

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES  
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE PÚBLICA**

**Luciana Camêlo de Albuquerque**

**ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE EM UM MUNICÍPIO DO  
INTERIOR DE PERNAMBUCO: O QUE PENSAM OS USUÁRIOS?**

**RECIFE**

**2012**

**LUCIANA CAMÊLO DE ALBUQUERQUE**

**Acesso aos serviços de saúde em um município do interior de Pernambuco: o que  
pensam os usuários?**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, para obtenção do grau de Mestre em Ciências.

**Orientadora:**

Profa. Dra. Maria Rejane Ferreira

**Recife**

**2012**

**Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães**

---

A345a Albuquerque, Luciana Camêlo de.

Acesso aos serviços de saúde em um município do interior de Pernambuco: o que pensam os usuários?/Luciana Camêlo de Albuquerque. — Recife: L. C. Albuquerque, 2011.  
89 p.: il.

Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.  
Orientadora: Dra. Maria Rejane Ferreira.

1. Acesso aos serviços de saúde. 2. Pesquisa qualitativa. 3. Assistência à saúde. I. Ferreira, Maria Rejane. II. Título.

CDU 614.2

---

**LUCIANA CAMÊLO DE ALBUQUERQUE**

**Acesso aos serviços de saúde em um município do interior de Pernambuco: o que pensam os usuários?**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Saúde Pública do Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, para obtenção do grau de Mestre em Ciências.

Aprovado em: \_\_\_\_\\_\_\_\_\\_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

---

Dr. Paulo Roberto de Santana  
Universidade Federal de Pernambuco

---

Dr<sup>a</sup> Paulette Cavalcanti de Albuquerque  
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães – CPqAM/FIOCRUZ

---

Dr<sup>a</sup> Maria Rejane Ferreira  
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães – CPqAM/FIOCRUZ

## AGRADECIMENTOS

Agradeço à pessoa mais importante da minha vida, que, mesmo distante, me fez sentir totalmente apoiada. Obrigada mãe!

Aos usuários dos serviços de saúde de Caruaru, pela disponibilidade e acolhida nos seus domicílios, permitindo a realização das entrevistas.

À minha amiga Andréa Rosane, que contribuiu muito durante a coleta de dados. Obrigada pela companhia agradável durante as longas caminhadas em busca dos entrevistados.

À minha orientadora, Maria Rejane Ferreira, que aceitou me guiar na condução deste trabalho.

À Viviane da Secretaria Acadêmica, que desde a seleção “aguenta” o meu “aperreio”, e sempre se mostra disponível para ajudar.

Gostaria de agradecer também a todos os amigos e familiares, sem citar nomes, que, longe ou perto, estiveram sempre comigo nesses anos de mestrado.

O estudo Equity-LA foi realizado em colaboração entre Consorci de Salut i Social de Catalunya (Espanha), o Instituto de Medicina Tropical de Amberes, Universidad del Rosario (Colômbia), Universidade de Pernambuco (Brasil), Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães FIOCRUZ e Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (Brasil), com o apoio das Secretarias de Saúde de Pernambuco e do município... Agradecemos as pessoas entrevistadas que aceitaram compartilhar com os investigadores suas opiniões e conceitos, a Comissão Europeia, Programa FP7 e ao Ministério de Assuntos Exteriores de Espanha, cujo apoio financeiro foi imprescindível para a realização do estudo. A pesquisa que levou a estes resultados recebeu fundos do Sétimo programa marco (FP7/2007-2013) contrato número 223123".

O real não está na saída nem na chegada: ele se dispõe  
para a gente é no meio da travessia.

(João Guimarães Rosa)

ALBUQUERQUE, L.C. Acesso aos serviços de saúde em um município do interior de Pernambuco: o que pensam os usuários? 2012. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2012.

## RESUMO

Estudo exploratório, com abordagem qualitativa, realizado no município de Caruaru, interior de Pernambuco, visando conhecer as opiniões dos usuários cobertos e não cobertos pela Estratégia Saúde da Família (ESF) sobre o acesso aos serviços de saúde, na atenção primária e especializada. Os entrevistados cobertos citaram mais a disponibilidade de médico nos serviços de saúde para caracterizar um bom acesso. Já na opinião dos não cobertos, um bom acesso é oferecido quando há transporte gratuito para o deslocamento entre os serviços especializados. O mau acesso foi caracterizado pelos usuários a partir de elementos opostos aos do bom acesso. Dentre as barreiras ao acesso citadas, o principal obstáculo identificado na atenção primária, pelos entrevistados cobertos, foi a ausência de médicos. Ainda neste nível de atenção, os usuário que não são cobertos apontaram a impossibilidade de atendimento. Na atenção especializada, a principal barreira estrutural ao acesso também foi à ausência do médico nos serviço de saúde. No que se refere às barreiras organizativas, destacaram-se os elevados tempos de espera para realização de consultas, exames e cirurgias e a dificuldade para marcar consultas pela central telefônica. Barreiras relacionadas com a população também emergiram no discurso dos entrevistados e trataram da baixa condição socioeconômica e do medo de ir ao médico. Com relação aos facilitadores do acesso, poucos elementos foram citados pelos entrevistados destacando-se as falas dos usuários não cobertos sobre o conhecimento de funcionários dos serviços e os relatos dos cobertos a propósito da proximidade dos serviços aos seus domicílios. As sugestões de melhoria do acesso que emergiram com mais força em ambos os grupos de entrevistados foi a necessidade de mais médicos atuando nos serviços de saúde. Os resultados revelaram que a falta de médicos configura o principal obstáculo ao acesso aos serviços de saúde no município.

Palavras chave: Acesso aos serviços de saúde; Pesquisa qualitativa; Assistência à saúde.

ALBUQUERQUE, L.C. Access to health services in a municipality in the interior of Pernambuco: what users think? 2012. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2012.

### **ABSTRACT**

Exploratory study, with a qualitative approach, in the city of Caruaru, objecting to determine the views of users, covered and not covered by the Family Health Strategy, about health service's access, in the primary and specialized care. The covered users mentioned more frequently the availability of doctors in the health services as a feature of good access. In the opinion of users not covered, a good access is offered when there is free transport for displacement between specialized services. The bad access was characterized from opposite elements of good access. Among the barriers in accessing health services, the head obstacle identified in primary care, according users covered, was the absence of doctors. Furthermore, in this level of attention, users who are not covered pointed the impossibility of treatment. In specialized care, a structural barrier to access most frequently mentioned was also the absence of doctor in the health service. Regarding to organizational barriers, stood out the high waiting times for consultations, tests and surgeries and the difficulty of making appointments by telephone exchange. Barriers related with the population also were reported by users as low socioeconomic status and fear of going to the doctor. With regard to facilitating access, few elements were cited by interviewees. The users not covered highlighted the knowledge of employees of health services, while the users covered mentioned the proximity of services to their homes. Suggestions for improving access that emerged more frequently in both groups of users were the necessity of more doctors working in health services. The results revealed that the absence of doctors sets the head obstacle to access health services in this city.

Keywords: Health Services Accessibility; Research Qualitative; Delivery of Health Care.



## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1-	Domínios do conceito de acessibilidade.....	32
Figura 2-	Marco para análise do acesso proposto por Aday e Andersen. ....	35
Figura 3 -	Fase 5: modelo comportamental do uso dos serviços de saúde, incluindo características contextuais e individuais. ....	36
Quadro 1-	Barreiras ao acesso relacionadas com a estrutura e organização dos serviços de atenção primária e as consequências percebidas pelos usuários cobertos e não cobertos. ....	51
Quadro 2 -	Barreiras ao acesso relacionadas com a estrutura e organização dos serviços especializados e as consequências percebidas pelos usuários cobertos e não cobertos. ....	60

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

**APS:** Atenção Primária à Saúde

**CAPS:** Centro de Atenção Psicossocial

**CIT:** Comissão Intergestora Tripartite

**Conass:** Conselho Nacional dos Secretários de Saúde.

**ESF:** Estratégia Saúde da Família

**FHC:** Fernando Henrique Cardoso

**IBRE:** Instituto Brasileiro de Economia

**Inamps:** Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

**Mare:** Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado

**MS:** Ministério da Saúde

**Noas:** Norma Operacional de Assistência à Saúde

**NOB:** Norma Operacional Básica

**PAB:** Piso de Atenção Básica

**Pacs:** Programa de Agentes Comunitários de Saúde

**PDI:** Plano Diretor de Investimentos

**PDR:** Plano Diretor de Regionalização

**PSF:** Programa de Saúde da Família

**SUS:** Sistema Único de Saúde

**TCLE:** Termo de Consentimento Livre Esclarecido

**USF:** Unidade de Saúde da Família

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	12
<b>1.1</b>	<b>O Sistema Único de Saúde e a garantia do acesso universal</b> .....	12
<b>1.2</b>	<b>Organização de redes de atenção à saúde e a Estratégia Saúde da Família</b> ....	23
<b>1.3</b>	<b>Conceitos de acesso e modelos de análise</b> .....	30
<b>1.4</b>	<b>O Modelo Comportamental de Andersen</b> .....	33
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	38
<b>2.1</b>	<b>Objetivo Geral</b> .....	38
<b>2.2</b>	<b>Objetivos Específicos</b> .....	38
<b>3</b>	<b>PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS</b> .....	39
<b>3.1</b>	<b>Desenho do estudo</b> .....	39
<b>3.2</b>	<b>Área do estudo</b> .....	39
<b>3.3</b>	<b>Sujeitos do Estudo</b> .....	40
<b>3.4</b>	<b>Instrumento de coleta e procedimentos de análise dos dados</b> .....	40
<b>3.5</b>	<b>Considerações éticas</b> .....	41
<b>4</b>	<b>RESULTADOS</b> .....	42
<b>4.1</b>	<b>Características de bom e mau acesso</b> .....	42
<b>4.2</b>	<b>Barreiras ao acesso aos serviços de Atenção Primária e Especializada à Saúde relacionadas com a população</b> .....	44
<b>4.3</b>	<b>Barreiras ao acesso aos serviços de Atenção Primária à Saúde</b> .....	45
<b>4.4</b>	<b>Barreiras ao acesso aos serviços de Atenção Especializada à Saúde</b> .....	51
4.4.1	Obstáculos relacionados com a estrutura dos serviços de saúde observados na atenção especializada.....	52
4.4.2	Obstáculos relacionados com a organização dos serviços de saúde observados na atenção especializada.....	55
<b>4.5</b>	<b>Facilitadores do acesso à Atenção Primária e Especializada à Saúde</b> .....	60
<b>4.6</b>	<b>Sugestões para melhoria do acesso</b> .....	61
<b>5</b>	<b>DISCUSSÃO</b> .....	63
<b>6</b>	<b>CONCLUSÃO</b> .....	72
<b>7</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	73
	<b>ANEXOS</b> .....	83
	ANEXO A - Guia de entrevista .....	83
	ANEXO B – Parecer do CONEP .....	84



## 1 INTRODUÇÃO

### 1.1 O Sistema Único de Saúde e a garantia do acesso universal

Em 1970, o Brasil começou um movimento social forte no setor da saúde, unindo professores, parlamentares, burocratas e usuários na luta pela democratização do país, que se encontrava regido por uma ditadura militar. Um ator surgiu na sociedade civil organizada – o chamado "movimento sanitário" – apontando para uma transformação radical dos cuidados de saúde, a fim de unificar o sistema fragmentado existente e introduzir um processo democrático na tomada de decisões (FLEURY, 2001).

A inspiração política e técnica para a formulação do projeto de reforma sanitária brasileira origina-se nas experiências de políticas sociais de bem-estar social. Essa expressão tomou importância após a Segunda Guerra Mundial, graças à expansão da arrecadação de tributos no contexto do crescimento econômico e também como decorrência da nova forma de atuação política dos estados nacionais (SILVA; MATTOS, 2009). Sistemas de proteção social, denominados de *Welfare State*, significariam, então, uma proposta institucional nova de um Estado que pudesse implementar e financiar programas e planos de ação destinados a promover os interesses sociais coletivos dos membros de uma determinada sociedade (GOMES, 2006).

Com a implantação dessas políticas, a proteção social deixa de ter um caráter emergencial e focalizado, passando a redefinir um padrão de regulação das relações sociais e de trabalho, modificando a ideia antecessora de que o Estado deveria preocupar-se apenas com o amparo dos mais pobres, sem interferir na "vida normal da comunidade" (MARSHALL, 1967 apud SILVA; MATTOS, 2009). Na saúde, a ideia central era garantir o direito de consumo aos serviços de saúde, ou seja, todo cidadão que necessitasse de atenção à saúde deveria ter acesso aos serviços. Para garantir esse direito, é preciso que o Estado intervenha como provedor e financiador dos serviços, através da arrecadação fiscal ou de contribuições sociais, independente da condição econômica e social dos indivíduos (ALMEIDA, 2008).

Dirigida por estes ideais, a Reforma Sanitária teve como objetivo central a universalização do acesso aos serviços de saúde, mediante a criação de um Sistema Público Nacional de Saúde. Estas propostas foram incluídas na Constituição de 1988, na qual se definiu o acesso à saúde como um direito fundamental social, de caráter universal, que deve ser garantido pelo Estado. O texto constitucional dedicou à saúde toda uma seção e

organizou a atividade estatal para sua concretização com base nos princípios da universalidade e igualdade de acesso, integralidade de atendimento, descentralização administrativa, complementaridade da prestação privada e participação da comunidade (AITH, 2006; FLEURY, 2001;).

Como efeito, abandonou-se um sistema que apenas considerava a saúde pública como dever do Estado, no sentido de coibir ou evitar a propagação de doenças que colocassem em risco a saúde da coletividade. Passou-se, então, a assumir que o dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais, além da prestação de serviços públicos de promoção, prevenção e recuperação da saúde. (SANTOS, 2010, p. 147).

No entanto, enquanto a universalidade e igualdade de acesso aos serviços públicos de saúde foram albergadas pela Constituição brasileira de 1988, países que há algum tempo haviam consagrado tais princípios passavam por um processo de reforma dos seus sistemas de saúde (MÂNICA, 2009). Isso porque a crise econômica que eclodiu nos anos 70 pôs em questão o crescimento capitalista nos moldes que se estabeleceram após a Segunda Guerra, resultando em uma série de ajustes na seguridade social.

Nesse momento, os preceitos dos sistemas de proteção social entram em declínio, e são substituídos por determinados princípios neoliberais que sustentarão as políticas econômicas (HOBSBAWN, 1995). Essas propostas tinham como objetivos principais a desregulação e liberalização dos mercados nacionais e internacionais; a redução substancial do tamanho do Estado (e de suas responsabilidades sociais); e a privatização das empresas estatais e dos serviços públicos. No que se refere especificamente à política de saúde, vários países começam a demonstrar preocupações com o custo no setor e iniciam tentativas de implementação de medidas para conter o crescimento com o gasto sanitário (ALMEIDA, 2008, p.879).

Dessa forma, não apenas o acesso igualitário à atenção médica havia deixado de ser uma preocupação de muitos governos, como, ao contrário, passou a ser visto como uma das importantes causas do *déficit* público. As políticas sociais universais, constitutivas de direito de cidadania, são acusadas pelos neoliberais de propiciarem o esvaziamento de fundos públicos, “mal aplicados” em atividades burocratizadas, sem retorno e que estendem a cobertura a toda a população indiscriminadamente. Como solução, a ideologia neoliberal propõe retirar a responsabilidade do Estado pelas políticas sociais, orientando-as para a privatização do financiamento e da produção de serviços, focalização dos gastos para

grupos carentes e descentralização em nível local (JÚNIOR; SILVA, 2004; ALMEIDA, 2008).

No Brasil, o desmonte dos direitos sociais teve início em meados dos anos 1990. Nessa época, Fernando Collor de Melo tomou posse com uma agenda política claramente neoliberal, que incluía a redução de gastos na área social. Assim, enquanto a reforma sanitária tinha uma proposta nitidamente estatizante, o projeto do governo pautava-se em uma perspectiva fundamentalmente liberal-privatista.

Nessa conjuntura, o presidente Collor pretendia reverter o Sistema Único de Saúde (SUS) e, para tal, fez uso dos seus poderes constitucionais para vetar 25 artigos da Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/90, particularmente aqueles relacionados ao controle e à participação social, a transferência automática dos recursos da saúde para os estados e municípios, e os que versavam sobre a extinção do (INAMPS). Sob intensa pressão do movimento sanitário e das autoridades locais de saúde, o impasse foi resolvido três meses depois com a aprovação da lei 8.142/90. A nova lei dispôs sobre a realização das Conferências e Conselhos de Saúde e sobre as transferências automáticas para estados e municípios (ARRETCHE, 2005; GERSCHMAN, 2004).

Apesar de aprovada a nova lei, é importante destacar que os provedores lucrativos conservaram seu papel na provisão de serviços especializados, bem como mantiveram sua autonomia para o exercício liberal da medicina. Além disso, o governo federal ficou encarregado das funções de financiamento e coordenação intergovernamental, enquanto os municípios se responsabilizaram pela gestão dos programas locais. Esse contexto demonstra a dependência dos governos locais nas regras e transferências da união para a implementação de suas políticas (ARRETCHE, 2005).

Ainda sob a gestão de Collor, em janeiro de 1991, foi editada a primeira Norma Operacional Básica (NOB) definindo os critérios de repasse para os estados e municípios. Segundo a norma, o pagamento aos prestadores públicos e privados deveria ser feito a partir da produção dos serviços de saúde, contrariando o previsto nas leis 8.080 e 8.142, que determina a transferência do recurso federal para a saúde em valor *per capita*. Essa alteração transformou os prestadores públicos – estados e municípios – em meros vendedores de serviços para a União, cerceando a atuação desses entes federados na gestão do SUS. Além disso, a definição desses critérios instituídos pela NOB/91, bem como pela sua substituta, a NOB/92, demonstram as intenções recentralizadoras da União na redefinição do arranjo federativo da política de saúde (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001).

Todas essas medidas adotadas nos anos do governo Collor representam um retrocesso no processo de consolidação do SUS. Nesse período, as reformas estruturais caminhavam em sentido inverso à ampliação das atribuições governamentais e dos direitos sociais recém consagrados na Constituição. A conjuntura de crise fiscal, com suas conseqüências sobre o financiamento dos serviços públicos, associada com o fortalecimento de posições conservadoras e voltadas para o mercado, limitou a possibilidade de ampliação dos serviços de saúde, necessária para garantir a universalização efetiva (MENICUCCI, 2003).

Interrompido pelo *impeachment*, o presidente Collor deixa a presidência sendo o vice-presidente Itamar Franco empossado para concluir o período do mandato. Em linhas gerais, no governo de Itamar houve uma desaceleração do ímpeto reformista do seu antecessor, muito embora, a orientação liberal-conservadora permanecesse pairando sobre o cenário político nacional. No que diz respeito à implementação do SUS, não obstante a continuidade da crise financeira da saúde é notório o seu fortalecimento do ponto de vista do modelo institucional. A formulação da NOB 01/93, durante esse governo, representou um avanço significativo ao implementar, pela primeira vez na política de saúde, as transferências “fundo a fundo” dos recursos federais, como preconizado pela Lei Orgânica da Saúde (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001; MESQUITA, 2008).

O sucessor de Itamar Franco, Fernando Henrique Cardoso (FHC) ganhou as eleições de 1994 com o aval de ter combatido a inflação, considerado um dos principais problemas da crise fiscal do estado e da desestruturação do País. O projeto político conduzido no seu governo, dentre inúmeras medidas, impôs a reforma do Estado, voltada à privatização e redução do aparato estatal (TEIXEIRA, 2010). Para melhor conduzir e efetivar técnico-politicamente essa reforma, o governo criou o Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (Mare), chefiado pelo professor Luiz Carlos Bresser Pereira, um dos principais ideólogos dessa reforma (CARNEIRO JÚNIOR, 2002).

Na esteira dessa discussão, o Mare propõe para o setor saúde uma reorganização do sistema, dividindo-o em dois subsistemas autônomos e articulados gerencialmente: o subsistema da entrada e controle, caracterizado pelos serviços de atenção básica, e o subsistema de referência ambulatorial e hospitalar, constituído nas unidades de saúde com complexidade tecnológica, ou seja, os setores secundários e terciários (BRASIL, 1998).

Ao propor essa divisão, a ideia é de que os municípios fiquem responsáveis pela execução de ações de saúde definidas como básicas, promoção e prevenção da saúde, e os hospitais estaduais, tornando-se Organizações Sociais, irão disputar com os filantrópicos e



privados o atendimento de maior complexidade. Segundo Bresser Pereira (1998), a permissão para que entidades sem fins lucrativos se qualifiquem como Organizações Sociais, estabelecem uma parceria com o Estado e recebem recursos financeiros, bens e equipamentos para administrar. O controle estatal será feito de modo estratégico, significando a realização de resultados estabelecidos em Contrato de Gestão.

Essa divisão em subsistemas explícita e operacionaliza as recomendações do Banco Mundial, que propõe a construção de um modelo de serviço público descentralizado em nível de comunidade, destinado às populações pobres, e o estabelecimento de um sistema de serviços privados, destinado ao restante da população, que de alguma forma deve arcar com os custos de sua saúde. Nesta perspectiva, a universalização dos serviços de saúde passa a ser *excludente*, prestando assistência à saúde apenas para as camadas sociais de menor renda (SILVA, 2007).

Quanto ao modelo assistencial, a edição da NOB 01/96, mais do que as normas anteriores, continha notável esforço para avançar na consolidação de um modelo focado na prevenção e na atenção primária. Instituiu-se o Piso de Atenção Básica (PAB), que é a transferência fundo a fundo (portanto direta e automática) para municípios de um montante de recursos correspondente a dez reais por habitante/ano, repassados mensalmente e destinados ao financiamento de ações básicas de saúde. Recursos adicionais são repassados para os municípios que implantem programas específicos de atenção, o Programa de Agentes Comunitários de saúde (Pacs) e o Programa de Saúde da Família (PSF). Assim, após a NOB 01/96, há uma expansão significativa desses programas em todo o país, atestando o esforço em constituir um modelo de saúde centrado na atenção básica (MESQUITA, 2008; LOBATO, 2000).

Destaca-se, no período, a definição da política de saúde regida por uma agenda restritiva, na qual os princípios de eficácia, efetividade e economia nos gastos públicos sobrepõem-se à universalização e equidade. Na análise conjuntural do financiamento em saúde, constata-se que os recursos previstos para o setor saúde são muito inferiores àqueles destinados à amortização e pagamento de juros e encargos da dívida interna e externa do governo federal. No contexto de Reforma do Estado brasileiro, a implementação da política de saúde introduziu conceitos que se afastam dos preceitos fundamentais da Reforma Sanitária, enfatizando a segmentação e focalização das ações de saúde (COSTA, 1997).

Para Viana (2004), pode-se considerar que no Brasil, a incorporação da universalização do acesso, em tempos neoliberais apresenta-se como um contra-senso. Segundo a autora, desde a década de noventa, vem ocorrendo um fenômeno contraditório

que pode ser verificado empiricamente, na assincronia entre a inclusão do Estado mínimo, preconizado na política de ajuste neoliberal para países latino-americanos. Nestes termos, nos anos noventa, a discussão do direito à saúde se baseia no dilema da universalização ou focalização, ou seja, efetivar e consolidar um sistema de saúde para todos, portanto, universal. Ou, implementar um sistema focalizado, fragmentado e seletivo.

Bravo e Matos (2006) indicam que estão sendo postos em jogo dois projetos antagônicos: o primeiro, coadunado com a Reforma Sanitária, em defesa do SUS, prevê dentre outros, a universalidade do acesso, a qualidade no atendimento e o controle social; já o segundo, regido pelos princípios do mercado, apregoa que os consumidores devam acessar tal bem através do mercado, sendo reservado àqueles incapazes de tê-lo por esse meio, a única opção de depender dos precários serviços de saúde públicos oferecidos pelo Estado. Desta forma, teríamos a saúde de qualidade destinada aos que podem acessá-la através do mercado, representada pelos planos de saúde privados e a assistência médica pública, destinada aos pobres e indigentes, representada pelo SUS.

Nesse contexto, Mendes (2001) argumenta que a universalidade não é contrária ao estabelecimento de critérios de seletividade ou focalização, desde que estejam subordinadas a uma política geral de universalização. A seletividade, como instrumento, parece funcionar quando a exclusão está muito concentrada em grupos populacionais ou em espaços geográficos e quando há uma boa capacidade de execução das políticas sociais. Em outros termos, a seletividade pode ser utilizada como instrumento da política social, mas, não pode converte-se na política social, porque, nesse caso, estaria rompido o princípio da universalização.

Numa conjuntura de políticas macroeconômicas desfavoráveis aos ‘gastos’ sociais, a focalização dos serviços de saúde pode ser uma estratégia para o alcance da universalidade do acesso. A ênfase em programas de Atenção Primária à Saúde (APS), na década de 1990, com implantação do Pacs e do PSF foi importante para expandir a universalidade do acesso aos serviços de saúde para os segmentos sociais vulneráveis. Esses programas, ao invés de assumirem a lógica de ‘pacote básico’ de serviços focados nos segmentos mais pobres da população, tornaram-se centrais para a mudança da própria lógica do modelo de atenção à saúde vigente no País (COHN, 2005).

No entanto, corroboramos com o argumento de Viana (2004, p.26) de que:

A focalização (leia-se não universalização, regra do ajuste macroeconômico a ser seguida) nega o direito à saúde, para cidadãos que deveriam ter a garantia de assistência à saúde em todos os níveis de atenção, desde os procedimentos mais

simples aos mais complexos. Compreendemos que as diferenças individuais devem ser consideradas na definição e implantação de programas, mas as diretrizes de implementação da política pública de saúde devem ser norteadas pela efetivação do direito universal.

Segundo Rizzotto (2000), essa tendência de focalizar a assistência à saúde é coerente com as pospostas de *neo-universalismo* apresentada pelo Banco Mundial desde 1993. Esta autora demonstrou que as ideias disseminadas em documentos oficiais do Banco incluem: a segmentação por cobertura universal da atenção básica; focalização dos gastos públicos nos pobres; e fortalecimento de setores não governamentais ligados à prestação de serviços, com busca no mercado de serviços não cobertos pelo pacote essencial e estímulo a criação de seguros públicos e privados.

Para o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), os sistemas segmentados de saúde são justificados pelo argumento de que ao serem instituídos sistemas especiais para os que podem pagar por eles, sobriam mais recursos públicos para o atendimento aos mais pobres. Todavia, os resultados de experiências demonstraram que a instituição de sistemas públicos para os pobres levam, infalivelmente, a um subfinanciamento desses sistemas. Isso porque os pobres, em geral, têm dificuldade para posicionarem-se adequadamente na arena política, conseqüentemente tem baixa capacidade de articulação de seus interesses e de vocalização política. Nesse contexto, a classe média retira-se do sistema público e acomoda-se no sistema privado de saúde, não tendo interesse em defender mais recursos para o sistema público, mesmo porque tem uma imagem mais negativa do sistema público de saúde do que seus usuários frequentes. Daí surge a afirmação que políticas para pobres são política pobres (CONSELHO NACIONAL DOS SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2006).

Além de não garantir o acesso universal, a adoção da focalização, com aumento da cobertura dos serviços de atenção primária ocasionou um aumento da demanda por serviços de média e alta complexidade, sem que ao mesmo tempo se verificasse uma oferta nesses níveis de atenção. Observa-se, então, que garantia direito constitucional do acesso aos serviços de saúde, não se fez acompanhar de impacto positivo sobre as condições de saúde da população como um todo, concentrando, na maioria das vezes, os efeitos positivos sobre alguns indicadores de saúde como é o caso da mortalidade infantil (TEIXEIRA; SOLLA, 2005).

A universalização assim obtida se transforma numa rede de captação e de expansão do acesso a outros níveis de atenção para o qual o SUS não garante respaldo. A

permanência desse padrão compromete a proposta do direito universal, em que o Estado deveria ter capacidade de ofertar serviços adequados e o acesso integral a diferentes níveis de atendimento contemplando as necessidades dos cidadãos (COHN, 2005).

Em suma, o processo de implantação do SUS ao longo dos anos 90 enfrentou um contexto bastante adverso em relação aos princípios contidos no texto constitucional. Embora tenha havido fortalecimento dos municípios na gestão e execução das principais ações e serviços de saúde, o contingenciamento dos gastos públicos incentivou à adoção de programas como o Pacs e o PSF, demarcando a centralidade que atenção básica vem assumindo. Além disso, observou-se grande expansão e vitalidade do mercado de seguros e planos de saúde, voltado para os segmentos médios da sociedade brasileira (PEREIRA; LINHARES, 2007).

No início de 2001, a Norma Operacional da Assistência à Saúde (Noas) é lançada com o objetivo de fortalecer a regionalização da assistência. Essa norma introduziu a definição de região de saúde e estruturou três estratégias que transferiram o foco descentralizatório da municipalização para a regionalização: a elaboração do Plano Diretor de Regionalização (PDR), com a instituição de módulos assistenciais, micro e macrorregiões, e do Plano Diretor de Investimentos (PDI); o fortalecimento da gestão pública estadual e municipal e do comando único em cada nível de governo; e a instituição de novos critérios e de novas formas de habilitação de estados e municípios (SOUZA, 2001).

Ademais, a Noas 01/01 ampliou o conceito de atenção básica à saúde e incrementou o espectro dos recursos federais transferidos por capitação aos estados e municípios. No entanto, o recebimento de recursos ainda permanecia fortemente vinculado à oferta de serviços, à série histórica de gastos e de produção e à capacidade instalada pré-existente. Esta lógica desafiava a reversão das disparidades locais no acesso aos serviços de saúde (SOUZA, 2001).

Durante uma curta existência, a NOAS SUS 01/01 mostrou problemas operacionais como a dificuldade de estabelecer o comando único, de assegurar a totalidade da gestão municipal nas sedes dos módulos assistenciais e de superar a fragilidade da efetivação da gestão estadual para as referências intermunicipais. Por essas razões, foi substituída pela NOAS SUS 01/02, de 27 de fevereiro de 2002, que, contudo, manteve as propostas centrais da norma anterior (MENDES, 2002).

Em 2003, Luís Inácio Lula da Silva assume a presidência da República com a promessa de aliar o desenvolvimento econômico à ampliação de políticas de proteção

social. Para a área da saúde, houve ênfase na definição de políticas para saúde bucal (Brasil Sorridente), urgência e emergências (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência) e de promoção do acesso a medicamentos básicos (Farmácia Popular). A Estratégia de Saúde da Família (ESF) não foi anunciada em um primeiro momento, dado o seu início em momento anterior. Porém, tal política foi incorporada às metas presidenciais, continuou a apresentar destaque na agenda do Ministério da Saúde e permaneceu sendo ampliada durante o governo Lula, nas sucessivas gestões ministeriais (MACHADO et al., 2010).

Para Bravo (2005), alguns aspectos da política de saúde dos anos 1990 podem ser identificados na gestão de Lula. Como exemplo, destaca a centralidade do Programa Saúde da Família, que não foi alterado significativamente apesar de ter se transformado em estratégia de reorganização da atenção básica. Em sua opinião, o programa precisa ter sua direção modificada na perspectiva de prover atenção básica em saúde para toda a população de acordo com os princípios da universalidade, (re) organizando o sistema como um todo.

Os pesquisadores Mendes e Marques (2005, p.259) também identificam que o governo Lula manteve e deu continuidade às medidas neoliberais, imperantes no governo anterior, pois:

[...] No lugar de implementar uma transição para um novo modelo, defendida durante a campanha eleitoral, não só havia mantido a política macroeconômica do segundo mandato de Fernando Henrique Cardoso – FHC, como havia aprofundado, o que fica evidente com a manutenção do compromisso de promover o superávit fiscal primário [...].

Quanto à descentralização, havia à época uma forte crítica de como foi conduzida pelo governo federal no período anterior. Assim, durante a primeira gestão ministerial da saúde no governo Lula (2003 a meados de 2005), a discussão sobre a descentralização teve como foco a necessidade de substituição dos processos e instrumentos adotados para a habilitação dos estados e municípios por novas práticas, que induzissem a ação coordenada e cooperativa entre os três gestores do SUS. Após amplas discussões, o documento contendo as diretrizes do Pacto pela Saúde foi aprovado em 2006, incluindo três dimensões: pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão (LIMA et al., 2011).

Entretanto, do ponto de vista das relações formais entre as esferas de governo, pouco se avançou. Em todo o período, em que pesem os esforços do grupo de trabalho tripartite para aprovar um novo pacto de gestão, não se definiram novas regras para a descentralização, continuando em vigor a Noas 01/2002, que recebeu alguns reparos mínimos na Comissão Intergestores Tripartite (CIT). O tema da regionalização, ponto

importante para um novo processo de contratualização de responsabilidades sanitárias, embora tenha sido bastante discutido entre as partes, não se efetivou como um lugar importante de mudança (PASCHE et al., 2006).

O segundo governo Lula iniciou com expectativas em relação à possibilidade de inflexão da política macroeconômica e de fortalecimento dos “desenvolvimentistas” na coalizão governamental. Na época, o presidente anunciou que teria se encerrado a fase de ajuste e que o segundo mandato se voltaria para as políticas de crescimento e desenvolvimento em longo prazo. No que se refere à saúde, o programa geral de governo apresentou objetivos mais consistentes em comparação ao anterior. Além de reafirmar as propostas do primeiro Governo, propôs para que se alcance à garantia do acesso universal, integral e de qualidade: universalizar o cartão SUS; criar centros de atendimento especializado de média complexidade, apoiar estados e municípios na criação de centrais de regulação e criar o programa telessaúde (MACHADO, 2010).

No entanto, vários desafios ainda persistem para a consolidação da universalidade do acesso à saúde, como a permanência da pobreza e o alto grau de desigualdade entre as regiões brasileiras. Segundo o Instituto Brasileiro de Economia (IBRE), da Fundação Getúlio Vargas, as regiões mais pobres do país são a Norte e Nordeste, onde 13,8 milhões de pessoas vivem em situação de pobreza extrema. A pobreza e a desigualdade entre as regiões do país refletem na oferta e utilização dos serviços de saúde, uma vez que os estados e municípios mais pobres e com menor capacidade de arrecadação tem menor possibilidade de ofertar serviços de saúde e ações de saúde pública (MARQUES; MENDES, 2007).

É importante destacar que nos primeiros anos que seguiram à universalização da saúde no texto constitucional, os recursos do Ministério da Saúde (MS) foram alocados com base na produção dos serviços ambulatoriais e hospitalares, sancionando, portanto, as desigualdades da distribuição da oferta, sabidamente concentrada nas regiões mais ricas do país e nas capitais (MARQUES; MENDES, 2007).

Desta forma, as informações disponíveis permitem apontar disparidades na utilização de serviços, tanto entre regiões quanto entre segmentos sociais. O estudo de Travassos et al. (2006) demonstrou que os residentes na região Sul e Sudeste tem mais acesso aos serviços de saúde que os residentes em outras regiões, apontando que houve melhora no acesso nas regiões mais desenvolvidas. Porém, essa melhoria do acesso foi alcançada a partir da cobertura por plano de saúde, que são maiores nas áreas mais

desenvolvidas e entre as pessoas de maior renda, evidenciando a participação do setor de saúde suplementar no padrão de desigualdades sociais do acesso.

Os achados do estudo de Ribeiro et al. (2006) indicam que os grupos com inserção social mais precária tem maior probabilidade de utilização do SUS. Os indivíduos atendidos pelo SUS apresentaram como características sociodemográficas o predomínio de indivíduos pretos e pardos, com menor escolaridade e menor renda familiar *per capita*. Já os indivíduos atendidos pelo sistema privado apresentaram maior escolaridade, renda mais alta e posse de plano de saúde privado.

Então, o que se verifica na prática é uma reinterpretação do princípio universalista, que passa a incorporar os segmentos mais carentes da população de uma forma discriminatória, ou seja, oferecendo um serviço de pouca qualidade e de baixa tecnologia. Já os segmentos que têm condições de não se submeter a esse tipo de serviço são absorvidos pela medicina supletiva autônoma do Estado (PEREIRA, 1996).

Todavia, para Mendes (2001), a reversão do sistema segmentado vigente é difícil, mas não é impossível, por várias razões: a segmentação está consolidada no Sul e no Sudeste, mas não no Nordeste, Norte e Centro-oeste, com exceção de Brasília e algumas capitais ou cidades maiores; mesmo no Sul e Sudeste, essa consolidação está limitada a regiões metropolitanas e a grandes e médias cidades; há uma insatisfação difusa, real e potencial, com o sistema privado de planos individuais. Além disso, a segmentação do sistema de serviços de saúde no Brasil, ao contrário de outros países como Chile e Estados Unidos, não foi deliberadamente planejada e transformada em lei. A constituição brasileira já garante a todos os brasileiros um sistema público universal, admitindo uma complementaridade do sistema privado. Assim não há que se fazer nenhuma mudança constitucional, e muita pouca alteração na legislação infraconstitucional para se chegar a um sistema público universal de serviços de saúde.

A estratégia de reversão da segmentação do sistema de serviços de saúde brasileiro passa pela real institucionalização do SUS como um sistema de saúde universal para todos os brasileiros. E isso, na prática, significa melhorar sua qualidade, de forma que seja percebido como sistema eficaz e de qualidade pelo conjunto da população e, assim, criar um ciclo virtuoso de universalização “inclusivo”. Um SUS de qualidade e gratuito poderá conter a expansão do sistema privado de planos e seguros de saúde no Norte, Nordeste e Centro-Oeste, nas pequenas e médias cidades do Sul e Sudeste e trazer de volta, ao sistema público um contingente significativo de usuários de planos individuais (MENDES, 2001).

O sucesso da universalidade do sistema público depende da destinação do investimento de recursos públicos, mas não só. Há ainda muito que avançar no desenvolvimento de um arranjo público-privado que atenda mais aos interesses do SUS que dos seguros privados, de forma a proteger sua universalidade dos riscos da segmentação do sistema de saúde em seu conjunto.

## **1.2 Organização de redes de atenção à saúde e a Estratégia Saúde da Família**

A preocupação com a fragmentação na atenção à saúde não é recente. Iniciativas de expansão do acesso e redução da segmentação entre serviços assistenciais, e ainda tentativas de minimizar a fragmentação no cuidado à saúde podem ser identificadas, por exemplo, no relatório Dawson, publicado na Inglaterra em 1920 (SILVA, 2011).

Este documento propunha uma nova organização para os serviços de saúde, com base na estreita coordenação entre medicina preventiva e curativa. Para isso, os serviços deveriam estar organizados em níveis de assistência, onde os denominados de primeiro nível, localizados em vilas, estariam ligados a centros de saúde secundários, localizados nas cidades maiores, com oferta de serviços especializados. Os casos que não pudessem ser resolvidos neste nível seriam encaminhados a um hospital de referência.

Coube, portanto, ao Relatório Dawson, introduzir a territorialização, ausente até então dos sistemas de seguro social; apontar a necessidade de articulação entre a saúde pública – necessariamente nas mãos do Estado – e a atenção individual; e marcar a associação entre o modelo de organização de serviços e sua gestão, ao prescrever uma autoridade de saúde única no território. Do ponto de vista da organização de serviços, formulou os conceitos de níveis de atenção, porta de entrada, vínculo, referência e coordenação pela atenção primária, além de considerar os mecanismos de integração, como sistemas de informação e de transportes (KUSCHNIR; CHORNY, 2010).

As diretrizes defendidas por Dawson contrapunham-se ao muito mais conhecido e de certa forma mais influente “Relatório de Flexner”, de 1910. Esse relatório, liderado pelo educador Abraham Flexner, analisou o ensino médico nos Estados Unidos e Canadá, e suas conclusões influenciaram fortemente a formação dos médicos no mundo ocidental durante quase todo o século XX. O modelo flexneriano enfatizava a atenção curativa hospitalar, com base num conhecimento altamente especializado (RODRIGUES; SANTOS, 2011).

No entanto, embora ainda se observe valorização demasiada da especialização médica, as ideias de Dawson passaram a ser referência conceitual de diversos sistemas



públicos de saúde. No final dos anos 80, durante a XXII conferência sanitária Pan-americana, surge a proposta de Sistemas Locais de Saúde (Silos), que se assemelha muito as proposições do Relatório Dawson. O primeiro ponto em comum é a defesa da organização dos sistemas de saúde com base em territórios definidos, para os quais a Organização Pan-americana de Saúde (Opas) enfatiza a necessidade de se promover o conhecimento epidemiológico, o planejamento e a programação de ações e serviços com base nestes. Os Silos prevêm que nesses territórios deve ser organizada e ofertada atenção integral nos três níveis de atenção (primário, secundário e terciário) e envolvendo ações de promoção, prevenção, assistência e reabilitação à saúde (RODRIGUES; SANTOS, 2011).

De acordo com Mendes (2009), as propostas mais recentes de integração em redes têm origem em experiências realizadas nos Estados Unidos – país que tem como características dispor de um sistema de saúde bastante segmentado e com forte hegemonia do setor privado – na primeira metade dos anos 1990. Segundo este autor, essas experiências também influenciaram as propostas que posteriormente se desenvolveram na Europa Ocidental e no Canadá, que contam com fortes sistemas públicos com acessibilidade universal.

Para Nolte e McKee (2008), o conceito de cuidados integrados no contexto de sistemas com financiamento público é um pouco diferente da proposta americana posta por Shortell et al. (1994), que definiu como sistemas integrados uma rede de organizações que provê ou faz arranjos para fornecer um *continuum* coordenado de serviços a uma população definida. Essa definição reflete a ênfase dada sobre populações definidas, mas seletivas (como por exemplo, membros de um plano de saúde) e sobre a integração do financiamento e prestação de cuidados de saúde. Desta forma, o conceito de prestação integrada no contexto dos Estados Unidos não é facilmente comparável com cuidados integrados na conjuntura europeia, onde tradicionalmente se refere à integração dos diferentes setores (ou seja, cura e cuidados) ao invés de diferentes funções (financiamento e prestação).

Porém, o conceito de redes proposto por Shortell foi adaptado pela Opas em documento recente, que propõe a implementação de Redes Integradas de Serviços de Saúde (RISS) na América. Nesta publicação, acrescentasse a ideia de prestação de serviços equitativos e integrais a uma população definida. Além disso, a Opas considera que a população é definida a partir da Atenção Primária à Saúde, alinhando a proposta no campo das redes regionalizadas dos sistemas públicos (OPAS, 2008).

Os pesquisadores ligados ao Consórcio Social da Catalunha também se baseiam no conceito de Shortell para definir redes de saúde. Mas, classificam a rede em dois tipos: a)

população definida por um território sob gestão de uma autoridade sanitária, geralmente formando parte de um sistema nacional de saúde e (2) população definida por afiliação voluntária, nos países em que se estabeleceu um mercado para a saúde, como é o caso dos sistemas integrados americanos (VÁZQUEZ; LORENZO, 2006).

É importante destacar também que redes são sinônimos de integração. Deste modo, Contandriopoulos et al. (2003) ressaltaram a importância de cinco dimensões de integração de todos os elementos de uma rede: 1) integração de cuidados; 2) integração da equipe clínica; 3) integração funcional; 4) integração normativa; 5) integração sistêmica. Os quatro primeiros tipos referem-se interação entre os prestadores dos serviços de saúde com os indivíduos, já a integração sistêmica diz respeito a relação com o ambiente em geral. A integração dos cuidados é um processo que ocorre nas relações entre os indivíduos (em nível microscópico), a integração da equipe clínica e a integração funcional descreve os fenômenos que ocorrem com relação a um território, uma organização, uma região, etc; a integração normativa ajuda a expressar as relações entre os níveis e, finalmente, a integração sistêmica visa assegurar a coerência entre a análise em questão e o meio ambiente (nível macroscópico).

Além dos tipos citados, na construção de redes devem ser observados os conceitos de integração horizontal e vertical. Por meio de integração horizontal, as organizações similares/unidades no mesmo nível se juntam (por exemplo, dois hospitais). Já a integração vertical se faz através de uma completa integração, que envolve a combinação de diferentes organizações/unidades em diferentes níveis (por exemplo, hospital, centro comunitário de saúde, agência de home care e casa de repouso) (SHORTTELL et al., 1994).

No Brasil, o conceito de rede como organização dos serviços de saúde está presente no desenho político institucional do SUS. Através da Constituição Federal e da Lei 8.080/90 legitima-se a ideia na qual as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada. Como princípio organizativo encontra-se associado à descentralização política-administrativa, com direção única em cada esfera de governo e ênfase na municipalização dos serviços.

Ainda na década de 90, mais especificamente no ano de 1994, o Ministério da Saúde lançou oficialmente o Programa Saúde da Família (PSF), com o objetivo de reorganizar o Sistema de Saúde vigente no Brasil. Esse programa, que passou a ser chamado de estratégia, tem como função principal se constituir como principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. Para cumprir com esse objetivo, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) organiza o processo de trabalho a partir da adscrição de

clientela, onde cada equipe deve ser responsável por no máximo 4.000 pessoas. Os residentes em áreas não cobertas pela ESF devem utilizar a rede tradicional de serviços existentes. Mas, é preconizado que a unidade de saúde deva receber e ouvir todas as pessoas que procuram os seus serviços, de modo universal e sem diferenciações excludentes.

A ESF passou a estimular a descentralização e a municipalização dos serviços, oferecendo aos municípios condições de definir e gerenciar seus recursos de forma mais adequada e resolutiva através do fortalecimento da atenção básica à saúde. (FUNHRMANN, 2004). Todavia, apesar da regionalização ter sido concebida como pressuposto basilar para construção do SUS, o deslocamento e atribuições e encargos para os municípios não foi associado à conformação de uma rede assistencial organizada a partir dos preceitos de regionalização e hierarquização. Segundo Viana et al. (2010), foi privilegiada a proposta de descentralização compreendida exclusivamente como processo de transferência da gestão para as esferas subnacionais de governo, o que ocasionou à intensa fragmentação e desorganização de serviços de saúde devido à existência de milhares de sistemas locais isolados.

Para Lima e Viana (2011), o processo de regionalização vivenciado no País apresenta inúmeros conflitos com as diretrizes de descentralização. As autoras argumentam que a tensão entre regionalização e descentralização da política de saúde acentuou-se no caso brasileiro por duas razões: 1) o planejamento regional não se articulou aos processos de descentralização. 2) as propostas de regionalização tiveram início tardio, se conformando após sucessivos ciclos de descentralização, com a edição das NOB.

Assim, foi somente com a edição da Noas nos anos 2000 que a regionalização, adquirindo um sentido mais organizativo para a rede de serviços de saúde, passou a destacar-se como uma estratégia prioritária no âmbito da política nacional de saúde. Posteriormente, com o lançamento do Pacto pela Saúde em 2006, especialmente o de Gestão, a regionalização e a constituição de redes ensaiam a volta ao centro do debate, com o propósito de promover uma regionalização solidária e cooperativa (KUSCHNIR et al., 2010; LIMA; VIANA, 2011).

Entretanto, embora a regionalização tenha assumido um novo significado e maior ênfase no momento atual de implantação do Pacto, algumas questões não foram suficientemente equacionadas pela política nacional de saúde. Segundo Gadelha et al. (2011), um olhar um pouco mais atento permite ponderar que os pressupostos do Pacto não poderão avançar substancialmente sem nova repactuação dos critérios de repasse de recursos; sem considerar a lógica regional que precisa ser planejada e pactuada entre as três

esferas de governo, com recuperação do papel das unidades federadas neste processo; e sem um maior aporte de recursos que responda pela necessária desconcentração da infraestrutura de bens e serviços de saúde.

Além disso, considerando-se que o SUS é um sistema que pretende ser universal, o gasto público ainda é baixo no Brasil. Estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), apontou menores despesas do governo com saúde, entre 2000 e 2005, cerca de 3,2% do PIB, enquanto as oriundas de fontes privadas atingiram aproximadamente 4,8% (BAHIA, 2009). Especificamente com relação ao processo de regionalização, há que considerar que as transferências federais acompanham à capacidade instalada de estados e municípios, gerando desigualdade na produção e na distribuição de ações e cuidados de saúde (LEVI; SCATENA, 2011).

Outro fator que dificulta a um sistema consolidação do caráter único e integrado do SUS é a insuficiência e assimetria na distribuição da oferta no acesso aos serviços de atenção especializada e hospitalar, e também a baixa articulação desses com a atenção primária. São produtos desse processo a existência de demanda reprimida, a descontinuidade e a inadequação da oferta às necessidades da população. Esse quadro se agrava, tendo em vista as dificuldades da Atenção Primária se efetivar como principal lócus do acolhimento e de coordenação do cuidado no processo de organização da atenção à saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

Na tentativa de solucionar esses problemas, o Ministério da Saúde publicou recentemente o decreto 7.508, de 28 de junho de 2011, que avança na organização de redes adequadas e suficientes, tendo como referência as realidades da federação brasileira. O decreto considera que a Região de Saúde pode ser interestadual, por ato conjunto dos respectivos estados em articulação com os municípios, ou mesmo situada em áreas de fronteira com outros países. Uma região deverá ter no mínimo ações e serviços de atenção primária, urgência e emergência, atenção psicossocial, atenção ambulatorial especializada e hospitalar e vigilância em saúde. Caso não haja capacidade física instalada em determinada região para execução de ação ou serviço, os gestores de saúde deverão firmar parceria com outras localidades, a fim de atender a demanda.

Para Mendes (2011) há uma busca universal para a construção de redes de atenção à saúde sustentada por evidências que esse modelo constitui a saída para a crise contemporânea dos sistemas de atenção à saúde. Em sua opinião, os serviços de saúde devem ser estruturados numa rede de pontos de atenção à saúde, composta por equipamentos de diferentes densidades tecnológicas que devem ser distribuídos,

especialmente, de forma ótima. As Redes de Atenção à Saúde têm de incorporar, como um ponto central, o critério do acesso. Assim, o desenho das redes de atenção à saúde faz-se combinando, dialeticamente, de um lado, economia de escala e qualidade dos serviços e, de outro, o acesso aos serviços de saúde.

A situação ótima nas redes de atenção à saúde é dada pela concomitância de economias de escala e serviços de saúde de qualidade acessíveis prontamente aos cidadãos. Quando se der – como costuma ocorrer em regiões de baixa densidade demográfica – o conflito entre escala e acesso, prevalecerá, sempre, o critério do acesso. Assim, do ponto de vista prático, em algumas regiões brasileiras, alguns territórios sanitários estarão definidos por populações subótimas; assim, também, certos serviços operarão em “deseconomias” de escala porque não se pode sacrificar o direito do acesso aos serviços de saúde a critérios econômicos (MENDES, 2011).

No que se refere à estruturação de redes na região nordeste, as experiências de regionalização estiveram mais voltadas para constituição de pólos regionais de desenvolvimento, dando continuidade ao padrão de desigualdade pela concentração de riqueza, população e serviços básicos nas capitais e em algumas cidades médias no interior dos estados. Essa região apresenta grandes desigualdades quanto à capacidade instalada e aos investimentos públicos e privados em saúde que se concentram nas capitais e em alguns pólos regionais no interior dos estados, resultando em vazios assistenciais (ALBUQUERQUE; MELLO; IOZZI, 2011).

Deste modo, o que se observou foi que mesmo municípios maiores que concentram equipamentos de saúde capazes de garantir o acesso da população a serviços nos três níveis de complexidade, também enfrentam dificuldades para prestar assistência à saúde. Parte desse cenário deve-se a pouca quantidade de médicos nos serviços de saúde, principalmente nas cidades do interior do Nordeste, pois geralmente esses profissionais trabalham nas grandes cidades, deixando desassistidas as cidades de menor porte.

A implantação de redes enfrenta vários desafios, principalmente porque ao mesmo tempo em que é a única forma de garantir acesso ao cuidado integral de forma igualitária, envolve disputas de poder e requer decisões de política pública que certamente ferem interesses. Um dos elementos que deve ser considerado nessa dinâmica é o forte interesse de setores privados corporativos, que tornam complexo o mercado de prestação de serviços na saúde. Por isso, a regulação dessas relações, orientada pela lógica pública e pelas necessidades de saúde da população é um elemento fundamental a ser aprofundado na

condução da política de regionalização (KUSCHNIR; CHORNY, 2010; LIMA;VIANA, 2011).

### 1.3 Conceitos de acesso e modelos de análise

Acesso é um conceito complexo, muitas vezes empregado de forma imprecisa, e pouco claro na sua relação com o uso de serviços de saúde. A terminologia empregada também é variável. Alguns autores, como Donabedian, empregam o substantivo *acessibilidade* – caráter ou qualidade do que é acessível –, enquanto outros preferem o substantivo *acesso* – ato de ingressar, entrada – ou ambos os termos para indicar o grau de facilidade com que as pessoas obtêm cuidados de saúde (TRAVASSOS, 2004).

Ainda que as revisões sistemáticas sobre definições de acesso sejam escassas em geral, duas tendências são observadas na literatura: aqueles autores que definem o acesso como o *ajuste entre as características dos serviços e as da população* e os que comparam o acesso com *a utilização dos serviços*. Os primeiros se concentram no domínio estreito do acesso – desde a busca de atenção por parte do indivíduo ao início da atenção –, enquanto que os segundos se pronunciam a favor do domínio mais amplo – desde a necessidade da atenção até a utilização dos serviços. O primeiro enfoque se concentra nas características da oferta (disponibilidade de serviços, localização, etc.) e como se ajustam as características da demanda (renda familiar, cobertura de seguro, etc.). De acordo com a segunda abordagem, o estudo de acesso é idêntico ao dos determinantes da utilização de serviços (LORENZO, 2009).

O tipo de avaliação do acesso que se propõe em cada um dos enfoques também é distinto. O enfoque de acesso como ajuste se concentra na análise através de componentes relacionados com as características da população e/ou da oferta de serviços. O segundo enfoque se propõe a avaliar o acesso através dos seus resultados, ou seja, a utilização dos serviços prestados (LORENZO, 2009).

O Modelo Comportamental de Andersen, desenvolvido inicialmente na década de 60, foi um dos pioneiros do uso de serviços de saúde. Segundo Gulliford (2009), o conceito de acesso de Andersen pode ser entendido a partir de duas perspectivas. Primeiramente, ter acesso denota o potencial teórico de utilizar um serviço, quando necessário. Desta forma, para ter acesso a um serviço significa que o serviço necessário existe e está disponível. Posteriormente, a teoria adiciona a noção de “ganhar” acesso aludindo ao processo de real admissão no serviço de saúde. Aqui, se o usuário “ganhou” o acesso significa que o serviço foi utilizado.

Donabedian (1973), que foca seus estudos no domínio estreito de acesso, prefere usar o termo *acessibilidade*, definindo-a como um dos aspectos da oferta de serviços

relativa à capacidade de produzir serviços e responder as necessidades de saúde de uma determinada população. Este autor distingue, ainda, duas dimensões da acessibilidade: a *sócio-organizacional* e a *geográfica*. Estão incluídos nos aspectos *sócio-organizacionais* os atributos referentes aos recursos e à organização, que podem facilitar ou dificultar os esforços do cliente em obter cuidado. Já a acessibilidade *geográfica* refere-se ao "isolamento espacial", uma função do tempo e da distância física a ser percorrida pelo paciente para a obtenção do cuidado.

Penchansky e Thomas (1981) sugeriram o conceito de adequação entre as necessidades do paciente e a capacidade do sistema para atender essas necessidades. Segundo esses autores, o ajuste pode ser medido em 5 dimensões: (1) Disponibilidade: volume de serviços médicos e outros profissionais de saúde; (2) Acessibilidade: relação espacial geográfica entre os prestadores de cuidados de saúde e os usuários; (3) Adequação: descreve a organização e o conteúdo do sistema de saúde no que se refere à facilidade com que as pessoas obtêm o cuidado; (4) Poder aquisitivo: capacidade financeira da população em usar os serviços fornecidos pelo sistema de saúde e a percepção de valor por parte dos pacientes; (5) Aceitabilidade: representa as atitudes dos usuários dos serviços de saúde para os provedores, e vice-versa.

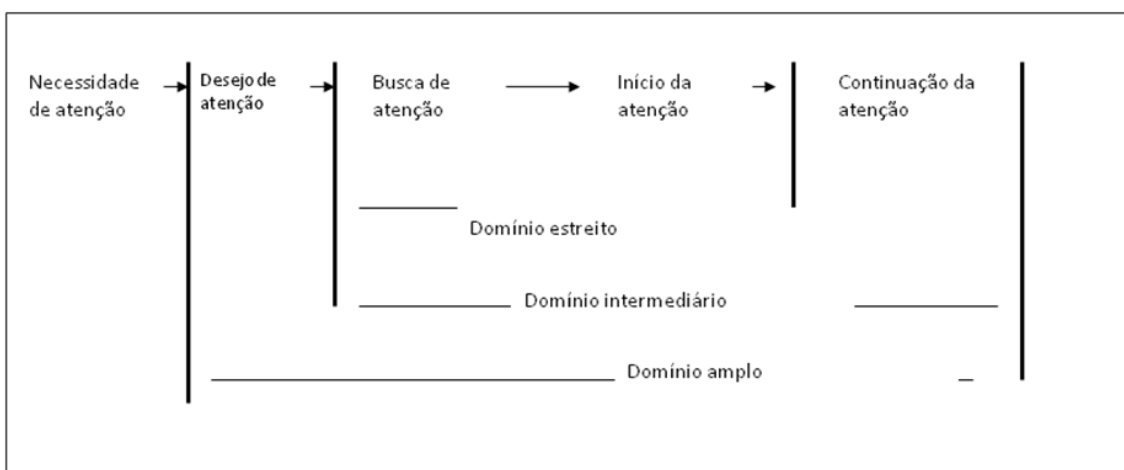
Frenk (1985) também utiliza o termo acessibilidade e ilustrou esquematicamente a maneira como os estudos têm trabalhado esse conceito (figura 1.). Assim, nomeou de *domínio restrito* o processo da procura por serviços de saúde até a sua utilização, ou seja, a entrada nos serviços. Nesse nível, os fatores que influenciam a acessibilidade são aqueles que podem facilitar ou dificultar a utilização dos serviços. O *domínio intermediário* inclui não só o contato inicial com os serviços de saúde, mas também os contatos continuados ao longo do tempo. Já o *domínio amplo* considera o desejo de obtenção de cuidados de saúde e, nesse caso, a dimensão acessibilidade deve contemplar as crenças relativas a saúde, a confiança no sistema de saúde, entre outros.

Para esse autor, a acessibilidade é definida como uma relação funcional entre um conjunto de obstáculos considerados como resistências e as correspondentes capacidades das pessoas para superar tais obstáculos. A resistência, que é característica dos recursos de atenção à saúde, tem sua contrapartida no "poder de utilização" da população, capaz de superar os obstáculos para obtenção dos serviços de saúde. No modelo de Frenk (1985), os fatores que criam resistências são classificados em três tipos: *ecológicos*, *financeiros* e *organizacionais*. Os primeiros referem-se, por exemplo, as distâncias e os tempos de viagem percorridos pelos usuários para chegar ao serviço. Enquanto as barreiras financeiras



estão relacionadas com os preços cobrados pelo provedor. Finalmente a terceira categoria está representada por obstáculos que se originam do modo de organização dos serviços de saúde, como possibilidade de agendamento de consultas, tempo de espera para realizar exames, etc. Quanto às características pessoais que conferem poder para utilização dos serviços, é proposta a seguinte equivalência: os obstáculos ecológicos corresponderiam ao poder de tempo e transporte da população; os obstáculos financeiros, ao poder financeiro da população; os obstáculos organizativos com o poder de trato das organizações (tolerância a demora para obtenção de consultas, disponibilidade de tempo livre, tolerância com as regras burocráticas, etc.).

Figura 1 - Domínios do conceito de acessibilidade



Fonte: Frenk (1985).

Já os pesquisadores Dixon-Woods et al. (2006) sugerem que os serviços de saúde sejam caracterizados a partir de sua "permeabilidade", para se referir a facilidade com que as pessoas podem utilizar os serviços. Para esses autores, serviços porosos exigem poucas qualificações para usá-los e mobilização de menos recursos, já os serviços menos permeáveis exigem um maior grau de alinhamento cultural entre eles e seus usuários. Desta forma, os serviços de acidentes e departamentos de emergência são classificados como mais permeáveis, e as consultas ambulatorias, por exemplo, são uma ameaça à permeabilidade, principalmente, para as pessoas desfavorecidas sócio-economicamente porque elas necessitam de recursos e competências (ser capaz de ler e de se apresentar em determinados lugares).

É importante destacar que os estudos com foco na utilização dos serviços consideram o acesso em função de oferta e demanda. A oferta é caracterizada em termos de disponibilidade de serviço, geralmente envolvendo medidas de números de pessoal, estabelecimentos de saúde e atividades. Em alguns casos, um elemento adicional, qualidade ou aceitabilidade dos cuidados, são incorporados. É, no entanto, mais difícil captar o lado da demanda da equação, pois, um serviço pode ser facilmente acessível a partir de uma perspectiva puramente técnica, mesmo que alguns grupos não possam usá-lo. Nesse tipo de estudo, os analistas procuram determinar fatores como idade, escolaridade, situação de emprego, ou distância do serviço, características culturais, entre outros, que afetam a utilização dos serviços de saúde (GODDARD, 2009; ENSOR; COOPER 2004).

Bousquat (2001) afirma que os estudos sobre acesso aos serviços de saúde sofreram forte influência dos modelos matemáticos, preocupados em quantificar e desenhar fluxos de uso dos serviços por diversos usuários de diferentes locais, o que se constituiu num caminho de investigação próprio denominado “geografia de atenção à saúde”. Por outro lado, vários autores tem chamado a atenção para o uso indiscriminado do termo *acesso* como sinônimo de disponibilidade e financiamento dos sistemas locais de saúde. O autor alerta para o fato de que ter serviços de saúde disponíveis não quer dizer garantia de acesso.

Por fim, ressalta-se como importante para melhorar o acesso aos serviços de saúde o desenvolvimento de pesquisas qualitativas, em profundidade, que identifiquem a natureza das barreiras e a maneira com que as relações entre profissionais e usuários afetam a utilização dos serviços. Sem tais percepções, existe o risco de desenhar políticas que parecem ser sensatas e simples (por exemplo, destinar recursos às áreas mais carentes), mas que na prática não conseguem atingir os resultados previstos (GODDARD, 2009).

#### **1.4 O Modelo Comportamental de Andersen**

O Modelo Comportamental de Andersen foi inicialmente desenvolvido em 1968 e seu processo de evolução envolveu cinco fases distintas. Ao longo do tempo, algumas revisões foram feitas e elementos foram acrescentados em resposta a questões emergentes nas políticas de saúde. No entanto, as revisões não alteraram os componentes fundamentais do modelo e suas relações (ANDERSEN, 2008).

A primeira fase, desenvolvida na década de 60, considera que o uso dos serviços de saúde é mediado por fatores predisponentes, fatores capacitantes e pelas necessidades de

saúde. É importante destacar que o modelo coloca a família como unidade de análise e o fator necessidade como o principal motivo para a procura e utilização de serviços de saúde (GREENE, 2005).

Os fatores predisponentes são os que existem previamente ao surgimento dos problemas de saúde e irão influenciar na maior ou menor susceptibilidade do indivíduo em usar os serviços de saúde. Esses fatores encontram-se divididos em três categorias: os demográficos (idade e sexo), os da estrutura social (escolaridade, ocupação e outros fatores de medição do *status* do indivíduo na comunidade) e as crenças em saúde (PAVÃO, 2008).

Os fatores capacitantes relacionam-se à possibilidade de acesso aos serviços de saúde, englobando tanto fatores individuais e familiares (renda, posse de plano de saúde) quanto fatores da oferta de serviços na comunidade (disponibilidade dos serviços, redes de apoio sociais, etc.). Para Andersen, sem a capacidade de acesso aos serviços, uma predisposição não se traduz necessariamente em utilização (PAVÃO, 2008).

Quanto às necessidades, o modelo incluía tanto as percebidas pelos indivíduos, quanto as avaliadas pelos profissionais de saúde. Desta forma, o paciente reconheceria que existe uma doença e os profissionais de saúde deveriam responder de forma apropriada para a necessidade percebida (ANDERSEN, 1995).

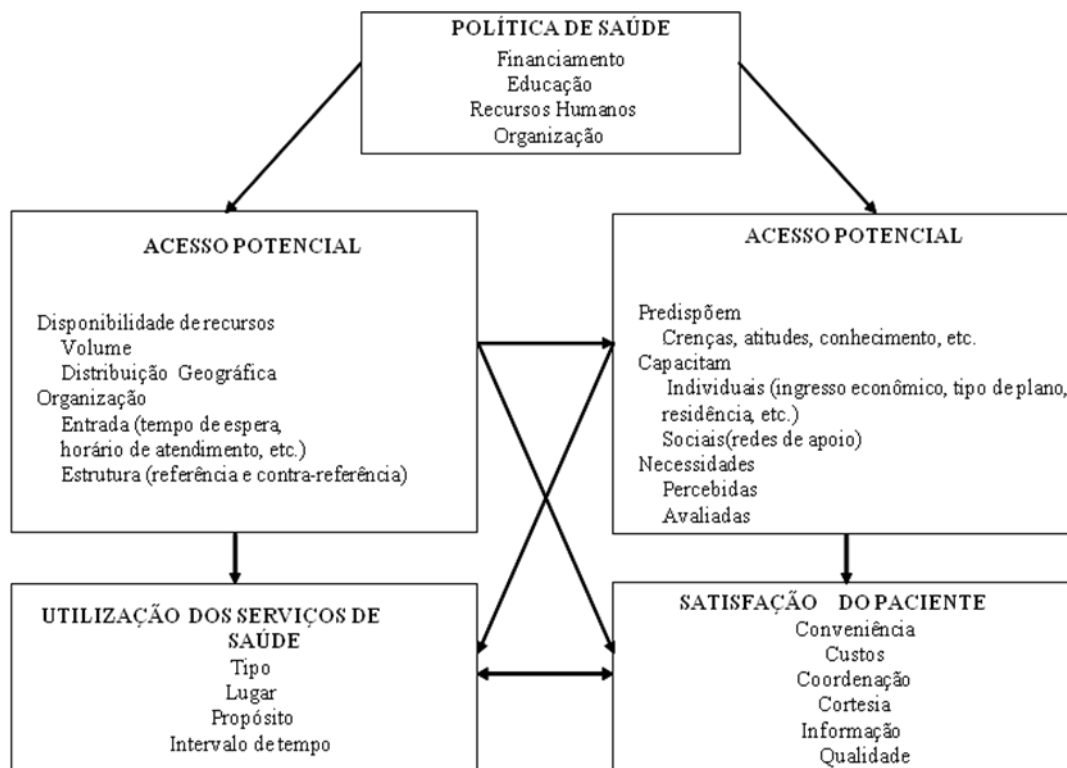
Um dos principais objetivos do modelo original era auxiliar na definição e medição de múltiplas dimensões do acesso aos cuidados de saúde. Para o autor, o *acesso potencial* seria a presença de fatores capacitantes, ao passo que o *acesso realizado* seria a real utilização dos serviços (ANDERSEN, 2008).

Na década de 70, foi desenvolvida a segunda fase do modelo (figura 2) que se caracterizou pela incorporação do sistema de saúde como mais um determinante do uso dos serviços de saúde. Além disso, a satisfação do consumidor também passou a ser considerada resultado explícito da utilização de serviços de saúde (ANDERSEN, 2008).

Nesse modelo (figura 2), a oferta dos serviços de saúde tem relação com a disponibilidade de recursos e a forma como estes se organizam para prestar assistência. Os componentes da organização são a entrada e a estrutura. A entrada se refere ao processo de “entrar” ou “ascender” nos serviços e compreende as barreiras que devem ser superadas antes de receber atenção médica (o tempo de viagem, o tempo de espera, os horários de funcionamento, etc.). Já a estrutura se relaciona com as características dos serviços que determinam o que acontece com o paciente quando ele consegue ingressar nos serviços (ADAY; ANDERSEN, 1974).

No que se refere à utilização dos serviços de saúde, os autores classificaram o uso a partir das seguintes características: tipo de serviços que recebe o paciente; o lugar onde a atenção foi prestada; o propósito da visita (preventiva ou curativa) e o intervalo de tempo envolvido.

**Figura 2 - Marco para análise do acesso proposto por Aday e Andersen.**



Fonte: Aday e Andersen (1974)

A terceira fase do modelo surge na década de 80, reconhecendo que os serviços de saúde devem manter e melhorar a situação sanitária da população, tanto no que se refere à saúde percebida pela população, como a avaliada por profissionais. Ainda nessa fase, foi introduzida a idéia de que práticas de saúde pessoais como dieta e exercícios interagem com o uso dos serviços para influenciar nos resultados de saúde (ANDERSEN, 2008).

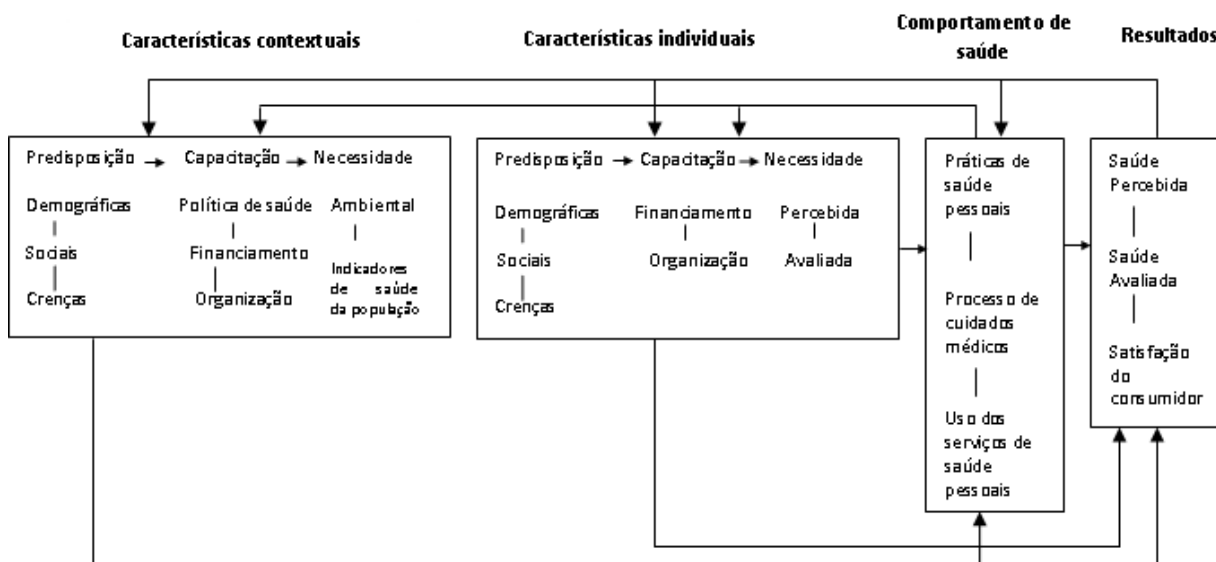
A inclusão dos resultados do estado de saúde permitiu que as medidas de acesso se estendessem e incluíssem dimensões particularmente importantes para a política e reforma da saúde: o *acesso efetivo* e o *acesso eficiente*. Para Andersen, o *acesso efetivo* é estabelecido quando estudos de utilização mostram que o uso melhora o estado de saúde ou a satisfação do consumidor, enquanto o *acesso eficiente* é mostrado quando o nível do

estado de saúde ou a satisfação aumenta em relação à quantidade dos serviços de saúde utilizados (ANDERSEN, 2008).

A quarta fase apresenta a natureza dinâmica de um modelo de utilização dos serviços de saúde, incluindo múltiplas influências dos determinantes do uso, e conseqüentemente, nos resultados do estado de saúde. Essa fase também inclui as relações de *feedback* (retroalimentação) mostrando que os resultados, podem afetar as características predisponentes, capacitantes e de necessidade da população (ANDERSEN, 2008)

A última e mais recente fase do modelo de Andersen (figura 3) salienta que a melhor compreensão da utilização dos serviços de saúde é feita sob a perspectiva dos determinantes contextuais e individuais. Além disso, observou-se o acréscimo do processo de cuidados médicos, como um tipo de comportamento de saúde (além do uso dos serviços de saúde e práticas de saúde pessoal). Este comportamento é entendido no modelo, como a interação dos prestadores com os pacientes na oferta de cuidados médicos.

Figura 3 - Fase 5: modelo comportamental do uso dos serviços de saúde, incluindo características contextuais e individuais.



Fonte: Andersen (2005)

O progresso do modelo é reconhecido por Andersen (2008) que enfatiza a necessidade da realização de estudos sobre a utilização dos serviços de saúde. Nesse sentido, o autor aponta para possibilidade de melhora do acesso aos cuidados de saúde a partir de novos

estudos, propondo o destaque para a importância contextual e das características individuais na promoção do acesso.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

Conhecer as opiniões dos usuários, cobertos e não cobertos pela ESF, sobre o acesso aos serviços de saúde na atenção primária e especializada.

### **2.2 Objetivos Específicos**

- a) Caracterizar o acesso dos usuários aos serviços de saúde primários e especializados;
- b) Identificar obstáculos e fatores facilitadores do acesso aos serviços de saúde;
- c) Comparar as opiniões dos usuários cobertos e não cobertos pela ESF;
- d) Relatar as sugestões de melhoria do acesso proposta pelos informantes;

## **3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS**

### **3.1 Desenho do estudo**

Trata-se de um estudo descritivo exploratório, com abordagem qualitativa. A pesquisa se caracterizou como descritiva por buscar descrever um fato, um problema ou um fenômeno (RICHARDSON, 1999), que neste estudo tratou-se do acesso aos serviços de saúde. O caráter exploratório também configurou o estudo, visto que a investigação aconteceu em um município que não tem estudos publicados sobre os serviços de saúde, e ainda, pelo fato desse estudo poder subsidiar a realização de outros estudos analíticos.

Empregar a abordagem qualitativa permitiu ir além da leitura aparente do fenômeno, uma vez que esse tipo de estudo permite identificar, segundo Minayo (2004) “os significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, resultantes da ação humana objetiva, apreendidos através do cotidiano, da vivência e da explicação das pessoas que vivem em determinada situação”.

### **3.2 Área do estudo**

O estudo foi realizado no município de Caruaru, localizado na Mesorregião Agreste de Pernambuco e Microrregião Vale do Ipojuca, distando cerca de 130 km da capital do Estado. A cidade apresenta uma área territorial de aproximadamente 921 km<sup>2</sup>, e densidade demográfica de 342,07 hab/km<sup>2</sup>.

Em 2010, a população residente era de 314.912 habitantes, composta por 165.759 mulheres e 149.153 homens, indicando predominância da população feminina. Na zona urbana, essa população se distribuiu em 23 bairros. Selecionou-se um deles, o do Salgado com base nos seguintes critérios: ser o mais populoso (51.503 hab.); apresentar indicadores que revelam baixas condições sociais e por possuir um módulo de assistência formado por uma policlínica orbitada por 4 Unidades de Saúde da Família. Com relação à faixa etária, a maioria da população é jovem, com idade entre 20 a 24 anos (IBGE, 2010).

No que se refere ao sistema de saúde, a cidade é sede da IV Gerência Regional de Saúde e da macrorregião central de saúde, sendo referência de alta complexidade para 87 municípios. A média complexidade dispõe de serviços em quatro hospitais municipais, 2 policlínicas, 06 centros de saúde, 05 clínicas especializadas e um Centro de Atenção



Psicossocial (CAPS). Quanto às equipes de saúde da família, o município possui 43 equipes que oferecem uma cobertura de 51% para sua população.

### **3.3 Sujeitos do Estudo**

Como o critério de definição da amostra em estudos qualitativos não é numérico, foi considerado o número suficiente de entrevistas que permitissem certa reincidência das informações (saturação do tema), ainda que se considerasse o potencial explicativo de informações ímpares (MINAYO, 2004).

Desta forma, foram entrevistados 15 usuários dos serviços de saúde de Caruaru, 9 cobertos e 6 não cobertos pela ESF. Os primeiros usuários cobertos tiveram muita dificuldade para responder as perguntas e, por isso, foram necessárias mais entrevistas com essa categoria para que se atingisse a saturação da informação. Os participantes selecionados tinham mais de 18 anos e utilizaram ou tentaram utilizar os serviços de saúde de qualquer nível assistencial nos seis meses prévios a entrevista. Os usuários cobertos foram escolhidos a partir do cadastro na Unidade de Saúde da Família (USF), e os não cobertos foram identificados nas áreas que não estão cadastradas pela USF, através da informação dos profissionais de saúde.

### **3.4 Instrumento de coleta e procedimentos de análise dos dados**

As entrevistas com os usuários foram realizadas individualmente, no período de Janeiro a Março de 2010, conforme metodologia da pesquisa “Impacto na equidade de acesso e eficiência de redes integradas de cuidados em saúde na Colômbia e Brasil -Equity-LA”.

Os entrevistadores coletaram as informações nos domicílios dos usuários, por meio de entrevistas semi-estruturadas guiadas por um roteiro (Anexo A), que incluía temáticas relacionadas ao acesso.

Todas as entrevistas foram gravadas em meio digital e transcritas textualmente. As entrevistas foram analisadas, com auxílio do Software Atlas-ti 5.0. Realizou-se análise narrativa de conteúdo (BARDIN, 1977), através da leitura repetida dos textos para o reconhecimento de temáticas emergentes. A análise incluiu a geração de categorias mistas, ou seja, a partir do marco teórico e da emergência de novas categorias. As informações foram categorizadas como: barreiras do acesso aos serviços de saúde, facilitadores no uso

dos serviços de saúde e sugestões para melhoria do acesso. Primeiramente, os dados foram analisados por categoria de informante e posteriormente de forma comparativa.

Para assegurar a qualidade dos dados, as informações foram trianguladas. A triangulação consistiu em contrastar e verificar os resultados a partir da análise de diferentes pesquisadores, buscando reduzir o viés de interpretação e, portanto, melhorar a consistência dos resultados (NAVARRETE, 2009).

### **3.5 Considerações éticas**

Esta dissertação faz parte da pesquisa “Impacto na equidade de acesso e eficiência de redes integradas de cuidados em saúde na Colômbia e Brasil - Equity-LA”. Desta forma, a pesquisa já vem sendo desenvolvida dentro dos padrões de ética científica, tendo sido aprovado pelo Comitê Nacional de Ética em Pesquisa (CAAE 3505 0 000 250-08) (Anexo B). Além disto, a secretaria de saúde de Caruaru e a Secretaria Estadual de Saúde, também permitiram a realização da pesquisa, através da assinatura do Termo de Anuência.

Toda pesquisa envolvendo seres humanos acarreta riscos. Neste estudo, conforme metodologia proposta, a relação com os sujeitos se deu a partir de sua participação em entrevistas. Os riscos quanto às dimensões físicas, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual, particularmente quanto a qualquer tipo de constrangimento, foram minimizados garantindo-se o sigilo das informações pessoais dos participantes.

Solicitou-se a todos os entrevistados a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), ficando cada um deles com uma cópia. Eles foram informados sobre os objetivos da pesquisa, a estratégia de divulgação dos resultados e, ainda, quanto à confidencialidade dos dados obtidos, à participação voluntária, à garantia do direito de não identificação como também à possibilidade de retirar-se da pesquisa.

## 4 RESULTADOS

### 4.1 Características de bom e mau acesso

A maioria dos participantes teve dificuldade em compreender o termo acesso e, por essa razão, fez-se necessário substituí-lo por utilização ou atendimento. Observou-se ainda, que para caracterização da boa e má utilização dos serviços de saúde, como forma de expressão qualificada ou não do acesso, os usuários descreveram suas experiências nos serviços de saúde.

Os entrevistados cobertos referiram mais a disponibilidade de médico nos serviços de saúde para caracterizar um bom acesso. Já na opinião dos não cobertos, o acesso é entendido como a chegada até o serviço. Assim, se houver disponibilidade de transporte gratuito para o deslocamento entre os serviços especializados, um bom acesso está sendo oferecido.

Bom é o médico na hora que a pessoa vai (UC9).

Quando precisasse ser transferido de um hospital para outro. A gente não ter que pegar um carro particular e que tivesse uma ambulância (UNC5).

Outra característica de bom acesso que emergiu nos discursos de ambos os grupos de entrevistados foi a garantia de medicamentos de forma gratuita. No entanto, é possível perceber que para os usuários cobertos há uma noção de disponibilidade contínua de medicamentos.

Assim, porque todo mês tem o remédio para pegar. Eu pego remédio e nunca faltou (UC6).

Um bom atendimento é ter as medicações necessárias (UNC1).

Ao serem perguntados sobre o que caracteriza um mau acesso, os entrevistados relataram características opostas a do bom acesso. Para ambos os grupos entrevistados, o mau acesso é decorrente da ausência do médico nos serviços.

O mau uso do serviço de saúde é o seguinte: aí na policlínica eu não tenho nada para falar da policlínica. Eu tenho para falar sobre o médico que não tem médico (UC2).

Porque é absurdo! a gente querer ir ao médico, chegar e não ter médico (UNC5).

Os usuários cobertos acrescentaram ainda, que o acesso é ruim quando faltam medicamentos na unidade de saúde da família e quando precisam esperar pelo atendimento no serviço de saúde.

Agora o serviço de saúde o que falta é medicamento, às vezes a gente leva a receita do médico, vai pegar aquele medicamento não tem. Não tem remédio nesse posto. Quando o médico passa três a quatro qualidades de remédio e vai pegar e não pega. Tem medicamento que não vem (UC2).

É quando a gente não é atendido na hora que a gente chega (UC4).

Os que não são cobertos referiram a distância dos serviços especializados e dificuldades no deslocamento entre os serviços de saúde, tais como: pagar pelo deslocamento entre os serviços de saúde, ausência de veículo nos estabelecimentos de saúde e longa espera pelo transporte do serviço de saúde.

Ele ficar jogando você de um hospital pra outro, você pagando sem ter. É essa questão de ter que pagar pelo transporte (UNC5).

Porque tem gente que precisa de uma ambulância, está em casa não tem condições de pagar um táxi, pagar um ônibus. Aí tem que apelar pra uma ambulância. Tem muita gente aqui que tem vezes que precisa não é? Que vai buscar. Aí pronto, quando ela tá aqui a ambulância tá, aí pronto ela vai buscar. Quando não tá, tem que esperar. (UNC6).

A espera é grande pra quem precisa do serviço de uma ambulância pra ela vir buscar. Aí esse acesso aí fica difícil. Eu mesmo nunca precisei não, mas já vi muita gente precisar aí. (UNC6).

Às vezes, a demora é demais, às vezes você, às vezes, se você tem que salvar aquela vida, num dá tempo, por conta que às vezes ela pode, às vezes, é muito rápido, às vezes é muito rápido, mas também demora, por isso que eu num gosto de esperar (UNC3).

## 4.2 Barreiras ao acesso aos serviços de Atenção Primária e Especializada à Saúde relacionadas com a população

Nos discursos dos entrevistados, identificaram-se poucas barreiras relacionadas com a população que obstaculizam o acesso aos serviços de saúde. Entre elas, as que emergiram em ambos os grupos de entrevistados foram: o medo de ter doenças diagnosticadas e a baixa condição socioeconômica.

O temor da certeza do adoecimento, através do diagnóstico médico dificulta o acesso aos serviços de saúde. É importante destacar que esse é um fator que não predispõe o uso dos serviços por parte da população.

Acho dificuldade porque eu não gosto de ir ao médico (...). Eu tenho “preconceito”, eu chamo preconceito (Refere-se ao medo de ir ao médico), tenho trauma de ir para médico, entendeu? Porque aí eu tenho medo dele dizer assim você está com tal doença, entendeu?” (UC8).

Difícilmente eu procuro, eu tenho muito medo, de procurar assim essas coisas, assim. Porque a saúde da gente é uma coisa muito, muito, muito boa pra perder, às vezes você vai com um probleminha volta com outro (UNC6).

A pobreza aparece como outra condição relacionada à população que limita o acesso aos serviços de saúde. Alguns dos usuários afirmaram que algumas vezes não dispõem de dinheiro para se deslocarem aos serviços de saúde mais distantes de suas residências. Ao mesmo tempo em que descrevem que, nestes casos, as pessoas têm que apelar para a boa vontade de quem tem carro ou dinheiro para empréstimos para pagar um transporte.

É como eu estou lhe dizendo, fica dependendo de uma carona (ser conduzido no carro de alguém com boa vontade) ou se tiver dinheiro para ir. Se for doença tem que arrumar de todo jeito, não é. Se for problema de ir mesmo tem que arrumar (...). Pede emprestado a alguém ou a família, sabe, que nem no caso dela que os meninos dela adoecem e muitas vezes a noite ela sai doidinha desesperada pedindo a uma pessoa que tenha um carro para levar, se a gente aqui não tiver um dinheiro aqui para pagar um táxi. Isso acontece sempre (UC9).

Quando não tem médico tem que conseguir dinheiro, tirar de onde não tem pra pegar um táxi, alguma coisa, Pra chegar à outra policlínica. (UNC5).

O negócio é o custo financeiro, pra pagar, não é? aí vai ter que arrumar dinheiro para pagar o transporte pra chegar até o hospital (UNC1).

### 4.3 Barreiras ao acesso aos serviços de Atenção Primária à Saúde

Em se tratando dos obstáculos impostos quando os usuários utilizam ou tentam utilizar os serviços da ESF, obteve-se uma diferença entre os dois grupos de entrevistados. Todos os usuários não cobertos afirmaram que a principal barreira é a impossibilidade de serem assistidos nas unidades de saúde família, ou seja, mesmo que busquem o serviço não são atendidos por não possuírem cadastro na unidade:

É porque o posto de atendimento da família não atende a gente se a gente for lá, somente às famílias cadastradas. O posto é limitado para algumas famílias, e as outras ficam pessoas de fora... Como se ele atendesse dez famílias, só aquelas dez precisassem e o resto não precisa? (UNC5).

Porque o posto de saúde daqui não pega esse bairro, porque já faz parte de outro (UNC4).

É interessante ressaltar que os usuários não cobertos percebem a desigualdade no acesso aos serviços da USF e explicitam o desejo de utilizarem esses serviços.

E assim era mais perto, mais próximo da casa da gente. Era melhor ainda (UNC4).

Outro aspecto que emergiu nos discursos desses entrevistados como decorrente da falta de cadastro na USF, foi à demanda por serviços especializados (policlínicas) como fonte regular de atenção.

Eu vou direto [policlínica], porque assim, se fosse um posto seria todo mês a agente de saúde ia, pesava ele, media, como a gente não é atendido, como eu falei a família não é cadastrada (UNC5).

Pode-se inferir também o quanto a lógica de territorialização é inflexível, fazendo com que usuários residentes no mesmo bairro sejam excluídos da utilização do serviço de atenção básica mais próximo da residência. Soma-se a este fato a ausência de acolhimento nas unidades, pois os usuários sequer têm suas queixas ouvidas sendo orientados a buscarem outro serviço de saúde.

Já os usuários cobertos, mesmo podendo utilizar a USF, identificaram barreiras estruturais e organizacionais quando buscaram atendimento nesses serviços. Dentre as estruturais, foram citadas a falta de médicos e a oferta insuficiente de consultas. Quanto às organizativas, os entrevistados referiram o tempo de espera para marcação de consultas, a

falta da visita domiciliar do Agente Comunitário de Saúde (ACS), a não priorização do atendimento, a inadequação do horário de funcionamento da USF, e a ausência de medicamentos na unidade.

Diversas causas foram relatadas pelos usuários cobertos para a ausência de médicos nos serviços de atenção primária. Para alguns entrevistados, os médicos não estão presentes nesses serviços porque não são substituídos quando entram de férias. Na opinião de outros usuários, a ausência dos médicos nos serviços é decorrente de vários fatores, entre eles encontram-se as greves da categoria, a alta rotatividade desses profissionais nas equipes de saúde da família, a demora para contratar profissionais em substituição aos que saíram, e ainda, descumprimento do horário de trabalho por esses profissionais.

No relato de um dos entrevistados, observa-se o problema da falta de substituição dos médicos que entram de férias, e que tal fato deixa os usuários de várias unidades de saúde da família do município sem assistência médica.

E sobre o posto aqui, eu não tenho nada para falar desse posto. Porque está certo... não tem médico agora, se for lá não tem... Acontece a mesma coisa aqui, este posto aqui não tem médico, tinha a obrigação de ter outro médico para substituir aquele que saiu (UC2).

No que se refere ao movimento grevista realizado pelos médicos no município, um entrevistado relata que mesmo com o fim da movimentação, os serviços de atenção primária permanecem sem esse profissional.

O posto é bom, agora só que não tem médico não é? Já faz tempo que não tem médico [...] teve uma falta de médicos não foi? Devido a um reajuste que não queriam pagar o tanto não foi? Entende? É desde aquele tempo (UC8).

O relato sobre a rotatividade dos médicos nas unidades de saúde da família é acompanhado do desejo da presença constante do médico na ESF. Um dos usuários opina que a unidade passa longos períodos sem o médico, pois há demora em contratar outro profissional.

Chega um médico aqui, passa um tempo aí sai... Aí diz: "Vai vir outro médico"; aí demora bem muito para poder vir chegar outro... Quando chega, passa outro tempo aí, aí sai de novo. Assim, eu queria que tivesse um médico, assim, que fosse constantemente aí e não faltasse médico no posto, não é? Mas tem tempo que falta (UC6).

Outro elemento relatado que dificulta o atendimento médico é o descumprimento do horário de trabalho. Alguns entrevistados relataram que geralmente não há médicos nos serviços de saúde, porque eles faltam ao trabalho, sem informar ao usuário.

Tem vezes que eles vêm, tem vezes que não vem. É assim, quando eles não vêm à gente vai embora, quando eles estão nos atende... É assim (UC6).

A falta de médicos nos serviços de saúde, independente do motivo, ocasiona diversas consequências para os usuários que estão em busca de atendimento. Na fala de um entrevistado pode-se observar que os usuários, em algumas ocasiões, esperam desnecessariamente pelos médicos nos serviços de atenção primária, por não serem avisados da sua ausência. Ao invés disto, recebem vários avisos para esperar o atendimento. No entanto, após um período de espera, o usuário queixa-se que é informado de que o médico já foi ou não veio.

Eles ficam disfarçando, inventa qualquer coisa “espere aí”, “um momentinho” “eu vejo depois, espera aí”, aí o tempo passa e quando chega a tua vez diz logo “o médico não está mais, o médico não veio”, entendeu? (UC9).

De acordo com os informantes, diante da ausência do médico nas Unidades de Saúde da Família os usuários procuram atendimento nos serviços de atenção especializada. Mas, nem sempre o serviço especializado que o usuário buscou dispõe de atendimento para sua necessidade de saúde, fazendo com que eles tenham que procurar por outros serviços de saúde existentes no município.

Porque às vezes, a gente adoece, quando não tem médico aí, tem que encaminhar para a policlínica. Aí já é mais difícil não é, ir para a policlínica. Já se for outro caso já encaminha para outro canto. Para o vassoural (policlínica), para a casa de saúde. (UC6).

Quando tem médico a gente é atendida, quando tem problema assim de passar muito tempo sem médico não é? Mas a gente já vai para a policlínica e quando não tem. Quando tem aí no posto a gente fica aqui no posto, se consulta aqui no posto (UC6).

Além dos obstáculos referidos acima, os usuários reclamam sobre a necessidade de substituição dos médicos da atenção primária. Ao mesmo tempo, se queixam que a falta de médicos atrasam o tratamento dos indivíduos, sobretudo os casos cirúrgicos. Além disso,



um dos usuários referiu que busca uma alternativa caseira para o seu problema de saúde, sem acompanhamento clínico.

Este posto aqui não tem médico, tinha a obrigação de ter outro médico para substituir aquele que saiu. Aí o paciente fica sofrendo, se vai fazer uma cirurgia um mês, fica três, quatro meses para resolver. Aí termina que o pobre... o que acontece é piorar” (UC2).

Eu tomo meu remédio de pressão em casa, meu chá como ia dizendo, e quando tem médico aí eu consulto aí (UC8).

Como visto anteriormente, muitas das equipes de saúde da família do município não contam com o profissional médico. No entanto, mesmo nas unidades com equipes completas, os usuários enfrentam dificuldades para serem atendidos. Isso porque as USFS que dispõem de médico ofertam consultas em quantidades insuficientes, dificultando o agendamento do atendimento.

Quando eu precisasse falasse com ela que devia marcar para mim (Se referindo à agente comunitária de saúde). Mas, nunca marca quando eu falo. Nunca, nunca tem como marcar... Eu procuro um médico, mas toda vez que eu vou lá nunca tem vaga (...). No posto, eu vou lá falo com ela para ela marcar. Quando tem vaga, ela marca. Mas, quando não tem ela diz que vou ter que esperar aparecer uma vaga para poder me passar (UC7).

Alguns usuários se queixam ainda que a oferta insuficiente de consultas muitas vezes somente é comunicada após várias recomendações de espera. Assim, sem possibilidade de atendimento, o usuário referiu que retorna para casa sem ser atendido.

Assim, a gente chega assim, pega uma ficha, vamos supor, de uma ficha que eu estou precisando. Eu chego lá, falei com ela hoje: ah não está... Daqui a pouco ela vai lhe atender... Espere... A gente fica lá espera dez, quinze minutos e elas nem aí. E quando às vezes elas vêm, elas dizem que não tem que não dá. Que não tem a ficha, por semana. Que tenha paciência, só na outra semana. Aí eu tenho é raiva quando chego aí (UC9).

Pode-se perceber que houve falta de acolhimento as queixas apresentadas pelos usuários. Ao chegar ao serviço não foram tentadas soluções para o problema apresentado, pelo contrário, o usuário foi obrigado a esperar desnecessariamente para saber que da recusa do atendimento.

A pouca disponibilidade de vagas e a incerteza do atendimento no nível primário, tem como consequência a recomendação da procura pelos serviços especializados feita pelos próprios agentes de saúde.

Quem mandou vir para aqui (policlínica) foi um agente de saúde de lá que eu não sei o nome dele. Ele disse que eu viesse por conta que lá não tinha como eu fazer o pré-natal (UC7).

No que concerne a disponibilidade de medicamentos, esses também são oferecidos em quantidade insuficiente para a demanda. Na opinião de um usuário, até medicamentos básicos como os prescritos para hipertensão arterial não estão disponíveis na USF.

Agora o serviço de saúde o que falta é medicamento, às vezes gente leva a receita do médico, vai pegar aquele medicamento não tem, o médico às vezes passa três medicamentos para o paciente quando chega lá no posto só tem um, e agora até medicamento tá faltando. Tem posto que até medicamento de pressão falta (UC2).

Como os medicamentos não estão disponíveis, os usuários precisam pagar para adquiri-los.

Isso aqui é todo medicamento que eu tomo. Todo mês têm que comprar. Uma caixa dessa aqui custa R\$ 32,00 e no posto não tem. Era para ter, não é? O posto não tem medicamento que era para ter (UC2).

Dentre os aspectos organizacionais que obstaculizam o acesso, a maioria dos informantes destacou como barreira de acesso o tempo de espera para agendar a consulta, conseqüência da pouca oferta de vagas. Uma das falas destacou que as consultas são marcadas para até semanas depois da procura inicial.

Tem que ser assim mesmo porque é muita gente. A gente chega aos postos é tanta da gente que dá agonia não é? Aí fica... Tem que demorar venha tal mês, venha para o mês, venha na próxima semana, venha com quinze dias, venha com três semanas. Aí eu acho que demora não é? (UC1).

Como alternativa para desviar-se dessa barreira ao atendimento, os informantes disseram que procuram atendimento em outros serviços, como as Unidades Básicas Tradicionais (UBTs) e policlínicas, nas quais, segundo eles, são atendidos mais rapidamente.

Por conta que aqui (policlínica) a pessoa marca de um dia para o outro e lá (USF) tem que esperar, fica esperando, esperando e você vai piorando e nada. (UC7).

Às vezes eu pego ficha no Cedro, é um posto que tem lá no Cedro (refere-se a UBT que recebe o nome do bairro do município), aqui é PSF, lá no Cedro é posto [...] Porque aqui não tem vaga, aqui é assim. Lá não, chegou você faz, aqui não. Aqui tem que ser aquela vaga para aquele dia” (UC9).

Uma usuária destacou como barreira a falta de realização das visitas do ACS nas residências, e com isso a necessidade de deslocamento para o posto de saúde, para resolver problemas da competência do ACS. Segundo a entrevistada, o agente comunitário nunca tem tempo para realizar a visita no seu domicílio.

Seria melhor se ele fosse à casa do paciente, visitar o paciente, ver como ele está, coisas que eles não estão fazendo. Porque na minha casa mesmo eles não foram, aí. Mas quando eu morava com a minha mãe, aí eles ainda iam. Ele nunca tem tempo para ir na minha casa. É muito difícil ele ir. Então é ruim por isso você tem que ir lá para uma coisa que eles poderiam ir na sua casa.” (UC7).

Outra barreira organizativa na Atenção Primária apontada pelos usuários foi à falta de priorização no atendimento. Na opinião de um deles, é um erro o atendimento de alguns indivíduos em detrimento de outros que apresentam maior necessidade. Para ele, quem precisa mais deveria ter atendimento prioritário no serviço.

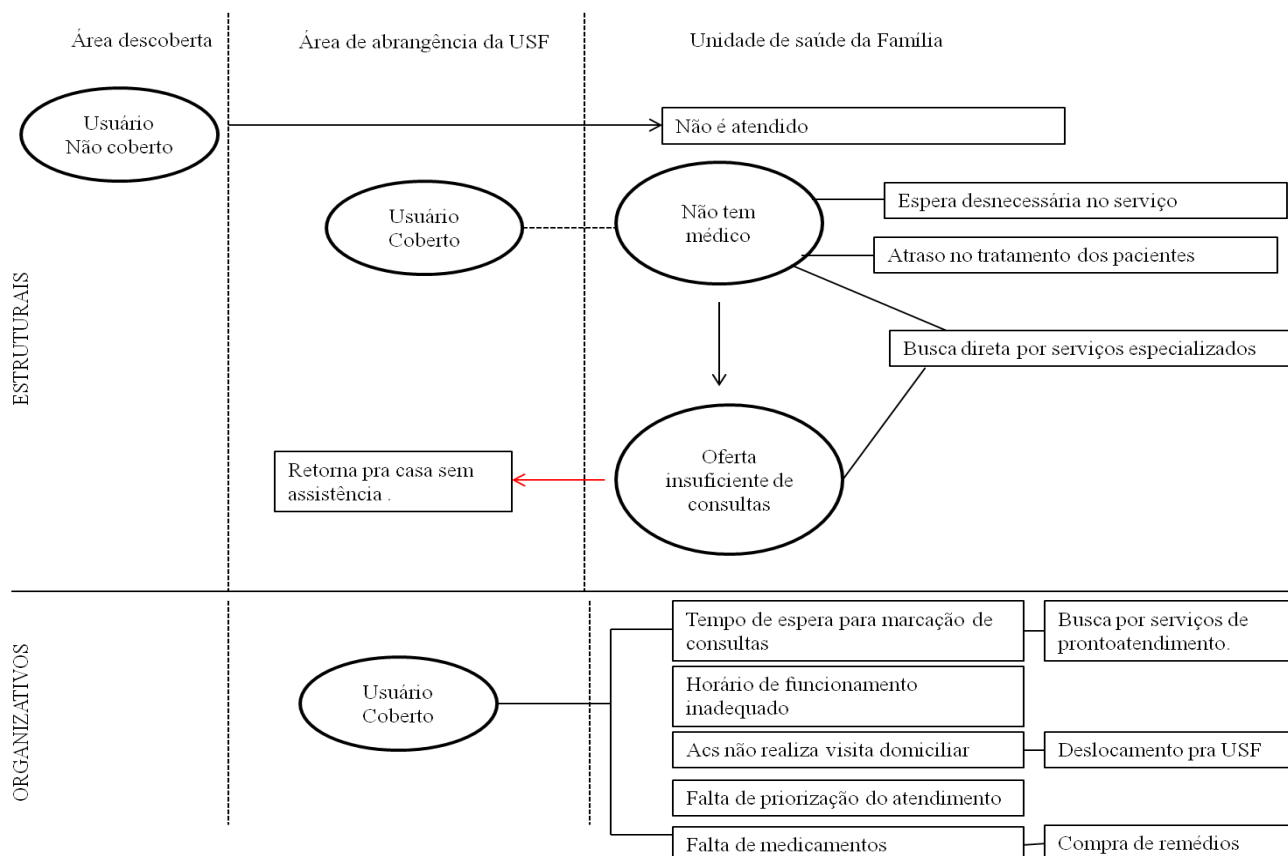
Colocar gente na frente tendo gente que precisa mais, tem gente que precisa e coloca gente que não precisa muito, isso eu acho errado, tem que colocar primeiro quem precisa. (UC7).

Por fim, o horário de atendimento (oficialmente das 8h às 17h) das unidades básicas de saúde foi considerado uma barreira ao acesso. Aqueles que somente dispõem do fim de semana para procurar atendimento médico, são obrigados a buscar atendimento diretamente nos serviços de prontoatendimento.

Ultimamente eu fui aí (na policlínica)... Porque no domingo não tem, não funciona o atendimento (UC4).

Os obstáculos e as consequências percebidas pelos usuários cobertos e não cobertos, que acessaram ou tentaram acessar os serviços oferecidos pelas Unidades de Saúde da Família, estão apresentadas resumidamente no quadro abaixo.

Figura 1 - Barreiras ao acesso relacionadas com a estrutura e organização dos serviços de atenção primária e as consequências percebidas pelos usuários cobertos e não cobertos.



Fonte: Elaborado pelo autor.

#### 4.4 Barreiras ao acesso aos serviços de Atenção Especializada à Saúde

Na atenção especializada, diferentemente da atenção primária, os relatos dos entrevistados não evidenciaram diferenças importantes no acesso aos serviços de saúde. Os obstáculos vivenciados são semelhantes, bem como as consequências percebidas pelos usuários.

#### 4.4.1 Obstáculos relacionados com a estrutura dos serviços de saúde observados na atenção especializada

##### a) Ausência dos médicos nos serviços

A ausência do médico também emergiu das falas de ambos os grupos de entrevistados como principal obstáculo ao acesso aos serviços especializados. Alguns entrevistados identificaram causas comuns para a ausência desses profissionais nas USFs e na atenção especializada, tais como: a falta de substituição dos médicos que entram de férias, a realização de movimento grevista e o descumprimento do horário de trabalho.

Hoje, agora mesmo nenhum, cheguei agora mesmo na policlínica e o médico está de férias (UC2).

Se chegar neste posto aqui o médico não está trabalhando porque ele está de férias (UC2).

Toda vez que eu vou para policlínica, o médico não está, o médico está de férias (UNC5).

Não tinha médico por aqui estava tudo na crise naquela época que teve por aqui, os médicos estavam tudo em greve (UC3).

Eu consegui marcar uma ficha para médica, quando eu cheguei lá ela não veio (UNC6).

Tem outro problema também, tem médico que chega no horário certo, mas tem médico que não chega, no dia de vir atender liga e diz que não vem, entendeu? (UC6).

Quanto às conseqüências, para ambos os grupos de entrevistados, os atrasos e absenteísmos dos médicos ocasionaram a espera desnecessária dos usuários. Os entrevistados expuseram também que foi necessário deslocar-se entre vários serviços públicos de saúde em busca de atendimento, e em alguns casos tiveram que pagar pelo atendimento médico e para realização de exames nos serviços privados de saúde.

Quando chego à policlínica que não tem médico, aí ficam passando de uma policlínica pra outra, de uma policlínica pra outra [...] A dificuldade que tem é quando não tem médico, eles passam pra outro e você ver que tem que pegar uma moto ou um táxi e ir (UNC5).

É, eu fiz exame mais rigoroso... Eu fui fazer uma biopsia, foi um exame que eu fiz aí passado pelo médico da policlínica. Como diz a história, eu paguei, fiz particular. Eu estava com uma dor no estômago... Fui para o médico particular... Eu paguei, por quê? Porque eu preciso, não tinha médico por aqui estava tudo na crise naquela época que teve por aqui (UC3).

Não tem médico, não tem. Não sei o que se faz, faça isso, faça aquilo... Aí eu fiz, eu paguei quatrocentos e quinze reais para fazer esses exames aí. Tem exame aí que eu paguei duzentos e cinquenta reais. Paguei tudo particular. E foi na época que teve o problema dos médicos (UC2).

Eu fui fazer uma biopsia. E, esse não marca aqui não por telefone. Esse marca lá, e lá ele pediu essa biopsia eu fui fazer. Cheguei lá, na Casa de Saúde, teve uma mulher lá, ela só fez dá uma dicazinha assim: eu acho que se o senhor fizesse particular era mais ligeiro. Naquela época os médicos estavam tudo em greve. Aí eu fiz particular. Foi mais ligeiro. (UC3).

Além disso, vários relatos explicitaram que a espera para conseguir consultas médicas aumenta, e os exames vencem antes que o usuário retorne para a consulta. Por fim, os entrevistados expuseram que, em algumas situações, os pacientes regressam para casa sem qualquer tipo de assistência médica.

E aí vai ser feita novos exames pra fazer, porque venceu os exames e você não conseguiu a ficha no posto ou numa policlínica. É muita gente. Aí é esse tipo de coisa que atrapalha (UNC6).

Está tudo vencido, tem exame lá em casa mais de ano, não presta mais, quando me chamarem, não presta mais os exames (UC9).

#### b) Oferta insuficiente de serviços de saúde

Outra barreira descrita pelos usuários refere-se à quantidade insuficiente de consultas nos serviços de saúde especializados. Os discursos dos entrevistados evidenciaram que as filas e a longa espera pelo atendimento são decorrentes da desproporção entre oferta e demanda.

Tem muita gente, que tem que aguardar e a gente têm que ficar na fila não é... esperando... aguardando (UC6).

Passei mais ou menos aí um prazo de uma hora, uma hora e pouca, porque tinha muita gente na frente (UC3).

Não, porque normalmente é um negócio, chega lá no regional ai pergunta por que a poli... o senhor mora aonde? moro no Salgado, então porque não procura a policlínica? porque as vezes lá está cheio também. Chego lá, chega aqui é uma fila medonha ali só atende parece que é trinta e cinco pessoas nessa faixa por aí de manhã (UNC2).

Observou-se ainda, que na impossibilidade de conseguir acessar os serviços públicos de saúde, alguns usuários pagam para realizar exames, consultas e para adquirir medicamentos, e os que não podem pagar desistem do atendimento. Além disso, diante da

dificuldade para agendar consultas ambulatoriais, os exames já realizados acabam vencendo. Por fim, um dos usuários relatou que foi orientado a procurar diretamente o serviço de urgência.

Você não consegue marcar de jeito nenhum. É... Precisa o que, de... De um oculista, de um... Todo tipo de médico assim, é a coisa mais difícil que tem de se encontrar. Quem pode, apela pra um pago, e quem não pode ainda tá lá tentando (UNC6).

Aí uns são pela policlínica e outros têm que ser pago (exames). Assim o hospital, no caso, eles mandam fazer por quê? porque as verbas que o governo manda já está investido tudo e o que nós paga [...] não tem isso, num tem aquilo, tem que fazer fora, tem que pagar. Assim nessa parte eu vejo que tá errado isso aí (UNC6)

É justamente, tem que comprar medicação. Porque às vezes nem todos, nem todos os medicamento se encontra nos hospitais às vezes não tem nem todos. (UNC1).

Aí quando ela atende (a telefonista), aí diz, não, hoje não tem vaga, fica para amanhã, fica protelando não sei para quando, aí vai aí você se invoca e não telefona mais, negócio para perder tempo é (...) eu já falei para você eu já desisti, já desisti (UNC2).

É como ele falou para mim quando você estiver ai morrendo, morrendo não, quando estiver atacado ai, você vai para regional (UNC2).

Os leitos hospitalares também não são oferecidos em quantidade suficiente para atender toda demanda. Alguns usuários relataram que o Hospital Regional dispõe de poucos leitos para os usuários que precisam de internamento. Consequentemente, os usuários aguardam o internamento deitados no chão, até que os leitos sejam liberados.

O cabra (Referindo-se a um indivíduo) chega lá no hospital fica deitado naquele salão não tem uma cama para deitar-se, não tem... E o atendimento também não é bom, mas se for em caso de morte talvez que escape (UC2).

Desde ontem de noite no chão lá na Regional, deitada no chão puro, uma amiga minha que caiu e fraturou o pé. Vieram atender hoje. De ontem para hoje.(UC 9).

c) Acessibilidade geográfica

A dificuldade de acesso geográfico também emergiu nos discursos dos usuários como barreira ao acesso aos serviços de média e alta complexidade, por estes estarem localizados mais distantes de sua moradia. Então, quando os usuários buscam esses serviços dependem de ônibus e precisam dispor de dinheiro para pagar pelo transporte, dificultando o acesso.

Tem parte aqui do Salgado, ela é localizada aqui, mas tem parte aqui no Salgado que você pra chegar a ela tem que vim de ônibus, porque é longe, Salgado é grande, fica longe. (UNC6).

No regional você tem que para ir para lá, dois ônibus para ir para lá.” (UNC2).

A distância é muita, veja a diferença da minha casa eu moro na rua vermelha e o PSF é descendo para ir para casa da minha avó, pertinho. Aqui a policlínica é muito longe. Mas mesmo assim tem que ir.” (UC7).

4.4.2 Obstáculos relacionados com a organização dos serviços de saúde observados na atenção especializada

a) Tempo de espera para marcar consultas e realizar cirurgias

A longa espera para marcar consultas e, principalmente, cirurgias é um obstáculo vivenciado pelos usuários que acessam aos serviços especializados do município. Em relação à espera para marcar consultas, os entrevistados opinaram que a restrição dos dias de marcação para determinadas especialidades dificulta o agendamento. Desta forma, as consultas são marcadas para dias e até semanas após a procura inicial, provocando uma longa espera até o dia de ser atendido.

Se eu estou prejudicada de um negócio, aí quero ir logo para o médico e vou marcar e não pode. Somente com quinze dias, três semanas não é ruim, não é? E sendo ligeiro não é melhor?(UC8).

O cardiologista (...) é muita gente, é muita gente que tem pra marcar e isso dificulta muita gente e algumas conseguem e outras não. Aí lá se vai mais 15 dias, um mês que ele parece que só vem só marca duas ou é três vezes por mês pra ele [cardiologista] ali. E tanto pra ele como pra outro tipo de médiconão é? (UNC6).



Em se tratando da necessidade de cirurgias, alguns entrevistados relataram que os agendamentos são disponibilizados para meses após a indicação cirúrgica. Em sua opinião, o agendamento deveria ocorrer com no máximo um mês, no entanto, é necessário esperar por mais de um trimestre. Como consequência do atraso, o usuário afirma que o indivíduo piora da doença.

Às vezes a gente vai fazer um exame pelo SUS e se é para fazer essa cirurgia de próstata logo, tenho para mim que deveria marcar com quinze dias ou um mês, no máximo trinta dias [...]. Se vai fazer uma cirurgia um mês, fica três, quatro meses para resolver. Aí termina o pobre, o que acontece é piorar (UC2).

Fui para um médico já para fazer essa operação mesmo, essa cirurgia aí da vesícula. Aí eu já fui para o médico não é? Cheguei lá, fiz o exame, quando fui pegar o exame o médico disse: – “seu problema é vesícula, aí você tem que operar” – Aí eu disse: “mas operar logo?” – Aí ele disse: “Não, e eu vou passar esse medicamento e você vai passar três meses usando o remédio, o medicamento e depois você vem para nós marcarmos sua operação” – E eu disse: “e eu vou esperar três meses é?” (UC1).

#### b) Tempo de espera para realizar exames e obter resultados

Os entrevistados relataram que enfrentam longas esperas para realizarem exames. Alguns entrevistados evidenciaram que esperam em torno de um trimestre para realizar exame. Na opinião de um entrevistado, esse tempo de espera excede a urgência da situação enfrentada.

Eu fui outro dia lá na policlínica depois dessa reforma aí, esperei quase três meses para fazer exame de próstata. A gente marcava hoje esperava daqui a nove a sete dias, se o cara... Se fosse um negócio casual... de urgência o cara morre! (UC4).

Não, o problema é o seguinte: as vezes manda para marcar exame não é! ai pega fica dois meses por ai, ai marca para fazer o exame. É...ai fica só um problema para marcar, fica dois, três meses também para marcar (...) Não paguei não, só que passei mais ou menos uns três meses para fazer esse exame[ultrassom]. Ele pediu, ai fiquei uns três meses para marcar o exame não é! e agora não tem vaga, vou lá não tem vaga, venha tal dia, ai fica esse negócio, depois de uns três meses consegui (UNC2).

A fala de um dos entrevistados evidenciou a espera excessiva como decorrente da forma rígida de marcação. Em sua opinião, é necessário ir presencialmente agendar os exames em dias específicos da semana, ocasionando uma maior espera para aqueles que não conseguem marcar a consulta na primeira tentativa.

O cardiologista, muitos, muitos, muitos. Tem que ser marcado lá. Aí é muita gente, é muita gente que tem pra marcar e isso dificulta muita gente e algumas conseguem e outras não... Às vezes ali tem muitas que conseguem que não tava com tanta pressa e têm outros que tavam com uma pressa imensa e não conseguiu porque chegou mais... Demorou pra chegar. Aí lá se vai mais 15 dias, um mês que ele parece que só vem só marca duas ou é três vezes por mês pra ele [cardiologista] ali. E tanto pra ele como pra outro tipo de médico não é? (UNC6).

Algumas conseqüências emergiram dos discursos dos entrevistados como resultado da longa espera para realizar exames. A primeira referiu-se à necessidade de pagar para garantir que o exame seja feito, e a outra implica na desistência de realizar o exame. Por fim, os usuários evidenciaram que os exames perdem a validade, sendo necessário iniciar todo o processo de marcação do exame e da nova consulta.

Agora mesmo há pouco eu fiz uma citologia, tive que fazer paga, porque demora muito. Tanto demora pra você fazer, como demora pra você receber. (UNC6).

Vamos dizer esse exame meu, ultrassom esse negócio, tem vários negócios lá, ai não tem, vem para semana que vem, ai fica um empurra eu estou com um exame aqui olhe! já faz quase, deixa eu vê, está com uns sete meses ou oito meses que eu vou ai, vou lá, não tem não, venha só na semana que vem ai eu fico ô, já desisti.” (UNC2).

Você vem para fazer esse exame daqui dois meses ai quando sai para passar pelo médico de novo é outro problema ai quando leva o exame já está vencido, ai fazer o quê? Aí pega ficam dois meses por aí, aí marca para fazer o exame quando vai marcar para ele, ai fica num sufoco de novo mais uns dois meses é, dois meses por ai ou mais (UNC2).

Além do tempo de espera para realizar o exame, os usuários identificam como barreira ao acesso, o tempo de espera para receber os resultados dos exames. Os usuários colocam que esperam até seis meses para receber o resultado de um exame. Na opinião de um entrevistado, até mesmo o resultado de exames simples demora a ser entregue.

O problema grande que eu acho é o exame, não é? A gente faz um exame hoje, vamos dizer, faz um exame de vista hoje. Aí são cinco, seis meses pra frente, entendeu como é? (UC2).

É mais fácil é a lâmina, que a gente vai e no mesmo dia que chegar faz. Mas, o resultado não, chega não, demora, demora quase uns três meses para chegar [...] Só o que chega mais rápido é o de sangue que passa oito dias. (UC9).

Diante da longa espera para realizar o exame e obter o diagnóstico da doença, alguns usuários relataram a preocupação com o agravamento da enfermidade. A ideia dos usuários é de que enquanto aguardam o resultado, o tratamento para a possível doença vai sendo adiado, o que pode levar a piora da sua situação de saúde.

Eu fui outro dia lá na policlínica depois dessa reforma aí, esperei quase três meses para fazer exame de próstata. A gente marcava hoje esperava daqui a nove a sete dias, se o cara... Se fosse um negócio casual... de urgência o cara morre! (UC4).

Marca um exame de vista hoje, vamos dizer quatro meses para frente ou cinco meses, quer dizer que se eu tiver cegando, termina de cegar não é atendido, é atendido é, agora com quatro cinco meses para frente (UC2).

### c) Tempo de espera dentro do serviço para ser atendido

Após toda espera para marcação da consulta, quando o usuário chega ao serviço ainda aguarda um longo período de tempo para ser atendido. Alguns informantes opinaram sobre essa dificuldade, discorrendo sobre a angústia e conseqüências dessa espera.

Uma usuária relatou que as consultas não têm hora marcada, o atendimento é realizado de acordo com a ordem de chegada. Com isso, os usuários faltam desnecessariamente ao trabalho, por não poder programar a permissão do absenteísmo de acordo com a hora programada. A estratégia realizada pela informante para evitar a situação é chegar bem cedo ao serviço, para pegar as primeiras senhas de atendimento.

Às nove horas. Ai eu cheguei de nove horas peguei a ficha vinte [...] Porque hoje eu vim para aqui, e eu era para ter ido trabalhar. Mas se eu tivesse largado cedo eu tinha ido trabalhar, tinha dado tempo, mas a demora, já é uma e meia e não da mais tempo de eu ir trabalhar hoje [...] Porque para atender demora quando tem muita gente, dependendo da hora que você chegar também e a ficha que você pegar aí a demora quem sabe se você vem mais cedo é melhor. (UC7).

A espera pelo atendimento é acompanhada pelo sofrimento e nervosismo de não conseguir atendimento rapidamente, mesmo sentindo dor. Além disso, a espera nos serviços é agravada pela falta de um ambiente físico que proporcione uma espera mais confortável.

O problema aí é a massada (longa espera) que tem muita massada, fica sofrendo sem ser atendido (...). Nós ficamos lá esperando, às vezes na fila mesmo a gente fica lá esperando, sofrendo lá na fila, às vezes a gente fica doente mesmo, mas tem que aguardar, tem que esperar, eu queria que melhorasse que fosse mais rápido, o atendimento (UC6).

È um negócio ai você vê, ai espera, não, para quem está bom você não está sentindo nada quer passar por um médico uma gripe um negócio, uma dorzinha fraca, tudo bem, e quando você está com uma dor que você fica de um lado para outro e vai falar com a enfermeira, ô! não vou passar pelo médico não? Não, não espera mais um pouco ai que ele vai atender, ai fica lá quase se acabando de dor se espremendo todo como acontece isso comigo ai...ontem mesmo, tinha bastante gente ali, só tinha um médico ali e quando eu sai de lá era o que? Era quase três horas da tarde. Eu cheguei lá parece que era (...) Meio dia, foi essa faixa mesmo, meio dia (UNC2).

d) Dificuldade de marcar consultas por telefone

Outro entrave identificado pelos usuários que tentam acessar a atenção especializada é a marcação de consultas pelo telefone, ora porque há limitação de vagas, quando conseguem falar com a telefonista não há mais possibilidade de marcação, ora por uma limitação pessoal em utilizar esse recurso.

A dificuldade em marcar consulta por telefone aparece relacionada com a oferta insuficiente de consultas. Como os serviços oferecem poucas vagas os usuários passam muito tempo no telefone e, nem sempre conseguem a marcação. Um entrevistado refere que muitas pessoas ligam ao mesmo tempo e a ligação sempre cai o que impossibilita a marcação pelo telefone. Para outro entrevistado, o telefone está sempre ocupado, fazendo com que as pessoas passem muito tempo tentando completar a ligação.

Dificulta um pouco, porque é muita gente não é, pra ser atendida, não é? Muita gente no telefone, aí tem que esperar cada uma pessoa ser atendida [...]Porque é muita gente telefonando, aí quando eu vou ligar, aí cai. Muita gente em cima, quando eu ligo aí cai, entendesse como é? [...] Se conseguir pelo telefone é bom também o atendimento. Só que é difícil, porque é muita gente ligando. Muita gente ligando. Não é ruim o atendimento, só que o que eu acho que é muita gente ligando aí eu não acerto. Tá entendendo como é? O problema é esse (UNC4).

Não a dificuldade que falei para você é esse problema, que você telefona ai está ocupado, aí está ocupado ai então daqui a pouco você telefona ai você fica direto a espera de duas horas até três horas no telefone (UNC2).

O quadro 2 apresenta resumidamente as barreiras e as consequências relatadas por ambos os grupos de entrevistados sobre o acesso aos serviços especializados de saúde.

Quadro 2 - Barreiras ao acesso relacionadas com a estrutura e organização dos serviços especializados e as consequências percebidas pelos usuários cobertos e não cobertos.

<b>Obstáculos relacionados com a estrutura</b>	<b>Consequências para os usuários</b>
Ausência de médico	Espera desnecessária nos serviços de saúde; Aumento do tempo de espera pra realizar consultas; Pagar para realizar consultas; Custo com o deslocamento entre os serviços de saúde; Retorno para casa sem assistência;
Oferta insuficiente de serviços de saúde	Formação de filas e longa espera no serviço para ser atendido; Pagar para realizar consultas e exames nos serviços privados; Os exames perdem a validade; Desistência do atendimento; Pacientes aguardam pelo atendimento no chão do hospital;
Acessibilidade geográfica	Custo com o transporte;
<b>Obstáculos relacionados com a organização</b>	<b>Consequências para os usuários</b>
<u>Longos tempos de espera para:</u> Marcar consultas e realizar cirurgia; Realizar exames e obter resultados; Dentro do serviço para ser atendido.	Vencimento dos exames; Pagamento de consultas, exames e cirurgia nos serviços de saúde privados; Agravamento do problema de saúde; Desistência do atendimento;
Dificuldade na marcação de consulta por telefone.	Aumento da espera pelo dia da consulta; Paciente não é atendido.

Fonte: Elaborado pelo autor.

#### 4.5 Facilitadores do acesso à Atenção Primária e Especializada à Saúde

Os entrevistados identificaram poucos elementos facilitadores do acesso aos serviços de saúde primários e especializados. A única semelhança entre os grupos de entrevistados foi à opinião sobre o contato informal com conhecidos para facilitar o acesso na atenção especializada.

Os usuários cobertos relataram mais facilidades para usar os serviços de saúde que os não cobertos. Na atenção primária, a localização da Unidade de saúde próxima a residência é o que mais facilita o acesso.

Fica mais perto, o posto, não fica tão longe, fica perto de casa. (UC2).

Eu acho bom, bem pertinho daqui. (UC8).

E o posto aqui pertinho já acha melhor, não é? Ir para o posto (UC8).

Outro aspecto facilitador apontado pelos usuários cobertos foi à visita domiciliar realizada pelo agente comunitário de saúde e pela enfermeira, que evitam o deslocamento até a unidade de saúde.

Para os usuários não cobertos, a partir do momento que o paciente solicita ajuda aos funcionários que conhece nos estabelecimentos de saúde o agendamento de consultas é facilitado. Alguns dos entrevistados sem cadastramento em USF conseguiram atendimento, a partir do contato com conhecidos que trabalham nesse local

Olhe, no posto tem muita facilidade lá, com as pessoas que trabalham é fácil (UNC6).

Na atenção especializada, conhecer funcionários facilita o acesso para ambos os grupos de entrevistados

Teve um rapaz que trabalha lá e eu falei com ele... no hospital regional e ficou bem mais fácil o acesso para tirar (realizar) raio-x (UNC1).

Se você conhecer uma pessoa de lá de dentro fica mais fácil. Tem uma enfermeira ou alguém que trabalhe lá dentro, se a gente conhecer aquela pessoa e pedir, aí ela sempre dá um jeitinho. Conversa com alguém de lá, aí facilita bastante (UC9).

#### **4.6 Sugestões para melhoria do acesso**

As estratégias propostas pelos informantes para melhorar o acesso da população a atenção à saúde foram coerentes com as dificuldades identificadas. A principal diferença emergente entre os grupos foi à extensão da cobertura da Estratégia Saúde da Família para toda a população feita pelos usuários não cobertos. As demais propostas referiam-se à necessidade de aumentar o número de profissionais médicos e diminuição do tempo de espera para consultas e exames.

É importante destacar que os usuários ficaram reticentes e fizeram poucas proposições de melhora diante de tantos obstáculos relatados. Não obstante, como opinavam muito frequentemente sobre os transtornos enfrentados pela ausência dos médicos nos serviços de saúde, ambos os grupos de usuários sugeriram que a maior disponibilidade de médicos facilitaria o acesso aos serviços de saúde.

O que é que tem que mudar? É isso que eu já falei, é mais médico (UC1).

Só digo uma coisa, que deveria ter mais médico, os médico que tem num é suficiente não” (UNC3).

Mais ter mais médicos nos postos e policlínicas, como estava dizendo no começo, ter mais atendimento, ter atendimento! (UC2).

Que a gente sugere é que... sei lá, a gente sofre tanto é tão sofrido no Brasil que a gente queria o que? Queria o médico! Que a gente precisa mais do médico. A gente mesmo quando precisar, chegasse pelo menos tivesse, atendesse, não é?(UC9).

Em uma das falas o desejo de aumentar o número de médicos apareceu associado à diminuição do tempo de espera para atendimento.

Porque com mais médicos se faz o serviço mais rápido, ou não é assim? É, eu acho que seja não é? (...) O que é que tem que mudar? É isso que eu já falei, é mais médicos (UC1).

A principal melhoria recomendada pelos que não conseguem utilizar o serviço de atenção primária é de que todos deveriam utilizar os serviços de saúde oferecidos nesse nível de atenção, independente de possuir cadastro na Unidade.

O que eu acho é se o posto de atendimento a família fosse para todos. Porque só é para algumas famílias. No caso a minha e a de muitos não são cadastradas e se a gente chegar lá não vai ter atendimento, porque a gente não tá no cadastro (UNC5).

Também foram sugeridas melhorias para dificuldade de deslocamento entre os serviços especializados. A fala de um dos entrevistados recomendou que veículos deveriam estar disponíveis para transportar os usuários entre os diversos serviços de saúde do município.

Que quando precisar ser transferido de um hospital pra outro a gente não ter que pegar um carro particular e que tivesse uma ambulância, não só pra mim, mas pra todos que precisasse [...] Se tivesse sempre que a gente pegasse e precisasse ser transferida tivesse uma ambulância seria bem melhor.” (UNC5).

## 5 DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo evidenciaram que o principal entrave a ser superado na busca da assistência à saúde foi à inexistência de médicos em algumas equipes de saúde da família e a quantidade insuficiente desses profissionais nos serviços especializados de saúde. Dentre os resultados apresentados, são abordadas nessa discussão as seguintes barreiras ao acesso: a ausência do médico nos serviços de saúde (causas e consequências), a pouca disponibilidade de medicamentos, a restrição do acesso para os usuários não cadastrados na USF, os elevados tempos de espera para marcar consultas, cirurgias e para realizar e receber exames e a dificuldade para marcar consultas por telefone. A baixa condição socioeconômica e o medo de procurar os serviços de saúde foram discutidos como barreiras ao acesso relacionadas com a população. Como facilitadores do acesso, destacou-se a proximidade da USF e o conhecimento de funcionários que trabalham nos serviços de saúde. No final, são discutidas a contratação de mais médicos e a proposta de universalização da APS.

No que se refere à ausência de médicos especificamente na ESF, é possível que o problema da falta de médicos para compor as equipes seja decorrente, principalmente, da persistência da ênfase na formação acadêmica especializada e voltada à assistência hospitalar (GONÇALVES et al., 2009). Corroborando com essa afirmativa, os dados mostram que, em 2007, o Brasil contava com 243.302 médicos atuantes, deste total, 18.669 (7,6%) trabalhavam na saúde da família, e mesmo entre esses, apenas uma pequena parte tem a formação de generalista (SILVA, 2008). Neste mesmo ano, aproximadamente 27.000 equipes estavam implantadas no território nacional (BRASIL, 2011), indicando que mais da metade funcionam sem médico.

Soma-se a esse problema a grande rotatividade dos médicos nas equipes de saúde da família. Pesquisa realizada com gestores de grandes municípios indicou que um dos fatores possivelmente conducentes à alta rotatividade de médicos era a contratação de muitos recém-formados que, após curto período de tempo, abandonavam o emprego para cursar residência médica. Na mesma pesquisa os médicos contratados para o programa foram descritos como jovens e desempregados ou velhos e aposentados, com um perfil de difícil adaptação ao trabalho, potencialmente levando à alta rotatividade (BRASIL, 2002). Campos e Malik (2008) identificam a rotatividade desses profissionais como um dos mais graves para a implantação do PSF no Brasil. Para esses autores, o modelo de atenção à saúde



proposto pelo PSF foca a suas ações sobre a família e a comunidade, sendo fortemente valorizado o vínculo entre os profissionais e a população, para obtenção de melhores resultados em saúde.

Os entrevistados identificaram ainda que os médicos não estavam presentes nos serviços devido às greves realizadas pela categoria. É importante destacar que o município de Caruaru, local do estudo, vivenciou no ano anterior as entrevistas, um período de greve dos médicos, fato referido pelos usuários como um momento de crise e de muita dificuldade para se conseguir assistência médica. Os constantes movimentos grevistas realizados pela categoria médica não é exclusividade desse município, frequentemente este fato é noticiado pela mídia em várias cidades do país. A realização de greves dificulta a resolução das necessidades de saúde das pessoas, especialmente as das camadas menos favorecidas da população que não podem pagar pelo atendimento médico nos serviços privados.

Com relação às faltas e atrasos constantes ao local de trabalho, é possível que se deva ao fato do município oferecer muitas oportunidades de trabalho para os médicos. Estudo desenvolvido por Medeiros et al. (2010) demonstrou que os municípios do interior oferecem um amplo mercado de trabalho para essa categoria profissional, favorecendo o acúmulo de empregos e conseqüentemente o não cumprimento da carga horária de trabalho estabelecida em cada uma das suas contratações. Gomes e Silva (2011) analisando as práticas e organização do PSF, no município de Juazeiro do Norte (CE), também identificaram a pouca disponibilidade de médico nos serviços de atenção primária como uma importante barreira de acesso nesse nível assistencial. Dentre os resultados do estudo, destacam-se os relatos das enfermeiras sobre a falta de perfil dos médicos para atuarem na ESF e o acúmulo de empregos desses profissionais.

Dessa forma, poucas consultas médicas são oferecidas nas USFS o que ocasiona a busca direta dos usuários cobertos por serviços especializados. Resultados semelhantes foram encontrados em uma pesquisa realizada no interior pernambucano, que revelou a busca direta dos usuários pelo hospital, devido à ausência do médico na USF. Nessa pesquisa, os entrevistados referiram que o médico não trabalha todos os dias na USF e que há equipes sem médico, sendo necessário enfrentar filas para marcação de consultas e uma longa espera pelo dia do atendimento. Por outro lado, no serviço hospitalar, há maior possibilidade de atendimento médico, sem restrição no número de vagas para a consulta (ALBUQUERQUE, 2010). Esse cenário contradiz o modelo de organização dos serviços baseados na atenção primária à saúde, que coloca a APS como primeiro contato dos usuários e coordenadora do acesso os demais níveis de atenção. (STARFIELD, 2002).

Outro fator apontado pelos usuários que influenciou a busca direta por serviços emergenciais foi o horário de funcionamento da USF. O funcionamento da unidade apenas no período diurno obstaculiza o atendimento, particularmente para as pessoas que trabalham nesse mesmo horário. Sendo assim, parte da população que trabalha no mercado formal, com horários rígidos de expediente, não conseguem se ausentar para irem às consultas nas USFS e por isso buscam sempre os serviços de saúde emergenciais, que funcionam no período noturno.

É importante ressaltar que a disponibilidade de medicamentos foi analisada pelos usuários sob duas perspectivas, como característica de um bom acesso e como barreira ao acesso. Assim, possivelmente devido à baixa condição socioeconômica, os usuários visualizam a distribuição gratuita como a principal alternativa para obtenção de medicamentos e analisam os serviços de acordo com a disponibilidade desse produto. Estudo de revisão teórica que discutiu a Assistência Farmacêutica no SUS verificou que grande parte dos municípios brasileiros, especialmente os mais carentes, sofre com a baixa disponibilidade e descontinuidade da oferta de medicamentos essenciais nas unidades de atenção primária (OLIVEIRA; ASSIS; BARBONI, 2010). Além disso, outras pesquisas revelam que a falta de acesso a medicamentos gratuitamente é uma causa freqüente de retorno de pacientes aos serviços de saúde, onerando a rede pública e comprometendo a resolutividade da atenção primária (PANIZ et al., 2008).

Outro achado deste estudo se refere a restrição do acesso por aqueles que não possuem cadastro na unidade de saúde da família. Este resultado também foi identificado no estudo realizado por Oliveira, Mattos e Souza (2009), em Juíz de Fora (MG). Nesse estudo, procurou-se compreender as razões que motivavam os usuários do SUS a buscarem assistência em um pronto-socorro ou hospital. Os resultados revelaram que a inflexível definição da atenção primária como porta de entrada impõe ao usuário uma condição em que sua cidadania é dependente do seu endereço de moradia, ou seja, em alguns lugares ele possui direito ao acesso (é visto como cidadão) e em outros lugares, não. Demonstrando que os serviços primários ao invés de incluir vêm dificultando o acesso aos serviços de saúde.

Assim, observa-se que o modo como estão sendo ofertados os serviços de serviços de saúde no município estudado compromete a proposta de universalização do acesso. Os relatos evidenciaram que o Estado não vem assegurando o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde para promoção, proteção e recuperação da saúde. Fato confirmado não apenas pelo impedimento dos que não possuem cadastro de utilizarem os

serviços ofertados pela ESF, mas também pela não garantia de atendimento dos usuários em todos os níveis de atenção. Além disso, os entrevistados disseram ser necessário pagar para obter assistência à saúde nos serviços privados. Para Viana (2004), considerar a saúde um direito legal, significa reconhecê-la como um direito constitucionalmente protegido, implicando para os governantes o cumprimento de responsabilidades em termos de implementação de ações capazes de concretizar a universalidade do acesso. Portanto, o usuário, na sua condição individual, não deve ser compelido pela falta de equipamentos sociais a buscar o mercado privado para atendimento de suas necessidades de assistência à saúde.

Os resultados mostraram também que não há diferença nos obstáculos vivenciados pelos usuários cobertos e não cobertos quando estes buscam realizar exames complementares e acessar os serviços de saúde especializados. Alguns estudos também identificaram que a ESF não vem conseguindo garantir a continuidade do atendimento nos demais níveis do sistema, uma vez que funcionam sem o suporte de uma rede estruturada (SOUSA; HAMANN, 2009; SOUZA, 2001). O presente estudo demonstrou que essas deficiências do sistema impedem a integralidade das ações, pois embora os usuários refiram à possibilidade de atendimento em níveis mais complexos, ainda existem muitos obstáculos que impedem o tratamento adequado em todos os níveis de atenção.

Estudos que comparam a utilização de serviços de saúde por usuários cobertos e não cobertos pela ESF também não evidenciaram diferenças significativas no acesso. Rocha e Goes (2008) avaliaram fatores associados ao acesso aos serviços de saúde bucal em Campina Grande (PB) comparando as áreas cobertas e não cobertas pela ESF e não comprovaram associação entre residir em uma área coberta pela ESF ou não coberta com o acesso aos serviços de saúde bucal. Roncalli e Lima (2006) ao avaliarem o impacto do PSF sobre indicadores relacionados à saúde da criança em áreas cobertas e não cobertas, também não encontram diferenças significativas entre os resultados. De maneira geral, os estudos apontam que a ausência de impacto pode ser creditada, em grande parte, à maneira como a Estratégia está sendo implantada e conduzida nos municípios.

Dentre as barreiras organizacionais relatadas na atenção especializada, destacam-se os elevados tempos de espera para marcar consultas, cirurgias e para realizar e receber resultados dos exames. Para os pesquisadores Patrick e Puterman (2008) os tempos de espera aos serviços de saúde surgem por três motivos: capacidade de atendimento insuficiente para a demanda; gerenciamento inadequado da oferta de serviços e variação significativa da demanda por serviços de saúde ao longo do tempo. No entanto, pesquisas

indicam que a insuficiência de recursos financeiros ou de serviços seria o principal determinante para existência de listas de espera (HURST; SICILIANI, 2003; MOJON-AZZI, 2008).

Para os pesquisadores brasileiros, Connil, Giovanella e Almeida (2011), a superação de listas não significa, apenas, aumento da oferta com mais intervenções, exames, procedimentos. Segundo os autores, é necessário traçar uma abordagem abrangente dessa problemática, deslocando o foco da discussão do monitoramento de listas e/ou da ampliação da oferta para o da garantia de um acesso oportuno. Ou seja, significa avançar na direção do monitoramento da qualidade dos sistemas de saúde de modo a enfrentar uma utilização de serviços pouco eficiente, uma vez que, em princípio, este é o diferencial que os sistemas orientados pela APS com redes integradas de serviços podem trazer.

Com relação ao tempo de espera para realização de consultas especializadas, Peruzzo et al. (2009) encontraram um tempo médio de espera de 235 dias, ou seja, 7,7 meses, demonstrando a dificuldade de acesso dos pacientes de uma unidade de saúde aos níveis secundário e terciário de atenção. No que se refere à realização de exames, uma pesquisa qualitativa que buscou descrever a trajetória percorrida por crianças e adolescentes desde o início dos sinais e sintomas até a confirmação do diagnóstico de câncer, identificou como barreira importante ao acesso o excessivo tempo de espera para realização de exames diagnósticos especializados de alta complexidade. Esses, mesmo oferecidos pelo SUS, não atendiam às necessidades de quem os buscava, pois o tempo de espera não condizia com a urgência da situação (CAVICCHIOLI; MENOSSI; LIMA, 2007).

A dificuldade para realização de exames gratuitos pode ser decorrente também da dependência do sistema público em relação à rede privada prestadora de serviços. Em 2002, o setor público detinha apenas 5% da rede de serviços de apoio à diagnose e terapia, formada quase que exclusivamente por estabelecimentos privados lucrativos (92%). Entretanto, apenas 35% desses estabelecimentos prestavam serviços para o SUS, contra 91% que vendiam serviços para os planos de saúde privados (MENICUCCI, 2009). O município de Caruaru aproxima-se do cenário nacional, pois, segundo dados do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES), dos 31 estabelecimentos de apoio diagnose e terapia em funcionamento, apenas cinco (16%) são públicos (BRASIL, 2012).

Nesse quadro, preocupa o menor grau de responsabilização do Estado na provisão de serviços, com conseqüente incorporação da participação do mercado na prestação de serviços de saúde. Assim sendo, o que se observa é a tendência da segmentação de clientela, restando ao sistema público à responsabilidade pela assistência à saúde aos

segmentos da população sem capacidade de participar do mercado de planos privados de saúde e, atualizando, assim, as recomendações internacionais no sentido de focalizar as políticas sociais nos mais pobres (MENICUCCI, 2010).

No entanto, o que se observou a partir dos discursos dos entrevistados foi que mesmo para os usuários que são incluídos nessa política focalizada, o acesso gratuito aos medicamentos, exames e consultas não são garantidos. Muitos relatos referiram à necessidade de comprar serviços de saúde, ante a necessidade e impossibilidade de utilizar os serviços públicos. Assim, o estudo demonstrou que os usuários que não tem capacidade de comprar serviços de saúde, e não conseguem acessar os serviços públicos de saúde, permanecem sem assistência médica recorrendo a soluções caseiras para solucionar o seu problema de saúde.

No que concerne a espera para realização de cirurgias, Oudhoff et al. (2007) colocam que pacientes que experimentam longos períodos para realizar operações eletivas, frequentemente apresentam complicações do quadro de saúde e piora da qualidade de vida. Estudos entre pacientes à espera de cirurgia cardíaca ou ortopédica, por exemplo, corroboram com essa afirmativa e têm demonstrado que a longa espera está associada ao aumento dos sintomas e até mesmo a morte dos pacientes (KOOMEN et al., 2001; OSTENDORF et al., 2004).

Nesse estudo, os relatos dos entrevistados apontaram um tempo médio de espera de três meses para realização de cirurgias de próstata e vesícula. Oudhoff et al. (2007) defendem um tempo de espera de entre 2 e 25 semanas dependendo do tipo e gravidade do problema. No Brasil, a literatura aponta grande variabilidade no tempo de espera segundo tipo de cirurgia. Osis et al. (2009) em estudo desenvolvido em Campinas sobre esterilização cirúrgica voluntária encontrou tempos de espera de 18 a 24 meses, para realização de laqueaduras. Em Pernambuco, o tempo médio desde a primeira consulta até a realização da cirurgia de catarata variou de um a doze meses (LIMA; VENTURA; BRANDT, 2005). Além das diferenças do tempo de espera relacionadas com o tipo de cirurgia, pesquisadores encontraram maior tempo de espera para algumas cirurgias eletivas nos hospitais públicos, quando comparados aos privados. (CARVALHO; GIANINI, 2008).

Um grande inquérito realizado pelo Conass revelou que 67% das respostas acerca dos principais problemas enfrentados para acessar os serviços de saúde envolviam o fator “tempo”, ou seja, filas de espera para obter consultas (41%), exames (14%) e internações (7.5%). Esse estudo, que também visava a acompanhar mudanças no sistema comparando resultados com um inquérito anterior realizado em 1998, concluiu que o problema mais

grave dos serviços de saúde relativo às filas de espera, não mudou, em 2002. Destacando que a face mais perceptível, para os brasileiros entrevistados, ao avaliarem o SUS, é referente ao fator tempo (CONSELHO NACIONAL DOS SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2003).

Merece destaque também a dificuldade de acesso causada pelo sistema de marcação de consultas pelo telefone. Sugere-se que a proposta de organização do atendimento nas especialidades a partir de uma central de marcação de consultas não foi acompanhada de aumento da capacidade de atendimento dos serviços especializados. Além disso, pode-se inferir que a alta demanda por serviços especializados seja decorrente do papel que o modelo de atenção exerce na orientação da demanda aos serviços de saúde. Apesar dos avanços, o modelo que ainda prevalece hegemônico em nosso país é aquele centrado no médico, sob forte influência do complexo médico-industrial, que induz a demanda crescente e irracional de serviços com maior densidade tecnológica, tanto por parte dos profissionais de saúde, quanto pela própria população (SPEDO; PINTO; TANAKA, 2010).

As barreiras de acesso relacionadas com a população estiveram associadas com fatores que não predispõem o uso dos serviços de saúde, como a baixa condição socioeconômica e o medo em obter o diagnóstico da doença. Diversos estudos realizados no Brasil demonstraram que as pessoas pertencentes às classes socioeconômicas desfavorecidas utilizam menos os serviços de saúde (RIBEIRO et al., 2006; LIMA-COSTA; MATOS, 2007; SILVA et al., 2011). Pesquisa recente desenvolvida do Brasil sobre a necessidade de saúde insatisfeita demonstrou que dentre os motivos que as pessoas apontam para não satisfazer a necessidade de saúde, procurando atendimento, o mais escolhido foi falta de dinheiro (OSÓRIO; SERVO; PIOLA, 2011). No presente estudo, as baixas condições socioeconômicas estiveram relacionadas com a dificuldade de acesso geográfico, pois, muitos relatos apontaram a dificuldade de pagar pelo transporte até o serviço de saúde. Quanto ao impedimento de acesso aos serviços de saúde ocasionado pelo medo, o estudo Ceballos-García e Giraldo-Mora (2011) denominou de “autobarreiras” esses comportamentos e atitudes que, consciente ou inconscientemente, impedem uma atenção oportuna para o problema de saúde. Nessa pesquisa, que buscou descrever as barreiras que impedem as mulheres com câncer de mama para acessar os serviços de saúde, uma das “autobarreiras” referida pelas mulheres foi o medo do diagnóstico de câncer de mama, fato que atrasou o tratamento e contribuiu para a propagação do tumor.

Quanto aos facilitadores de acesso na atenção primária, foi mais citada pelos usuários cobertos a proximidade do serviço de saúde e pelos não cobertos a marcação de

consultas pelos conhecidos que trabalham nas USFS. Na atenção especializada, o que facilitou o acesso para ambos os grupos de entrevistados também foi a utilização desse mecanismo informal. Os resultados de outros estudos corroboram com esse achado e indicam que os usuários utilizam os serviços de saúde mais facilmente quando solicitam a intermediação de profissionais de saúde e/ou conhecidos. Uma pesquisa sobre a fila de espera para cirurgias otorrinolaringológicas em serviços públicos de saúde demonstrou que na impossibilidade de se conseguir marcar uma consulta pelas vias regulares, os que têm a possibilidade procuram os parentes, amigos ou funcionários, que trabalham nos serviços públicos de saúde para facilitarem o acesso dos pacientes (SARMENTO JÚNIOR; TOMITA; KOS, 2005). Outro estudo, que buscou analisar a percepção dos usuários sobre o acesso universal aos serviços de saúde no SUS, identificou a existência desse privilégio garantindo o acesso da população aos serviços e às ações de saúde, sem levar em consideração a “igualdade de oportunidades”, podendo prejudicar os usuários que buscam os serviços pelos trâmites legais (PONTES et al., 2011).

A proximidade da USF proporciona um acesso geográfico mais fácil para os usuários que possuem cadastro. Outros estudos demonstram que uma melhor acessibilidade geográfica foi alcançada a partir da implementação de unidades de saúde da família nos bairros (SOUZA et al., 2008; CUNHA; VIEIRA-DA-SILVA, 2010). Por outro lado, o mesmo não acontece com os serviços especializados que por serem mais dispersos geograficamente, exigem que os usuários percorram longos percursos a pé, e ainda, em muitos casos, precisem pagar pelo transporte (WILSON; ROSENBERG, 2004). Como os usuários não cobertos só utilizam os serviços dos níveis especializados, estes não são favorecidos com a proximidade das USFS. Sendo assim, esse grupo de entrevistados sempre utiliza os serviços mais distantes da residência e por isso referiram frequentemente o mau acesso decorrente da necessidade de pagar pelo deslocamento. Desta forma, aqueles usuários que conseguiram utilizar o transporte gratuito disponibilizados pelos estabelecimentos de saúde, classificaram como bom o acesso aos serviços.

Por fim, os entrevistados foram estimulados a propor soluções para a melhoria do acesso. A maioria dos entrevistados referiu à contratação de mais médicos como principal proposta para melhorar o acesso aos serviços de saúde. Os usuários entrevistados por uma pesquisa recente publicada pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (2011) também indicaram o aumento do número de médicos como a principal proposta para melhoria dos serviços de saúde. Para Schwartz et al. (2010), o contexto histórico levou grande parte da população a obter uma visão do sistema de saúde centrado no profissional médico como o

único responsável pela assistência. Essa percepção, apesar dos avanços do SUS/ESF, ainda hoje permeia o imaginário da população, que cotidianamente reivindica como solução dos problemas de acesso e organização dos serviços a consulta médica tradicional e individual. Assim, só a presença do médico no serviço foi suficiente para o usuário classificar como bom o acesso aos serviços de saúde.

Por outro lado, diante de tantas barreiras ao acesso relatadas pelos usuários decorrentes da ausência do médico nos serviços de saúde. Sugere-se que a quantidade de médicos nos serviços seja de fato insuficiente. No entanto, mais pesquisas precisam ser desenvolvidas para averiguar tal situação.

Ainda no que se refere às sugestões de melhoria, é interessante destacar a proposta de um entrevistado não coberto sobre a cobertura universal dos serviços oferecidos pela ESF. Sua fala expressou a desigualdade de acesso provocada pela exclusão de algumas famílias do cadastro na USF. Destarte, sugere que todos deveriam ter a possibilidade de utilizar os serviços de saúde oferecidos no nível primário de atenção.



## 6 CONCLUSÃO

Os resultados desta pesquisa demonstram que a falta de médicos configura o principal obstáculo ao acesso aos serviços de saúde no município. Quanto aos serviços oferecidos pelas Equipes de Saúde da Família, estes parecem ter consigo proporcionar apenas maiores facilidades de acesso geográfico, uma vez que os usuários cobertos enfrentam praticamente as mesmas barreiras apresentadas aos que não são cobertos, sobretudo quando tentam utilizar os serviços especializados.

A realidade vivenciada pelos usuários evidenciou o distanciamento dos princípios constitucionais que conformam a política nacional de saúde. Pois, apesar da conquista legal da universalidade do acesso, o que se observou na prática foi a existência de diversos obstáculos que impossibilitam a utilização dos serviços de saúde por todos que necessitam. Identificou-se também que integralidade da atenção não é garantida, uma vez que os usuários nem sempre conseguem ascender em todos os níveis assistenciais para resolver o seu problema de saúde.

Além disso, os usuários parecem arraigados ao modelo de atenção centrado no médico, visto que suas propostas para resolver os diversos problemas colocados versaram quase que exclusivamente pela necessidade de mais médicos atuando nos serviços de saúde. Infere-se, portanto, que o SUS ainda não conseguiu consolidar o modelo de atenção pautado na atenção primária, que prioriza a atenção multiprofissional voltada para prevenção de doenças e promoção da saúde.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar de não ser resultado direto do estudo, sugere-se que a adoção de uma política macroeconômica de cunho neoliberal que prega a diminuição do Estado e reduz o financiamento para o sistema público de saúde, é um dos principais determinantes de grande parte dos problemas de acesso vivenciados pelos usuários. A oferta insuficiente de serviços, relatada diversas vezes pelos entrevistados, pode ser indicativa da redução gradual da presença do Estado na prestação de serviços públicos de saúde, decorrente da transferência de atribuições e atividades para o setor privado.

No que concerne aos serviços primários de saúde, embora a atual conjuntura nacional discuta a necessidade de fortalecer esse nível como porta de entrada no sistema e ordenador do acesso aos demais níveis, o que se encontrou no município foi a incapacidade da ESF em atender as necessidades de saúde da parcela mais carente da população. Sendo assim, o nível primário não tem conseguido prestar uma assistência adequada, mesmo dentro de uma lógica focalizadora, apontando para a necessidade de muitas mudanças até que se alcance uma APS capaz de coordenar uma rede de saúde.

Por fim, considera-se importante a realização do estudo, por permitir ampliar o conhecimento sobre as dificuldades de implementação de um sistema universal no país. Ademais, as informações coletadas podem subsidiar o planejamento e execução de ações que busquem diminuir a dor, o sofrimento e as mortes decorrentes dos problemas de acesso enfrentados pelos moradores do município.

## REFERÊNCIAS

ADAY, L.A, ANDERSEN, R.M.; A framework for the study of access to medical care. Health Service Research, London, v. 9, n.3, p.208-220,1974.

AITH, F.M.A. Teoria Geral do Direito Sanitário Brasileiro. 2006. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

ALBUQUERQUE, L.C.; A adequação da demanda aos serviços de urgência: por que o usuário ainda prefere o hospital à atenção básica? 2010. 17f. Monografia (Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva) - Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010.

ALBUQUERQUE, M.V. MELLO, G.A. IOZZI, F.L. O processo de regionalização em saúde nos estados brasileiros. In: VIANA, A.L.d'A.; LIMA, L.D..(Org.). Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2011. cap. 5, p. 117-173.

ALMEIDA, C. Reforma dos Sistemas de saúde. In: GIOVANELLA, L. (Org.). Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. cap. 25, p. 871-922.

ANDERSEN, R.M. National Health Surveys and the Behavioral Model of Health Services Use. Medical Care, Philadelphia, v. 46, n.7, p. 647-653, 2008.

ANDERSEN, R.M. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? Journal of Health and Social Behavior, Albany, v. 36, n.1, p.1-10, 1995.

ANDERSEN, R.M.; Health status indices and access to medical care. American Journal of Public Health, New York, v. 68, n. 5, p. 458-63, 1978.

ARRETCHE, M. A política de saúde no Brasil. In: LIMA, N. T.(Org.). Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005. cap. 9, p. 285-306.

BAHIA, L. O sistema de saúde brasileiro entre normas e fatos: universalização mitigada e estratificação subsidiada. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 14, n.3, p. 753-762, 2009.

BARDIN, L. Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70, 1977.

BOUSQUAT, A. Conceitos de espaço na análise de políticas de saúde. Lua Nova, São Paulo, n.52, p. 71-92, 2001.

BRASIL. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. A Reforma administrativa do sistema de saúde. Brasília, DF, 1998.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Histórico e cobertura do Saúde da Família. Disponível em: < [http:// dab.saude.gov.br](http://dab.saude.gov.br)>. Acesso em: 04 jan. 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Avaliação da implementação do Programa Saúde da Família em 10 grandes centros urbanos: Síntese dos principais resultados. Brasília, DF, 2002.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde. Disponível em: < <http://cnes.datasus.gov.br>>. Acesso em: 04 jan. 2012.

BRAVO, M. I.; MATOS, M.C. Reforma sanitária e projeto ético-político do Serviço Social: elementos para o debate. In: BRAVO, M.I.S (Org.). Saúde e serviço social. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2006. p.25-47.

BRAVO, M.I. A Política Nacional de Saúde no governo Lula. [s.l.], (Caderno especial n. 6). jan. 2005. Disponível em: <<http://www.assistentesocial.com.br/novosite/cadernos/cadespecial6.pdf>>. Acesso em: 19 set. 2011.

BRESSER PEREIRA, L.C. O que são organizações sociais. Disponível em: <<http://www.mare.gov.br/reforma.html>>. Acesso em: 9 ago. 2010.

CAMPOS, C.V.A.; MALIK, A.M. Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família. Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro, v.42, n.2, p. 347-368, mar./abr. 2008.

CARNEIRO JÚNIOR, N. O setor público não-estatal: as organizações sociais como possibilidades e limites na gestão pública da saúde. Tese (Doutorado em Medicina) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

CARVALHO, T.C.; GIANINI, R.G. Equidade no tempo de espera para determinadas cirurgias eletivas segundo o tipo de hospital em Sorocaba, SP. Revista Brasileira de Epidemiologia, São Paulo, v. 11, n.3, p. 473-83. 2008.

CAVICCHIOLI, A.C.; MENOSSI, M.J.; LIMA, R.A.G. Câncer infantil: o itinerário diagnóstico. Revista Latino-Americana de Enfermagem, São Paulo, v.15, n.5, set./out, p. 1-8, 2007.

CEBALLOS-GARCÍA, G.Y.; GIRALDO-MORA, C.V. “Autobarreras” de lãs mujeres al diagnóstico y tratamiento oportuno del cáncer de mama. Aquichan, Bogotá, v. 11, n. 2, p. 140-157, ago. 2011.

COHN, A. O SUS e o Direito à Saúde: universalização e focalização nas políticas de saúde. In: LIMA, N. T.(Org.). Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005. cap. 12, p. 385-405.

CONILL, E.M.; GIOVANELLA, L.;ALMEIDA, P.F. Listas de espera em sistemas públicos: da expansão da oferta para um acesso oportuno? Considerações a partir do Sistema Nacional de Saúde espanhol. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.16, n.6, p. 2783-2794, 2011.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (Brasil). A saúde na opinião dos brasileiros. Brasília, DF, 2003.

\_\_\_\_\_. SUS: avanços e desafios. Brasília, DF, 2006. 164 p.

CONTANDRIOPOULOS, A-P.; DENIS, J-L.; TOUATI, N.; RODRÍGUES, C. The integration of health care: Dimensions and implementation. Montréal: Université de Montréal; 2003.

COSTA, N.R. O Banco Mundial e a Política Social nos Anos 90: Agenda para reforma do setor saúde no Brasil. In: COSTA, N.S. RIBEIRO, J.M. (Org.). Política de Saúde e Inovação Institucional: Uma agenda para os anos 90. Rio de Janeiro: ENSP, 1997. p. 13-29.

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

DIXON-WOODS, M. et al. Conducting a critical interpretive synthesis of the literature on access to healthcare by vulnerable groups. BMC Medical Research Methodology, London v.6, n.35, p.1-13, 2006.

DONABEDIAN, A. Aspects of Medical Care Administration. Cambridge: Harvard University Press, 1973.

ENSOR, T.; COOPER, S. Overcoming barriers to health service access influencing the demand side. Health Policy and Planning, London, v.19, n.2, p. 69-79, 2004.

FLEURY, S. Dual, Universal o Plural? Modelos y Dilemas de Atencion de la Salud en America. Rio de Janeiro: FGV, 2001. Disponível em: < <http://www.opas.org/htm> >. Acesso em: 2 jul. 2002.

FRENK, J. El concepto y la medición de accesibilidad. Salud Pública de México, Cuernavaca, p.438-453,1985.

FUHRMANN, N.L. Neoliberalismo, Cidadania e Saúde: A recente reorganização do Sistema Público de Saúde no Brasil. Civitas, Porto Alegre, v. 4, n.1, p. 111-131, 2004.

GADELHA, C.A.G.; MACHADO, C.V.; LIMA, L.D. BAPTISTA, T.W.F. Saúde e territorialização na perspectiva do desenvolvimento. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 16, n.6, p. 3003-3016, 2011.

GERSCHMAN, S. A democracia inconclusa: um estudo da Reforma Sanitária brasileira. 2 ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2004.

GODDARD, M. Access to health care services – an English policy perspective. Health Economics, Policy and Law, London, v.4, n.2, p. 195-208, 2009.

GOMES, F.G. Conflito social e welfare state: Estado e desenvolvimento social no Brasil. Revista de Administração Pública, v. 40, n.2, p. 201-236, mar./abr. 2006.

GOMES, F.M.; SILVA, M.G.C. Programa Saúde da Família como estratégia de atenção primária: uma realidade em Juazeiro do Norte. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.16, supl. 1, p. 893-902, 2011.

GONÇALVES, R.J. et al. Ser médico no PSF: formação acadêmica, perspectivas e trabalho cotidiano. Revista Brasileira de Educação Médica. v.33, n.3, p. 393-403, 2009.

GREENE, A.M. Testing the behavioral model of health services use for a disabled population. 2005. Tese (Doutorado em Sociologia) - Faculty of North Carolina State University, Raleigh, 2005.

GULLIFORD, M. Modernizing concepts of access and equity. Health Economics, Policy and Law, London, v.4, n.2, p. 223-230, 2009.

HOBBSAWM, E. A era dos extremos. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.

HURST, J.; SICILIANI, L. Tackling excessive waiting times for elective surgery: a comparison of policies in twelve OECD countries. Paris: OECD, 2003.

IPEA. Sistema de Indicadores de Percepção Social: saúde. Brasília, DF, 2011.

JUNIOR, I.F.B.; SILVA Z. P. Reforma do sistema de saúde e as novas atribuições do gestor estadual. São Paulo em perspectiva, São Paulo, v. 18, n.3, p. 47-53, 2004.

KOOMEN, E.M. et al. Morbidity and mortality in patients waiting for coronary artery bypass surgery. European journal of cardio-thoracic surgery, Berlim, v.19, p. 260-265, 2001.

KUSCHNIR, R.; CHORNY, A.H. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 15, n.5, p. 2307-2316, 2010.

KUSCHNIR, R. et al. Regionalização no Estado do Rio de Janeiro: o desafio de aumentar o acesso e diminuir desigualdades. In: UGÁ, M.A.D. et al. (Org.). A gestão do SUS no âmbito estadual: o caso do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2010. cap. 9, p. 215-240.

LEVCOVITZ, E.; LIMA, L.D. de; MACHADO, C.V. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 6, n.2, p. 269-291, 2001.

LEVI, M.L; SCATENA, J.H.G. Exclusão recente do financiamento do SUS e considerações sobre o processo de regionalização. In: VIANA, A.L.d'A.; LIMA, L.D..(Org.).. Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2011. Cap. 4, p. 81-113.

LIMA, D.M.G. VENTURA, L.O. BRANDT, C.T. Barreiras para o acesso ao tratamento da catarata senil na Fundação Altino Ventura. Arquivos brasileiros de oftalmologia, São Paulo, v.68, n.3, p.357-362, 2005.

LIMA, L.D. et al. Descentralização e regionalização: dinâmica e condicionantes da implantação do Pacto pela Saúde no Brasil. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 2011.

LIMA-COSTA, M. F.; MATOS, D.V. Prevalência e fatores associados à realização da mamografia na faixa etária de 50-69 anos: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (2003). Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 23, n. 7, p.1665-1673, jul. 2007.

LOBATO, L.V.C. Reforma sanitária e reorganização do sistema de serviços de saúde: efeitos sobre a cobertura e a utilização de serviços. 2000. Tese (Doutorado em Ciências) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2000.

LORENZO, I.V. Barreras en el acceso a la atención en salud en modelos de competencia gestionada: un estudio de caso en Colombia. 2009. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Facultat de Medicina, Universitat Autònoma de Barcelona, Bellaterra, 2009.

MACHADO, C.V. et al. Política de saúde no Governo Lula: continuidades e mudanças. Revista de Política, Planejamento e Gestão em Saúde, Rio de Janeiro, v. 1. n.1, p.11-32, jul./set. 2010.

MÂNICA, F.B. Participação privada na prestação de serviços públicos de saúde. 2009. Tese (Doutorado em Direito) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

MARQUES, R.M.; MENDES, A. Democracia, Saúde Pública e Universalidade: o difícil caminhar. Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 16, n. 3, p. 35-51, 2007.

MEDEIROS, C.R.G. A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.15, supl. 1, p. 1521-1531, 2010.

MENDES, A.N.; MARQUES, R. M. O impacto da política econômica do governo Lula na Seguridade Social e no SUS. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 29, n. 71, p. 258-267, set./dez. 2005.]

MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde no SUS. Belo Horizonte: ESP-MG, 2009.

MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENDES, E.V. Os grandes dilemas do SUS. Salvador: Casa da Qualidade, 2001. tomo 1.

MENDES, E.V. Reflexões sobre a noas sus 01/02. Rio de Janeiro, 2002. Disponível em: < [www.sms.rio.rj.gov.br/servidor/media/noas.doc](http://www.sms.rio.rj.gov.br/servidor/media/noas.doc)>. Acesso em: 21 jan.2011.

MENICUCCI, T. M. G. Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil: atores, processos e trajetória. 2003. Tese (Doutorado em Ciências Humanas) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2003.

MENICUCCI, T.M.G. A reforma sanitária brasileira e as relações entre o público e o privado. In: SANTOS, N.R.; AMARANTE, P.D.C. (Org). Gestão pública e relação público privado na saúde. Rio de Janeiro: CEBES, 2010. p. 180-197.

MENICUCCI, T.M.G. O Sistema Único de Saúde, 20 anos: balanço e perspectivas. Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro, v.25, n.7, p. 1620-1625, jul.2009.

MESQUITA, A.C.S. Crise do estado nacional desenvolvimentista e ajuste liberal: a difícil trajetória de consolidação do Sistema Único de Saúde. 2008. Dissertação (Mestrado em Economia) – Instituto de Economia, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2008.

MINAYO, M. C. S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8.ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

MOJON-AZZI, S.M.; MOJON, D.S. Waiting times for surgical procedures in ten European Countries. Gesundheitsökonomie, Qualitätsmanagement, Germany, v.13, n.2, p.92-98. 2008.

NAVARRETE, M.L.V. et al. Introdução às técnicas qualitativas de pesquisa aplicadas em saúde. Recife: IMIP, 2009.

NOLTE, E.; MCKEE, M. Integration and chronic care: a review. In: Nolte E, McKee M, editors. Caring for People with Chronic Conditions: A Health System Perspective. Oxford: Oxford University Press; 2008.

OLIVEIRA, L.C.F.; ASSIS, M.M.A.; BARBONI, A.R. Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde: da Política Nacional de Medicamentos à Atenção Básica à Saúde. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.15 (Supl 3), p. 3561-3567. 2010.

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

OPAS. Redes integradas de servicios de salud: conceptos, opciones de política e hoja de ruta para su implementación en las Américas. Washington, D.C. : OPS, 2010.

OSIS, M.J.D.et al. Atendimento à demanda pela esterilização cirúrgica na Região Metropolitana de Campinas, São Paulo, Brasil: percepção de gestores e profissionais dos serviços públicos de saúde. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.25,n.3, p.625-634, mar. 2009.

OSORIO, R.G.; SERVO, L.M.S.; PIOLA, S.F. Necessidade de saúde insatisfeita no Brasil: uma investigação sobre a não procura de atendimento. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.16, n.9, p.3741-3754. 2011.

OSTENDORF, M. et al. Waiting for total hip arthroplasty: avoidable loss in quality time and preventable deterioration. The Journal of arthroplasty, New York, v. 19, p. 302-309.2004.

LOUDHOFF, J.P. et al. Waiting for elective general surgery: impact on health related quality of life and psychosocial consequences. BMC Public Health, London, v. 7, n.74. 2007.



PANIZ, V.M.V. et al. Acesso a medicamentos de uso contínuo em adultos e idosos nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 24, n.2, p. 267-280, fev. 2008.

PASCHE, D.F. et al. Paradoxos das políticas de descentralização de saúde no Brasil. Revista Panamericana de Salud Pública, Washington, v. 20, n. 6, p. 416-422, 2006.

PATRICK, J.; PUTERMAN, M.L. Reducing Wait Times through Operations Research: Optimizing the Use of Surge Capacity. Healthcare policy, Toronto, v.3, n. 3, p. 75-88, 2008.

PAVÃO, A.L.B.; COELI, C.M. Modelos teóricos do uso de serviços de saúde: conceitos e revisão. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 471-482, 2008.

PENCHANSKY, D.; THOMAS, J. The concept of access: Definition and relationship to consumer satisfaction. Medical Care, Philadelphia, v. 20, p. 127-140, 1981.

PEREIRA, C. A Política Pública como Caixa de Pandora: Organização de Interesses, Processo Decisório e Efeitos Perversos na Reforma Sanitária Brasileira 1985-1989. Dados, Rio de Janeiro, v.39 n.3, 1996.

PEREIRA, E.M.; LINHARES, F. O Estado e as Políticas Sociais no Capitalismo. In: MOROSONI, M. V.G.C (Org.). Sociedade, estado e direito à saúde. Rio de Janeiro: EPSJV, FIOCRUZ, 2007. p. 63-80.

PERUZZO, C. Avaliação dos exames e encaminhamentos agendados e não retirados na unidade de saúde do Saco Grande - Florianópolis/Santa Catarina. Revista de APS, Juiz de Fora, v. 12, n. 2, p. 112-118, abr./jun. 2009.

PONTES, A. P. M. et al. O princípio de universalidade do acesso aos serviços de saúde: o que pensam os usuários. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, Rio de Janeiro, v. 13, n.3, p.500-507, jul./set. 2009.

RIBEIRO, M.C.S.A.; BARATA, R.B.; ALMEIDA, M.F.; SILVA, Z.P. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização de serviços De saúde para usuários e não-usuários do SUS – PNAD 2003. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.11 n.4, p. 1011-1022, 2006.

RICHARDSON, R. Pesquisa social: métodos e técnicas. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

RIZZOTTO, M.L.F. O Banco Mundial e as políticas de saúde no Brasil nos anos 90: um projeto de desmonte do SUS. 2000. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, 2000.

ROCHA, R.A.C.P.; GOES, P.S.A. Comparação do acesso aos serviços de saúde bucal em áreas cobertas e não cobertas pela Estratégia Saúde da Família em Campina Grande, Paraíba, Brasil. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.24, n. 12, p. 2871-2880. 2008.

RODRIGUES, P.H.; SANTOS, I.S. Saúde e cidadania uma visão histórica comparada do SUS. São Paulo: Atheneu, 2011. cap. 3, p. 49-59.

RONCALLI, A.G.; LIMA, K.C. Impacto do Programa Saúde da Família sobre indicadores de saúde da criança em municípios de grande porte da região Nordeste do Brasil. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.11, n.3, p.713-724. 2006.

SANTOS, L. Direito à saúde e Sistema Único de Saúde: conceitos e atribuições. O que são ações e serviços de saúde. In: SANTOS, L. (Org.). Direito à saúde no Brasil. Campinas: Saberes, 2010. p.145-179.

SARMENTO JÚNIOR, K.M.A.; TOMITA, S.; KOS, A.O.A. O problema da fila de espera para cirurgias otorrinolaringológicas em serviços públicos. Revista Brasileira de Otorrinolaringologia, São Paulo, v. 71, n.3, p. 256-262, 2005.

SCHWARTZ, T.D; 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 (ES). Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.15, n.4, p.2145-2154. 2010.

SILVA, B.M.P. O Sistema Único de Saúde: o descompasso entre a realidade normativa e a realidade fática. 2007. Tese (Doutorado em Direito do Estado) – Faculdade de Direito, Pontifícia Universidade Católica do Estado, São Paulo, 2007.

SILVA, L.M.O.; MATTOS, F.A.M. Welfare State e emprego em saúde nos países avançados desde o Pós-Segunda Guerra Mundial. Revista de Economia Política, São Paulo, v.29, n.6, p. 135-152, jul./set. 2009.

SILVA, S.F. Organização de redes regionalizadas e integradas. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 16, n.6, p. 2753-2762, 2011.

SILVA, S.F. Pacto pela Saúde e rede regionalizadas de atenção: diretrizes operacionais para implantação. In: SILVA, S.F. (Org.). Redes de Atenção à Saúde no SUS. Campinas, SP: Idisa: Conasems, 2008. p. 151-201.]

SILVA, Z.P. et al. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização dos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), 2003- 2008. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 16, n.9, p.3807-3816, 2011.

SHORTELL, S.; GILLIES, R.; ANDERSON, D. The new world of Managed Care: Creating Organized Delivery Systems. Health Affairs, Maryland, v. 13, p. 46-64, 1994.

SOUSA, M.F.; HAMANN, E.M. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, p. 1325-1335. 2009.

SOUZA, E.C.F. et al. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24, supl. 1, p. S100-S110, 2008.

SOUZA, R. R. A regionalização no contexto atual das políticas de saúde. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.6, n.2, p. 451-455, 2001.

SPEDO, S.M.; PINTO, N.R.; TANAKA, O.Y. O difícil acesso a serviços de média complexidade do SUS: o caso da cidade de São Paulo, Brasil. Physis, Rio de Janeiro, v.20, n. 3, p. 953-972, 2010.

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

TEIXEIRA, C.F.; SOLLA, J.P. Modelo de Atenção à saúde no SUS: trajetória do debate conceitual, situação atual, desafio e perspectivas. In: LIMA, N. T.(Org.). Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005. cap. 14, p. 451-479.

TEIXEIRA, M.J.O. A política Nacional de Saúde na contemporaneidade: as Fundações Estatais de Direito Privado como estratégia de direcionamento do fundo público. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Faculdade Serviço Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 20, p. S190-S198, 2004. suplemento.

TRAVASSOS C, OLIVEIRA, E.XG.; VIACAVAL, F. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 11, n.4, p. 975-986, 2006.

VÁZQUEZ, M.L.N.; LORENZO, I.V. Redes integradas de servicios de salud: ¿Solución o problema? Revista ciencias de la salud. v. 4, n.1, p.5-9, 2006.

VIANA, A.L.d'A.; LIMA, L.D.; FERREIRA, M.P. Condicionantes estruturais da regionalização na saúde: tipologia dos Colegiados de Gestão Regional. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 15, n.5, p. 2317-2326, 2010.

VIANA, A.L.d'A.; LIMA, L.D. Descentralização, regionalização e instâncias intergovernamentais no Sistema Único de Saúde. In: VIANA, A.L.d'A.; LIMA, L.D..(Org.). Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2011. cap. 2, p. 39-63.

VIANA, V.P. A universalidade do direito à saúde no governo de Fernando Henrique Cardoso (1995-2002). 2004. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2004.

WILSON, K.; ROSENBERG, M.W. Accessibility and the Canadian health care system: squaring perceptions and realities. Health Policy, Amsterdam, v. 67, p. 137–148, 2004.

## ANEXOS

### ANEXO A - Guia de entrevista

#### GUIA DE ENTREVISTA: USUÁRIOS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Data:

Lugar da entrevista:

Hora de início/ finalização:

Duração entrevista:

Nome:

Idade:

Sexo:

Seguro privado/Brasil:

e-mail:

Tel:

### 1. BARREIRAS E FACILITADORES NO USO DOS SERVIÇOS

(As perguntas sobre barreiras e facilitadores se referem a atenção básica, média e alta complexidade)

a) Que faz normalmente quando tem um problema de saúde? Por quê motivos vai aos serviços de saúde? Além de ir ao serviço de saúde, faz alguma coisa mais para resolver o seu problema de saúde?

b) A que serviços de saúde costuma ir? Por quê?

c) Quê acha da qualidade da atenção dos serviços? Por quê? Quê haveria que melhorar?

d) O que lhe facilita o uso dos serviços de saúde? Por quê? E quando vai ao médico de família (do posto)? Por quê? E quando vai ao especialista?

(Aprofundar na opinião sobre: a ajuda familiar da que dispõe quando tem que ir a um serviço de saúde; os recursos econômicos dos que dispõe para os gastos com a atenção.).

e) Com que dificuldades se encontra quando tenta utilizar os serviços de saúde? Quê faz diante destas dificuldades? Como e por quê? E quando vai ao médico de família? E ao especialista?

(Aprofundar na opinião sobre: localização dos serviços, transporte; tempo de espera; solicitação de consultas; horários de atendimento dos serviços; fluxos - guias de encaminhamentos, questões burocráticas; custos dos serviços).

f) Quê teria que melhorar para facilitar o uso dos serviços? Por quê?

g) Quê serviços de saúde tem disponíveis para atender aos seus problemas de saúde? Onde se informou sobre os serviços disponíveis? Como se informou?

h) Que entende por bom acesso aos serviços de saúde? E por mau acesso aos serviços de saúde?

(mencionar uso ou utilização dos serviços se não sabe)

i) Que doença padece?

j) Tem algum plano complementar de saúde? Já teve no passado? Por quê?

k) Tem algo mais a acrescentar? Alguma dúvida sobre a entrevista?

## ANEXO B – Parecer do CONEP

01 04 09 10:39

MS

33153701

p. 1



**MINISTÉRIO DA SAÚDE**  
**Conselho Nacional de Saúde**  
**Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP**

**PARECER Nº 088/2009**

**Registro CONEP: 15207 (Este nº deve ser citado nas correspondências referentes a este projeto)**

**CAAE – 3505.0.000.250-08**

**Processo nº 25000.222449/2008-13**

**Projeto de Pesquisa: "Impacto na equidade de acesso e eficiência de redes integradas de cuidados em saúde na Colômbia e Brasil."**

**Pesquisador Responsável: Dra. Maria Rejane Ferreira da Silva**

**Instituição: Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças – Universidade de Pernambuco (UPE)**

**CEP de origem: Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros – CISAM / UPE**

**Área Temática Especial: Pesquisa com cooperação estrangeira**

**Patrocinador: Programa FP-7 - Comunidade Européia**

**Sumário geral do protocolo**

Essa pesquisa enfoca os diferentes tipos de Rede Integrada de Cuidados à Saúde (RICS), que emergiram como consequência de uma das reformas – seguro saúde ou provisão descentralizada. Esse tipo de organização é amplamente promovido pelo governo e organização internacional da América Latina como estratégia para melhorar o acesso, eficiência da assistência à saúde, apesar da carência de evidência disponível sobre seu impacto no sistema como um todo. Nesse contexto, a pesquisa vai abordar o impacto da RICS na equidade do acesso e eficiência e particularmente sua implicação para a assistência materno-infantil, analisando as experiências de dois países latino-americanos – Colômbia e Brasil – com sistemas de saúde que apresentam princípios similares, porém estrutura organizacional diferente.

O objetivo político da pesquisa é contribuir com os esforços institucionais para alcançar os Objetivos do Desenvolvimento do Milênio (ODM) na saúde da mulher e da criança, reduzindo desigualdades no acesso ao cuidado de saúde, através da melhoria de organização do setor público de saúde. Foi aprovada dentro do marco do Seventh Framework Programme (FP7)/Specific International Cooperation Actions – (SICA/SAÚDE. 3.5.2), Programa Internacional de Fomento de Pesquisas da União Européia. Ela envolverá dois Países Parceiros de Cooperação Internacional (PPCI). Será conduzida por um consórcio composto por quatro entidades acadêmicas e de pesquisas de quatro diferentes países: dois Latino-Americanos (Brasil e Colômbia) e dois Europeus (Espanha e Bélgica).

Conforme consta no projeto, a pesquisa tem como objetivo analisar o impacto dos diferentes tipos de RICS quanto ao acesso aos serviços de saúde e a provisão eficiente do cuidado à saúde, com referência particular para a saúde da mulher e da criança em dois países latino-americanos: Colômbia e Brasil.

Para alcançar este objetivo, os procedimentos metodológicos constarão de dois eixos: um estudo de caso do país, baseado na associação de um estudo qualitativo e um estudo quantitativo de corte transversal e um estudo comparativo com múltiplas fontes de evidência.

Na fase 1, a equipe irá comparar a atual performance de RICS relacionada ao acesso aos serviços, continuidade do cuidado e eficiência, de acordo com o modelo de

Cont. Parecer CONEP 088/09

análise e do ponto de vista de usuários e potenciais usuários. Em particular, a equipe irá analisar os cuidados à saúde da mulher e da criança. Na fase 2, comparações entre os países serão conduzidas para determinar os fatores e os atores que afetam o desempenho das RICS em cada contexto particular. Serão utilizados métodos qualitativos como análise documental, entrevista individual em profundidade e grupo focal.

Como sujeitos de pesquisa, serão envolvidos os Gestores da RICS e suas unidades operacionais, Profissionais de saúde da atenção primária e secundária, Usuários e potenciais usuários do sistema de saúde, representantes das organizações da sociedade civil formuladores de política.

Gestores e o pessoal da saúde serão recrutados para os grupos focais a partir das RICS selecionadas como estudos de caso.

Os grupos de usuários e potenciais usuários serão formados de acordo com o seguinte critério: idade, sexo, e afiliação ao sistema (público/privado; subsidiado/contributivo).

Os participantes serão identificados através dos registros das RICS e provedores.

O convite para participação no grupo focal será feito por telefone e visita domiciliar. Todos os que concordarem em participar assinarão o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

#### **Local de realização**

No Brasil, a pesquisa será realizada nos municípios de Moreno, Goiana, Belo Jardim e Salgueiro, que pertencem ao estado de Pernambuco. Os dois primeiros municípios localizam-se na macro-região Recife (I GERES), e os dois últimos pertencem as macro-regiões Caruaru (IV GERES) e Petrolina (IX GERES) respectivamente. Os critérios de escolha para selecioná-los foram: 1) todos provêm ou se responsabilizam pelo provimento de cuidados contínuos de serviços, incluindo pelo menos cuidados primários e secundários em saúde; 2) eles provêm serviços para uma população definida; e, 3) a cobertura das RICS inclui áreas urbanas e rurais.

#### **Apresentação do Protocolo**

O Projeto de pesquisa encontra-se muito bem estruturado. Possui relevância social ao se propor contribuir para reduzir iniquidades no acesso aos cuidados à saúde, melhorando as organizações de saúde orientadas para o público usuário neste setor. Além disso, a pesquisa desenvolverá e irá testar métodos apropriados para abordar os provedores de serviços de saúde.

A folha de rosto encontra-se preenchida e assinada. O cronograma prevê um período de quatro anos de duração, com início previsto para fevereiro de 2009.

O orçamento apresentado estima um investimento no valor de R\$ 4.225.638,40 (quatro milhões, duzentos e vinte e cinco mil, seiscentos e trinta e oito reais e quarenta centavos), a ser financiado pelo Programa FP7 da União Européia.

Como provável benefício para a população envolvida está prevista, além da produção de conhecimento, uma melhor percepção acerca das ações de saúde desenvolvidas no nível local e as conseqüências das políticas implementadas. Outras populações também serão beneficiadas a partir da divulgação de seus resultados.

Quanto aos riscos, particularmente qualquer tipo de constrangimento são admissíveis, mas serão minimizados pela adoção de medidas preventivas.

O modelo de TCLE apresentado está redigido em linguagem clara e objetiva e o conteúdo contempla as informações essenciais sobre a pesquisa, portanto atende os requisitos éticos previstos na Resolução CNS 196/1996.

Acham-se anexados ao projeto os seguintes documentos: Parecer do CEP de aprovação do projeto de pesquisa; Termo de compromisso assinado pela pesquisadora responsável e os demais pesquisadores envolvidos; cópias das cartas de anuências

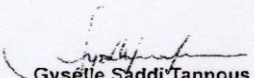
Cont. Parecer CONEP 088/09

assinadas pelos (as) dirigentes das Secretarias de Saúde dos Municípios participantes da pesquisa.

**Diante do exposto, a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 196/96, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto.**

Situação: **Protocolo aprovado.**

Brasília, 06 de março de 2009.

  
Gyselle Saddi Tannous  
Coordenadora da CONEP/CNS/MS