precisaram, Ribeirão das Neves, 2011	68
Tabela 10 - Encaminhamento do participante do estudo para outro serviço de saúde, pela UBR, quando necessário, Ribeirão das Neves, 2011	69
Tabela 11 - Acesso a consultas médicas e de enfermagem no último ano pelos participantes do estudo, Ribeirão das Neves, 2011	70
Tabela 12 - Acesso à odontologia pelos participantes do estudo, Ribeirão das Neves, 2011	70
Tabela 13 - Tempo gasto pelos participantes do estudo para ir de casa ao serviço de saúde do bairro, Ribeirão das Neves, 2011	71
Tabela 14 - Forma de locomoção até o serviço de saúde utilizada pelos participantes do estudo, Ribeirão das Neves, 2011	72
Tabela 15 - Morbidade autoreferida pelos participantes do estudo, Ribeirão das Neves, 2011	73
Tabela 16 - Ação dos participantes do estudo diante de problemas de saúde graves e não graves, Ribeirão das Neves, 2011	74

Tabela 17- Serviço de saúde que o participante do estudo costuma procurar, Ribeirão das Neves, 2011	75
Tabela 18 - Motivos de utilização do serviço do bairro pelo participante do estudo, Ribeirão das Neves, 2011	75
Tabela 19 - Motivos do participante do estudo para utilizar serviços de saúde de fora do bairro, Ribeirão das Neves, 2011	75
Tabela 20 - Opinião do participante do estudo sobre o serviço de saúde do bairro, Ribeirão das Neves, 2011	76
Tabela 21 - Número de idas ao serviço de saúde do bairro para resolução do problema do participante do estudo, Ribeirão das Neves, 2011	77
Tabela 22 - Ação do participante do estudo, ao não ter problema resolvido, Ribeirão das Neves, 2011	77
Tabela 23 - Principal dificuldade do participante do estudo para utilizar o serviço de saúde do bairro, Ribeirão das Neves, 2011	77
Tabela 24 - Opinião dos participantes do estudo sobre os profissionais de saúde do bairro, Ribeirão das Neves, 2011	78

LISTA DE ABREVIATURAS E SÍMBOLOS

ACD – Auxiliar de Consultório Dentário
ACS – Agente Comunitário de Saúde
AIH – Autorização de Internação Hospitalar
APS – Atenção Primária à Saúde
CAP – Centro de Atenção Psicossocial
CIB – Comissão Intergestores Bipartite
CIT – Comissão Intergestores Tripartite
CNES – Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil
COAPS – Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde
CONASS – Conselho Nacional dos Secretários de Saúde
CONASEMS – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CFM – Conselho Federal de Medicina
Cremesp – Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo
COPASA – Companhia de Saneamento de Minas Gerais
DATASUS – Departamento de Informática do SUS
ESF – Estratégia de Saúde da Família
INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS – Instituto Nacional de Previdência Social
INSS – Instituto Nacional do Seguro Social
IPTU – Imposto Predial e Territorial Urbano
MS – Ministério da Saúde
NOAS – Norma Operacional da Assistência à Saúde
NOB – Norma Operacional Básica
PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PN-DST/Aids – Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids
PNH – Política Nacional de Humanização
PROESF – Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família
PSF – Programa Saúde da Família
RIPSA – Rede Interagencial de Informações para a Saúde.
RMBH – Região Metropolitana de Belo Horizonte
SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
Semas – Secretaria Municipal de Assistência Social
SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SIDA – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

SIH – Sistema de Informações Hospitalares

SUS – Sistema Único de Saúde

UBR – Unidade Básica de Referência

UBS – Unidade Básica de Saúde

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

RESUMO

Esta dissertação é uma discussão sobre o acesso de usuários de uma Unidade Básica de Referência (UBR) do município de Ribeirão das Neves aos serviços de saúde, baseada na triangulação de métodos, com apoio da percepção de múltiplos atores sociais e de informações gerenciais. A pesquisa foi desenvolvida na UBR Jardim de Alá, na Região Sanitária IV do município, local marcado por violência, exploração sexual, baixa escolaridade, trabalho informal e baixa renda dos moradores. Inicialmente, foi realizado um levantamento de dados de internação, recursos humanos e físicos disponíveis em sistemas de informação em saúde. Posteriormente, fez-se um estudo em campo, que envolveu 15 profissionais de saúde e 45 usuários. Os instrumentos de coleta de dados utilizados foram entrevista semiestruturada, realizada com os profissionais de saúde; questionário semiestruturado, realizado com 38 usuários e encontro com sete usuários, utilizando-se a técnica do grupo nominal. Todos os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. As entrevistas abordaram características do atendimento local, da equipe de saúde, dos usuários e da rede prestadora de serviços de saúde. Os questionários abordaram quatro temas: características individuais, da moradia, de saúde e de informação e comunicação. O grupo nominal teve como objetivo verificar os fatores necessários para acesso adequado sob a perspectiva dos usuários participantes. Os depoimentos obtidos a partir da realização das entrevistas foram integralmente transcritos e tratados pela análise de conteúdo temática. Foi realizada análise descritiva dos dados obtidos a partir da aplicação dos questionários. Os resultados evidenciaram como fatores determinantes para o acesso do grupo estudado a aceitabilidade do sistema de saúde pelos usuários, a relação entre estes e os profissionais de saúde, a adequação do número de profissionais para a prestação de serviços, a atenção secundária/referência, o financiamento do sistema de saúde e a estigmatização do município. As informações obtidas neste trabalho podem ser úteis para melhor compreensão dos fatores que influenciam o acesso aos serviços de saúde da população estudada e colaborar para planejamento de ações por profissionais da gestão e da assistência à saúde para melhoria do acesso.

ABSTRACT

This dissertation is a discussion about user access to a Basic Reference Unit (BRU) in the municipality of Ribeirão das Neves to health services, based on triangulation of methods, according to the perception of multiple social factors and management information. The research was conducted at UBR Jardim de Alá, in Region IV of the municipality, a place marked by violence, sexual exploitation, low education, informal employment and low income residents. Initially, a survey was realized from a hospitalization data, human and physical resources available in health information systems. Later on, a field study was done which involved 15 health professionals and 45 users. The data collection instruments used were semi-structured interviews conducted with health professionals, semi-structured questionnaire conducted with 38 users and meeting with seven users, using the nominal group technique. All participants signed an informed consent. The interviews addressed the characteristics of local service, the health team, users and the network provider of health services. The questionnaire addressed four themes: individual characteristics, housing, health and information and communication. The nominal group aimed to determine the necessary factors for adequate access by users' perspective. The statements obtained from the interviews were fully transcribed and processed by content analysis. A descriptive analysis of data was done from the questionnaires. The results showed as determinants for access to the group studied the acceptability of the health system by the users, the relationship between them and health professionals, the adequacy of the number of professionals to provide services, secondary care/referral, the financing the health system and the stigmatization of the municipality. The information obtained in this study may be useful for better understanding of factors that influence the access to health services of the study population and contribute to action planning by management professional and health care for an improving of this access.

1 INTRODUÇÃO

Em 2011, o tema da 14^o Conferência Nacional de Saúde foi "*Todos usam o SUS! SUS na Seguridade Social, Política Pública, patrimônio do Povo Brasileiro*", com o eixo "*Acesso e acolhimento com qualidade: um desafio para o SUS*". A abordagem da temática acesso na Conferência conota sua importância e atualidade no cenário da Saúde Pública Nacional.

O acesso universal e de forma integral é garantido pela legislação brasileira, mas ainda é um grande desafio para aqueles que trabalham no Sistema Único de Saúde (SUS).

Todos os brasileiros usam o SUS de alguma forma, seja por meio de ações de educação, promoção, prevenção e vigilância em saúde, de programas de saúde, de cuidados especializados ou de reabilitação. Nota-se, entretanto, que este acesso, embora seja universal em tese, ainda enfrenta desafios no que se refere à integralidade e equidade. Possibilitar que todos os cidadãos tenham acesso a todos os tipos e níveis de ações de saúde, com equidade, é hoje foco das Políticas Públicas de Saúde (BRASIL, 2011c).

Sabe-se que o risco de adoecer e morrer apresenta marcado gradiente social que tende a ser desfavorável aos indivíduos pertencentes aos grupos menos favorecidos. Os determinantes da utilização dos serviços de saúde são descritos como fatores relacionados à necessidade de saúde (morbidade, gravidade e urgência da doença), aos usuários (características demográficas, socioeconômicas, culturais e psíquicas) e às características da organização do sistema de saúde (legislação, financiamento, características dos prestadores do serviço, localização geográfica dos locais de atendimento, proposta assistencial, entre outras) (TRAVASSOS; MARTINS, 2004). Modificações nestes fatores, portanto, influenciam diretamente as desigualdades sociais no acesso em saúde.

Além disso, o acesso aos serviços de saúde está relacionado à percepção das necessidades de saúde, à conversão destas necessidades em demandas e destas em uso. Dessa forma, justifica-se compreender os fatores que influenciam a utilização pode contribuir para a identificação de razões para possíveis diferenças na procura, na satisfação com o cuidado recebido e nos resultados alcançados. É especialmente relevante para a formulação de políticas que encorajem o uso apropriado e desencorajem o uso inadequado, promovendo um cuidado custo-efetivo, e para a programação da oferta de serviços, considerando as mencionadas

especificidades dessa população, na busca por um sistema de saúde mais equânime.

Esta dissertação visou explorar a questão do acesso em saúde, em uma região do município de Ribeirão das Neves – Minas Gerais, caracterizada por baixa inclusão social, com moradores que vivem em situação de pobreza e que convivem com a violência. Considerando-se que esses indivíduos constituem um grupo populacional vulnerável aos fatores de morbimortalidade e que a atuação no nível local de atenção a saúde é um espaço privilegiado para conhecer uma população, seus modos de vida e suas condições materiais de existência, o projeto pretendeu criar mecanismos voltados para a compreensão das necessidades de saúde desse contingente populacional.

O presente trabalho está inserido num projeto maior denominado *Projeto Farol: pensar e agir para potencializar geração de renda e acesso aos serviços de Saúde*, que visa ao desenvolvimento de atividades que promovam o acesso aos serviços de saúde e potencializem a geração de renda, na perspectiva da construção participativa e orientada para a compreensão do contexto social. Este projeto foi aprovado e financiado pela Coordenadoria de Cooperação Social da Fundação Oswaldo Cruz (*Edital CSDT/FIOCRUZ – 001/2009*). A equipe responsável pelo Projeto Farol incluiu colaboradores da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e Secretaria Municipal de Assistência Social (Semas) do município de Ribeirão das Neves e do Centro de Pesquisas René Rachou.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Analisar o acesso da população aos serviços de saúde de uma área do município de Ribeirão das Neves, Minas Gerais.

2.2 Objetivos Específicos

- Analisar a rede de serviços de saúde, o quantitativo de profissionais de saúde e a taxa de internação hospitalar do município investigado;
- Identificar fatores que influenciam o acesso/ utilização dos serviços públicos de saúde pela população sob a perspectiva dos profissionais de saúde investigados;
- Descrever o padrão sociodemográfico e de acesso/utilização dos serviços de saúde pela população participante do estudo;
- Identificar a concepção de acesso em saúde pela população participante do estudo.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 A Garantia de Acesso em Saúde aos Cidadãos e a Legislação Sanitária Brasileira

O SUS é reconhecido como uma política de inclusão social brasileira. A Constituição Federal de 1988 aprovou a criação do SUS, que tem como princípios a universalidade, a equidade a integralidade e é organizado de maneira descentralizada, hierarquizada e com participação da população. Antes de sua criação, o Ministério da Saúde (MS) realizava basicamente ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, como campanhas de vacinação e controle de endemias. A assistência médico-hospitalar era prestada por meio do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS – e beneficiava apenas trabalhadores da economia formal, segurados do Instituto Nacional de Previdência Social – INPS e seus dependentes, ou seja, o **acesso não era universal** (BRASIL, 2011a).

A Constituição de 1988 vem para modificar essa situação, assegurando, em seu artigo 196, que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao **acesso universal** e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988).

Em 1990, a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº8080) reafirma a **universalidade de acesso** à saúde ao dispor “sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços” (BRASIL, 1990).

Estabelecidas as definições legais pela Constituição Federal de 1988 e a Lei Orgânica de Saúde, foi iniciada a implantação do SUS, orientada por Normas Operacionais, instituídas por meio de portarias ministeriais e responsáveis pelo estabelecimento das competências de cada esfera de governo e das condições necessárias para que estados e municípios pudessem assumir as novas atribuições no processo de implantação do SUS (BRASIL, 2011a).

Desde então, foram publicadas quatro Normas Operacionais Básicas: NOB-SUS 01/91, NOB-SUS 01/92, NOB-SUS 01/93 e NOB-SUS 01/96. Em 2001, foi publicada a primeira Norma Operacional da Assistência a Saúde (NOAS-SUS 01/01), que foi revista e publicada em 2002, como Norma Operacional da Assistência à

Saúde 2002 (NOAS-SUS 01/02). As NOBs foram instrumentos de regulação do processo de descentralização, que tratavam dos aspectos de divisão de responsabilidades, relações entre gestores e critérios de transferência de recursos federais para estados e municípios (LEVCOVITZ, 2001).

No que diz respeito ao financiamento das ações e serviços públicos de saúde, a Emenda Constitucional nº 29/2000 estabeleceu a vinculação de recursos nas três esferas de governo, de forma a assegurar os recursos mínimos, e reforçou o papel do controle e fiscalização dos Conselhos de Saúde, prevendo sanções para o caso de descumprimento dos limites mínimos de aplicação em saúde (BRASIL, 2000 a).

A partir de 2003, o processo normativo do SUS começou a ser discutido e revisado, pois os gestores compreendiam que era necessário contemplar a ampla diversidade e diferenças do país e que a elaboração de uma nova norma deveria contribuir para a construção de um modelo de atenção que considerasse os princípios do SUS, amparado pela responsabilidade sanitária, adequada à realidade de cada estado e região, com integração de ações (promoção à saúde, Atenção Primária à Saúde (APS), assistência de média e alta complexidade, epidemiologia e controle de doenças, vigilância sanitária e ambiental), fortalecimento do controle social e reafirmação da importância das instâncias deliberativas, Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e Comissão Intergestores Tripartite (CIT) (BRASIL, 2006 a). A CIB é uma instância colegiada formada por gestores Estadual e Municipais e a CIT por gestores Federal, Estaduais e Municipais e constituem foros de negociação e decisão quanto aos aspectos operacionais do SUS.

Na reunião da CIT, de agosto de 2004, foi aprovado um documento-base para o processo de discussão e elaboração de propostas de pactuação. O documento apontou como princípios fundamentais dessa pactuação a construção da equidade, a integralidade da atenção, a garantia do **acesso universal** do cidadão e a participação social/ controle público do sistema. Indicou também princípios organizativos e operacionais: organização do sistema pela lógica da necessidade; descentralização com direção única; hierarquização e regionalização cooperativa; financiamento e alocação de recursos na lógica da necessidade (BRASIL, 2011a).

A partir das discussões envolvendo o que se chamava na época de Pacto de Gestão, houve a compreensão pelos gestores federais, estaduais e municipais da necessidade de se pactuar também metas e objetivos sanitários a serem alcançados, assim como da necessidade de envolver a sociedade na defesa do SUS. Estabeleceu-se, então, a organização de um Pacto pela Saúde, com capacidade de

responder aos desafios atuais da gestão e organização do sistema, para dar respostas concretas às necessidades de saúde da população brasileira, e tornar a saúde uma política de Estado mais do que uma política de governo. A finalidade desse processo de pactuação era a qualificação da gestão pública do SUS, buscando maior efetividade, eficiência e qualidade de suas respostas (BRASIL, 2011a).

Esse trabalho foi realizado em conjunto com o MS, o Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), em 2004 e 2005, e os resultados obtidos constam da Portaria GM/MS n. 399, publicada em 22 de fevereiro de 2006, com a definição das diretrizes operacionais do Pacto pela Saúde. Foram definidas três dimensões no Pacto pela Saúde: Pacto em Defesa do SUS, Pacto pela Vida e Pacto de Gestão (BRASIL, 2006c).

As diretrizes operacionais do Pacto pela Saúde reafirmaram a importância da regionalização e dos instrumentos de planejamento e programação como o Plano Diretor de Regionalização (PDR), Plano Diretor de Investimentos (PDI) e a Programação Pactuada Integrada (PPI), e possibilitaram a reorganização dos processos de gestão e de regulação do sistema de saúde no âmbito dos estados, com o objetivo de **melhorar e qualificar o acesso** do cidadão a ações e serviços de saúde (BRASIL, 2006c).

O que o Pacto pretendeu com o processo de regionalização foi **melhorar o acesso** a serviços de saúde, respeitando-se os conceitos de economia de escala e de qualidade da atenção, para se desenvolver sistemas eficientes e efetivos e criar as bases territoriais para o desenvolvimento de redes de atenção à saúde (BRASIL, 2006a).

O processo de Programação Pactuada Integrada também pretendeu contribuir para a **garantia de acesso** aos serviços de saúde, subsidiando o processo regulatório da assistência, por meio dos pactos de referência entre municípios, determinando a parcela de recursos destinados à própria população e à população referenciada (BRASIL, 2006a).

Em 2011, iniciou-se mais um processo de modificações na normatização do SUS: com o decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, foi regulamentada, após vinte anos, a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. O decreto dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa (BRASIL, 2011b).

Em seu artigo 8º, o decreto preconiza que “o **acesso universal, igualitário e ordenado** às ações e serviços de saúde se inicia pelas Portas de Entrada do SUS e se completa na rede regionalizada e hierarquizada, de acordo com a complexidade do serviço” e que este acesso “será ordenado pela atenção primária e deve ser fundado na avaliação da gravidade do risco individual e coletivo e no critério cronológico, observadas as especificidades previstas para pessoas com proteção especial, conforme legislação vigente” (BRASIL, 2011b).

A **continuidade do acesso** – a integralidade da atenção prestada – é reafirmada no artigo 12: “ao usuário será assegurada a continuidade do cuidado em saúde, em todas as suas modalidades, nos serviços, hospitais e em outras unidades integrantes da rede de atenção da respectiva região”; “as Comissões Intergestores pactuarão as regras de **continuidade do acesso** às ações e aos serviços de saúde na respectiva área de atuação” (BRASIL, 2011b).

O artigo 13 estabelece como será assegurado ao usuário o acesso às ações e serviços de saúde do SUS, atribuindo aos entes federativos: garantir a **transparência, a integralidade e a equidade no acesso** às ações e aos serviços de saúde; orientar e ordenar os fluxos das ações e dos serviços de saúde; monitorar o acesso às ações e aos serviços de saúde; e ofertar regionalmente as ações e os serviços de saúde (BRASIL, 2011b).

A integralidade da assistência à saúde se inicia e se completa na Rede de Atenção à Saúde, mediante referenciamento do usuário na rede regional e interestadual, pactuada nas Comissões Intergestores, de acordo com o artigo 12 do decreto (BRASIL, 2011b).

Em seu artigo 35, fica estabelecido que as responsabilidades individuais e solidárias dos entes federativos com relação às ações e serviços de saúde, os indicadores e as metas de saúde, os critérios de avaliação de desempenho, os recursos financeiros que serão disponibilizados, a forma de controle e fiscalização da sua execução e demais elementos necessários à implementação integrada das ações e serviços de saúde serão contratualizadas por meio do Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde – COAPS (BRASIL, 2011b).

O parágrafo 1º desse artigo esclarece que o “Ministério da Saúde definirá indicadores nacionais de **garantia de acesso** às ações e aos serviços de saúde no âmbito do SUS, a partir de diretrizes estabelecidas pelo Plano Nacional de Saúde” e o parágrafo 2º que o desempenho aferido a partir desses indicadores “servirá como parâmetro para avaliação do desempenho da prestação das ações e dos serviços

definidos no Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde em todas as Regiões de Saúde, considerando-se as especificidades municipais, regionais e estaduais” (BRASIL, 2011b).

Busca-se, portanto, uma gestão por resultado; o refinamento das práticas de gestão mostra-se evidente na evolução do sistema de saúde brasileiro.

Os resultados do SUS em duas décadas mostram sua importância como Política Pública de Saúde e seus avanços na busca do acesso universal e integral:

- A Estratégia Saúde da Família (ESF) iniciou o ano de 2010 com 30.300 equipes prestando serviços de APS em mais de 5.000 municípios e cobertura de 96 milhões de habitantes;
- O Brasil interrompeu a transmissão do cólera, em 2005, da rubéola, em 2009, a transmissão vetorial de Chagas, em 2006 e foram reduzidas as mortes de outras doenças transmissíveis, como tuberculose, hanseníase, malária e Aids;
- O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) atende 105 milhões de brasileiros;
- O SUS consolidou-se como o principal fornecedor de medicamentos e o mercado de genéricos está crescendo com o aumento de novos registros de medicamentos;
- O Brasil está em segundo lugar em número absoluto de transplantes realizados ao ano em todo o mundo. Foram realizados, em 2009, 20.200 transplantes, sendo mais de 90% pelo SUS;
- O Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids (PN-DST/Aids) destaca-se entre as políticas desenvolvidas pelo SUS com maior reconhecimento nacional e internacional;
- O Brasil é reconhecido internacionalmente como um país que tem um dos mais completos e bem-sucedidos programas de imunizações do mundo (BRASIL, 2011a).

3.2 Conceituação de Acesso em Saúde e seus Fatores Determinantes

O conceito de acesso a serviços de saúde é complexo e conta com diferentes abordagens. Há divergências de nomenclatura (acesso e acessibilidade), de enfoque (demanda – indivíduos – e/ ou oferta – serviços de saúde) e objetivos (processo e/ou resultados).

Uma forma indireta de se medir acesso é se baseando na utilização de serviços de saúde. Os determinantes da utilização dos serviços são fatores relacionados: à necessidade de saúde – morbidade, gravidade e urgência da doença; aos usuários – características demográficas, geográficas, socioeconômicas, culturais e psíquicas; aos prestadores de serviços – características demográficas, tempo de graduação, especialidade, características psíquicas, experiência profissional, tipo de prática, forma de pagamento; à organização – recursos disponíveis, características da oferta, modo de remuneração, acesso geográfico e social; à política – tipo de sistema de saúde, financiamento, tipo de seguro de saúde, quantidade, tipo de distribuição dos recursos, legislação e regulamentação profissional e do sistema (PINEAULT; DAVELUY, 1986 apud TRAVASSOS; MARTINS, 2004, p.190-191). Nota-se, entretanto, que a utilização de serviços pode ser uma medida de acesso, mas não pode ser explicado apenas por ela, pois resulta de múltiplos fatores (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Frenk (1985 apud TRAVASSOS; MARTINS, 2004, p.193) utiliza o termo acessibilidade, abordando características da oferta e da população. A acessibilidade seria influenciada pelo fator “resistência” – obstáculos ecológicos, financeiros e organizacionais para procurar e obter cuidados – e pelo “poder de utilização” – capacidade da população para superar tais obstáculos.

Andersen (1995) utiliza o conceito de acesso, que seria influenciado pelos seguintes aspectos: predisposição do indivíduo para utilização do serviço de saúde (características demográficas, estrutura social e crenças), fatores capacitantes que permitem e que impedem a utilização (renda, seguro de saúde, disponibilidade de serviços, distância e tempo de espera) e a necessidade de saúde do indivíduo. Esse mesmo autor constata que os fatores predisponentes, capacitantes e as necessidades de saúde podem explicar diferentemente o acesso dependendo do tipo de serviço de saúde, por exemplo, hospitalar – mais dependente das necessidades e características demográficas – ou ambulatorial – dependente da estrutura social, crenças e fatores capacitantes. Afirma que há equidade no acesso quando as variações na utilização são determinadas apenas por fatores demográficos e de necessidades de saúde. Quando as variações são devidas à estrutura social, às crenças e à renda, há uma situação de iniquidade.

Andersen (1995) utiliza ainda os conceitos de “acesso potencial” e “acesso realizado”. Acesso potencial é influenciado por fatores capacitantes do uso de serviços e o acesso realizado representa a utilização de serviços, sendo influenciado

por fatores predisponentes e as necessidades de saúde. O autor constata que os fatores capacitantes e as crenças são os mais facilmente mutáveis, ou seja, têm maior alcance por políticas públicas. Entretanto, as características demográficas, a estrutura social e as necessidades de saúde têm baixa mutabilidade, sendo de difícil abordagem pelo gestor. O autor faz também uma abordagem baseada em resultados, sugerindo como medidas de acesso a eficácia (melhoria do status de saúde e da satisfação do usuário) e eficiência (melhoria do status de saúde e da satisfação do usuário com relação à utilização dos serviços – recursos utilizados).

Acesso, segundo Travassos *et al.* (2006), refere-se à possibilidade de utilizar serviços de saúde quando necessário e expressa características da oferta (sistemas e serviços de saúde) que facilitam ou dificultam as pessoas na utilização. O modo de financiamento do sistema de saúde, a condição social do indivíduo e o local de residência são algumas dessas características. Desigualdades sociais no acesso expressam as particularidades do sistema de saúde de cada local, de acordo com o modelo seguido, por exemplo, a existência do princípio da universalidade. Em geral, em países onde o sistema de saúde é universal, a iniquidade no acesso tende a ser menor.

Um estudo de Fernandes *et al.* (2009), no município de Porto Alegre, sobre a utilização da unidade de saúde da família local, mostrou maior uso deste serviço entre as pessoas com menor nível socioeconômico e sem cobertura por plano de saúde. Com relação aos usuários de outros serviços de saúde, foi encontrada uma maior utilização por pessoas com maior nível socioeconômico e com cobertura por plano de saúde, mostrando que o modelo assistencial pode influenciar no acesso. Os autores destacam que a implantação da ESF tende a melhorar progressivamente as condições de saúde da população mais pobre por ampliar o acesso aos serviços de saúde para esta população.

Mendonza-Sassi & Beria (2001), em uma revisão sobre os fatores relacionados à utilização de serviços de saúde em diversos países, também mostrou que diferentes padrões podem estar associados a diferentes modelos de sistema de saúde. Os autores também constatam que, ao se medir utilização de serviços, está-se estudando a acessibilidade aos mesmos, embora não seja uma medida exata. Além disso, relatam que, ao se estudar utilização-acessibilidade por grupos socioeconômicos, também se está avaliando a equidade do sistema em questão. Verificam que, geralmente, baixa renda e baixa escolaridade estão associadas à maior utilização, entretanto, quando se separa grupos por graus de necessidade de

saúde, nota-se que os indivíduos de menor renda e escolaridade utilizam menos os serviços de saúde. Os autores diferenciam equidade vertical, que estuda a utilização entre os diferentes grupos sociais sem se considerar os níveis de necessidade de saúde, e equidade horizontal, que compara os diferentes grupos considerando-se diferentes necessidades. Ressaltam ainda que as classes mais baixas não tenham uma percepção de necessidade de saúde como as classes mais altas e que deveriam ser consideradas medidas específicas de educação em saúde para estes grupos, buscando mudanças de atitudes frente às enfermidades.

Mendonza-Sassi & Beria (2001) ainda estabelecem uma relação hierárquica entre os diferentes fatores relacionados à utilização de serviços, considerando que os aspectos que se relacionam mais diretamente com a utilização são a satisfação do usuário, as necessidades de saúde, as características dos serviços de saúde e o comportamento do indivíduo na busca por serviços de saúde. Fatores socioeconômicos e demográficos teriam um efeito menor sobre a utilização de serviços, podendo atuar indiretamente por meio de fatores mais próximos, como os acima relacionados, e fatores intermediários, como estrutura familiar, suporte social e eventos estressantes.

Segundo Donabedian (1973, 2003), que, assim como Frenk (1985), utiliza o conceito de acessibilidade, esta se refere à facilidade com que as pessoas obtêm assistência à saúde, e é um dos fatores da oferta que ele define com capacidade de prestação de serviços para resposta às necessidades de saúde da população.

Para Donabedian (1973, 2003), a acessibilidade dependente de fatores sócio-organizacionais e geográficos, que se relacionam. Define como fatores geográficos a distância aos serviços de saúde, a disponibilidade e o custo de transporte e o tempo de locomoção. Os fatores organizacionais são aqueles que caracterizam a oferta dos serviços e que são determinantes para a utilização pela população, como os horários que ficam disponíveis, o tempo de espera para o atendimento e a disponibilidade de seguro de saúde pelo usuário. Cita ainda os fatores sociais e culturais e as preferências étnicas e religiosas com importantes para essa acessibilidade. Donabedian, embora enfatize os fatores geográficos e organizacionais, considera a acessibilidade como um importante fator da aceitabilidade social para a assistência.

Já Thiede & McIntyre (2008) aprofundam a questão da subjetividade no acesso aos serviços de saúde e abordam o conceito deste como liberdade para uso, baseada na consciência da possibilidade de uso pelo indivíduo e no seu

empoderamento para escolha. Os autores afirmam que os padrões de utilização de serviços de saúde podem se diferenciar entre os indivíduos com necessidades de saúde iguais e que isso não tem uma implicação negativa, se essas diferenças refletirem apenas escolhas individuais. Consideram a informação e o empoderamento como pré-requisitos essenciais para o acesso. A comunicação deve ser uma estratégia em políticas de saúde, não apenas com a transmissão da informação do gestor para o usuário, mas por meio da troca de informações entre eles.

Thiede & McIntyre (2008) também relacionam os fatores de disponibilidade, acessibilidade financeira e aceitabilidade ao acesso aos serviços de saúde. A disponibilidade está relacionada aos fatores como a existência de um serviço específico ao alcance do indivíduo, bem como cordialidade com o usuário, a existência de sistemas de marcação e conveniência de horários. A acessibilidade financeira refere-se à capacidade do paciente em arcar com os custos diretos e indiretos da assistência e ao modelo de financiamento do sistema de saúde. A aceitabilidade abrange os fatores subjetivos, sociais e culturais. O nível de acesso aos serviços de saúde é determinado pelo grau de adequação entre indivíduos e comunidades e o sistema de saúde. Os autores dão grande enfoque à interação entre os atores da oferta e os da demanda, sendo a informação um elemento fundamental para a melhoria do acesso, devendo ser foco de políticas públicas de saúde. Deve-se garantir a compreensão da informação, ou seja, este não pode ser um processo unidirecional, deve ser participativo, visando à comunicação entre gestores e usuários. Dessa forma, abordam o papel da educação e como o acesso a serviços de saúde pode ser determinado pela posição social.

Carpilheira & Santos (2006) também abordam a subjetividade no acesso, relatando que a procura por assistência, para cada indivíduo, depende de um fator objetivo, que é a patologia propriamente dita, com seus sinais e sintomas, e de um fator subjetivo, que é o significado atribuído à doença pelo paciente, que pode ser mensurado pela autopercepção de saúde dos indivíduos. Em um estudo que realizaram no município de Pelotas, encontraram maior utilização dos serviços por indivíduos que percebem sua saúde como regular ou ruim, demonstrando este fator.

Os autores afirmam que, para oferecer atenção à saúde com maior equidade no Brasil, é necessário conhecer os fatores individuais associados à utilização e também às características de oferta de serviços. Para isto, seriam necessários

estudos que avaliassem as características não apenas dos usuários, mas também dos que buscaram e não obtiveram o cuidado.

Penchansky & Thomas (1981) também abordam acesso por meio do relacionamento entre usuários e o sistema de saúde, identificando os seguintes fatores: disponibilidade de serviços em relação às necessidades; acessibilidade (dimensão geográfica); acolhimento (receptividade dos serviços de saúde e adaptação dos usuários à organização); capacidade de compra (formas de financiamento dos serviços e a possibilidade de pagamento pelas pessoas); e aceitabilidade (atitudes dos usuários e dos profissionais de saúde com relação às características e práticas de cada um).

Goddard & Smith (2001) destacam a existência de uma variabilidade de conhecimentos sobre disponibilidade e eficácia de serviços de saúde entre os indivíduos, talvez devido à linguagem e culturas diferentes, que influenciam na percepção das dificuldades e das facilidades para o acesso. Relatam que variações no acesso podem surgir devido às variações de disponibilidade, qualidade, custo e informação relativos aos serviços de saúde entre grupos populacionais e suas percepções dos benefícios da assistência oferecida, sendo, portanto, importante considerar a relação entre os atores da oferta e da demanda. Evidencia que os indivíduos com menor acesso aos serviços de saúde pertencem às classes sociais mais baixas (MCCLURE; NEWELL; EDWARDS, 1996, apud GODDARD; SMITH, 2001, p.1157), provavelmente pelas percepções dos benefícios oferecidos e dos custos de atendimento.

Goddard & Smith (2001) afirmam que devem ser realizadas pesquisas que reconheçam as influências da demanda e da oferta para o acesso a serviços de saúde. Notam que métodos qualitativos são, provavelmente, os mais apropriados quando se deseja identificar a natureza dessas influências e determinar a importância das mesmas em diferentes contextos. Ressaltam que há numerosos problemas metodológicos que inibem a produção de evidências utilizáveis e mostram a dificuldade de se identificar as causas potenciais de iniquidade passíveis de atuação por políticas públicas. As pesquisas são muito focadas nas variações de utilização – acesso realizado –, tornando-se difícil distinguir aspectos da demanda e da oferta (ADAY; ANDERSON, 1981 apud GODDARD; SMITH, 2001).

4 MÉTODOS

A apresentação dos métodos utilizados neste trabalho, assim como resultados e discussão, será subdividida de acordo com os objetivos da pesquisa. Antes, porém, far-se-á um preâmbulo com a teoria sucinta dos métodos utilizados, o referencial teórico e a apresentação do campo de pesquisa utilizado.

4.1 Preâmbulo

4.1.1 Métodos utilizados

Este estudo foi elaborado na perspectiva da triangulação de métodos, que se baseia na combinação e no cruzamento de múltiplos pontos de vista; no trabalho conjunto de pesquisadores com formação diferenciada; na visão de diferentes informantes; e no emprego de uma variedade de técnicas de coleta de dados, permitindo a interação, a crítica intersubjetiva e a comparação (MINAYO, 2005; DESLANDES *et al.*, 2007; GOMES *et al.*, 2007; SOUZA *et al.*, 2007).

Desta forma, foram utilizados no trabalho dados quantitativos e qualitativos, utilizando-se dados secundários, entrevistas estruturadas e semiestruturadas e a técnica de grupo nominal. Foi feita análise e a comparação das informações obtidas dos sistemas de informação disponíveis e das visões de gestores, profissionais da assistência e usuários dos serviços de saúde.

Os dados secundários analisados foram retirados dos bancos de sistemas de informação disponibilizados pelo MS, que podem ser importantes fontes de informação, desde que conhecidas as suas limitações (COSTA, 2000). A partir da análise desses dados, foi realizado um diagnóstico situacional do município, que é uma importante ferramenta para a tomada de decisões, planejamento, monitoramento e avaliação de ações (NOGUEIRA-MARTINS; BÓGUS, 2004).

A outra técnica utilizada foi a entrevista, importante na pesquisa de informações difíceis de serem obtidas por meio de observação direta: sentimentos, pensamentos e intenções. Possui a vantagem de oferecer a captação imediata da informação, permitindo correções, esclarecimentos e adaptações que tornam eficaz a obtenção das informações desejadas (NOGUEIRA-MARTINS; BÓGUS, 2004).

Existem três tipos de entrevista: estruturada ou fechada, semiestruturada e entrevista livre ou aberta. A entrevista fechada é realizada por meio de um

questionário pré-estabelecido e totalmente estruturado. A entrevista semiestruturada inicia-se com questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses, que oferecem um campo de questões, advindas de novas hipóteses que vão surgindo a partir das respostas do entrevistado. O entrevistado participa, assim, da elaboração do conteúdo da pesquisa. Na entrevista aberta, o pesquisador apresenta uma questão e o entrevistado segue por onde preferir, podendo abranger experiências pessoais, elementos históricos e sociais (NOGUEIRA-MARTINS; BÓGUS, 2004). Neste trabalho, foram utilizadas a entrevista semiestruturada e a estruturada.

A última abordagem do estudo foi realizada por meio da técnica de grupo nominal, que é muito utilizada em processos de tomada de decisão. Cada pessoa convidada a participar trabalha, inicialmente, com uma palavra que represente a sua ideia a respeito do tema em pauta (MINAYO, 2009). Em seguida, as palavras escolhidas sobre o tema são socializadas no grupo (de, no máximo, dez pessoas). Abre-se um tempo para que cada participante aprofunde o sentido da palavra que escolheu. Geralmente, ocorrem repetições de palavras ou de sentidos, o que demonstra que existem consensos com relação aos temas-chave. O coordenador conduz, aos poucos, para que o grupo resuma seu pensamento em torno de um número pequeno de temas que colaborarão para a tomada de decisão. O grupo nominal tenta extrair o máximo de informações no tempo disponível, para esclarecer o conteúdo e avaliar a sua importância (PEIRÓ, 2001).

4.1.2 Referencial teórico

As contribuições dos diferentes estudiosos do tema acesso aos serviços de saúde, conforme descrito anteriormente, sinalizam a complexidade do tema e a possibilidade e até necessidade de opção por um referencial teórico para guiar um trabalho que pretenda abordar tal temática. Nesse sentido, devido à maior adequação aos objetivos do presente trabalho, optou-se pela utilização dos trabalhos de Donabedian (1973, 2003) e Thiede & McIntyre (2008) como marco teórico. Aquele aborda a questão do acesso voltada para os aspectos do serviço de saúde e estes abordam o tema mais voltado para os aspectos do usuário. Donabedian sugere duas dimensões para a acessibilidade:

- Acessibilidade sócio-organizacional – aspectos de funcionamento dos serviços, como horário de funcionamento e tempo de espera;

- Acessibilidade geográfica – aspectos da distribuição espacial dos recursos, existência de transporte e localização das unidades de saúde.

Já Thiede & McIntyre utilizam três dimensões:

- Disponibilidade: existência de serviços ao alcance do indivíduo, assim como aspectos de receptividade ao usuário, sistemas de marcação e funcionamento em horários convenientes;
- Acessibilidade financeira: capacidade de o indivíduo pagar pelos custos assistenciais diretos e indiretos. O tipo de financiamento do sistema de saúde influencia fortemente o acesso;
- Aceitabilidade: fatores subjetivos, sociais e culturais da população para qual os serviços são ofertados.

4.1.3 Caracterização do local do estudo

4.1.3.1 O município de Ribeirão das Neves

Localização

Ribeirão das Neves está localizado na região noroeste da Região Metropolitana de Belo Horizonte – RMBH (Figura 1), situando-se a 23 km da capital. O município possui uma área de aproximadamente 154,67 Km² e sua divisão administrativa é composta de dois distritos: o distrito sede e o distrito de Justinópolis (FUNDAÇÃO ISRAEL PINHEIRO, 2009).



Figura 1 - Mapa de localização do município de Ribeirão das Neves na RMBH (FUNDAÇÃO ISRAEL PINHEIRO, 2009)

Histórico

Ribeirão das Neves é um dos núcleos mais antigos da RMBH, tendo surgido em meados do século XVIII, a partir da construção da Capela de Nossa Senhora das Neves. Somente a partir de 1943, passou a se chamar Ribeirão das Neves, emancipando-se em 12 de dezembro de 1953.

Foi após a construção da Penitenciária Agrícola de Neves, na década de 1930, que o núcleo urbano se desenvolveu, atraindo a migração de parentes de penitenciários. Novas unidades penitenciárias também foram criadas posteriormente, contribuindo para estigmatizá-lo e denominá-lo “cidade presídio” e para desestimular o crescimento econômico, que era baseado na produção de hortigranjeiros e na extração de areia nos córregos (RIBEIRÃO DAS NEVES, 2006a, apud FUNDAÇÃO ISRAEL PINHEIRO, 2009).

O processo de evolução urbana do município de Ribeirão das Neves está ligado ao processo de metropolização da região de Belo Horizonte, iniciado nos anos de 1940. Nas décadas de 1950 e 1960, os processos de industrialização e de crescimento populacional da capital consolidaram a configuração socioespacial

metropolitana e deslocamento da população de baixa renda para os municípios a norte da região metropolitana, como Ribeirão das Neves, o que causou uma ocupação irregular e clandestina no município (FUNDAÇÃO ISRAEL PINHEIRO, 2009).

Aspectos Socioeconômicos

Ribeirão das Neves conta com 296.317 habitantes de acordo com o censo de 2010 (BRASIL, 2011f), sendo que mais de 30% da população do Município constitui-se por faixas de mais baixa renda. Verifica-se que 77,3% dos chefes de domicílios do município recebem mensalmente dois salários mínimos ou menos e os que recebem maior renda, acima de dez salários mínimos, são 1,6% (FUNDAÇÃO ISRAEL PINHEIRO, 2009).

O município apresenta um percentual relativamente baixo da população economicamente ativa – 35,6% em 1991 (RIBEIRÃO DAS NEVES, 2006b, apud FUNDAÇÃO ISRAEL PINHEIRO, 2009) – a maioria das ocupações em atividades pouco remuneradas, como trabalhadores do comércio, prestadores de serviços especializados, operários da construção civil e trabalhadores domésticos – incluindo algum trabalho agrícola (IGC/UFMG, IPPUR/UFRJ, 2008, apud FUNDAÇÃO ISRAEL PINHEIRO, 2009). Observam-se altas taxas de desemprego no município, que possui reduzida inserção industrial e baixa renda per capita (Observatório das Metrôpoles, 2006 apud FUNDAÇÃO ISRAEL PINHEIRO, 2009).

Ribeirão das Neves possui um perfil populacional bastante jovem, sendo mais de 30% da população com idade entre 0 e 14 anos (OBSERVATÓRIO DAS METRÓPOLES, 2006, apud FUNDAÇÃO ISRAEL PINHEIRO, 2009). Analisando o nível de escolaridade dos responsáveis por domicílio, observa-se que há uma predominância de pessoas com níveis fundamental e médio (IGC/UFMG, IPPUR/UFRJ, 2008 apud FUNDAÇÃO ISRAEL PINHEIRO, 2009).

Nota-se que Ribeirão das Neves ocupa o 6º lugar no ranking de violência e o 9º lugar no índice de exclusão social dentre os 34 municípios da RMBH (POCHMANN; AMORIM, 2003 apud FUNDAÇÃO ISRAEL PINHEIRO, 2009). O município possui cinco penitenciárias e um centro de recuperação de jovens adultos, com cerca de 5.000 infratores de diferentes partes do estado cumprindo pena.

Observa-se ainda que Ribeirão das Neves constitui o município com a pior renda per capita dentre os municípios da RMBH, sendo de R\$359,80 em 2006 – em

Belo Horizonte foi R\$1.284,79 – (SECRETARIAS MUNICIPAIS DE FAZENDA E STN – CF. IGC/UFMG, IPPUR/UFRJ, 2008, apud FUNDAÇÃO ISRAEL PINHEIRO, 2009). A situação do município é problemática, pois a receita per capita disponível para a administração local é insuficiente para atender as demandas sociais e econômicas.

Ressalta-se que a concentração de uma população de baixa renda, jovem e desempregada somada à falta de uma base econômica capaz de absorver esta força de trabalho e a falta de recursos públicos para fazer frente à demanda de serviços e infraestruturas são fatores que desenham um quadro de miséria, carência e exclusão no município.

Infraestrutura

Ribeirão das Neves apresenta sérios problemas de infraestrutura devido ao rápido crescimento e à falta de planejamento. O processo histórico de expansão urbana acelerada e sem controle não promoveu o desenvolvimento sustentável: comprometeu os recursos hídricos, gerou um tecido urbano desarticulado e comprometeu a infraestrutura de saneamento em termos de esgotamento sanitário, coleta de lixo, drenagem pluvial e ausência de pavimentação, causando o surgimento de áreas de risco, que refletem um quadro de carências e de grande precariedade habitacional (FUNDAÇÃO ISRAEL PINHEIRO, 2009).

O abastecimento de água é feito pela Companhia de Saneamento de Minas Gerais – COPASA a mais de 90% da população de Neves, entretanto apenas aproximadamente 24% das ruas que têm rede de água possuem rede de esgotos e os esgotos coletados não passam por quase nenhum tratamento. Esta é uma das principais causas da insalubridade ambiental existente no município. A coleta de lixo também é inadequada: apenas 73% dos domicílios apresentam coleta direta ou indireta de lixo (IGC/UFMG, IPPUR/UFRJ, 2008, apud FUNDAÇÃO ISRAEL PINHEIRO, 2009).

4.1.3.2 A Região Sanitária IV do município de Ribeirão das Neves

A pesquisa foi realizada na Região Sanitária IV do município de Ribeirão das Neves, na área de Justinópolis (Figura 2). Conforme mencionado, o presente estudo faz parte do *Projeto Farol: pensar e agir para potencializar geração de renda e*

acesso aos serviços de Saúde, que visa ao desenvolvimento de atividades que promovam o acesso aos serviços de saúde e potencializem a geração de renda, na perspectiva da construção participativa e orientada para a compreensão do contexto social. A área de pesquisa foi selecionada por colaboradores da SMS e Semas do município de Ribeirão das Neves devido à sua alta vulnerabilidade social.

A Região Sanitária IV é marcada pela violência doméstica, pela violência urbana decorrente do uso e do tráfico de drogas, pela vivência sexual precoce – ocasionando elevadas taxas de paternidade e maternidade na adolescência –, pela exploração sexual e pelo trabalho informal. Soma-se a isso a baixa escolaridade, a insuficiente qualificação e capacitação profissional e a dificuldade de absorção da mão de obra local.

O local concentra uma população estimada de 40 mil pessoas, cerca de 8 mil famílias. Aproximadamente 5 mil famílias são cadastradas na ESF, distribuídas nas 12 unidades localizadas na região.

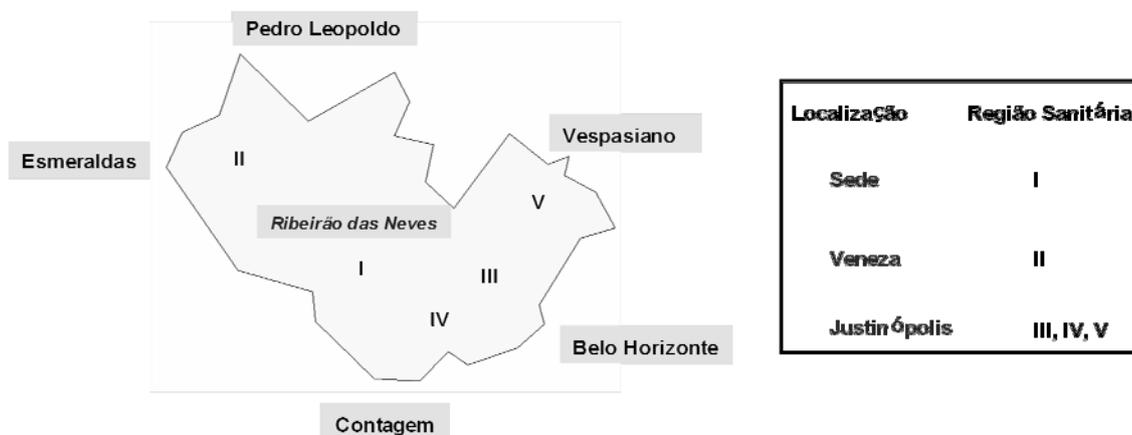


Figura 2 - Localização da Região Sanitária IV do município de Ribeirão das Neves

4.1.3.3 A Unidade Básica de Referência (UBR) Jardim de Alá

Na Região Sanitária IV de Ribeirão das Neves, a Unidade Básica de Referência (UBR) é a UBR Jardim de Alá (Figura 3), abrangendo toda a população desta região. No município, as UBR são responsáveis pelo atendimento referenciado das unidades da ESF nas clínicas básicas (Clínica Médica, Pediatria e Ginecologia), atendimento odontológico e de Enfermagem. Eventualmente, oferecem atendimento em clínicas especializadas, como Pneumologia e Psiquiatria.

Para o cadastro da UBR é utilizado o cadastro da ESF dos moradores da área adscrita. A parcela da população que não tem acesso a ESF pode ser atendida na UBR, desde que possua uma declaração, emitida por uma unidade da ESF, de que não é cadastrada. Estes usuários possuem um arquivo separado da população cadastrada na UBR.

As consultas eletivas da UBR são marcadas através da unidade da ESF. O agendamento de cada mês é aberto no mês anterior e a população não cadastrada tem marcação livre. As consultas médicas de urgência são realizadas, dependendo da avaliação da urgência de cada caso pela enfermagem, após o paciente ser atendido no acolhimento.

A UBR Jardim de Alá conta com 39 profissionais: 12 médicos, 1 psicóloga, 2 dentistas, 4 enfermeiras, 10 auxiliares de enfermagem, 2 auxiliares de consultório dentário (ACDs), 4 recepcionistas, 3 auxiliares de serviços gerais e 1 vigia.

A unidade funciona de 2ª a 6ª feira, de 7 às 19 horas. Os médicos trabalham 12 horas por semana, podendo ser em um único dia, ou em dois dias, em turnos de seis horas. São disponibilizadas 36 consultas por médico a cada 12 horas, sendo 28 eletivas e 8 de urgência. Por mês, são realizadas aproximadamente 1070 consultas sendo 230 de Pediatria, 580 de Clínica Médica e 260 de Ginecologia. Cada enfermeira realiza de 20 a 25 consultas por dia (acolhimento e atendimentos eletivos). Observa-se que o número de consultas não corresponde ao número de pessoas atendidas, já que algumas delas retornam no mesmo mês. Ressalta-se ainda que informações sejam aproximadas, pois não há um sistema de informação informatizado. Todo o controle da unidade é realizado manualmente; as informações relatadas neste item foram obtidas por meio de uma ficha para coleta de dados da UBR Jardim de Alá (Anexo E) elaborada pela aluna de mestrado e preenchida de acordo com informações prestada pela gerente da unidade.



Figura 3 - Foto da entrada da UBR Jardim de Alá

4.2 Procedimentos Metodológicos

4.2.1 Objetivo 1

Analisar a rede de serviços de saúde, o quantitativo de profissionais de saúde e a taxa de internação hospitalar do município investigado.

Foram obtidas informações do sistema de saúde do município de Ribeirão das Neves, por meio da tabulação e análise dos dados de 2010 obtidos dos sistemas de informação do Departamento de Informática do SUS (DATASUS).

Foram analisadas informações de produção hospitalar, recursos humanos e físicos, sendo utilizados bancos de dados dos seguintes sistemas de informação em saúde: SIH (Sistema de Informações Hospitalares) e CNES (Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil).

A utilização dos dados desses sistemas de informação justifica-se pelas reconhecidas vantagens dos dados administrativos de saúde de disponibilizarem um grande volume de informações com reduzido tempo entre a ocorrência do evento e seu registro, de forma rotineira, pelos serviços de saúde, sendo uma ferramenta na elaboração de políticas de saúde e no planejamento e gestão de serviços. São reconhecidas, entretanto, as suas limitações, destacando-se cobertura incompleta e incerteza quanto à confiabilidade dos dados. Bittencourt (2006), em sua revisão sobre estudos que utilizam dados do SIH para aplicação na Saúde Pública, aponta que, embora apresente limitações, a produção científica analisada mostrou que há

consistência interna e coerência dos dados do sistema com os conhecimentos atuais. Esse estudo mostrou que a análise desses bancos pode colaborar para decisões oportunas para os serviços e sistema de saúde.

4.2.2 Objetivo 2

Identificar fatores que influenciam o acesso/ utilização dos serviços públicos de saúde pela população sob a perspectiva dos profissionais de saúde investigados.

Foram realizadas entrevistas com profissionais de saúde do nível central da SMS e da UBR Jardim de Alá (gestores, profissionais assistenciais de nível superior e de nível médio), conduzidas pela aluna de mestrado e orientadas por roteiros semiestruturados (Anexo B), que abordaram as características do atendimento local, da equipe de saúde, dos usuários e da rede prestadora de serviços de saúde.

Os profissionais de saúde foram convidados a participar da pesquisa pela aluna de mestrado, que fez uma explicação do projeto, ressaltando que a participação não era obrigatória e que não interferiria nas relações com a SMS. Quando o convite era aceito, a entrevistadora entregava o termo de consentimento (Anexo D) para o profissional ler e assinar, concordando em participar da pesquisa. Os participantes receberam uma cópia do termo de consentimento com os contatos dos pesquisadores, no caso de serem necessários esclarecimentos adicionais. As entrevistas foram realizadas em uma sala reservada da UBR, sendo garantida a total confidencialidade das informações prestadas. Os profissionais foram identificados apenas por uma referência à sua função (gestor 1, gestor 2, profissional de nível superior 1, profissional de nível médio 1 etc).

4.2.3 Objetivo 3

Descrever o padrão sociodemográfico e de acesso/utilização dos serviços de saúde pela população participante do estudo.

Foram pesquisados os fatores que influenciam o acesso aos serviços de saúde dos usuários da UBR Jardim de Alá, sob a ótica dos usuários, por meio de entrevista dirigidas por questionário.

Amostra da população usuária da UBR

O trabalho foi desenvolvido com moradores da Região Sanitária IV atendidos na UBR Jardim de Alá, nos meses de março e abril de 2011. Os critérios de inclusão foram indivíduos com 18 anos ou mais, de ambos os sexos, usuários da UBR Jardim de Alá, que desejaram participar da pesquisa.

Para as entrevistas, os entrevistadores abordavam os usuários que estavam aguardando atendimento, explicavam o teor da pesquisa para estes e faziam o convite para participação no estudo, ressaltando que a participação não interferiria no acesso deles aos serviços de saúde da UBR. Ressalta-se que as entrevistas foram realizadas sempre às sextas-feiras e na parte da manhã, o que pode ter influenciado na amostra e nos resultados da pesquisa.

Inicialmente, pretendia-se realizar uma amostragem por conglomerado no bairro Vila Bispo de Maura e suas adjacências (bairro Santa Fé, bairro Sônia e bairro Jardim de Alá). Seria realizado um inquérito populacional, já que a pesquisa visava abranger não somente a população atendida pelos serviços locais, mas também a não atendida (a qual não é cadastrada pela ESF), verificando os motivos e implicações desta escolha/ impossibilidade. Entretanto, por orientação da SMS, que considerou a segurança dos pesquisadores, optou-se por não fazer o levantamento com a população nos domicílios e foi selecionada a UBR Jardim de Alá como local para a realização do estudo.

A amostragem não pode ser aleatória, já que o cadastro da população usuária da UBR é diferenciada – parte da população possui prontuário familiar (cadastro da ESF) e parte possui prontuário individual (população não cadastrada na ESF) – impossibilitando o sorteio. Dessa maneira, optou-se pela amostragem não probabilística e por conveniência, entrevistando-se aqueles usuários que estavam na unidade nos dias de entrevista e que aceitaram participar do projeto.

Questionário para os usuários da UBR

O questionário foi dividido em 4 blocos: características dos usuários; da moradia; informação e comunicação; características de saúde dos usuários (morbidade; cobertura de plano de saúde; acesso aos serviços de saúde; utilização dos serviços de saúde). O questionário foi organizado em 68 questões, sendo 23 fechadas, 25 abertas e 20 mistas (Anexo A).

Inicialmente, o questionário foi validado, por ser esta etapa fundamental para a análise da sua consistência interna (MINAYO *et al.*, 2005). É desejável verificar, desde o pré-teste, se as perguntas estão bem elaboradas e se as respostas obtidas são as informações que se deseja. É fundamental assegurar consistência teórica, clareza e compreensão. Para isso, foi realizado um piloto com quatro usuários e, após sua realização, foram feitas as modificações necessárias para posterior aplicação. As quatro entrevistas não fizeram parte da amostra final.

Os questionários foram aplicados pela aluna de mestrado e pela coorientadora. Estas eram responsáveis pelo preenchimento das respostas, o que foi feito rigorosamente de acordo com a resposta do entrevistado.

Os questionários eram anônimos (cada questionário foi enumerado como usuário 1, usuário 2 etc) e antes de cada entrevista, as entrevistadoras explicaram o projeto e leram o termo de consentimento (Anexo C). Todos os convidados aceitaram participar e, após assinatura/ou impressão digital, os entrevistados receberam uma cópia do termo de consentimento com os contatos dos pesquisadores, no caso de serem necessários esclarecimentos adicionais.

4.2.4 Objetivo 4

Identificar a concepção de acesso em saúde pela população participante do estudo.

Foi realizado um encontro com usuários da UBR Jardim de Alá, utilizando-se a técnica de grupo nominal, com o objetivo de verificar os fatores necessários para acesso adequado sob a perspectiva desses usuários. Os participantes eleitos foram usuários da UBR que participavam do grupo operativo de hipertensos e diabéticos, tinham idade superior a 18 anos e estavam presentes para a realização do grupo no dia em que foi acordado o encontro com a gestora da unidade de saúde. A escolha do grupo operativo foi pela viabilidade da realização do encontro, devido às dificuldades de operacionalização de convite para moradores da região, já que a entrada em campo não se mostrou favorável. Essa escolha também pode ter influenciado nos resultados obtidos.

Para caracterização dos participantes, foram indagadas suas ocupações e anotado seu sexo. Foi explicado o objetivo do trabalho e todos deram consentimento verbal e público para sua participação e divulgação dos resultados.

O encontro durou aproximadamente noventa minutos e foi realizada pela equipe de pesquisa. Ele foi dividido em duas partes: a primeira para conceituação de acesso e a segunda para definição dos fatores considerados necessários para que ele seja adequado.

Inicialmente, a moderadora indagou a cada um dos participantes o que entendiam por acesso e solicitou que o definissem em uma palavra. Em seguida, as expressões utilizadas pelos usuários foram agrupadas e organizadas em uma frase pela moderadora.

Posteriormente, a moderadora perguntou a cada um dos participantes o que acreditavam que seria necessário para que o acesso fosse adequado e pediu que também definissem em uma palavra. No momento final, ela, com a ajuda dos usuários, utilizou as citações destes para criar uma sentença que expressasse os fatores que consideravam determinantes para um acesso de qualidade.

4.2.5 Plano de coleta e análise dos dados

Os dados do SIH e do CNES foram tabulados por meio do TabNet/ DATASUS e, para os dados de produção hospitalar, foram pesquisados os valores de acordo com local de residência e local de atendimento, para recursos humanos, foi realizada a busca por profissionais de nível superior e médio e, para recursos físicos, a busca por tipo e número de estabelecimentos de saúde e leitos hospitalares.

Os depoimentos dos profissionais foram gravados e transcritos na íntegra. Os depoimentos, após transcrição integral, foram tratados pela análise de conteúdo temática, de modo a identificar os núcleos de significância e a unidade de contexto (BARDIN, 2010).

A análise de conteúdo é uma técnica de análise das falas dos sujeitos que visa obter indicadores quantitativos ou não, que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/ recepção destas mensagens (BARDIN, 2010).

Na análise de conteúdo, a abordagem quantitativa é baseada na frequência de aparição de determinados elementos da mensagem. Já o que caracteriza a análise qualitativa é o fato de a inferência ser fundamentada na presença do índice (tema, palavra, personagem, etc) e não sobre a frequência da sua aparição, em

cada comunicação individual. Bardin (2010) ressalta a importância do contexto, exterior à mensagem: quem é que fala a quem e em que circunstâncias.

Minayo (2010) explica que a análise envolve duas etapas: a primeira corresponde à leitura flutuante ou compreensiva do material e a segunda a exploração do material, que corresponde à análise propriamente dita. Procura-se assim: distribuir trechos, frases ou fragmentos de cada texto de análise em categorias; fazer uma leitura dialogando com as categorias; identificar, por meio de inferências, os núcleos de sentido apontados em cada categoria; dialogar os núcleos de sentido com os pressupostos iniciais e se necessário, realizar outros pressupostos; analisar os diferentes núcleos de sentido presentes nas diferentes categorias para buscar temáticas mais amplas ou eixos em torno dos quais podem ser discutidas as diferentes categorias; reagrupar as categorias por temas encontrados; elaborar uma redação por temas, de modo a dar conta dos sentidos dos textos e de sua articulação com os conceitos teóricos que orientam a análise.

Os núcleos de sentido encontrados nas entrevistas com os profissionais de saúde e as respostas às questões abertas das entrevistas realizadas com os usuários foram digitados em planilhas do programa Excel para permitir uma análise sistemática das informações.

Para as questões fechadas dos questionários realizados com os usuários foi criado um banco de dados utilizando o programa EpiInfo. A análise das inconsistências foi feita em 10% da amostra. Foi realizada uma análise descritiva com base na distribuição proporcional para as características demográficas e socioeconômicas, utilização de meios de comunicação, as percepções e crenças de saúde e doença e a acesso e utilização de serviços de saúde.

4.2.6 Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa e financiamento do projeto

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Centro de Pesquisas René Rachou – Fiocruz Minas, em 21 de junho de 2010, por meio da Carta de Aprovação nº 17/2010, protocolo CEP – CPqRR nº 16/2010, CAAE 0015.0.245.000-10 (Anexo G).

A pesquisa foi financiada pela Coordenadoria de Cooperação Social da Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ, Edital CSdT/FIOCRUZ – 001/2009 (Anexo H).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Objetivo 1

Analisar a rede de serviços de saúde, o quantitativo de profissionais de saúde e a taxa de internação hospitalar do município investigado.

A análise das autorizações de internação hospitalar (AIH) emitidas em 2010 permitiu inferir que uma parte expressiva dos atendimentos hospitalares públicos de moradores de Ribeirão das Neves foi realizada fora do município. Houve, no ano de 2010, 17.454 internações de pacientes residentes em Ribeirão das Neves, entretanto, no município, foram realizadas apenas 4.754 internações (Figura 4).

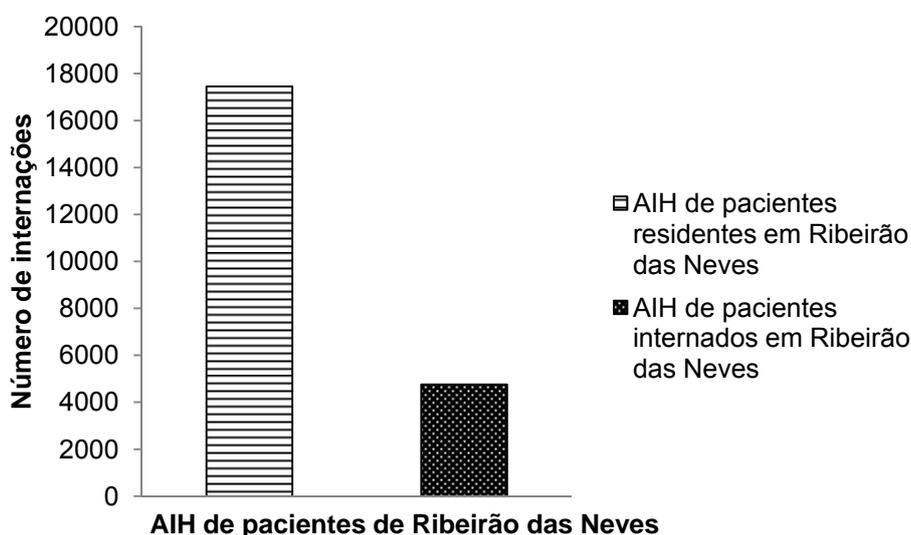


Figura 4 - Comparação entre o número de autorizações de internação hospitalar (AIH) por local de residência e por local de internação para o município de Ribeirão das Neves, 2010
Fonte: MS/ DATASUS/SIH (BRASIL, 2011e). Dados disponíveis no TabNet do SIH em 7 de dezembro de 2011 e tabulados pela autora

A análise dos recursos físicos do município – estabelecimentos de saúde e leitos hospitalares –, por meio do CNES, corrobora com essa discussão. Em dezembro de 2010, o município contava com um hospital geral público, um hospital especializado privado, um hospital dia privado, três Centros de Atenção Psicossocial (CAPs), 66 Unidades Básicas de Saúde (UBS), duas Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), entre outros (Tabela 1). A avaliação da oferta de leitos mostrou que o município contava, em dezembro de 2010, com 108 leitos, sendo 97 do hospital público (BRASIL, 2011e), o que representa 0,36 leitos por 1000 habitantes, utilizando para o cálculo a população do Censo de 2010 – 296.317

habitantes (BRASIL, 2011f). Segundo a Portaria n.º 1101/GM, o número ideal seria de 2,5 a 3 leitos por habitante (BRASIL, 2002), o que pode explicar o motivo pelo qual o número de internações de residentes em Ribeirão é muito superior ao das internações realizadas no município: a oferta de leitos mostra-se inferior ao recomendado para atender às necessidades da população.

Tabela 1 - Estabelecimentos de saúde de Ribeirão das Neves, dezembro de 2010

Tipo de Estabelecimento	Número
Centro de Atenção Psicossocial	3
Centro de Saúde/Unidade Básica de Saúde	66
Clinica Especializada/Ambulatório Especializado	11
Consultório Isolado	27
Farmácia Medicamentos Excepcionais e Programa Farmácia Popular	3
Hospital Dia	1
Hospital Especializado	1
Hospital Geral	1
Pronto Atendimento	2
Secretaria de Saúde	1
Unidade de Serviço de Apoio de Diagnose e Terapia	4
Unidade de Vigilância em Saúde	1
Unidade Móvel Pré Hospitalar - Urgência/Emergência	1
Total	122

Fonte: Ministério da Saúde/ DATASUS/ CNES (BRASIL, 2011e)

Com relação ao número de profissionais de nível superior e de nível médio cadastrados no CNES, verificamos que o sistema de saúde municipal contava com 366 profissionais de nível superior, sendo em maior número os médicos (113) e enfermeiros (104) e em menor número fonoaudiólogos e nutricionistas – 2 de cada (Tabela 2). Entre os 451 profissionais de nível médio, 278 eram da área de enfermagem, sendo 199 técnicos e 79 auxiliares (Tabela 3).

Tabela 2 - Profissionais de Saúde de Ribeirão das Neves cadastrados no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil (CNES) – nível superior, dezembro de 2010

Ocupações de Nível Superior	Número
Assistente social	18
Bioquímico/farmacêutico	16
Enfermeiro	104
Fisioterapeuta	15
Fonoaudiólogo	2
Médico	113
Nutricionista	2
Odontólogo	52
Psicólogo	44
Total	366

Fonte: MS/ DATASUS/ CNES (BRASIL,2011e)

Tabela 3 - Profissionais de saúde de Ribeirão das Neves cadastrados no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil (CNES) – nível médio, dezembro de 2010

Ocupações de Nível Técnico e Auxiliar	Número
Auxiliar de enfermagem	79
Fiscal sanitário	91
Técnico de enfermagem	199
Técnico e auxiliar de farmácia	12
Técnico e auxiliar de laboratório	20
Técnico e auxiliar em saúde oral	27
Técnico e auxiliar em radiologia médica	23
Total	451

Fonte: MS/ DATASUS/ CNES (BRASIL,2011e)

Segundo a Portaria n.º 1101/GM, o número ideal de médicos seria de 1/1000 habitantes e de odontólogos de 1/1.500 a 5.000 habitantes (BRASIL, 2002). Em Ribeirão das Neves, após a realização de cálculos com os dados do CNES e do Censo 2010 (BRASIL,2011e/f), observa-se que há 0,38 médicos para cada 1000 habitantes e 0,88 odontólogos para cada 5000 habitantes, o que demonstra um grande déficit desses profissionais no município. Scheffer *et al.* (2011), em um estudo sobre a demografia médica no Brasil, elaborado em parceria pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) e pelo Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (Cremesp), ressaltam a distribuição desigual de médicos no país. Os autores acreditam que essa desigualdade é determinada pelo mercado, pela concentração de renda e pelas disparidades regionais.

Campos *et al.* (2009), em seu artigo sobre a fixação de profissionais em regiões pobres e periféricas, reafirma que as desigualdades geográficas e sociais na distribuição de recursos humanos em saúde, especialmente médicos, acarretam iniquidades de acesso aos serviços de saúde. Enfatizam que são os segmentos mais pobres e desprotegidos das populações que mais sofrem com a situação. Os autores ainda afirmam que este é um problema grave e resistente às estratégias adotadas para o seu enfrentamento e defendem a necessidade da adoção uma Política de Saúde voltada para essa questão, utilizando, dentre outras estratégias, a criação de uma carreira nacional do SUS para os profissionais que compõe uma equipe básica de saúde.

5.2 Objetivo 2

Identificar fatores que influenciam o acesso/ utilização dos serviços públicos de saúde pela população sob a perspectiva dos profissionais de saúde investigados.

Foram entrevistados 15 profissionais de saúde, entre trabalhadores do nível central da SMS e da UBR Jardim de Alá: três gestores, cinco profissionais assistenciais de nível superior (de três categorias profissionais) e sete profissionais assistenciais de nível médio.

A análise dos depoimentos permitiu, a partir de uma categorização mais ampla, identificar quatro temas que nortearam a discussão dos resultados. Dessa forma, as ideias associadas ao acesso aos serviços de saúde estiveram relacionadas ao sistema de saúde, aos serviços de saúde, ao município e à população.

Sistema de saúde

No tema *sistema de saúde*, a categorização esteve, de maneira geral, associada aos aspectos da acessibilidade organizacional de Donabedian e da acessibilidade financeira e da disponibilidade de Thiede & McIntyre: fatores relacionados à capacidade do indivíduo pagar pelos custos assistenciais e fatores organizacionais do sistema e, categorias que foram chamadas de *financiamento do sistema de saúde* e *organização do sistema de saúde*.

Dessa forma, na categoria *financiamento do sistema de saúde*, o núcleo de sentido que emergiu dos depoimentos foi os recursos limitados do município: quantidade de recursos arrecadada pelo município não é suficiente para atender as

necessidades de saúde da população. Na categoria *organização do sistema de saúde*, emergiram núcleos de sentido referentes à ESF e à referência/contrarreferência. Foi abordada a baixa cobertura da ESF, que, em parte, está relacionada à limitação de recursos e, em parte, a problemas organizativos da ESF no município: foi relatado que, devido à existência de muitos presídios no município, há uma grande rotatividade da população (a família segue o preso) e o cadastramento de famílias nas unidades da ESF não acompanham essa dinâmica. A estaticidade desse cadastramento tem como resultado o cadastro nas unidades de famílias que não moram mais na região, enquanto outras não conseguem se cadastrar. Outra questão apontada foi as dificuldades de referência/contrarreferência no sistema municipal. A contrarreferência mostrou-se relacionada à sua determinação pelo profissional de saúde da atenção secundária/ terciária, já os problemas de referência foram associados aos fatores de marcação de consultas, que serão abordados no tema *serviços de saúde*. Os trechos seguintes retratam essas percepções:

– “... [] Nós temos uma cobertura do Programa de Saúde da Família de sessenta por cento... Só que com esse quarenta por cento, é diferente, eles são um pouco excluídos do sistema, uma vez que eles não conseguem ser incluídos nesse programa... Porque ampliar necessita de recursos e recursos o município não tem. Hoje o município, somente vinte por cento das pessoas pagam o seu IPTU... A questão social, aqui, é muito grave. Então, hoje, a gente praticamente trabalha com recursos de fora... Realmente o que eu vejo no acesso, mesmo, é ampliar o programa mesmo” (gestor 2).

– “... [] Eu acho que o atendimento, considerando os recursos financeiros da cidade, uma cidade mais pobre e tudo, eu considero até bem satisfatório, no que tange [] à minha área...” (profissional de nível superior 4).

– “... O paciente não cadastrado no PSF, ele não é atendido no PSF. Ele não é acolhido... [] Ele não é atendido e ele não é não cadastrado... Para entrar outra família no lugar” (profissional de nível superior 5).

– “... Esse já é um trabalho mais de formação... Não se sabe o porquê dos profissionais das especialidades não terem interesse de contrarreferenciar” (gestor 3).

A questão dos recursos financeiros mostra-se realmente uma lacuna para o acesso aos serviços de saúde no município. Em 2009, a despesa total com cada habitante de Ribeirão das Neves foi de R\$187,72, sendo R\$76,05 recursos próprios do município (BRASIL, 2011e). A média dessa despesa no Brasil, no ano de 2004, cinco anos antes, foi de R\$359,00, sendo R\$90,00 de recursos municipais (RIPSA, 2011). Como a grande parte da população de Ribeirão das Neves é pobre, a arrecadação de impostos é muito pequena. Embora o governo municipal invista 31,4% de seus recursos em saúde (BRASIL, 2011e), e lembrando que a Emenda Constitucional 29 de 2000 exige apenas 15% (BRASIL, 2000a), esses recursos ainda não são suficientes para os investimentos e custeio necessários ao sistema de saúde local.

A questão da referência e contrarreferência mostra-se um problema recorrente em todo o país. Cunha & Vieira-da-Silva (2010), em seu estudo sobre acesso aos serviços de saúde em um município da Bahia, evidenciaram que o sistema de referência e contrarreferência foi um dos fatores de determinação do acesso da população que mais mostrou deficiências. Moimaz *et al.* (2010), em um estudo conduzido com usuários em cinco municípios de São Paulo, mostraram que a deficiência no sistema de referência e contrarreferência constitui um problema no acesso aos serviços de saúde e, conseqüentemente, dificulta o atendimento das necessidades da população e diminui sua satisfação quanto aos serviços prestados.

Serra & Rodrigues (2010), em seu estudo utilizando dados secundários de serviços de saúde e entrevistas com profissionais de saúde, em dois municípios do Rio de Janeiro, obtiveram como fatores que dificultam o acesso dos pacientes e o funcionamento adequado dos sistemas de referência e contrarreferência, nas áreas pesquisadas, a limitada oferta de consultas e exames; a inexistência ou precariedade da contrarreferência; a má organização das atividades de regulação; a baixa utilização de protocolos clínicos para encaminhamentos; a precariedade em termos de sistemas de informação e comunicação; a significativa influência política na gestão das unidades; e a grande diversidade na denominação das unidades de saúde e multiplicidade das grades de oferta de serviços. Excetuando-se os dois últimos fatores encontrados pelos autores, os demais foram todos citados nas entrevistas realizadas em Ribeirão das Neves, sendo que alguns deles, como a oferta de consultas e exames e a regulação do sistema, serão abordados no próximo item, serviços de saúde, e nos resultados das entrevistas com usuários.

Observar-se-á que os núcleos de sentido identificados nos depoimentos podem ser inseridos em mais de um tema e/ou categoria, devido à interseção dos assuntos e a interdependência entre eles. A escolha da forma de apresentá-los neste texto foi motivada pela proximidade de ideias e para dar fluência à redação.

Serviços de saúde

No tema serviços de saúde, a categorização esteve, de maneira geral, associada aos aspectos da acessibilidade organizacional e geográfica de Donabedian – esses dois aspectos correspondentes à disponibilidade abordada por Thiede & McIntyre –, que se referem a fatores como, horário de funcionamento, tempo de espera, receptividade ao usuário, distribuição espacial dos recursos, existência de transporte e localização das unidades de saúde. As categorias encontradas foram *organização do serviço de saúde* e *acessibilidade geográfica*.

Na categoria *organização do serviço de saúde*, os núcleos de sentido que emergiram dos depoimentos foram: marcação de consultas e exames, acolhimento e horário de funcionamento. O núcleo de sentido marcação de consultas e exames referiu-se à APS e à atenção secundária.

As questões referentes à APS relacionaram-se à marcação livre/ agenda aberta, às filas na marcação de consultas, ao tempo de espera entre marcação e atendimento e tempo de espera para ser atendido na realização da consulta.

Gestores e profissionais assistenciais ressaltaram a existência de marcação livre e agenda aberta na UBR, entretanto, os depoimentos mostraram que esta “liberdade” é “regulada”, já que a marcação é feita para curtos períodos, na tentativa de se evitar o absenteísmo. A falta e a rotatividade dos profissionais, sobretudo médicos, e o grande percentual da população que não é cadastrada na ESF foram abordados como fatores que colaboram para a dificuldade de marcação. Um fator positivo relatado foi na existir mais filas para marcação de consultas de madrugada.

O tempo de espera entre marcação e atendimento, segundo os entrevistados, não é longo, sendo de aproximadamente uma ou duas semanas. Com relação ao tempo de espera para ser atendido na realização da consulta, houve divergência entre os profissionais de nível superior, que o associaram ao sistema de marcação (marcação em um único horário para todos os usuários que serão atendidos em determinado período) e os profissionais de nível médio, que o associaram ao tempo gasto em cada consulta pelo médico.

No que diz respeito à marcação de consultas e exames da atenção secundária, foram abordadas nos depoimentos a grande demanda por atendimento especializado, que foi associada à pouca resolutividade dos médicos da APS, e a demora na marcação de consultas, que foi associada à falta de especialistas e dificuldades na regulação do sistema de saúde municipal.

No núcleo de sentido acolhimento, foi possível identificar alguns contrastes como: acolhimento promovendo o acesso *versus* acolhimento proporcionando acesso muito fácil (alguns profissionais consideraram que a forma atual de funcionamento do sistema cria facilidades em excesso para o usuário, o qual, segundo aqueles, acaba utilizando desnecessariamente os serviços); contrastes entre as necessidades dos usuários, suas demandas *versus* as ofertas de serviços de saúde/ escuta pobre do usuário pelos profissionais de saúde (foi citada a dificuldade dos serviços e profissionais em acolher as reais necessidades dos usuários); cadastrados acolhidos *versus* não cadastrados não acolhidos (os indivíduos não cadastrados na ESF têm grande dificuldade para ter acesso aos serviços de saúde).

Com relação ao horário de funcionamento, foi abordada, por gestores, a questão da necessidade de funcionamento dos serviços no horário noturno para atender àqueles que trabalham durante o dia. Entretanto, foi ressaltado por um dos gestores que a procura após o horário comercial é muito pequena.

Na categoria *acessibilidade geográfica* emergiram os núcleos de sentido: distância da residência do usuário à unidade e existência de transporte. Com relação à distância da residência do usuário à unidade de saúde, foi possível identificar as questões da grande extensão do município, da grande área de abrangência da UBR e da baixa cobertura da ESF: o acesso à unidade da APS permite que o usuário tenha um serviço de saúde mais próximo de sua casa. Na categoria existência de transporte, emergiam relatos de deficiências nos transportes municipais sanitário e público, além da questão do pequeno poder aquisitivo da população para o pagamento de transporte para chegar à unidade de saúde.

Os trechos seguintes demonstram as percepções dos profissionais com relação aos serviços de saúde:

_ “Então fica livre pra qualquer momento que o cliente chega e tem uma queixa, a gente disponibiliza uma vaga pra ele, dentro de 15 dias. É o prazo máximo que eu estipulo pra essa agenda. Se a gente verifica que essa agenda está ficando muito longa, aí eu dou uma travada... []

Porque acaba que com essa agenda muito longa, o índice de absenteísmo costuma ser alto” (gestor 3);

_ “...Que, senão, fica um tempo muito longo e o paciente esquece essa consulta. Então, quando a agenda fecha, a gente encerra as marcações e fala a data prevista para o retorno dessas marcações” (profissional de nível superior 2);

_ “É porque além de a gente atender os pacientes de PSF, às vezes tá até cadastrado e, não cadastrado... [] Então esses marcam diretamente com a gente. E aí a gente tá tentando acertar um jeito de eles marcarem...” (profissional de nível médio 4);

_ “São poucos médicos e a demanda é muito grande, né? E a área de abrangência aqui [] é muito grande... Então demora um pouco, né?” (profissional de nível médio 5);

_ “É porque, a marcação antes era na fila. O paciente vinha, dormia na fila, tinha o problema daqueles que dormiam pra vender lugar na fila, aquela coisa toda... Então vamos tirar a fila. Então vamos marcar durante o dia todo” (profissional de nível médio 4);

_ “... Pelo o que eu vejo, não demora muito não...” (profissional de nível superior 3);

_ “O pessoal não tem o hábito de marcar o horário de cada paciente de um horário, por exemplo, paciente das oito, oito e meia... Tem na agenda ali, mas, na prática, os pacientes chegam todos por volta de sete e meia, oito horas, e acabam esperando mais... [] O pessoal orientando para chegarem, para não ter atraso” (profissional de nível superior 4);

_ “Depende mais do médico, de que, da gente, dos próprios funcionários. Porque tem médico que a consulta é demorada...” (profissional de nível médio 4);

_ “Outro têm PSF, mas não conseguem especialistas... Aqui poderia ter mais médicos, principalmente especialista, que algumas especialidades demoram muito. Tem que mandar o paciente para fora... Demora mais, a questão dos exames...” (profissional de nível médio 2);

_ “Eu acho que o que dificulta muito aqui é a consulta especializada, que demora muito pra marcar... Às vem ao médico e fica esperando uma ultrassom dois anos... É difícil de marcar... A Central (de Regulação) não libera...” (profissional de nível médio 1);

- _ *“Porque os clínicos e pediatras [] que atendem no nível primário, eles poderiam ser mais resolutivos. E não são. Então é muito simples um profissional receber um cliente e não procurar resolver o problema dele e rapidamente encaminhá-lo para especialista...”* (gestor 3);
- _ *“Essa forma de marcação, a forma de abordagem, o acolhimento... É muito bacana... Mas tem o lado negativo, porque dá um acesso muito fácil pra eles”* (gestor 3);
- _ *“O motivo maior é que as pessoas não cadastradas no PSF, elas não são assim, recebidas pela enfermeira, elas não tem aquele... A triagem lá não é muito boa, acabam chegando aqui...”* (profissional de nível médio 6);
- _ *“Às vezes, o cliente chega aqui procurando um determinado médico, a resposta que ele tem é ‘não’. Na verdade, a gente sente que não há interesse de perguntar qual que é problema que trouxe o sujeito aqui”* (profissional de nível superior 5);
- _ *“Todas as demais unidades funcionam de 7 às 19. Justamente para dar a oportunidade de quem trabalha”* (gestor 1);
- _ *“Só que eu acho que precisa da população ter também mais consciência, que as UBRs ficam abertas até 19, a partir das 5 ninguém aparece mais”* (gestor 2);
- _ *“A gente é referência de um bairro que tá lá no início de Neves. Mas por que a gente é referência deles? Por que não tem um PSF lá na metade do caminho? A cidade, o bairro, ele tá crescendo e cresce assim, como se fosse cânceres nos pés dos morros. Mas aí não há percepção política de que há necessidade de amparar essa população também. Botar mais PSF, não sei qual que é a viabilidade disso, mas um dos motivos importantes que a gente vê aqui é a distância da unidade de saúde”* (profissional de nível superior 5);
- _ *“O município é muito disperso, tá? E, por ser uma UBR, tem uma área de cobertura fechada. Então ela é muito aberta”* (profissional de nível superior 1);
- _ *“Não tem transporte coletivo adequado para a população. [] Porque a gente tem uma dificuldade danada aqui com transporte sanitário”* (profissional de nível superior 5);

– “... [] Na hora que precisa consultar, não tem dinheiro para transporte e não comparece...” (profissional de nível superior 1);

– “... [] O nível socioeconômico é baixo. A gente tem locais aqui que as pessoas são pobres... Pobres de tudo... Muitas das vezes, as visitas que a gente faz, é por falta de condição de a pessoa sair pra vir aqui” (profissional de nível superior 5).

A questão da marcação de consultas mostrou-se um importante determinante para o acesso dos moradores da região estudada. Cunha & Vieira-da-Silva (2010), em um estudo avaliativo sobre a acessibilidade aos serviços de saúde em um município baiano, encontraram que a dificuldade para marcação de consultas e os longos tempos de espera para o atendimento foram uns dos aspectos que mais contribuíram para a baixa pontuação das unidades de ESF avaliadas. Os autores estabeleceram como critérios para uma marcação ideal a marcação diária, sem horário fixo para a demanda espontânea, por meio de grupos e demandas dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS); a marcação de consulta por telefone; a priorização segundo critérios de gravidade/necessidade por profissionais de nível superior; a marcação comunicada pelo ACS ou pela unidade; a existência de lista de espera e a substituição do paciente faltoso de modo sistemático; e o tempo de espera entre a marcação e o atendimento de até cinco dias. Observa-se que entre esses critérios, o único presente na unidade de saúde avaliada neste trabalho foi a inexistência de horário fixo para marcação, embora a marcação não seja diária, já que a agenda fica “fechada” periodicamente.

O surgimento do núcleo de sentido acolhimento também mostrou que a receptividade do serviço de saúde ao indivíduo é um importante fator facilitador para o acesso. Esta questão foi inserida nos aspectos organizacionais do serviço de saúde, abordando a forma de marcação de consultas, com foco em Donabedian, mas poderia se inserir esta questão na relação entre usuários e profissionais de saúde, com foco na aceitabilidade de Thiede & McIntyre, que será abordada no tema *população*. Neste caso, acolhimento seria compreendido de uma forma mais ampla: a acolhida do paciente com compreensão de suas necessidades e de seu contexto sócio-cultural. Souza (2008) e Ramos & Lima (2003) afirmam que o acolhimento amplia vínculos e melhora a compreensão sobre as necessidades dos indivíduos, sendo fundamental para o vínculo entre usuários, profissionais e serviços de saúde. A Política Nacional de Humanização (PNH) do MS estabelece que o acolhimento do

usuário deva estar alicerçado na humanização e nos direitos de cidadania, com dinâmicas interativas, garantia do acesso e cuidado integral (BRASIL, 2006b).

A questão do horário de funcionamento dos serviços como determinante para o acesso foi questionada por um gestor, ao indagar a eficiência da medida. Escorel *et al.* (2007), em estudo voltado para o Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF), em dez municípios de quatro regiões do país, encontraram que a acessibilidade temporal (termo utilizado pelos autores) estava adequado em apenas uma das cidades avaliadas. Os demais nove municípios evidenciaram dificuldades de acesso para a população trabalhadora decorrentes de horários inadequados em unidades de ESF, que só funcionavam em horário comercial.

A distância entre o domicílio e o serviço de saúde e a dificuldade de transporte também demonstrou ser uma barreira para o acesso dos moradores da Região Sanitária IV de Ribeirão das Neves. Esses fatores determinantes para a acessibilidade geográfica costumam ser relatados quando se avalia populações rurais (TRAVASSOS, VIACAVA, 2007; PINHEIRO *et al.*, 2002); embora a área do estudo seja urbana, nota-se que esta urbanização é irregular e precária e a região não é atendida por sistema de transporte adequado. Travassos & Viacava (2007) discutem que a distância dos serviços às residências dos usuários pode ser compensada por medidas como a facilitação de transporte, a presença de sistema de referência aos serviços hospitalares e mecanismos de acolhimento que facilitem a obtenção de cuidado.

Município

No que diz respeito ao tema *município*, a categorização esteve, de forma semelhante ao tema *sistema de saúde*, associada aos aspectos da acessibilidade organizacional de Donabedian e acessibilidade financeira de Thiede & McIntyre. Os núcleos de sentido arrecadação de impostos e infraestrutura foram agregados na categoria *recursos orçamentários municipais*.

A baixa arrecadação de impostos, que impossibilita mais investimentos no sistema de saúde municipal, e as deficiências de infraestrutura no município, que dificultam a implantação da ESF, foram indicadas como fatores responsáveis por problemas locais de acesso, pelos entrevistados. Além dessas questões, a estigmatização em relação ao município de Ribeirão das Neves foi abordada nos

depoimentos como sendo um fator local de determinação do acesso, principalmente por estar associado ao déficit de recursos humanos.

Os trechos seguintes retratam essas percepções:

– *“Porque a arrecadação é muito pequena, nem todo mundo paga IPTU... Então, assim, o índice de arrecadação da cidade é muito pequeno pra poder fazer tanta coisa que necessita...”* (gestor 1);

– *“Eu acho que os recursos, a cidade muito pobre, a população muito grande, com um recurso pequeno, uma arrecadação pequena, mas isso é um problema da cidade. Então eu acho que isso aí é um fator que dificulta, que compromete a estruturação de atenção de saúde da cidade...”* (profissional de nível superior 4);

– *“... Outro problema que a gente conseguiu também esse ano dar uma melhorada foi a questão da infraestrutura... As unidades muito ruins, casas alugadas, então o profissional chega e não quer voltar... É difícil também porque as ruas nem sempre são as melhores, às vezes precisa fazer uma unidade lá, por exemplo, aí, às vezes, a rua não é asfaltada...”* (gestor 1);

– *“Acho que Neves é uma cidade muito estigmatizada, a questão dos presídios, a violência que perpassa o imaginário de todo mundo... Então, à medida que os profissionais vêm e percebem que não é esse horror todo, conseguem trazer outros, conseguem se fixar mais...”* (gestor 1).

A questão dos recursos disponíveis para a saúde no município é recorrente nos depoimentos nos diversos temas apontados. Ribeirão das Neves tem uma arrecadação pequena, reflexo de suas atividades econômicas, baseadas em pequenos serviços (não há atividades industriais), que geram impostos com valores pequenos, e do baixo nível socioeconômico de grande parte de sua população, que é isenta do pagamento de impostos. Ressalta-se que os principais tributos municipais têm características eminentemente urbanas e que as propriedades mais valorizadas e as atividades de serviços encontram-se mais concentradas nos grandes centros e nas regiões mais desenvolvidas (BRASIL, 2000b), o que colabora para aumentar ainda mais as iniquidades de diferentes regiões geográficas.

A questão da estigmatização também foi recorrente nos discursos dos profissionais, assim como dos usuários, como será visto na apresentação dos resultados das entrevistas com estes. Muitos profissionais temem trabalhar em Ribeirão das Neves com medo da violência que prevalece no local e muitos

moradores sentem-se vítimas do preconceito com o município. Observa-se que a estigmatização possui uma natureza de desqualificação social do estigmatizado, na medida em que a identidade real do indivíduo aponta atributos físicos, morais ou grupais que são negativos àquela expectativa que antes se tinha sobre sua identidade social: o estigma é um processo histórico de desqualificação social ao longo da própria carreira moral do indivíduo (GOFFMAN, 1999 apud OJIMA *et al.*, 2010).

População

O tema população esteve, de maneira geral, associado à aceitabilidade discutida por Thiede & McIntyre, que trata de fatores subjetivos, sociais e culturais da população para a qual os serviços são ofertados. Os núcleos de sentido que compuseram a categoria *aceitabilidade* foram: compreensão do processo saúde doença e do funcionamento do sistema/ serviço de saúde, uso inadequado de serviços e relação do usuário com o profissional de saúde.

A compreensão do processo saúde-doença e sua implicação na corresponsabilização do indivíduo por sua saúde foi apontada por gestores e profissionais de nível superior como fator determinante para o acesso aos serviços de saúde. A visão do modelo assistencial de atenção e da busca apenas de atendimento de emergência, sem a valorização da promoção da saúde e da prevenção de doenças foi também identificada pelos profissionais. Foi identificado ainda que o fluxo de assistência, segundo alguns profissionais, não é compreendido pela população, que busca serviços fora de sua área de abrangência. Entretanto, segundo um gestor, o fluxo é conhecido e seguido pelos usuários, neste caso, porém, deve se ressaltar a posição do entrevistado diante da instituição que representa e ponderar a análise.

Com relação ao uso inadequado dos serviços de saúde pela população, a superutilização por alguns usuários foi abordada por profissionais da gestão e da assistência, que ressaltaram os serviços ficam sobrecarregados, dificultando o acesso de mais indivíduos. Essa grande procura esteve associada nos depoimentos com a condição precária de vida da população local, que estaria buscando os serviços de saúde para resolver problemas que não são inerentes a eles. Observa-se, entretanto, uma postura um pouco diferente de um dos profissionais ao abordar a

questão do nível socioeconômico-cultural da população local, afirmando que ela não cobra os seus direitos e permanece excluída do sistema.

Assim como a superutilização, a subutilização, também emergiu nas falas dos profissionais. Esta foi associada, pelos entrevistados, ao preconceito dos usuários com o SUS, que deixam de procurar pelos serviços já imaginando que não serão bem atendidos.

No que diz respeito à relação do usuário com o profissional de saúde, foi relatado que há uma grande dificuldade no estabelecimento de vínculo entre esses dois atores, devido principalmente à grande rotatividade de profissionais. Embora a rotatividade dos profissionais seja mais adequadamente categorizada dentro dos fatores organizacionais do sistema de saúde, a questão será abordada aqui pela relação próxima ao vínculo do usuário com o profissional. Nota-se que, em seus depoimentos, um gestor e um profissional assistencial de nível superior abordaram visões distintas do problema: o gestor relacionou o problema da rotatividade à falta de comprometimento dos profissionais com os serviços; já o profissional da assistência associou a questão à falta de políticas de incentivo aos trabalhadores da saúde.

Observa-se, assim, uma relação de pouca confiança também entre gestores do sistema e profissionais de saúde e, embora esta problemática não seja habitualmente citada como um fator determinante para o acesso, impacta, mesmo que indiretamente, como se pode notar, no acesso da população aos serviços, seja pela pequena fixação de profissionais, seja pela falta de eficiência no atendimento, que interferem na integralidade e na qualidade do acesso.

Essas percepções dos profissionais entrevistados sobre a população usuária podem ser identificadas nos seguintes trechos:

– *“... [] As pessoas esperam as coisas prontas. Não tem a proatividade de ir a busca da resolução de problemas, de cuidar da própria saúde... Fica muito nessa posição muito passiva... Não tem essa responsabilização mesmo com a própria saúde”* (gestor 1);

– *“Então o acesso é limitado por causa disso... Depende do usuário e, muitas vezes, ele chega quando ele tá ruim”* (gestor 2);

– *“[] Pacientes que consultam duas, três vezes por mês, e que tiveram na UPA pela mesma queixa... Às vezes eles não chegam a fazer tratamento e vão a busca de outro atendimento”* (profissional de nível superior 2);

– “... [] a própria população, ela acredita que o tratamento dela consiste em consulta médica. O que vai ser feito depois dessa consulta, não lhes interessa. Na verdade, eles nem chegam a seguir” (profissional de nível superior 2);

– “Mas a cultura deles, até então, aqui em Neves, é ir para a UPA, porque eles acham que o atendimento vai ser imediato, então quero ir lá...” (gestor 2);

– “Não, para eles, o que importa é a resolubilidade. Então lá eu consigo, lá eles me atendem e fazem exame na hora. Então eles têm esse tipo de entendimento” (profissional de nível superior 2);

– “... [] Às vezes, essa procura por outro serviço, por outra instância do município, acaba atrasando e dificultando e até mesmo piorando um quadro que seria facilmente controlado aqui” (profissional de nível superior 5);

– “A gente recebe muito paciente aqui que já tá voltando de hospital, de UPA... Foi direto no Odilon Behrens, passou pela triagem, volta pra gente” (profissional de nível médio 4);

– “[] Porque a população já usuária dos serviços, ela é tão assídua, que ela já conhece bem o fluxo. Então muito difícil, muito difícil ela procurar” (gestor 3);

– “[] Então quando a gente começa a ficar um pouco mais de olho nesses prontuários, a periodicidade das consultas, a gente vê que tem um que consultou mensalmente, sem necessidade, são casos que são crônicos, não tem resolubilidade.[] A gente ainda não tem um mecanismo que a gente consiga controlar isso. A meu ver, eu acredito que se nós conseguíssemos essa forma, nós abriríamos mais vagas para os outros também” (profissional de nível superior 2);

– “... [] Eu acho que é o perfil da população, que tem o nível socioeconômico mais baixo, eles procuram muito o serviço de saúde.[] Eu acho que seria como, até uma válvula de escape, da própria condição de vida deles” (gestor 3);

– “... O cliente vem aqui pelo simples fato de ver o médico. [] E outros problemas, que eles têm fora da questão da saúde, na verdade não é um objeto nosso aqui, mas eles procuram os serviços de saúde para tentar

resolver outros problemas que eles têm na vida” (profissional de nível superior 5);

_ “Eu acho que o próprio grau de cultura social da própria população de Ribeirão das Neves mesmo, a população muito carente, eles não tem tanto o conceito de cidadania, de cobrança... Então eu acho que tem a ver, isso também tem a ver, dificulta um pouco o acesso...” (profissional de nível superior 4);

_ “[] Grande parte da população faz isso. Não pela impossibilidade de atendimento aqui, sabe? Mas, às vezes, despreza o serviço público. Com essas facilidades, às vezes, a gente brinca que é muito fácil a coisas aqui, por isso o pessoal não dá valor. Então, às vezes, pra eles, uma consulta particular é mais interessante do que fazer uma consulta com o médico nosso aqui. [] Não sei se o nome do hospital, não sei se o nome das instituições, o porte da instituição dá a ilusão que ela, que ela terá a sua queixa solucionada” (profissional de nível superior 5);

_ “No ouvir das pessoas, na fala delas, como às vezes há muita morosidade em resolver os problemas, então eles ficam muito descredulos do atendimento. Então eles às vezes deixam de vir procurar o serviço porque já tem lá um preconceito de que irá demorar...” (profissional de nível superior 2);

_ “Porque é muito importante o usuário ter um vínculo com o profissional médico e a gente não consegue criar esse vínculo... [] Fala, reclama muito. Porque ele vem em procura daquele profissional que já tinha continuidade do tratamento dele. Aí, quando ele recebe a notícia que não existe mais esse profissional aqui, ele fica atordoado, meio que perdido...” (gestor 3);

_ “O profissional médico que vem pro município, acho que pra qualquer serviço público, ele não é compromissado. [] ... E o serviço público e a atenção primária realmente não é o foco dele de vida profissional. Ali é um degrau apenas. Eu acho que a grande maioria pensa assim” (gestor 3);

_ “Eu acho que tem que, os nossos comandantes, os nossos gestores têm que olhar com mais carinho para os recursos humanos, vamos valorizar os recursos humanos, vamos fixar os nossos profissionais nas unidades...” (profissional de nível superior 4).

O núcleo de sentido conhecimento dos usuários sobre aspectos de sua saúde e da organização do SUS foi recorrente na fala dos profissionais. Andrulis (2000), em seu artigo que discute estratégias para melhorar o acesso aos serviços de saúde nos centros urbano, aponta a questão da dificuldade de compreensão do processo saúde-doença e do funcionamento do sistema de saúde por uma parcela da população (especialmente idosos, pobres e alguns grupos culturais) como um fator que prejudica a inserção do cidadão no sistema e no cuidado à sua saúde. O autor afirma a importância de se criar estratégias de comunicação com essa população para melhorar a atenção prestada.

No que diz respeito ao uso inadequado dos serviços de saúde pela população, os profissionais associaram a grande procura pelos serviços de saúde ao nível socioeconômico-cultural dos usuários, como uma “válvula de escape” de sua situação de vida. Esse uso indevido levaria ao prejuízo dos demais usuários, “inchando” a agenda com consultas “desnecessárias”. Mas o que são problemas de saúde? É provável que os serviços de saúde não sejam capazes de resolver grande parte dos problemas dessa população, mas não é possível excluí-los do contexto de indivíduo que procura o atendimento. Muitas vezes, esses problemas podem estar diretamente relacionados ao processo de saúde-doença do usuário. Não se pode dissociar saúde de alimentação, moradia, segurança, relações psicossociais, entre outros fatores. Entretanto, podem-se criar espaços de acolhimento dessas demandas mais subjetivas e intersetoriais.

Ainda com relação a esse núcleo de sentido, observa-se que autores que tratam da questão do acesso em saúde (ALMEIDA, 2000; MENDOZA-SASSI, BERIA, 2001) abordam que a maior utilização de serviços de saúde pela população de menor nível socioeconômico estaria associada à maior morbidade desse grupo. Quando se estratifica grupos de níveis socioeconômicos superiores e inferiores, de acordo com o grau de morbidade, tem-se que os grupos mais pobres utilizam menos os serviços que os grupos mais ricos. Rosa Filho *et al.* (2008) falam que o aumento desta procura também pode se dever à insatisfação do usuário com a qualidade do serviço ofertado. Penchansky & Thomas (1981) discutem que a receptividade dos serviços de saúde e a adaptação dos usuários à organização e suas atitudes e as dos profissionais de saúde com relação às características e práticas de cada um são fatores importantes para o acesso. Esses fatores se relacionam diretamente com a manutenção do profissional no atendimento do usuário, para criação da relação de confiança (vínculo) entre os dois.

Na abordagem da relação entre o usuário e o profissional de saúde, Thiede & McIntyre (2008) falam da importância da interação entre usuários e prestadores para a melhoria do acesso, devendo a informação ser foco de políticas públicas de saúde. Para os autores, este processo não pode ser unidirecional, deve ser participativo: abordam o papel da educação no acesso e como este pode ser determinado pela posição social do indivíduo. A informação e o empoderamento, segundo os autores, são pré-requisitos para o acesso.

A questão do preconceito com relação ao SUS também mostrou ser um fator importante para os moradores da região analisada. Thiede & McIntyre (2008), ainda quando discorrem sobre aceitabilidade, deixam clara a importância do grau de segurança que os serviços têm perante a população, se eles são culturalmente aceitos pela comunidade. Goddard & Smith (2001) destacam que os conhecimentos sobre disponibilidade e eficácia de serviços de saúde entre os indivíduos e suas percepções dos benefícios da assistência oferecida são fatores que podem influenciar o acesso aos serviços.

5.3 Objetivo 3

Descrever o padrão sociodemográfico e de acesso/utilização dos serviços de saúde pela população participante do estudo.

Caracterização dos entrevistados e de seu contexto socioeconômico-cultural

Em seis sextas-feiras, no período da manhã, nos meses de março e abril de 2011, foram entrevistados 38 usuários da UBR Jardim de Alá, sendo 81,6% (31) adultos e 18,4% (7) idosos (Tabela 4). Quase 50% dos indivíduos entrevistados tinham até 40 anos de idade. Houve predomínio do sexo feminino: 63,2% (24) eram mulheres.

Aguiar *et al.* (2004), em seu artigo sobre as percepções dos usuários com relação à ESF, discutem que a distribuição dos entrevistados em todas as faixas etárias pode ser favorável à obtenção de uma maior diversidade de opiniões, pois as demandas, necessidades de saúde e percepções variam de acordo com a idade dos indivíduos. A predominância do sexo feminino coincide com outros trabalhos conduzidos em serviços de saúde (AGUIAR *et al.*, 2004; ANJOS *et al.* 1992; COSTA E FACCHINI, 1997; FERNANDES, 2009; SCHWARTZ *et al.*, 2010). Para Anjos *et al.* (1992), este fato decorre de uma maior demanda materno-infantil nos serviços, o

que, segundo Schwartz *et al.* (2010), reafirma a condição de cuidadora de si e dos familiares como uma questão de gênero.

Gomes *et al.* (2007) discorrem sobre a menor procura de serviços de saúde por parte de homens. Segundo o autor, esse fato pode estar associado a um modelo hegemônico de masculinidade, o que dificulta a adoção de práticas de autocuidado, pois à medida que o homem é visto como viril, invulnerável e forte, procurar o serviço de saúde, numa perspectiva preventiva, poderia associá-lo à fraqueza, medo e insegurança. Observa-se também que o mercado de trabalho não garante formalmente a adoção de tal prática: o homem pode sentir seu papel de provedor ameaçado. Outros motivos de menor procura seria o medo da descoberta de uma doença grave e/ou a vergonha da exposição do seu corpo perante o profissional de saúde. Adiciona-se ainda que os serviços de saúde são pouco aptos em absorver a demanda dos homens, pois sua organização não estimula o acesso e as próprias campanhas de saúde pública não se voltam para este segmento (Figueiredo, 2005; Gomes, 2007). É nesse sentido que o Ministério da Saúde lançou, em 2008, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, procurando facilitar e ampliar o acesso da população masculina aos serviços de saúde (BRASIL, 2008).

No que diz respeito ao contexto socioeconômico-cultural, entre os 38 usuários, 6 (15,8 %) nunca estudaram ou foram apenas alfabetizados (Tabela 4). A renda familiar de 65,4% (19/29) dos entrevistados que deram essa informação era inferior a três salários mínimos (Tabela 4). Entre os que estavam no mercado de trabalho, as ocupações predominantes foram as de prestação de serviços, sem exigência de qualificação específica, como vendedor e faxineiro. Nota-se que 28,6% (8/28) eram aposentados, pensionistas ou afastados do trabalho pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) e 17,9% (5/28) eram do lar (Tabela 4), o que pode ter sido influenciado pelo fato das entrevistas terem sido realizadas sempre em dia de semana e na parte da manhã, interferindo sobre quais usuários estavam na UBR.

A questão do papel da educação no acesso a serviços de saúde e como este pode ser determinado pela posição social foi abordada por Thiede & McIntyre (2008). Os autores associam o conceito de acesso ao de democracia e cidadania, expondo que a exclusão social e o desconhecimento de seus direitos são fatores que podem dificultar o acesso de uma população aos serviços de saúde. Fernandes (2009), em um estudo sobre a utilização de serviços de saúde em áreas de abrangência da ESF, em Porto Alegre, discute que os serviços de saúde da APS/ESF são predominantemente utilizados por indivíduos de baixo nível

socioeconômico, enquanto os demais serviços são mais utilizados pela população com um nível socioeconômico mais alto. Conforme já citado na discussão do item anterior (5.2 Objetivo 2), Almeida (2000) e Mendoza-Sassi & Beria (2001) afirmam que quando se compara o grau de morbidade dos usuários, os de nível socioeconômico maior utilizam mais os serviços de saúde.

Com relação às condições de moradia dos usuários da UBR entrevistados, observa-se que 15,8% (6) viviam em uma casa com mais de seis pessoas (Tabela 4), o que também pode indicar as condições socioeconômicas dos moradores da região. Constatou-se ainda que 71% (27) dos entrevistados viviam na região há 10 anos ou mais (Tabela 4), o que é um fator importante para a análise dos dados, pois pode se inferir que esses indivíduos conhecem bem a região e os serviços locais.

Para a conclusão da caracterização do contexto de vida da população participante do estudo, foi realizada uma análise dos perfis de utilização de meios de comunicação pelos entrevistados, visando futuras intervenções por meio destes veículos. Dentre os entrevistados, 81,6% (31) escutavam programas de rádio frequentemente ou, pelo menos, ocasionalmente e 68,4% (26) assistiam a programas de televisão todos os dias (Tabela 5). As rádios citadas foram variadas, sendo que a mais citada foi uma rádio de Belo Horizonte, por 13,2% (5) dos entrevistados; entretanto, 13 (34,2%) não citaram o nome de nenhuma rádio. Também não foram citadas rádios comunitárias locais. Em contraposição, 34,2% (14) nunca liam jornal e 68,4% (26) nunca acessavam a internet (Tabela 5). O jornal mais citado foi um jornal popular de grande circulação na região metropolitana de Belo Horizonte, por 34,2% (13) dos entrevistados.

Tabela 4 - Dados demográficos dos participantes do estudo, Ribeirão das Neves, 2011

Dado sociodemográfico	n	%	% acumulado
Faixa etária	38	100,0	100,0
18 a 30 anos	12	31,6	31,6
31 a 40 anos	6	15,8	47,4
41 a 50 anos	6	15,8	63,2
51 a 60 anos	7	18,4	81,6
> 60 anos	7	18,4	100,0
Escolaridade	38	100,0	100,0
Até ensino fundamental	18	47,4	47,4
Até ensino médio	11	29,0	76,4
Até ensino superior	3	7,9	84,3
Não estudou/ alfabetização	6	15,8	100,0
Renda familiar em salários mínimos*	29**	100,0	100,0
1 a 1,9	13	44,8	44,8
2 a 2,9	6	20,6	65,4
3 a 4,9	8	27,5	92,9
5 a 8	2	6,8	100,0
Ocupação	28**	100,0	100,0
Prestação de serviços	13	46,4	46,4
Trabalho informal	1	3,6	50,0
Do lar	5	17,9	67,9
Estudante	1	3,6	71,5
Aposentado/pensionista/ licença INSS	8	28,6	100,0
Número de pessoas que residem no domicílio	38	100,0	100,0
1 a 3	17	44,7	44,7
4 a 6	15	39,5	84,2
> 6	6	15,8	100,0
Tempo de moradia na região	38	100,0	100,0
Menos de 10 anos	11	29,0	29,0
10 a 29 anos	18	47,2	76,2
30 ou mais anos	9	23,7	100,0

*Valor de referência do salário mínimo (2011): R\$545,00

** Dados válidos

Tabela 5 - Frequência de utilização de meios de comunicação pelos participantes do estudo, Ribeirão das Neves, 2011

Frequência	Rádio		TV		Internet		Jornal	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Todo dia	12	31,6	26	68,4	3	7,9	10	26,3
Ocasionalmente	19	50	9	23,7	9	23,7	15	39,5
Nunca	7	28,4	3	7,9	26	68,4	13	34,2
Total	38	100,0	38	100,0	38	100,0	38	100,0

Thiede & McIntyre (2008) abordam a comunicação como uma estratégia em políticas de saúde, por meio da troca de informações entre usuários e profissionais de saúde; asseguram que a informação é um elemento fundamental para a melhoria do acesso. Natansohn (2004), em seu artigo sobre o papel da comunicação e da mídia na saúde, afirma que, em cada ato de comunicação sobre saúde, há muito mais do que a absorção (ou não) de informações; há complexos processos sociais de instituição de imaginários, de trocas de significados, de fantasias e fantasmas, de usos, de resignificações culturais, a partir dos quais a saúde e a doença adquirem sentido. Para compreender processos de produção, circulação e recepção das representações e mensagens em saúde nos meios de comunicação em massa, é preciso dar o devido peso às teorias sobre a cultura e o discurso, para compreender as consequências sociais de uma cultura como a contemporânea, em que os meios são, na verdade, esferas constitutivas dos modos de ser e entender o mundo.

Observa-se, portanto, que estratégias de informação e comunicação para esta população deve se embasar nas percepções e nas crenças desses indivíduos, considerando seu contexto sócio-cultural, inclusive os meios de comunicação mais utilizados por ela, já que a mídia muitas vezes influencia resignificações culturais.

Fatores que determinam o acesso aos serviços de saúde

A apresentação dos resultados referentes às questões do questionário sobre os aspectos de saúde (morbidade, cobertura de planos de saúde, acesso aos serviços de saúde e utilização de serviços de saúde) será realizada de acordo com a categorização dos núcleos de sentido que emergiram nas entrevistas com os profissionais de saúde. Assim, as categorias apresentadas no item anterior, agrupadas nos temas *sistema de saúde*, *serviços de saúde*, *município* e *população*, serão reapresentadas de acordo com as percepções dos usuários, sendo que algumas questões que não foram citadas pelos profissionais de saúde, mas que foram abordadas pelos usuários, serão ressaltadas no decorrer do texto.

Sistema de saúde

No tema *sistema de saúde*, também foram apresentadas questões referentes ao financiamento do sistema de saúde e sua organização.

Na abordagem do financiamento em saúde, foi evidenciado que 13 (34,2%) entrevistados eram beneficiários de planos privados, individuais ou empresariais, sendo que, destes, 12 o utilizavam – apenas um dos beneficiários relatou não utilizar o plano por descontar muito da folha de pagamento. Somente 3 (23%) deles pagavam-no por conta própria (Tabela 6). Dentre os 13 beneficiários, 11 (84,6%) relataram que havia outras pessoas no seu plano de saúde, sendo que 8 citaram o cônjuge e, destes, 7 citaram também os filhos. Com relação ao grau de satisfação com o plano de saúde, 9 (69,2%) o achavam muito bom ou bom. Entre os 36 entrevistados que deram esta informação, 21 (58,3%) relataram não ser cadastrados na ESF (Tabela 7).

Tabela 6 - Responsável pelo pagamento do plano de saúde dos participantes do estudo, Ribeirão das Neves, 2011

Responsável pelo pagamento	n	%
Beneficiário	3	7,9
Empresa	7	18,4
Outro (governo/ sindicato)	3	7,9
Não se aplica	25	65,8
Total	38	100,0

Tabela 7 – Distribuição dos participantes do estudo, segundo cadastramento na ESF, Ribeirão das Neves, 2011

Cadastrado na Estratégia de Saúde da Família	n	%
Sim	15	41,7
Não	21	58,3
Total	36*	100

* Dados válidos

Donabedian (1973, 2003), em suas abordagens sobre acessibilidade, estabelece que a disponibilidade de seguro saúde é um fator importante na determinação do acesso. No Brasil, com a existência do SUS, aqueles cidadãos que não têm acesso a um plano de saúde privado ou empresarial, contam com os serviços prestados pelo sistema público, que tem como porta de entrada e coordenadora da rede de atenção a APS, com a ESF. Como identificado nas entrevistas com gestores e profissionais da assistência, a cobertura da ESF é pequena em Ribeirão das Neves. Esta questão torna-se ainda mais importante com a evidente situação de pobreza dos habitantes do município, que raramente contam com um plano de saúde empresarial, devido à restrita disponibilidade de emprego,

ou podem pagar por um plano individual. Os usuários evidenciaram nas entrevistas a dependência do cadastramento na ESF e a dificuldade de consegui-la na região:

- _ “Gostaria de saber por que não consigo ser cadastrada no PSF perto da minha casa” (usuário 32);
- _ “Gostaria de ser cadastrada, mas o posto do bairro já está saturado. Não consigo ser atendida” (usuário 37).

Nota-se que diversos autores afirmam que o modo de financiamento do sistema de saúde é fundamental na determinação do acesso aos serviços de saúde (ANDERSEN, 1995; DONABEDIAN, 1973, 2003; FERNANDES *et al.*, 2009; GODDARD; SMITH, 2001; PENCHANSKY; THOMAS, 1981; THIEDE; MCINTYRE, 2008). Segundo Travassos *et al.* (2006), desigualdades sociais no acesso expressam as particularidades do sistema de saúde de cada local, de acordo com o modelo: países onde o sistema de saúde é universal, a iniquidade no acesso tende a ser menor.

Ainda na abordagem do financiamento da saúde, observa-se que um dos determinantes para a integralidade do acesso são os custos com medicamentos. Muitas vezes, uma orientação terapêutica não é seguida pelo usuário pela impossibilidade de comprar os medicamentos indicados. Entre os entrevistados, 26 (68,4%) afirmaram utilizar medicamentos de uso contínuo (Tabela 8). Destes, na última vez que precisaram, 8 (30,8%) receberam apenas parte dos medicamentos e 2 (7,7%) não receberam nenhum: 10 (38,5%) usuários de medicamentos de uso contínuo tiveram dificuldades no acesso à assistência farmacêutica (Tabela 9).

Tabela 8 – Distribuição dos participantes do estudo, segundo utilização de medicamentos de uso contínuo, Ribeirão das Neves, 2011

Utiliza medicamentos de uso contínuo	n	%
Sim	26	68,4
Não	12	31,6
Total	38	100,0

Tabela 9 – Recebimento gratuito de medicamentos pelos participantes do estudo na última vez que precisaram, Ribeirão das Neves, 2011

Recebeu gratuitamente	n	%
Todos os medicamentos	16	61,5
Parte dos medicamentos	8	30,8
Nenhum dos medicamentos	2	7,7
Total	26	100

* Dados válidos

Paniz *et al.* (2008), em um trabalho sobre utilização e acesso a medicamentos de uso contínuo, com adultos e idosos da região norte e nordeste do país, residentes em áreas de abrangência da ESF, selecionados por amostragem sistemática, observaram que, entre os adultos, a proporção de acesso a todos os medicamentos de uso contínuo foi de 81,2% e, na população de idosos, a prevalência de acesso total foi de 87,0%, valores superiores aos encontrados nos resultados do grupo investigado. Ressalta-se, entretanto, que os dados obtidos nesta pesquisa não podem ser expandidos para toda a população usuária da UBR Jardim de Alá, já que a amostra não foi probabilística.

Com relação à organização do sistema de saúde, que abordou a referência e a contrarreferência, nota-se que, embora gestores, profissionais da assistência e mesmo usuários tenham abordado dificuldades na marcação de consultas e exames especializados, 26 dos 33 entrevistados que precisaram de exame/ atendimento externo, afirmaram terem sido encaminhados pelo serviço de saúde do seu bairro quando precisaram (Tabela 10).

Tabela 10 - Encaminhamento do participante do estudo para outro serviço de saúde, pela UBR, quando necessário, Ribeirão das Neves, 2011

Foi encaminhado para outro serviço	n	%
Sim	26	68,4
Não	7	18,4
Não se aplica	5	13,2
Total	38	100,0

Pode-se inferir, portanto, que há um fluxo estabelecido para o encaminhamento, entretanto este não garante a prestação do serviço, pelo menos não oportunamente.

Serviços de saúde

No tema *serviços de saúde*, também foram apresentadas questões referentes à organização dos serviços e à acessibilidade geográfica.

Com relação à forma de marcação de consultas no bairro, a opinião dos usuários foi pessimista: apenas 28,9% (11) consideravam-na boa, enquanto 60,5% (23) achavam-na ruim e 10,6% não informaram. Embora gestores e profissionais de

saúde tenham relatado melhorias na forma de marcação de consultas, de forma geral, a opinião dos usuários foi oposta, tanto para a APS (usuário 5), quanto para a atenção secundária (usuários 19 e 25):

- _ “ É difícil marcar clínico, ginecologista e pediatra. Tem que vir de madrugada para pegar senha” (usuário 5);
- _ “O município não fez convênio para raios-X. Fiquei dois meses esperando e tive que fazer particular” (usuário 19);
- _ “Seria melhor se marcasse sem demora para não perder os exames. É dinheiro do SUS jogado fora. A pessoa não fica satisfeita, não resolve o problema. Muitas vezes tem que ir para fora para consulta” (usuário 25).

Nota-se, entretanto, que 71,1% (27) dos entrevistados consultaram um médico no ano anterior e 28,9% (11) consultaram uma enfermeira, sendo que, neste caso, dois o fizeram diariamente (Tabela 11). Ressalta-se, porém, que este percentual de utilização pode se referir ao tipo de população investigada, pois 68% usam medicação crônica.

Com relação à saúde bucal, no grupo entrevistado, 39,5% (15) dos usuários relataram não ir ao dentista há três ou mais anos, ou mesmo, que nunca foram (Tabela 12). Observa-se ainda que 18,4% (7) ficaram internados uma ou duas vezes no ano anterior (78,9% não ficaram internados e 2,7% não responderam).

Tabela 11 - Acesso a consultas médicas e de enfermagem no último ano pelos participantes do estudo, Ribeirão das Neves, 2011

Consultou no último ano	Médico		Enfermeira	
	n	%	n	%
Sim	27	71,1	11	28,9
Não	11	28,9	27	71,1
Total	38	100,0	38	100,0

Tabela 12 - Acesso à odontologia pelos participantes do estudo, Ribeirão das Neves, 2011

Quando você foi ao dentista pela última vez	n	%
Menos de 1 ano	16	42,1
De 1 ano a menos de 3 anos	7	18,4
3 ou mais anos	13	34,2
Nunca foi ao dentista	2	5,3
Total	38	100,0

De forma geral, estima-se que de 7 a 9% da população apresenta necessidade de internação hospitalar durante um ano, em determinada região (BRASIL, 2002). Ressalta-se, entretanto, que não é possível uma comparação dos resultados com os parâmetros para a população geral, pois, além da amostra do estudo não ser probabilística, trata-se de um grupo de usuários de uma unidade de saúde, com um perfil de morbidade e um contexto social específico. Pode-se inferir, entretanto, que provavelmente o grupo estudado não teve dificuldade para utilizar serviços de internação, já que a taxa de internação no mesmo se mostrou muito maior do que o esperado. Outra explicação para a taxa alta para esse grupo seria a alta prevalência de morbidades crônicas entre os entrevistados.

Com relação ao horário de atendimento, 11 (28,9%) usuários acreditavam que não era adequado, 25 (65,8%) achavam-no bom e 2 (5,3%) não responderam. Embora trabalhadores geralmente tenham limitações de horário no acesso aos serviços de saúde (DONABEDIAN 1973, 2003, ESCOREL *et al.*, 2007), um gestor entrevistado afirmou que poucos usuários comparecem no horário noturno. De acordo com os resultados encontrados, este realmente não parece ser um problema para a maioria dos entrevistados.

No que diz respeito aos fatores geográficos, abordando a distância da residência do usuário à unidade e a disponibilidade de transporte, 63,3% (24) dos entrevistados relataram gastar até 15 minutos para ir de casa até o serviço de saúde do bairro (Tabela 13) e 84,2% (32) afirmaram ir a pé até a unidade (Tabela 14). Observa-se ainda que 31,6% (12) dos entrevistados relataram receber profissionais de saúde em suas casas.

Tabela 13 - Tempo gasto pelos participantes do estudo para ir de casa ao serviço de saúde do bairro, Ribeirão das Neves, 2011

Tempo (min.)	n	%
<10	5	13,2
10 a 15	19	50,0
16 a 30	10	26,3
31 a 60	3	7,9
> 60	1	2,6
Total	38	100,0

Tabela 14 - Forma de locomoção até o serviço de saúde utilizada pelos participantes do estudo, Ribeirão das Neves, 2011

Forma de locomoção	n	%
A pé	32	84,2
Ônibus	4	10,5
A pé e de ônibus	1	2,6
Automóvel	1	2,6
Total	38	100,0

Embora estes resultados pareçam positivos, não se pode afirmar que os fatores geográficos não interfiram no acesso da população da Região Sanitária IV, já que os entrevistados podem ser exatamente aqueles moradores que conseguem chegar facilmente à unidade. Esta dedução pode ser reforçada pelo conteúdo das entrevistas dos profissionais, que relataram a existência de limitações de distância e de transporte no acesso da população da região aos serviços de saúde. A fala de um usuário pode exemplificar a importância desses fatores geográficos:

– *“Gostaria de não precisar deslocar do bairro para ter acesso à consulta e exame”* (usuário 13).

Município

Em suas entrevistas, os usuários reafirmaram a questão da estigmatização do município de Ribeirão das Neves abordada pelos profissionais de saúde:

– *“O município tem atendimento razoável, falta muito médico, que rejeita por causa da violência, da agressão ao profissional e por causa do salário. pessoas morrendo na fila foi um alerta para o governo, para a imagem, e hoje está melhor, razoável”* (usuário 16);

– *“Há discriminação por ser de Neves”* (usuário 29).

Esta temática, embora não seja discutida por autores que tratam do assunto acesso em saúde, mostrou-se relevante na área estudada, devido às suas peculiaridades e ao contexto em que o município de Ribeirão das Neves se desenvolveu.

População

Foram abordados, no questionário, aspectos referentes à aceitabilidade de Thiede & McIntyre, associados aos fatores subjetivos, sociais e culturais da

população para qual os serviços são ofertados. Foram avaliados a compreensão do processo saúde-doença e do funcionamento do sistema/serviço de saúde, o uso inadequado dos serviços disponíveis e a relação do usuário com o profissional. Foi pesquisado ainda a rede social dos usuários entrevistados.

Com relação às percepções de saúde, 63,2% (24) dos entrevistados consideraram sua saúde regular ou ruim na data da entrevista e 42,2% (16) consideravam sua saúde regular ou ruim nos meses anteriores à entrevista (Tabela 15), dados que reafirmam que a população estudada tem um perfil de pacientes com morbidades crônicas.

Quando indagados sobre quais problemas de saúde consideravam mais graves (poderiam citar mais de uma doença), 23 (60,5%) dos 38 entrevistados citaram câncer, 10 (26,3%) citaram hipertensão/pressão alta, 10 (26,3%) citaram diabetes e 8 (21%) citaram Aids (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida – SIDA). Com relação aos problemas considerados não graves, 18 (47,3%) citaram gripe/resfriado/ virose. Se consideravam ter um problema de saúde grave, 52,6% (20) dos entrevistados relataram procurar o serviço de saúde do seu bairro e 39,5% (15) procuravam um serviço de saúde fora do bairro (Tabela 21). Quando não consideravam seu problema de saúde grave, 23,7% (9) procuravam um serviço de saúde, do bairro (6) ou externo (3) (Tabela 16).

Tabela 15 - Morbidade autoreferida pelos participantes do estudo, Ribeirão das Neves, 2011

Caracterização	Saúde hoje			Saúde nos últimos tempos		
	n	%	%(acumulado)	n	%	%(acumulado)
Muito boa	3	7,9	7,9	4	10,5	10,5
Boa	11	28,9	36,8	18	47,4	57,9
Mais ou menos	18	47,4	84,2	8	21,1	78,9
Ruim	6	15,8	100,0	8	21,1	100,0
Total	38	100,0	100,0	38	100,0	100,0

Tabela 16 - Ação dos participantes do estudo diante de problemas de saúde graves e não graves, Ribeirão das Neves, 2011

Ação	Problemas de saúde graves		Problemas de saúde não graves	
	n	%	n	%
Usa medicamentos por conta própria	1	2,6	9	23,7
Pede medicamento ao balconista da farmácia	0	0,0	6	15,8
Procura serviço de saúde do bairro	20	52,6	6	15,8
Procura serviço de saúde de fora do bairro	15	39,5	3	7,9
Não respondeu	1	2,6	1	2,6
Não se aplica	1	2,6	1	2,6
Total	38	100,0	38	100,0

A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), em sua última edição, em 2008, encontrou 29,6% de entrevistados acima de 20 anos que autoavaliavam sua saúde como regular, ruim ou muito ruim (BRASIL, 2010). Ressalta-se que a PNAD, por ser um inquérito domiciliar, pode abranger uma população que tem uma percepção melhor de saúde. Geralmente, as pessoas que procuram os serviços de saúde o fazem por avaliarem que a sua saúde não está boa. A procura por atendimentos voltados para a prevenção costuma ser menor. Observa-se que o comportamento preventivo em saúde é decorrente das crenças dos indivíduos a respeito das doenças e dos benefícios e das dificuldades para a prevenção (PINHO; FRANÇA-JUNIOR, 2003).

Com relação à adequação de uso dos serviços disponíveis, nota-se que 71,1% (27) dos entrevistados relataram que, geralmente, costumam procurar por serviços da APS: UBR e posto da ESF (Tabela 17). Observa-se, porém, que para 53,0% (18/34) dos entrevistados que responderam a esta questão, o motivo de utilizar esses serviços é o fato de serem perto de casa (Tabela 18), o que é um ponto positivo da APS. Contudo, não foram citados como motivos de procura fatores relacionados com a qualidade do serviço prestado, como satisfação, eficiência e boa relação com os profissionais de saúde. Acrescenta-se a essa discussão, a análise dos motivos citados para a utilização de serviços externos ao bairro (Tabela 19), sendo os principais a ausência de vagas para consulta/ médicos no serviço do bairro (34,2%) e percepção de doença grave (21,1%), que pode demonstrar uma falta de confiança no serviço, fator importante para o acesso. Um dos usuários indica em sua fala a pouca satisfação com o sistema de saúde:

_"Gostaria que tivesse melhorias na saúde não só de Neves, mas do Brasil" (usuário 15).

Tabela 17- Serviço de saúde que o participante do estudo costuma procurar, Ribeirão das Neves, 2011

Serviço de saúde	n	%
UBR Jardim de Alá	18	47,4
Posto do PSF do bairro	9	23,7
UPA	3	7,9
Hospital privado	2	5,3
Hospital público	1	2,6
Outros	5	13,2
Total	38	100,0

Tabela 18 - Motivos de utilização do serviço do bairro pelo participante do estudo, Ribeirão das Neves, 2011

Motivo	n	%
É perto	18	53,0
É onde está cadastrado	5	14,7
É gratuito	3	8,8
O problema era simples	6	17,6
Outros	2	5,9
Total	34*	100,0

* Dados válidos

Tabela 19 - Motivos do participante do estudo para utilizar serviços de saúde de fora do bairro, Ribeirão das Neves, 2011

Motivo	n	%
Não há vaga/médico no bairro	13	34,2
Quando tem problema grave	8	21,1
Não é cadastrado na ESF	3	7,9
Atendimento ruim	2	5,3
Outros	9	23,7
Sem informação	3	7,9
Total	38	100,0

Cunha (2010) discorre sobre o papel da APS como porta de entrada aos demais níveis de assistência, afirmando que ela deve ser resolutiva e viabilizar a promoção da saúde, prevenção, tratamento e reabilitação de doenças e agravos. Como afirmado pelos profissionais de saúde entrevistados, quando os indivíduos têm a percepção que não terão suas necessidades atendidas nos serviços de saúde

do bairro, procuram diretamente outros serviços, sejam externos ao bairro, ou, até mesmo, em outro município.

Ainda com relação à utilização dos serviços disponíveis, na discussão das entrevistas dos profissionais de saúde, foi questionado se a grande procura dos serviços de saúde pela população não era devida à insatisfação do usuário com qualidade do serviço ofertado. A Tabela 20 mostra a opinião dos entrevistados sobre os serviços de saúde do bairro. Apenas 26,3% (10) dos entrevistados consideraram o serviço bom. A entrevista com os usuários mostrou também que 36,9% (14) dos entrevistados tiveram de ir duas ou mais vezes ao serviço de saúde para resolver seu problema (Tabela 21) e que 55,3% (21) procuravam outro serviço de saúde quando não tinham seu problema resolvido (Tabela 22).

A Tabela 23 mostra as principais dificuldades indicadas pelos entrevistados para utilizar o serviço de saúde do bairro. A falta de médicos e a demora da marcação de consultas foram os problemas mais citados. Com relação ao vínculo dos usuários com os serviços e profissionais de saúde, 94,7% (36) relataram procurar o mesmo serviço de saúde/ médico quando precisavam e 50% (19) eram atendidos pelos mesmos profissionais quando procuravam este serviço/ médico. Estes resultados reforçam a questão da rotatividade de profissionais abordada nas entrevistas com os gestores e profissionais de saúde, mostrando que a relação entre os usuários e os profissionais pode ser um fator determinante no acesso dessa população.

Tabela 20 - Opinião do participante do estudo sobre o serviço de saúde do bairro, Ribeirão das Neves, 2011

Opinião sobre o serviço de saúde do bairro	n	%
Bom	10	26,3
Mais ou menos	9	23,7
Ruim	9	23,7
Muito ruim	8	21,1
Não opinou	2	5,3
Total	38	100

Tabela 21 - Número de idas ao serviço de saúde do bairro para resolução do problema do participante do estudo, Ribeirão das Neves, 2011

Número de idas	n	%	% (acumulado)
Uma	19	50,0	50,0
Duas	6	15,8	65,8
Mais de duas	8	21,1	86,8
Não respondeu	1	2,6	89,5
Não se aplica	4	10,5	100,0
Total	38	100,0	100,0

Tabela 22 - Ação do participante do estudo, ao não ter problema resolvido, Ribeirão das Neves, 2011

Ação	n	%
Retorna ao serviço	15	39,5
Procura outro serviço	21	55,3
Procura alternativas de tratamento	1	2,6
Não se aplica	1	2,6
Total	38	100,0

Tabela 23 - Principal dificuldade do participante do estudo para utilizar o serviço de saúde do bairro, Ribeirão das Neves, 2011

Dificuldade	n	%
Não há médicos	14	36,8
Demora em marcar	12	31,6
Atendimento ruim	4	10,5
Mudança do médico	2	5,3
Distância/dificuldade de locomoção	2	5,3
Não há dificuldade	3	7,9
Sem informação	1	2,6
Total	38	100,0

Rosa Filho *et al.*(2008), em seu artigo sobre a continuidade da assistência ao usuário e a relação deste com profissionais de saúde, discute que a superutilização dos serviços de saúde pode estar associada à baixa resolubilidade do atendimento prestado. Os autores encontraram, em seu trabalho, que foi realizado um município no sul do país, uma prevalência de continuidade interpessoal na atenção à saúde de 43,7% (próxima ao resultado desta pesquisa, que foi de 50%). No estudo de Rosa Filho *et al.*, a manutenção do vínculo do usuário com o profissional esteve associada ao sexo feminino, idade avançada, maior renda, consulta no último ano, relato de doença crônica e não consultar no sistema público de saúde; para os que

dependiam do sistema de saúde público, a ESF mostrou-se um fator positivo para esse vínculo.

A qualidade dessa relação entre usuários e profissionais da saúde foi uma questão bastante abordada pelos entrevistados:

- _ *“Gostaria que os funcionários fossem mais educados”* (usuário 8);
- _ *“O atendimento dos médicos é ruim, não conversa”* (usuário 9);
- _ *“As pessoas idosas deveriam ser tratadas com mais cuidado e atenção”* (usuário 31).

A Tabela 24 expõe a opinião dos usuários sobre os profissionais de saúde do bairro. Embora alguns usuários não tenham relatado uma boa relação com os profissionais, observa-se que 22 (57,9%) entrevistados consideraram os profissionais de saúde do bairro bons.

Tabela 24 - Opinião dos participantes do estudo sobre os profissionais de saúde do bairro, Ribeirão das Neves, 2011

Classificação	n	%
Bons	22	57,9
Regulares	6	15,8
Ruins	8	21,1
Sem informação	2	5,3
Total	38	100,0

Esta percepção do usuário é um fator importante para criação da relação de confiança entre ele e o profissional, um fator determinante para o acesso aos serviços de saúde (PENCHANSKY; THOMAS, 1981). Para Coelho e Jorge (2009), as relações entre usuários e profissionais de saúde implicam em respeito, resolutividade no atendimento e acesso às informações.

Outro fator importante para o acesso do usuário é a sua rede social de apoio. Dentre os entrevistados, 65,8% (25) relataram não contar com qualquer tipo de ajuda quando precisavam ir a um serviço de saúde. A rede social de apoio é formada pelas relações com familiares, amigos, vizinhos, que fornecem ajuda para que o indivíduo enfrente as situações do cotidiano. A estrutura desta rede resulta, por exemplo, dos compromissos familiares, da disponibilidade para ajuda, da confiança e conhecimento do outro (FELICIANO; KOVACS, 1997). Nas populações com nível socioeconômico-cultural mais baixo, essa rede pode ser um determinante para pagar por um consulta ou transporte, levar e/ou acompanhar a pessoa em uma

consulta, ficar com os filhos e até mesmo ajudar na compreensão das orientações dos profissionais de saúde.

5.4 Objetivo 4

Identificar a concepção de acesso em saúde pela população participante do estudo.

O encontro que utilizou a técnica de grupo nominal foi realizado com sete usuários da UBR Jardim de Alá que compareceram para o grupo operativo de hipertensos e diabéticos no dia marcado para o encontro. Foram três homens e quatro mulheres, três donas de casa e os demais aposentados.

Para conceituar acesso, os participantes utilizaram as seguintes expressões: “ação”, “chegar”, “conseguir marcar consulta”, “conseguir exames”, “ser respeitado, acolhido”, “facilidade para remédio”.

Na definição dos fatores determinantes para acesso aos serviços de saúde, surgiram as seguintes expressões: “fazer os exames”, “ser bem atendido”, “rapidez para fazer exames”, “melhorar o carinho das pessoas”, “organização, já vai a um lugar certo”, “tratar os pacientes com mais compaixão”, “confiança”, “saúde é a coisa mais sublime da nossa vida”.

Observa-se que além dos fatores organizacionais (marcação de consultas e exames, aquisição de medicamentos), a questão da relação entre usuários e profissionais de saúde foi intensamente abordada. Isso pode demonstrar a importância que o acolhimento, no sentido mais amplo do termo – o da real compreensão das necessidades dos usuários – tem para os participantes. A constante citação dessa temática (observou-se também nas entrevistas com os profissionais de saúde e com os usuários) demonstra como a receptividade dos serviços de saúde, as atitudes e práticas dos profissionais e como o indivíduo é acolhido são fundamentais para se garantir o acesso aos serviços de saúde de uma população (Penchansky, Thomas, 1981; Ramos, Lima, 2003; Souza, 2008).

A técnica de grupo nominal teve como resultados a elaboração de duas frases:

“Acesso é a ação de chegar ao serviço de saúde com mais facilidade para conseguir marcar consulta, fazer exame e pegar remédio, sendo respeitado e bem acolhido”.

“Para o acesso ser de qualidade, o paciente/usuário tem de ser bem atendido, os exames feitos com rapidez, de forma organizada, com confiança, carinho e compaixão, porque saúde é a coisa mais sublime da vida”.

Pieró (2001), afirma que, ao utilizar-se a técnica de grupo nominal, deve-se levar em conta a seleção adequada dos participantes, suas informações prévias e os seus mecanismos de agregação de decisões. Considerou-se que a fala dos sete participantes retratou a opinião do grupo social que representam, os usuários da UBR Jardim de Alá. As representações sociais constroem-se na esfera científica e, mais frequentemente, na esfera consensual, que se constitui principalmente na conversação informal, na vida cotidiana. Na esfera consensual, todos podem falar com a mesma competência em uma sociedade, a fala de um indivíduo representa o discurso do seu grupo (ARRUDA, 2002). Observa-se ainda que, segundo Minayo (2010), na busca qualitativa, preocupa-se menos com a generalização e mais com o aprofundamento e abrangência da compreensão, seja de um grupo social, de uma organização, de uma instituição, de uma política ou de uma representação.

Ao fim do encontro, todos concordaram na criação de um *banner* com a frase final (Anexo E), que ficará exposta na UBR para demonstração do trabalho realizado pelo grupo. Este produto da oficina representa a construção conjunta de um material e a participação ativa desta população neste trabalho, que tem como uma de suas fundamentações teóricas a inclusão social associada ao acesso, retratada por Thiede & McIntyre (2008).

Reafirma-se os autores e a subjetividade do acesso em saúde, a aceitabilidade: acesso como liberdade para uso, baseada na consciência da possibilidade de uso pelo indivíduo e no seu empoderamento para escolha. Os padrões de utilização de serviços de saúde podem se diferenciar entre os indivíduos com necessidades de saúde iguais: isso não tem uma implicação negativa, desde que essas diferenças reflitam apenas escolhas individuais. Além disso, ressalta-se que a informação e o empoderamento são essenciais para a garantia do acesso.

6 CONCLUSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em geral, as técnicas utilizadas na triangulação de métodos deste trabalho tiveram resultados convergentes, que evidenciaram como fatores determinantes para o acesso do grupo estudado a aceitabilidade do sistema de saúde pelos usuários, a relação entre este e os profissionais de saúde, a adequação do número de profissionais para a prestação de serviços, a atenção secundária/referência, o financiamento do sistema de saúde e a estigmatização do município de Ribeirão das Neves.

O estudo demonstrou que, apesar de Ribeirão das Neves ser um município grande porte, tem grande dependência de outros municípios para a prestação da atenção secundária e terciária, sendo o sistema de saúde municipal insuficiente mesmo para a prestação de serviços de APS.

A partir dos resultados, ressalta-se a importância da comunicação em saúde, da informação e da educação em saúde participativa, não só unidirecional (repasso do conhecimento de profissionais para usuários), mas do empoderamento dos cidadãos para decisões conscientes e para sua verdadeira inclusão no sistema de saúde, como sujeito ativo e ciente de seus direitos e deveres. A culpabilização do indivíduo, sem a compreensão de seu contexto sócio-cultural, contradiz o desejo de acolher e oferecer um cuidado integral para o cidadão.

O estudo reafirma a determinação social da saúde, reforçando que a saúde não se estabelece apenas por questões biológicas e pela assistência médico-hospitalar, mas também por fatores sociais, políticos, econômicos, ambientais. A complexidade na elaboração de Políticas de Saúde é que estas precisam ter uma proporção maior que simples oferta de cuidados, devem questionar quais são reais necessidades dos cidadãos e avançar na participação social para sua elaboração.

Os resultados mostraram que, embora os fatores organizacionais dos serviços e do sistema de saúde sejam determinantes para o acesso do grupo estudado, a aceitabilidade dos usuários – que deve ser analisada com vistas às questões subjetivas da utilização de serviços, como percepções e crenças – tem um papel fundamental no acesso em saúde.

Finalmente, ressalta-se que esta dissertação pode oferecer subsídios para o planejamento de Políticas Públicas que visem a melhorias no acesso do grupo estudado aos serviços de saúde, enfocando nos fatores de aceitabilidade da população e nos fatores organizacionais dos serviços/sistema de saúde. Aponta para

a necessidade de outras investigações sobre o tema, como acesso e a articulação nos níveis de atenção à saúde no SUS no âmbito municipal.

7 PONDERAÇÕES DA AUTORA

Em 4 de dezembro de 2011, os participantes da 14ª Conferência Nacional de Saúde lançaram um carta à sociedade brasileira, reafirmando a necessidade de um acesso universal, integral e equânime para a população (BRASIL, 2011d).

Todos usam o SUS? Dar-me-ei a licença de finalizar esta dissertação com algumas percepções: posso até considerar que sim, partindo da ideia de utilização do sistema de saúde abordada na introdução deste texto. Entretanto, é certo que a universalidade do acesso não garante que ele seja integral e equânime. Ouvir, em uma unidade de saúde, uma pessoa falar passivamente que seu filho havia falecido após procurar por várias portas de entrada do sistema; presenciar usuários revoltados, porque a farmácia não tinha disponível os medicamentos de que precisavam e me procurarem espontaneamente, querendo responder ao questionário desta pesquisa para expressar sua revolta e buscar melhorias; ouvir uma senhora falar que desejava fazer exame citopatológico e não conseguiu e outra dizer que desejava consultar com uma nutricionista, pois era diabética (ambos os casos de busca por prevenção, mesmo que esta não seja primária, já contradiz o modelo curativo); ou, finalmente, presenciar, a caminho da UBR, milhares de casas – se é que podemos chamá-las assim, pois grande parte era de barracos ou mesmo barracas de assentamentos –, totalmente insalubres e susceptíveis à grande parte das doenças, já raramente encontradas nos centros ricos; tudo o que essa observação participativa me proporcionou (apesar de não ter considerado, formalmente, este um método desta dissertação) me faz refletir, grandemente, não só se este acesso é integral e equânime – quanto a isso não há dúvidas –, mas também se é universal.

Essa população está tão à parte da “sociedade”, que me custa realmente acreditar que está inserida, no sentido profundo do termo, como aquele abordado por Thiede & McIntyre (2008), no sistema de saúde. Não lhes são realmente garantidos direitos básicos humanos, como moradia, alimentação, segurança e saúde. Ainda temos muito que buscar para alcançar o SUS idealizado desde o início da Reforma Sanitária. O SUS pode estar de porta aberta para todos, mas esta porta talvez não seja suficiente para permitir a entrada de todos. Aqui não se trata apenas de saúde, mas também de outras melhorias sociais, de educação, de empoderamento para inserção social dessa população.

O Sistema Único de Saúde brasileiro, apesar de todas as suas conquistas, ainda tem muito que avançar para acolher a todos os cidadãos que dele dependem para promover sua saúde, prevenir de ter doenças e receber cuidados quando for necessário. Acesso e acolhimento com qualidade são, não há como discordar do eixo da 14ª Conferência, desafios para serem enfrentados nesta terceira década de existência do SUS que se inicia.

8 ANEXOS

8.1 ANEXO A – Questionário para Usuários da Unidade Básica de Referência (UBR) Jardim de Alá

O entrevistado deve ter 18 anos ou mais e ser usuário da UBR Jardim de Alá.

Bairro do entrevistado: _____

Data da entrevista: _____

Nome do entrevistador: _____

Resultado da entrevista:

- Entrevista finalizada.
- Entrevista não finalizada (escreva a razão).

- O entrevistado não quis responder (escreva a razão).

Comentários do entrevistador:

1 CARACTERÍSTICAS DE SAÚDE DOS USUÁRIOS DA UBR

MORBIDADE

1 Como está sua saúde hoje?

1. Muito boa
2. Boa
3. Mais ou menos
4. Ruim

2 Como esteve sua saúde nos últimos tempos?

1. Muito boa
2. Boa
3. Mais ou menos
4. Ruim

3 Os médicos já falaram que você tem que doenças?

4 Quais problemas de saúde você considera graves?

5 Quais problemas de saúde você não considera graves?

6 O que você faz, geralmente, quando tem problemas de saúde graves?

1. Usa ervas ou medicamentos caseiros
2. Usa medicamentos por conta própria
3. Pede um medicamento ao balconista da farmácia
4. Procura um curandeiro ou benzedeiro
5. Procura um serviço de saúde do bairro
6. Procura um serviço de saúde fora do bairro
7. Outro. O quê? _____

7 O que você faz, geralmente, quando tem problemas de saúde que não são graves?

1. Usa ervas ou medicamentos caseiros
2. Usa medicamentos por conta própria
3. Pede um medicamento ao balconista da farmácia
4. Procura um curandeiro ou benzedeiro
5. Procura um serviço de saúde do bairro
6. Procura um serviço de saúde fora do bairro
7. Outro. O quê? _____

8 No último ano, você consultou com um médico?

1. Sim. Quantas vezes? _____
2. Não

9 No último ano, você procurou uma enfermeira?

1. Sim. Quantas vezes? _____
Por qual(is) motivo(s)? _____
2. Não

COBERTURA DE PLANO DE SAÚDE

10 Você tem algum plano de saúde?

1. Sim
2. Não (se a resposta for não, **passe ao 16**)

11 O seu plano de saúde dá direito ao quê?

12 Você utiliza o plano de saúde?

1. Sim
2. Não. Por quê? _____

13 Você acha que o plano é:

1. Muito bom
2. Bom
3. Regular
4. Ruim

14 Há outras pessoas da sua família no seu plano de saúde?

1. Sim. Quem?

2. Não

15 Seu plano de saúde é pago:

1. Por conta própria. Valor da mensalidade: _____

2. Pela empresa

3. Outro. Qual? _____

ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

16 Se você precisar ir a um serviço de saúde, você conta com a ajuda de alguém?

1. Sim

2. Não

17 Que tipo de ajuda?

Não se aplica

18 Você está cadastrado no Programa de Saúde da Família?

1. Sim

2. Não

3. Não sabe

19 Você costuma procurar o mesmo lugar, mesmo médico ou mesmo serviço de saúde quando precisa de atendimento de saúde?

1. Sim

2. Não

20 Qual serviço você costuma procurar?

21 De quanto em quanto tempo você utiliza este serviço?

Não se aplica

22 Por que você utiliza um serviço de fora do seu bairro?

Não se aplica

23 Por que você utiliza o serviço do seu bairro?

Não se aplica

24 Quais são as principais dificuldades para utilizar o(s) serviço(s) do seu bairro?

25 Da última vez que você precisou, quantas vezes você teve de ir ao serviço do seu bairro para seu problema ser resolvido?

1. Uma

2. Duas. Por quê?

3. Mais de duas. Por quê?

4. Não se aplica

26 Normalmente, quando o seu problema de saúde não é resolvido, você:

1. Retorna ao serviço

2. Procura outro serviço. Qual e onde?

3. Procura alternativas de tratamento. Quais e onde?

Não se aplica

27 Qual(is) é (são) o(s) meio(s) de transporte que você utiliza para ir ao(s) serviço(s) de saúde do bairro?

Não se aplica

28 Quanto tempo você gasta para chegar ao serviço de saúde do bairro que você usa?

Não se aplica

29 Você tem dificuldades para obter informações no serviço do seu bairro?

1. Sim. Quais?

2. Não

3. Não se aplica

30 Que profissionais há no serviço de saúde do seu bairro?

31 Que tipos de atendimento há no seu bairro?

32 Quando você vai aos serviços de saúde do seu bairro, você costuma ser atendido pelos mesmos profissionais de saúde?

1. Sim

2. Não

3. Não se aplica

33 Você acha que o profissional que te atende tem tempo para te ouvir?

1. Sim

2. Não

3. Não se aplica

34 Ele entende as suas dúvidas?

1. Sim

2. Não

3. Não se aplica

35 Você entende quando ele responde?

1. Sim

2. Não

3. Não se aplica

36 O que você acha dos profissionais de saúde do seu bairro?

37 Você acha que os horários de atendimento são bons?

1. Sim

2. Não. Por quê?

3. Não sabe

38 E a forma de marcação de consultas, é boa?

1. Sim

2. Não. Por quê?

3. Não sabe

39 Você costuma receber algum profissional da saúde na sua casa?

1. Sim. Qual (is)?

2. Não

3. Não sabe

40 Quando você precisou de um serviço que não tem no seu bairro, você foi encaminhado?

1. Sim. Que serviço era?

2. Não

3. Não se aplica

41 O que você acha dos serviços de saúde do seu bairro? Por quê?

42 Qual o tipo de atendimento que você mais procura? É fácil para conseguir? Por quê?

43 Qual é o tipo atendimento mais fácil de conseguir no bairro? Por quê?

44 Qual é o tipo de atendimento mais difícil de obter no bairro? Por quê?

45 Você utiliza medicamentos de uso contínuo?

- 1. Sim
- 2. Não

46 Na última vez que precisou obter medicamentos de uso contínuo, você recebeu gratuitamente:

- 1. Todos os medicamentos
- 2. Parte dos medicamentos
- 3. Nenhum dos medicamentos

47 Dos medicamentos de uso contínuo, que você não recebeu gratuitamente, você comprou:

- 1. Todos os medicamentos
- 2. Parte dos medicamentos
- 3. Nenhum dos medicamentos

48 Quando você foi ao dentista pela última vez?

- 1. Menos de 1 ano
- 2. De 1 ano a menos de 2 anos
- 3. De 2 anos a menos de 3 anos
- 4. 3 ou mais anos
- 5. Nunca foi ao dentista

49 Da última vez que você foi ao dentista, o atendimento foi no SUS de Ribeirão das Neves?

- 1. Sim
- 2. Não. Onde?

UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

50 Qual foi a última vez que você procurou um serviço de saúde?

51 Qual foi o principal motivo?

52 Onde você procurou o primeiro atendimento?

53 Você esteve internado no último ano (pelo menos uma noite de internação)?

- 1. Sim. Quantas vezes?

Por qual(is) motivos?

-
- 2. Não

2 INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO

54 Você escuta programas de rádio?

- 1. Todo dia
- 2. Às vezes
- 3. Pouco
- 4. Nunca

Qual? _____

55 Você assiste à televisão?

- 1. Todo dia
- 2. Às vezes
- 3. Pouco
- 4. Nunca

56 Você utiliza Internet?

- 1. Todos os dias
- 2. Às vezes
- 3. Pouco
- 4. Nunca

57 Você lê jornal?

- 1. Todos os dias.
- 2. Às vezes
- 3. Pouco
- 4. Nunca

Qual? _____

3 CARACTERÍSTICAS DA MORADIA DO USUÁRIO DA UBR

58 Há quanto tempo você mora na região? _____

- Não sabe
- Não quis declarar

59 Quantas pessoas vivem em sua casa?

60 Sua casa possui energia elétrica?

1. Sim
2. Não

61 Sua casa possui (marque todas as opções que o entrevistado relatar):

1. Filtro de água
2. Fogão
3. Geladeira
4. Telefone fixo
5. Telefone celular
6. Rádio
7. Televisão
8. Computador
9. Internet
10. Carro ou motocicleta

4 CARACTERÍSTICAS DO USUÁRIO DA UBR

62 Qual é sua data de nascimento (dd/mm/aaaa)?

_____ (se ele não souber, deixe em branco)

Marque qual é a faixa etária do entrevistado(a) ou a que você imagine que seja, caso ele não saiba:

1. 18 – 30 anos
2. 31 – 40 anos
3. 41 – 50 anos
4. 50 – 60 anos
5. > 60 anos

63 Marque qual é o sexo do entrevistado:

1. Feminino
2. Masculino

64 Você sabe ler e escrever?

1. Não
2. Sim

65 Até que série você estudou (marcar de acordo com as opções seguintes)?

1. Ensino Fundamental incompleto
2. Ensino Fundamental completo
3. Ensino Médio incompleto
4. Ensino Médio completo
5. Ensino Superior incompleto
6. Ensino Superior completo
7. Pós-graduação
8. Não se aplica

66 Você trabalha? Com o quê?

- Não quis declarar

67 Qual é a renda da sua família (valor aproximado)? _____

- Não sabe
 Não quis declarar

68 Há mais alguma coisa que você queira falar?

8.2 ANEXO B – Roteiros de Entrevistas para Profissionais de Saúde

1 Profissionais da assistência direta ao paciente

Dados do entrevistado

1. Código de identificação do entrevistado:
2. Cargo/ função:
3. Tempo que trabalha neste cargo/ função:
4. Tempo que trabalha na UBR:

Tópicos da entrevista

Características do atendimento

1. Tempo de espera para atendimento.
2. Manutenção da equipe de atendimento.
3. Tempo para ouvir o paciente.

Características dos usuários

4. Dificuldade de deslocamento dos pacientes.
5. Busca de serviços externos ao bairro.

Características do acesso

6. Fatores que facilitam e que dificultam o acesso.

2 Gerente da Unidade Básica de Referência Jardim de Alá

Dados do entrevistado

1. Formação:
2. Tempo que trabalha na gestão:
3. Tempo que trabalha nesta unidade:

Tópicos da entrevista

Marcação de consultas e atendimento

1. Tempo para marcação de consultas.
2. Informações e marcação de consultas por telefone.
3. Encaminhamento para especialistas.
4. Visitas domiciliares.

Características da equipe de saúde

5. Qualidade do atendimento da equipe de saúde.
6. Manutenção da equipe de atendimento.

Características dos usuários

7. Usuários externos à área adscrita.
8. Busca de serviços externos ao bairro.

Características do acesso

9. Fatores que facilitam e que dificultam o acesso.

3 Gestores do nível central

Dados do entrevistado

1. Cargo/ função:
2. Tempo no cargo/ função:
3. Formação:

Tópicos da entrevista

1. Suficiência e adequação da rede municipal de serviços de saúde. Problemas da rede. Há uma rede de serviços integrada, com referência e contra-referência?
2. Barreiras organizacionais, geográficas e sociais – fatores facilitadores e dificultadores do acesso aos serviços de saúde.
3. Políticas de saúde voltadas para a melhoria do acesso.

8.3 ANEXO C – Consentimento Informado para Participação de Projeto – Usuários da UBR Jardim de Alá

Informações ao voluntário

Você está sendo convidado a participar como voluntário de uma pesquisa que quer saber como é a utilização da Unidade Básica de Referência (UBR) e demais serviços de saúde da região em que você mora. Queremos saber se é fácil ou difícil para você usar o serviço.

Pesquisadora responsável

Dra. Zélia Maria Profeta da Luz do Centro de Pesquisa René Rachou da FIOCRUZ

Informações gerais – Esta pesquisa está sendo feita pela Fundação Oswaldo Cruz de Minas Gerais, em colaboração com a Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão da Neves, e gostaríamos da sua ajuda respondendo a um questionário. Neste trabalho serão entrevistados 90 usuários da UBR. Se você aceitar ou não participar do projeto, o seu acesso à unidade de saúde não será afetado. Sua participação é inteiramente voluntária, todas as informações serão confidenciais e você não receberá qualquer pagamento para participar. O seu nome e seu endereço não serão anotados no questionário. Se você aceitar nos ajudar, vamos precisar de 30 minutos do seu tempo para preencher todo o questionário. Você poderá desistir a qualquer momento sem ter de explicar os motivos ao entrevistador.

Descrição da pesquisa – O entrevistador fará as perguntas do questionário e depois todas as respostas serão analisadas pelos pesquisadores. A sua participação é muito importante, pois irá nos ajudar a saber quais são os problemas na utilização da Unidade Básica de Referência e demais serviços de saúde da sua região.

Benefícios – A pesquisa tem como objetivo de propor estratégias que melhorem o acesso aos serviços locais de saúde.

Informações ao voluntário

Riscos potenciais - A participação na pesquisa não trará nenhum risco para você e você poderá desistir de continuar participando a qualquer momento, por qualquer motivo.

Confidencialidade – Os questionários não terão nem o nome nem o endereço dos participantes. Todos os questionários ficarão sob a responsabilidade da coordenadora da pesquisa e um número pequeno de pesquisadores é que poderá ter acesso às informações. As informações obtidas serão utilizadas exclusivamente para fins de pesquisa. Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal e do Comitê de Ética da Fiocruz, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Entendimento por parte dos participantes: Se você tiver alguma dúvida sobre o trabalho, por favor, faça contato com a responsável pelo trabalho: Dra. Zélia Maria Profeta da Luz/ Centro de Pesquisa René Rachou: Av. Augusto de Lima, 1715-Barro Preto, telefones- (31) 33497700, (31) 33497808, (31) 33497782, e- mail: profeta@cpqrr.fiocruz.br

Endereço e telefone do Comitê de Ética do Centro de Pesquisas René Rachou:
Av. Augusto de Lima, 1715 – Barro Preto - Belo Horizonte - CEP: 30190-002
Secretária: Jéssica Camêlo – TeleFax: (31) 3349-7825

Eu pude fazer perguntas relacionadas com todas as etapas da pesquisa e o entrevistador respondeu a todas as minhas dúvidas.

Consentimento:

Eu concordo em participar voluntariamente desta pesquisa.

Nome do participante

Assinatura do participante

Nome do entrevistador

Assinatura do entrevistador

Local: Ribeirão das Neves

Data: ____/____/____

8.4 ANEXO D – Consentimento Informado para Participação de Projeto – Profissionais de Saúde

Informações ao voluntário

Você está sendo convidado a participar como voluntário de uma pesquisa que tem como objetivo analisar o acesso da população residente na região IV do município de Ribeirão das Neves à Unidade Básica de Referência Jardim de Alá e aos demais serviços locais de atenção à saúde.

Pesquisadora responsável

Dra. Zélia Maria Profeta da Luz do Centro de Pesquisa René Rachou da FIOCRUZ

Informações gerais – Esta pesquisa está sendo feita pela Fundação Oswaldo Cruz de Minas Gerais, em colaboração com a Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão das Neves, e gostaríamos da sua ajuda nos concedendo uma entrevista. Neste trabalho, serão entrevistados profissionais de saúde do município: Secretário Municipal de Saúde, Superintendente de Assistência à Saúde, Coordenador da Atenção Primária do Nível Central, Coordenador da atenção Primária da Região IV e gerente, médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem da Unidade Básica de Referência Jardim de Alá. Se você aceitar ou não participar do projeto, seu trabalho não será afetado. Sua participação é inteiramente voluntária, todas as informações serão confidenciais e você não receberá qualquer pagamento para participar. Se você aceitar nos ajudar, vamos precisar de alguns minutos do seu tempo para a realização da entrevista. Você poderá desistir a qualquer momento sem ter de explicar os motivos ao entrevistador.

Descrição da pesquisa – O entrevistador da Fiocruz conduzirá a entrevista, que será gravada e depois analisada pelos pesquisadores. A sua participação é muito importante, pois nos ajudará a saber quais são os problemas na utilização dos serviços de saúde dos moradores da região IV do município de Ribeirão das Neves.

Benefícios – A pesquisa buscará propor estratégias que melhorem o acesso aos serviços locais de saúde.

Informações ao voluntário

Riscos potenciais - A participação na pesquisa não lhe trará nenhum risco e você poderá desistir de continuar participando a qualquer momento, por qualquer motivo.

Confidencialidade – As gravações das entrevistas não terão nem o nome nem o endereço dos participantes, apenas a identificação da sua função. Todas as entrevistas ficarão sob a responsabilidade da coordenadora da pesquisa e apenas um número pequeno de pesquisadores é que poderá ter acesso às informações. As informações obtidas serão utilizadas exclusivamente para fins de pesquisa. Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal e do Comitê de Ética da Fiocruz, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Entendimento por parte dos participantes: Se você tiver alguma dúvida sobre o trabalho, por favor, faça contato com a responsável pelo trabalho: Dra. Zélia Maria Profeta da Luz/ Centro de Pesquisa René Rachou: Av. Augusto de Lima, 1715-Barro Preto, telefones- (31) 33497700, (31) 33497808, (31) 33497782, e- mail: profeta@cpqrr.fiocruz.br

Endereço e telefone do Comitê de Ética do Centro de Pesquisas René Rachou:
Av. Augusto de Lima, 1715 – Barro Preto - Belo Horizonte - CEP: 30190-002
Secretária: Jéssica Camêlo – TeleFax: (31) 3349-7825

Eu pude fazer perguntas relacionadas com todas as etapas da pesquisa e o entrevistador respondeu a todas as minhas dúvidas.

Consentimento:

Eu concordo em participar voluntariamente desta pesquisa.

Nome do participante

Assinatura do participante

Nome do entrevistador

Assinatura do entrevistador

Local: Ribeirão das Neves

Data: ____/____/____

8.5 ANEXO E – Ficha para Coleta de Dados da Unidade Básica de Referência Jardim de Alá

1. Recursos humanos desta unidade (cargos, número):
2. Horários e dias de funcionamento da unidade:
3. atendimentos diários desta unidade (número e tipos - consultas, grupos, dispensação medicamentosa, procedimentos, atendimento domiciliar):

4. Estrutura física da unidade:

- Número de consultórios médicos/enfermagem:
- Número de consultórios de odontologia:

Check list:

- Acesso para pessoas com deficiência
- Recepção/Sala de espera
- Sala de acolhimento/triagem
- Sala de curativos
- Sala de vacinação
- Sala de inalação/reidratação
- Sala de atendimento de grupos
- Sala de materiais e equipamentos
- Farmácia
- Expurgo
- Sala administrativa
- SAME
- Banheiros funcionários
- Banheiros usuários
- Copa
- Depósito de material de limpeza

8.6 ANEXO F – Banner

Projeto Farol: pensar e agir para potencializar geração de renda e acesso aos serviços de Saúde

Durante o ano de 2011, a Fiocruz Minas, em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão das Neves, realizou uma pesquisa na UBR Jardim de Alá para saber como era o acesso e a utilização dos serviços de saúde pelos moradores da região. Vejam o que alguns moradores disseram sobre o acesso aos serviços de saúde e, na opinião desses moradores, o que é necessário para que o serviço seja de qualidade:



“Acesso é a ação de chegar ao serviço de saúde com mais facilidade para conseguir marcar consulta, fazer exame e pegar remédio, sendo respeitado e bem acolhido”.

“Para o acesso ser de qualidade, o paciente tem de ser bem atendido, os exames feitos com rapidez, de forma organizada, com confiança, carinho e compaixão, porque saúde é a coisa mais sublime da vida!”

Esta definição foi elaborada pelos seguintes moradores: **Geraldo Ferreira da Silva, João Silva, Josélia Maria, Maria da Conceição Silva Batista, Maria de Fátima Delfim Pereira, Maria Queiroz e Raimundo Nonato.**



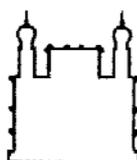
Agradecemos a colaboração de todos os usuários e profissionais da UBR Jardim de Alá!

Anna Paula Viegas, Rose Ferraz e Zélia Profeta
Equipe da Fundação Oswaldo Cruz
(Fiocruz Minas)

Apoio e Realização:



8.7 ANEXO G – Carta de Aprovação do Projeto pelo CEP



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Centro de Pesquisa René Rachou

Comitê de Ética



CARTA DE APROVAÇÃO Nº 17/2010 – CEP / CPqRR / FIOCRUZ / MS

Protocolo CEP - CPqRR nº: 16/2010

Projeto de Pesquisa: "Acesso aos serviços de saúde em uma população de baixa inserção social no município de Ribeirão das Neves, Minas Gerais". **GIII.**

Pesquisadora Responsável: Zélia Maria Profeta da Luz

Instituição Realizadora: Centro de Pesquisa René Rachou

CAAE: 0015.0.245.000-10

Após submissão e análise criteriosa do protocolo em questão, no Comitê de Ética em Pesquisas Envolvendo Seres Humanos do Centro de Pesquisas René Rachou, constatamos que o estudo atende aos aspectos fundamentais da Resolução 196/96 CNS, sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos.

Diante do exposto, o Comitê de Ética do CPqRR / FIOCRUZ Minas, de acordo com as atribuições à ele concedidas pela Legislação vigente, manifesta-se pela homologação do projeto de pesquisa proposto.

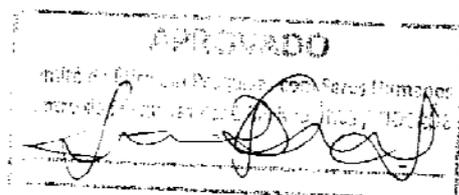
Situação: PROJETO APROVADO.

Firma-se diante deste documento a necessidade de serem apresentados os relatórios:

- Final: Julho 2011.

Bem como a notificação de eventos adversos, de emendas ou modificações no protocolo para apreciação do CEP.

Belo Horizonte, 21 de Junho de 2010.




João Carlos Pinto Dias
Coordenador do CEPESH-CPqRR

Dr. João Carlos Pinto Dias
COORDENADOR
COMITÊ DE ÉTICA

Av. Augusto de Lima, 1715 Barro Preto 30190-002, Belo Horizonte – MG - Brasil
Tel: 55 0xx31 3295 3566 (ramal 181) Fax: 55 0xx31 3295 3115 <http://www.cpqrr.fiocruz.br>

8.8 ANEXO H – Carta da Coordenadoria de Cooperação Social

Carta nº 0088 /2009 - Cooperação Social/PR

Rio de Janeiro, 17 de novembro de 2009.

A Sra
Zélia M Profeta da Luz

Assunto: Comunicação do resultado do Processo de Seleção de Projetos ao Edital CSDT/FIOCRUZ – 001/2009

Prezada Sra.

Vimos informá-la que seu projeto denominado: **Projeto Farol - pensar e agir para potencializar geração de renda e acesso aos serviços de saúde** foi selecionado para apoio de R\$50.000,00. Reiteramos que o ineditismo deste edital inaugura um novo processo de debates, linhas de ação e intervenção da Coordenadoria de Cooperação Social da Presidência da Fiocruz, visando resultados, impactos e mudanças significativas na saúde e nas condições de vida de populações em territórios vulnerabilizados. Projetos desta natureza poderão contribuir com a redução das iniquidades nos territórios mencionados.

Foram recebidos 46 projetos para os três eixos do edital – Educação, Comunicação e Cultura; Trabalho, Renda e Solidariedade e Território e Saúde. Os três eixos foram contemplados de forma equitativa, demonstrando o interesse e necessidade de ações nas três dimensões.

Parabenizamos a iniciativa e o projeto aprovado.

Atenciosamente,

José Leonídio Madureira de Sousa Santos
Coordenadoria de Cooperação Social
Presidência/Fiocruz

Fundação Oswaldo Cruz
Coordenadoria de Cooperação Social
Av. Brasil, 4365 – Prédio Carlos Augusto da Silva, 2º andar – Manguinhos 21045-360 – Rio de Janeiro – RJ
Telefone: (21) 3885-1733 Fax (21) 2270 2496 - Home: www.fiocruz.br E-mail: cooperacaosocial@fiocruz.br

9 REFERÊNCIAS

Aguiar ACS, Moura ERF. Percepção do usuário sobre a atuação da Equipe de Saúde da Família de um Distrito de Caucaia – CE. Rev. bras. promoç. saúde 2004; 17 (4): 163-169.

Anjos LA dos *et al.*. Vigilância nutricional em adultos: experiência de uma unidade de saúde atendendo população favelada. Cad. Saúde Públ. Rio de Janeiro 1992, (8)1: 50-56.

Almeida C, Travassos C, Porto S, Labra ME. Health Sector reform in Brazil: a case study of inequity. Int. j. health serv. 2000; 1(30): 129–162.

Andrulis DP. Community, Service, and Policy Strategies to Improve Health Care Access in the Changing Urban Environment. Am J Public Health 2000; 90 (6): 858-862.

Amaral MA, Fonseca RMGS. Entre o desejo e o medo: as representações sociais das adolescentes acerca da iniciação sexual. Rev Esc Enferm USP 2006; 40(4):469-76.

Andersen RM. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? J Health Soc Behav 1995; 36:1-10.

Arruda A. Teoria das Representações Sociais e Teorias de Gênero. Cad. pesqui. 2002, 117: 127-147

Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70, 2010.

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Sistema Único de Saúde. Brasília: CONASS, 291 p.; 2011 (a). (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, 1)

_____. Constituição da República Federativa do Brasil, de 5 de outubro de 1988. Brasília;1988.

_____. 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. Brasília; 2011(b).

_____. Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Brasília; 2000 (a).

_____. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da Saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília; 1990.

_____. Ministério da Fazenda. Escola de Administração Fazendária. Caderno de Finanças Públicas ano 1 número 1 dez 2000. A capacidade e de gastos dos municípios brasileiros: arrecadação própria e receita disponível: p.19-30. Brasília; 2000 (b).

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Nota Técnica 06/2006. Para entender o Pacto pela Saúde 2006, 1:38 p. Brasília; 2006 (a).

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. 14º Conferência Nacional de Saúde. Documento orientador para os debates. “Todos usam o SUS! SUS na Seguridade Social, Política Pública e patrimônio do povo brasileiro”. Brasília; 2011(c).

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. 14º Conferência Nacional de Saúde. Carta da 14ª Conferência Nacional de Saúde à sociedade brasileira. Brasília; 2011(d).

_____. Ministério da Saúde. DATASUS, Informações de Saúde; 2011(e). Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>. [acessado 7 dez 2011].

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. 2. ed. Brasília: Editora MS ; 2006 (b).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (Princípios e Diretrizes). Brasília; 2008.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. IBGE Cidades; 2011(f). Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1> . [acessado 7 dez 2011].

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Um Panorama da Saúde no Brasil. Acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde, 2008. Rio de Janeiro; 2010.

_____. Portaria nº 1101, de 12 de junho de 2002. Estabelece os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília; 2002.

_____. Portaria nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília; 2006 (c).

Campos FE de, Machado HM, Girardi SN. A fixação de profissionais de saúde em regiões de necessidades. Divulg. saúde debate., Rio de Janeiro 2009; 44.

Carpilheira MF, Santos IS. Fatores individuais associados à utilização de consultas médicas por adultos. Rev. Saúde Pública 2006;40(3).

Coelho MO, Jorge MSB. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. *Ciênc. saúde coletiva*, 2009; 14(Supl.1):1523-1531.

Costa MFFL *et al.*. Diagnóstico da Situação de Saúde da População Idosa Brasileira: um Estudo da Mortalidade e das Internações Hospitalares Públicas. *Inf. epidemiol. SUS* 2000; 1 (9).

Costa JSD, Facchini LA. Serviços ambulatoriais em Pelotas: onde a população consulta e com que frequência. *Rev. Saúde Pública*, 1997; 31 (4).

Cunha ABO, Vieira-da-Silva LM. Acessibilidade aos serviços de saúde em um município do Estado da Bahia, Brasil, em gestão plena do sistema. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro 2010; 26(4):725-737.

Deslandes SF *et al.*. Caracterização diagnóstica dos serviços que atendem vítimas de acidentes e violências em cinco capitais brasileiras. *Ciênc. saúde coletiva*, 2007; 11(Sup): 1279-1290.

Donabedian A. *Aspects of medical care administration: specifying requirements for health care*. 1st ed. Boston: Harvard University Press; 1973.

_____. *An introduction to quality assurance in health care*. 1st ed. New York: Oxford University Press; 2003.

Scorel S, Giovanella L, Mendonça MHM, Senna MCM. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. *Rev Panam Salud Pública* 2007; 21:164-76.

Feliciano KVO, Kovacs MH. Opiniões sobre a doença entre membros da rede social de pacientes de hanseníase no Recife. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health*, 1997; 1(2).

Fernandes LCL *et al.*. Utilização dos serviços de saúde pela população coberta pela Estratégia de Saúde da Família. *Rev Saúde Pública*, 2009; 43(4):595-603.

Figueiredo W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. *Ciênc. saúde coletiva*, 2005; 10(1):105-109.

Fundação Israel Pinheiro. Plano Municipal de Regularização Fundiária Sustentável de Ribeirão das Neves. Produto 2. Levantamentos e Diagnóstico. Volume I. Secretaria de Estado de Desenvolvimento Regional e Política Urbana. Belo Horizonte, 2009.

Gomes, R *et al.*. Êxitos e limites na prevenção da violência: estudo de caso de nove experiências brasileiras. *Ciênc. saúde coletiva*, 2007; 11(Sup): 1291-1302.

_____. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro 2007; 23(3):565-574.

Goddard M, Smith P. Equity of access to health care services: theory and evidence from the UK. *Soc Sci Med* 2001; 53:1149-62.

Levcovitz E *et al.*. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. *Ciênc. saúde coletiva*, 2001; 6(2):269-291.

Mendoza-Sassi R, Beria JU. Utilización de los servicios de salud: una revisión sistemática sobre los factores relacionados. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro 2001; 17(4):819-832.

Minayo MCS, Assis SG, Souza ER. Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

Minayo MCS, Deslandes SF, Gomes R. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 29.ed. Petrópolis: Vozes, 2010.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Ed. Hucitec, 2008.

_____. Construção de Indicadores Qualitativos para a Avaliação de Mudanças. Rev. bras. educ. méd., 2009; 33 (1):83-91.

Moimaz SAS *et al.*. Satisfação e percepção do usuário do SUS sobre o serviço público de saúde. Physis (Rio J.), 2010; 20 (4): 1419-1440.

Natansohn G. Comunicação & Saúde: interfaces e diálogos possíveis. Eptic on line 2004, 2 (4).

Nogueira - Martins MCF, Bógus CM. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. Saúde Soc., 2004; (3) 13: 44-57.

Ojima R *et al.*. O estigma de morar longe da cidade: repensando o consenso sobre as “cidades-dormitório” no Brasil. Cad. Metrop., São Paulo 2010; 24 (12): 395-415.

Paniz VMV *et al.*. Acesso a medicamentos de uso contínuo em adultos e idosos nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro 2008; 24(2): 267-280.

Penchansky DBA, Thomas JW. The concept of access – definition and relationship to consumer satisfaction. Med Care 1981; 19:127-40.

Peiró, S; Herrero, JJA. La gestión de la investigación en los centros sanitarios. Una exploración mediante la técnica del grupo nominal. Gac Sanit 2001; 15 (3): 245-250.

Pinheiro RS *et al.*. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. Ciênc. saúde coletiva 2002; 7(4):687-707.

Pinho AA, França-Junior I. Prevenção do câncer de colo do útero: um modelo teórico para analisar o acesso e a utilização do teste de Papanicolaou. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., Recife 2003; 3 (1): 95-112.

Ramos DD, Lima MADS. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro 2003; 19(1):27-34.

RIPSA. Matriz de indicadores; 2011. Disponível em: <http://www.ripsa.org.br/fichasIDB/record.php?lang=pt&node=E.6.2>. [acessado 7 dez 2011].

Rosa Filho LA *et al.*. Fatores associados à continuidade interpessoal na atenção à saúde: estudo de base populacional. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro 2008; 24(4):915-925.

Rozemberg B, Silva APP, Vasconcellos-Silva PR. Impressos hospitalares e a dinâmica de construção de seus sentidos: o ponto de vista dos profissionais de saúde. Cad. Saúde Pública 2002, 6 (18):1685-1694.

Schwartz TD *et al.*. Estratégia Saúde da Família: avaliando o acesso ao SUS a partir da percepção dos usuários da Unidade de Saúde de Resistência, na região de São Pedro, no município de Vitória. Ciênc. saúde coletiva 2010, 15(4): 2145-2154.

Serra CG, Rodrigues PHA. Avaliação da referência e contrarreferência no Programa Saúde da Família na Região Metropolitana do Rio de Janeiro (RJ, Brasil). Ciênc. saúde coletiva 2010, 15(Supl. 3):3579-3586.

Scheffer M, Biancarelli A, Cassenote A, coordenadores. Demografia Médica no Brasil: dados gerais e descrições de desigualdades. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, Conselho Federal de Medicina. São Paulo; 2011.

Souza ECF *et al.*. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro 2008; 24 (1):100-110.

Souza ER *et al.*. Avaliação do processo de implantação e implementação do Programa de Redução da Morbimortalidade por Acidentes de Trânsito. *Epidemiol. serv. saúde* 2007; 1 (16).

Thiede M, McIntyre D. Information, communication, and equitable access to health care. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro 2008; 24(5):1168-1173.

Travassos, C *et al.*. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. *Ciênc. saúde coletiva* 2006; 11(4):975-986.

Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro 2004; 20 (2):190-198.

Travassos C, Viacava F. Acesso e uso de serviços de saúde em idosos residentes em áreas rurais, Brasil, 1998 e 2003. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro 2007; 23(10):2490-2502.