

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES
Mestrado Acadêmico em Saúde Pública

Sayonara Arruda Vieira Lima

ELEMENTOS QUE INFLUENCIAM O ACESSO NA PERSPECTIVA DOS
PROFISSIONAIS E DOS USUÁRIOS DE UMA REDE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À
SAÚDE DO RECIFE

Recife
2014

Sayonara Arruda Vieira Lima

**Elementos que influenciam o acesso na perspectiva dos profissionais e dos usuários de
uma rede de atenção primária à saúde do Recife**

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

Orientadoras: Profa. Dra. Eduarda Ângela Pessoa Cesse

Profa. Dra. Maria Rejane Ferreira da Silva

Recife
2014

Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

L732e Lima, Sayonara Arruda Vieira.
Elementos que influenciam o acesso na perspectiva dos profissionais e dos usuários de uma rede de atenção primária à saúde do Recife / Sayonara Arruda Vieira Lima. - Recife: s. n, 2014.
93 p. : ilus, graf.

Dissertação (Mestrado acadêmico em saúde pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz

Orientadoras: Eduarda Ângela Pessoa Cesse, Maria Rejane Ferreira da Silva.

1. Acesso aos Serviços de Saúde. 2. Estratégia de Saúde da Família. 3. Atenção Primária à Saúde. I. Cesse, Eduarda Ângela Pessoa. II. Silva, Silva, Maria Rejane Ferreira da. III. Título.

CDU 614.39

Sayonara Arruda Vieira Lima

**Elementos que influenciam o acesso na perspectiva dos profissionais e dos usuários de
uma rede de atenção primária à saúde do Recife**

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

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Dra. Eduarda Ângela Pessoa Cesse
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães – CPqAM/FIOCRUZ

Dr. Sidney Feitoza Farias
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães – CPqAM/FIOCRUZ

Dra. Isabella Chagas Samico
Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira - IMIP

Agradecimentos

Agradeço aos meus pais, ao meu irmão e ao meu esposo Júnior, que me apoiaram bastante durante esta trajetória do mestrado.

À Maria Rejane, minha orientadora, que me guiou na condução deste trabalho. À minha segunda orientadora, Eduarda Cesse, que colaborou na elaboração desta dissertação. E a todos os profissionais que participaram da pesquisa do Equity-LA no Brasil.

Aos professores do CPqAM, com quem aprendi novos conhecimentos nas disciplinas cursadas no mestrado e aos outros funcionários, sempre disponíveis para ajudar. E também aos meus colegas de turma com quem compartilhei os momentos de aprendizagem e a realização dos trabalhos do mestrado.

Gostaria de agradecer também aos amigos e familiares, que estiveram comigo nesses anos de mestrado.

Também agradeço a todos que participaram do estudo Equity-LA que foi realizado em colaboração entre Consorci de Salud 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 dos municípios. Agradeço às pessoas entrevistadas que aceitaram compartilhar com os investigadores suas opiniões e conceitos, à 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.

VIEIRA, Sayonara Arruda Lima. Elementos que influenciam o acesso na perspectiva dos profissionais e dos usuários de uma rede de atenção primária à saúde do Recife. 2014. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2014.

Resumo

Apesar de todo aparato jurídico-legal que já foi criado para melhorar o acesso da população aos serviços de saúde, ainda existem muitas barreiras que interferem na concretização do acesso universal à saúde no Brasil. O presente trabalho tem como objetivo analisar os elementos que influenciam o acesso aos serviços de saúde de Recife na atenção primária na perspectiva dos profissionais e dos usuários. Trata-se de um estudo de caso que usou como técnica de coleta de dados a entrevista semiestruturada, realizada com 46 informantes. A análise do conteúdo de Bardin foi o método escolhido para trabalhar os dados obtidos. Sobre a concepção de acesso, a maioria dos profissionais entende-o como o uso efetivo dos serviços de saúde e também está relacionado com a resolubilidade do problema. As principais barreiras que emergiram foram: o subfinanciamento dos serviços, a cobertura insuficiente da estratégia de saúde da família (ESF), a oferta insuficiente de profissionais, a dificuldade de acessibilidade geográfica, a baixa quantidade de visitas domiciliares, o longo tempo para marcar as consultas e receber o atendimento, o descumprimento da carga horária dos profissionais. Além da baixa condição socioeconômica dos usuários e a falta de informação sobre os serviços. Já os elementos facilitadores que apareceram nos discursos com mais relevância foram: a existência da ESF, a comunicação informal, a proximidade geográfica das unidades e o trabalho do agente comunitário de saúde. E as sugestões de melhoria que se destacaram foram o aumento da cobertura da ESF, a ampliação do quadro de profissionais e aumento da participação da população no controle social. Conclui-se que, mesmo com a implantação da ESF e dos benefícios gerados, ainda há a necessidade de a estratégia ser uma prioridade da gestão, com maior investimento na estrutura e na organização dos serviços ofertados para que os usuários tenham acesso universal e equânime à rede de atenção primária no município de Recife.

Palavras chaves: Acesso aos Serviços de Saúde, Estratégia de Saúde da Família, Atenção Primária à Saúde.

VIEIRA, Sayonara Arruda Lima. Factors which influence the access in the perspective of professionals and users of a network of primary health care in Recife. 2014. Dissertation (Master of Public Health) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2014.

Abstract

Despite all juridical-legal apparatus that have been created to improve the population's access to health services, there are still many barriers that interfere in the concretion of the universal access to health care in Brazil. This study aims to analyze the factors which influence the access to primary care health services in Recife from the perspective of its professionals and users. This is a case study which has used as data collection technique the semi structured interviews conducted with 46 informants. The content analysis of Bardin was the chosen method to work with the obtained data. Regarding the conception of the access, most professionals understand it as the effective use of health services and, it is also related to the solvability of the problems. The main barriers that have emerged were: the underfunding of services, insufficient coverage family health strategy (ESF), the insufficient supply of professionals, the difficulty of geographical accessibility, the low number of home visits, the long time to make appointments and receive care, the inobservance of the professionals' workload, besides the low socioeconomic status of the users, and the lack of information about the services. Nevertheless, the most significant facilitating elements which have appeared in the speeches of the informants were: the existence of the FHS, the informal communication, the geographical proximity of the units and, the work of the community health agent. Regarding the suggestions for the primary care improvement, the raise of the FHS coverage, the amplification of the staff and the increasing of the popular participation in the social control have excelled. We conclude that even with the implementation of the FHS and the benefits generated, there is still the need for the strategy to be a management priority, with greater investments in the structure and organization of services offered to users in order for them to have universal access and equitable primary care services in the city of Recife.

Key words: Access to Health Services , Family Health Strategy , Primary Health Care.

Lista de Ilustrações

Figura 1 - Quadro para exibir a utilização dos serviços de saúde (Marco para estudo da utilização dos serviços de saúde).....	25
Figura 2 - Marco para análise do acesso proposto por Aday e Andersen.	27
Figura 3 - Fase 5: Modelo comportamental do uso dos serviços de saúde, incluindo as características contextuais e individuais.....	29
Quadro 1 - Barreiras ao acesso aos serviços de saúde relacionados com a gestão, com a estrutura e a organização dos serviços, com a população.....	52
Quadro 2 - Elementos facilitadores de acesso aos serviços de saúde relacionados com a gestão e com a estrutura e a organização dos serviços.	56
Quadro 3 - Sugestões para a melhoria do acesso relacionadas com a gestão, os serviços e a população.....	64

Lista de Abreviaturas e Siglas

- ACS** - Agente Comunitário de Saúde
- AL** - América Latina
- APS** - Atenção Primária à Saúde
- BM** - Banco Mundial
- CAP** - Centro de Atendimento Psicossocial
- DS** - Distrito Sanitário
- Esb** - Equipe de Saúde Bucal
- Esf** - Equipe de saúde da família
- ESF** - Estratégia de saúde da família
- FMI** - Fundo Monetário Internacional
- GE** – Gerentes
- LRF** - Lei de Responsabilidade Fiscal
- PA**- Profissional Administrativo
- PACS** - Programa de Agente Comunitário de Saúde
- PSI** - Profissional da Atenção Primária
- PSII** - Profissional da Atenção Secundária
- RISS** - Redes Integradas de Serviços de Saúde
- RPA** - Região Político-Administrativa
- RT** - Residências terapêuticas
- SUS** - Sistema Único de Saúde
- UBT** - Unidades Básicas Tradicionais
- USC** – Usuários Cobertos
- USD** – Usuários não cobertos
- USF** - Unidade de Saúde da Família

Sumário

1 INTRODUÇÃO	12
1.2 Objetivos	15
1.2.1 Objetivo geral	15
1.2.2 Objetivos específicos.....	15
2 MARCO REFERENCIAL	16
2.1 Acesso no Brasil	16
2.2 Acesso e o modelo comportamental sobre uso dos serviços de saúde	20
2.3 Elementos que influenciam o acesso	29
3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	32
3.1 Desenho do estudo	32
3.2 Área do estudo	32
3.3 Sujeitos do Estudo	34
3.3 Técnicas, instrumentos e procedimentos da coleta de dados	35
3.4 Técnicas, instrumentos e procedimentos de análise dos dados	36
3.5 Qualidade da Informação	36
3.6 Considerações éticas	36
4 RESULTADOS	38
4.1 Concepção de Acesso	38
4.2 Barreiras ao acesso aos serviços de saúde na Atenção Primária	39
4.2.1 Barreiras ao acesso relacionadas com a gestão da rede.....	40
4.2.2 Barreiras ao acesso relacionadas com os serviços.....	42
4.2.2.1 Elementos estruturais que limitam o acesso	42
4.2.2.1.1 <u>Oferta dos serviços disponíveis</u>	42
4.2.2.1.2 <u>Qualidade da infra-estrutura física</u>	44
4.2.2.1.3 <u>Disponibilidade de recursos humanos</u>	44
4.2.2.1.4 <u>Disponibilidade de insumos</u>	45
4.2.2.1.5 <u>Acessibilidade geográfica</u>	46
4.2.2.2 <u>Elementos organizativos que limitam o acesso</u>	47
4.2.2.2.1 <u>Visitas domiciliares</u>	47
4.2.2.2.2 <u>Tempo de espera</u>	48
4.2.3 Barreiras ao acesso relacionadas com a população	50
4.3 Elementos facilitadores de acesso aos serviços de saúde na Atenção Primária	53

4.4 Sugestões para a melhoria do acesso	56
5 DISCUSSÃO	65
6 CONCLUSÕES	75
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	77
REFERÊNCIAS	78
ANEXO A - GUIAS DE ENTREVISTA	84
ANEXO B - PARECER CONEP	91

1 INTRODUÇÃO

Para haver uma resposta concreta das nações para satisfazer as necessidades e demandas de saúde de uma população, é necessário soluções diretamente relacionadas com a concepção de saúde que prevalece na sociedade. Hoje no mundo e também na América Latina (AL), se confrontam duas concepções: por um lado, a saúde é compreendida como direito humano e social fundamental, parte do direito a vida, que deve ser garantido pelo Estado e por outro lado, uma concepção de saúde como “um serviço ou bem de mercado” que segue as leis de oferta e demanda, devendo o Estado intervir somente para garantir saúde aos mais pobres (GIOVANELLA et al., 2012).

De acordo com Bianquin (2008), as mudanças e tendências converteram-se em processos sociais de reforma, as quais conduziram a conformação de sistemas de saúde, norteados por ações como: a descentralização da organização e implementação das ações e programas; a implantação do modelo de assistência integral; a instituição legal nos vários níveis de governo, do controle social sobre o sistema; a regulamentação das relações entre os setores público e privado; a fixação de uma base financeira estável para o setor; além da incorporação de novos modelos de gestão em saúde.

Na estruturação dos sistemas de saúde, a partir do final da década de 1990, se observa um movimento a favor da universalização do acesso a saúde, mas nenhum país da região concretizou, até o momento, um sistema público, único e universal de saúde para todos os seus cidadãos. Em todos os países coexistem o setor público e o privado, com maior ou menor presença na organização do sistema, seja na prestação ou na afiliação. Na maioria dos países, a seguridade social em saúde está presente e é descrita como um subsetor separado do público, em outros países aparece como parte do setor público (GIOVANELLA et al., 2012).

No Brasil, a Reforma Sanitária tem início em plena vigência de uma ditadura militar e em contexto de luta pela redemocratização do país. O modelo de saúde, à época, altamente segmentado e fragmentado, excluía a população mais pobre e não inserida no mercado formal de trabalho do acesso aos serviços assistenciais públicos, centrando a atenção à saúde em consultórios médicos e hospitais privados. O esgotamento desse modelo coincide com o início do movimento sanitário brasileiro, que surge, portanto, impulsionado pela crítica ao modelo vigente e o da construção de uma imagem-objetivo de um novo sistema de saúde para o país, que pode ser visualizada por dois ângulos – o da conquista do direito universal ao acesso e o da organização do sistema de serviços de saúde (SILVA, 2009).

No sentido contrário do que ocorreu no continente latino-americano e na quase totalidade dos países emergentes, e contraditoriamente à conjuntura internacional, em um momento de perda de hegemonia dos estados de bem-estar social e de ascensão das políticas neoliberais no mundo, o Brasil amplia os direitos em saúde, consolidando-os na *Constituição Cidadã* (SILVA, 2009).

Para garantir o acesso à saúde a todos os brasileiros, a Constituição Brasileira de 1988 afirma que a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

Um dos primeiros princípios que permitiu a ampliação do acesso foi a universalização da atenção, possibilitando a todos os cidadãos a ter direito aos serviços de saúde, antes restritos aos trabalhadores formais. Antes da constituição de 1988, os direitos sociais eram alcançados em função da categoria profissional, sendo a condição de cidadão condicionada à importância que cada ocupação adquiria no mercado. A regulamentação da profissão era efetuada pelo Estado, através de uma legislação trabalhista, sindical e previdenciária, com a consequente estratificação dos direitos sociais e a carteira de trabalho como certificado legal de cidadania (GIOVANELLA; FLEURY, 1996).

Além disso, para a concretização do acesso, a descentralização político-administrativa é uma das diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) para alcançá-la, através da descentralização dos serviços para os municípios e da regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde (BRASIL, 1990).

Após o lançamento de várias normas para a organização dos serviços de saúde, em 2006, no governo de Luís Inácio Lula da Silva foi aprovado o Pacto pela Saúde, um documento em que consta um conjunto de reformas institucionais pactuado entre as três esferas de gestão (União, Estados e Municípios) do SUS, com o objetivo de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão (BRASIL, 2006). Este documento contempla o Pacto firmado entre os gestores do SUS, em suas três dimensões: pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão.

O Pacto pela Gestão estabelece as diretrizes para gestão do sistema, dentre elas o da regionalização, que deve orientar a descentralização das ações e serviços de saúde e os processos de negociação e pactuação entre os gestores. Seus objetivos são garantir acesso, resolutividade e qualidade às ações e serviços de saúde, transcendendo a escala local e municipal; garantir o direito à saúde, reduzir desigualdades sociais e territoriais e promover

equidade; garantir a integralidade através de acesso a todos os níveis de complexidade do sistema; potencializar o processo de descentralização e racionalizar os gastos e otimizar os recursos (BRASIL, 2006).

Em 2011, mais de vinte anos após a criação do SUS, em face de lacunas legais quanto à organização do sistema, ao planejamento da saúde, à assistência à saúde e à articulação interfederativa, surge a necessidade de regulamentação de dispositivos da Lei nº 8.080, por meio do Decreto nº 7.508. Este documento estabelece para a organização do SUS, as Regiões de Saúde para provisão dos serviços, cumprindo a determinação constitucional de que o SUS é composto por uma rede regionalizada e hierarquizada. Essas Regiões de Saúde devem conter no mínimo ações de atenção primária, de urgência e emergência, de atenção psicossocial, de atenção ambulatorial especializada e hospitalar, e de vigilância em saúde (BRASIL, 2011b).

O Decreto nº 7.508 determina que o acesso universal, igualitário e ordenado às ações de saúde se inicia pelas Portas de Entrada do SUS e se completa na rede regionalizada e hierarquizada, de acordo com a complexidade do serviço (BRASIL, 2011a). O acesso ao SUS terá como portas de entrada a atenção primária, atenção de urgência e emergência, atenção psicossocial e os serviços especiais de acesso aberto (atendimento diferenciado por motivo de agravo e de situação laboral). O decreto estabelece a atenção primária como a porta de entrada prioritária. Os entes federativos poderão pactuar nas comissões intergestoras das novas portas de entrada (BRASIL, 2011b).

Apesar de todo aparato jurídico-legal que já foi criado para melhorar o acesso da população aos serviços de saúde, existem muitos fatores que influenciam de forma a não se concretizar o acesso universal no Brasil. Conhecê-los é fundamental para mudar a realidade existente. O estudo analisará quais são os elementos que dificultam ou facilitam o acesso dos usuários à rede de saúde do município de Recife.

Este estudo faz parte da pesquisa “Impacto na equidade de acesso e eficiência de redes integradas de cuidados em saúde na Colômbia e Brasil – Equity-LA” que foi realizada entre 2009 e 2013. O Equity-LA tem como objetivo principal analisar o impacto de diferentes tipos de Redes Integradas de Serviços de Saúde na equidade de acesso e na eficiência da provisão de atenção em saúde.

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo geral

Analisar os elementos que influenciam o acesso aos serviços de saúde na atenção primária de Recife na perspectiva de profissionais e usuários.

1.2.2 Objetivos específicos

- a) Conhecer a concepção de acesso para os profissionais entrevistados;
- b) Desvelar as barreiras e os elementos facilitadores do acesso aos serviços de saúde da atenção primária na visão dos profissionais e dos usuários;
- c) Descrever as sugestões de melhoria do acesso proposta pelos profissionais e usuários.

2 MARCO REFERENCIAL

2.1 Acesso no Brasil

Durante a década de 90, os países da AL implementaram processos neoliberais propondo a reforma do aparelho de Estado e da reformulação das políticas sociais, exigindo a redefinição do seu papel, o qual delega para o setor privado a produção de bens e serviços públicos e transforma-se em promotor e regulador das atividades econômicas. Outros aspectos do processo específico de reforma seriam: o ajuste fiscal, a liberalização comercial e as privatizações. Na saúde, em particular, isto teria significado a subordinação do setor às avaliações de custo-efetividade (BIANQUIN, 2008).

Considerando a importância das avaliações, Guzmán Urrea (2009) também concorda que as decisões em saúde devem considerar a forma como os recursos da sociedade são utilizados e administrados, no entanto ele considera que é importante pensar esta questão para melhorar a atenção sanitária e não para sacrificar a qualidade dos serviços para obter apenas ganhos econômicos. É necessário reconhecer que a busca de eficiência pode ser um bem “meio” para melhorar o controle dos custos e da qualidade dos serviços, mas o problema é que as atuais reformas tem se convertido em um fim em si mesma que inclusive está acima de valores fundamentais como a equidade.

Resultante da configuração histórica regional e de mudanças mais recentes, os sistemas de saúde apresentam diversas formas de organização, em que se apresentam fragmentados com a existência de diversos subsistemas responsáveis pela proteção de diferentes grupos populacionais de acordo com a renda, a inserção pelo mercado de trabalho ou por uma característica biológica. Cada um deles tem regras diferentes de financiamento e ingresso no sistema, acesso a atenção à saúde e rede de serviços, diferenciados de acordo com a renda e a posição social. De forma geral, estão constituídos de um setor de seguro social, para a população que tem trabalho no mercado formal, um setor público que cobre em parte as pessoas em situação de pobreza e um setor privado utilizado pela população de renda mais alta através de planos de saúde privado ou pagamento direto (GIOVANELLA et al., 2012).

Para reforçar os modelos de sistemas de saúde que estão sendo construídos na América Latina, de acordo com Guzmán Urrea (2009), as instituições como o Fundo Monetário Internacional (FMI) e o Banco Mundial (BM), mantém a filosofia neoliberal de situar a saúde em âmbito do privado e em considerá-la em certas condições como tarefa

pública, orientando as políticas de saúde de acordo com o ajuste fiscal e, por outro lado, suas recomendações se limitam a assistência médica individual e não relaciona o processo de mudança no setor com estratégias que atuem nos determinantes sociais da saúde.

Mesmo sem êxito na redução das iniquidades em saúde, na melhoria do uso eficiente dos recursos e no aumento da qualidade dos serviços, o BM continua influenciando a tendência de padronização dos sistemas de saúde com premissas que se resumem em quatro eixos de intervenção: a) contenção do crescimento dos investimentos no setor saúde; b) separação das funções de provisão e financiamento; c) focalização do financiamento público somente para grupos vulneráveis; e d) racionamento da assistência médica, que gera uma racionalização e homogeneização da oferta (GARCÍA, 2001; LEVINO; CARVALHO, 2011).

De acordo com García (2001), para a construção do modelo de gestão do sistema, é importante identificar quais são os princípios e valores que guiam o sistema em cada país. Na maioria dos países apontou-se à consolidação dos sistemas públicos de afiliação; no entanto, foram muito poucas (talvez só as de Brasil e Colômbia) as reformas que apontaram à universalização do sistema.

Com relação ao princípio da equidade, todos os sistemas da região se propõem a concretizá-la, mas as medidas específicas para a atingir têm sido escassas. Alguns países têm conseguido avançar em equidade no acesso, principalmente os que buscaram a universalidade. Por outro lado, em outros 17 países, escolheram por incorporar cestas básicas de serviços de saúde, o qual de alguma maneira homogeneiza o acesso aos serviços (GARCÍA, 2001).

No entanto, de acordo com Guzmán Urrea (2009), com o intuito de se buscar a racionalidade econômica para obter a maximização dos recursos financeiros dos programas de saúde, a partir do enfoque “utilitarista” da justiça sanitária, se rejeita o princípio da “igualdade de oportunidades”, pois não se considera que as pessoas podem ter diferenças no estado de saúde por motivos como a idade, o gênero, a raça ou as condições econômicas, sociais e culturais, e sacrifica a equidade em favor da eficiência, já que sempre se opera sobre a base de que o importante é a maximização dos benefícios em saúde globais e não os individuais, isto faz que se produzam importantes inequidades no acesso e uso dos serviços sanitários.

As reformas realizadas, durante a década de 90, nos sistemas de saúde em diversos países da América Latina, tiveram como proposta a implantação das Redes Integradas dos Serviços de Saúde (RISS). As RISS são definidas como um conjunto de organizações que oferece, de forma direta ou através da compra, serviços de saúde continuamente a uma população estabelecida, e que se responsabiliza pelos custos e resultado em saúde de sua

população (SHORTELL; GILLIES; ANDERSON, 1994). A implantação dessas redes tem como objetivos intermediários o acesso à atenção a saúde, a continuidade assistencial e a coordenação assistencial. E os objetivos finais são a equidade de acesso e a eficiência dos serviços de saúde (VÁZQUEZ et al., 2009).

Durante este processo de implantação das redes, talvez o objetivo mais presente na agenda política de reformas do setor saúde na região tem sido a descentralização. Ainda se sabe pouco sobre os resultados destes processos, pois os modelos de descentralização são muito diversos. Sob o nome de vários processos a descentralização abrange a municipalização, a distritalização, a transferência de serviços às jurisdições departamentais das províncias ou a delegação de autonomia da gestão para hospitais (GARCÍA, 2001).

No Brasil, outra importante estratégia para a concretização das redes é a regionalização e um dos mecanismos de operacionalização é através do estabelecimento das Regiões de Saúde, que deve organizar a rede de ações e serviços de saúde a fim de assegurar a universalidade, equidade e integralidade do cuidado. Essas Regiões são organizadas através de recortes territoriais inseridos em espaços geográficos contínuos. A responsabilidade de organizá-las é dos gestores municipais e estaduais, tendo como base a existência de identidades culturais, econômicas e sociais, assim como de redes nas áreas de comunicação, infra-estrutura, transportes e saúde (BRASIL, 2006, 2007).

Em 2010, através da Portaria nº 4.279, as redes de saúde definem a organização das Redes de Atenção à Saúde, que é uma estratégia para superar a fragmentação da atenção e da gestão nas regiões de saúde (BRASIL, 2010).

A Rede de Atenção à Saúde é definida como um arranjo organizativo de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. Tem como objetivo promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como melhorar o desempenho do sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária, e eficiência econômica (BRASIL, 2010).

Outra definição de redes de atenção à saúde usada por Silva e Magalhães Júnior (2008), que foi estabelecida antes da Portaria nº 4.279, é que elas representam uma malha que interconecta e integra os estabelecimentos e serviços de saúde de determinado território, organizando-os sistematicamente para que os diferentes níveis e densidades tecnológicas de

atenção estejam articulados e adequados para o atendimento ao usuário e para a promoção da saúde.

A finalidade da rede para Santos (2008) é interligar os serviços para melhorar a sua eficiência e diminuir os custos, expandir o acesso, interligar as políticas sociais intersetoriais, para obter ganhos na qualidade, eficiência, economicidade e atingimento de seus fins.

Para Silva (2011) as redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde oferecem as condições estruturais mais adequadas para efetivação da integralidade da atenção e reduzem os custos dos serviços por imprimir uma maior racionalidade sistêmica na utilização dos recursos. A aplicabilidade do princípio da integralidade torna-se ainda mais importante quando se considera o progressivo crescimento das doenças crônicas em decorrência do envelhecimento da população brasileira e de mudanças no estilo de vida contemporâneo. Para atender a essas necessidades, os serviços precisam estabelecer vínculos mais estáveis e duradouros com os usuários e instituir mecanismos que assegurem longitudinalidade, através de linhas de cuidado que abranjam prevenção e promoção e orientem os usuários no seu caminhar nas redes de atenção à saúde.

Para o autor acima citado, com relação à otimização dos recursos, as redes de atenção à saúde têm sido consideradas um importante fator de racionalização de gastos e melhor aproveitamento da oferta assistencial disponível. Em sistemas com essa organização, os recursos podem ser mais bem aproveitados desde que sejam aperfeiçoados os mecanismos de incorporação tecnológica e de acesso dos usuários aos diferentes serviços (SILVA, 2011).

Mesmo com o aparato legal existente, a regionalização acaba se defrontando com duas questões: o caráter de nossa federação e das formas de financiamento da saúde, que tornam os municípios e os estados competitivos entre si na arrecadação de recursos e a distribuição altamente desigual dos equipamentos de saúde, principalmente os de maior complexidade tecnológica. Assim sendo, mesmo com a expansão da atenção primária à saúde (APS) promovida por meio da estratégia de saúde da família (ESF), com expressiva expansão da cobertura, não é acompanhada da suficiente retaguarda de cobertura de outros níveis de atenção (secundário e terciário), uma vez que os investimentos nesses tipos de equipamento vêm sendo quase nulos (COHN, 2009).

Outros desafios existentes para a organização das redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde são a insuficiência de recursos decorrentes do baixo financiamento público, os processos de formação e educação e seus reflexos na disponibilização dos profissionais para o sistema público e as dificuldades inerentes à descentralização de ações e serviços de

saúde no contexto do pacto federativo brasileiro. Além disso, há a necessidade de aperfeiçoamento na gestão intergovernamental nas regiões de saúde para qualificar a pactuação de responsabilidades entre as esferas de governo e de qualificação da atenção primária à saúde para coordenar o cuidado e ordenar sua continuidade nos outros níveis do sistema (SILVA, 2011).

De acordo com a Portaria nº 4.279, para assegurar a resolubilidade na rede de atenção, um dos fundamentos que precisa ser considerado é o Acesso (BRASIL, 2010). Neste sentido, alguns autores apresentam várias teorias propostas a respeito dos fatores que influenciam o acesso da população aos serviços de saúde. E um dos que mais se destacam na literatura para analisar acesso é o modelo comportamental sobre uso dos serviços de saúde proposto por Andersen.

2.2 Acesso e o modelo comportamental sobre uso dos serviços de saúde

Um dos primeiros conceitos de acesso foi definido por Donabedian (1973 apud TRAVASSOS; MARTINS, 2004) que traz acessibilidade como um dos aspectos da oferta de serviços de saúde relativo à capacidade de produzir serviços e de responder às necessidades de saúde de uma determinada população. Refere-se às características dos serviços e dos recursos de saúde que dificultam ou facilitam o uso pelos prováveis usuários. Para este autor, o conceito de acesso vai além da entrada do usuário aos serviços, isto é, a acessibilidade indica o grau de desajuste entre as necessidades dos pacientes e os serviços e os recursos utilizados (DONABEDIAN, 1973 apud TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Para Donabedian (1973 apud TRAVASSOS; MARTINS, 2004) há duas dimensões de acessibilidade: a sócio-organizacional e a geográfica. A acessibilidade sócio-organizacional inclui todas as características da oferta de serviços, com exceção dos aspectos geográficos, que obstruem ou aumentam a capacidade das pessoas no uso de serviços. E a acessibilidade geográfica relaciona-se ao espaço que pode ser medido pela distância linear, distância e tempo de locomoção, custo da viagem, entre outros (DONABEDIAN 1973 apud TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Acesso é definido por Perchansky e Thomas (1981) como um conceito que representa o grau de ajuste entre os pacientes e os serviços de saúde. Ele é definido através de cinco dimensões: 1) disponibilidade: é a relação entre o volume e o tipo de serviços com as necessidades dos usuários, visto através da quantidade adequada de profissionais, da

facilidade de haver clínicas e hospitais e de programas e serviços de saúde mental e cuidados de emergência; 2) acessibilidade: é a relação da distribuição geográfica dos serviços de saúde e dos usuários, em que se considera os recursos para o transporte e o tempo de viagem gasto; 3) adequação: é a relação entre o modo que os recursos existentes são organizados para o atendimento dos usuários, incluindo o horário das unidades, o funcionamento das instalações das unidades, os serviços de telefonia, e a capacidade de adequação dos usuários a estes fatores; 4) capacidade de pagamento: é a relação entre as formas de financiamento dos serviços e a possibilidade das pessoas pagarem o serviço; 5) aceitabilidade: é a relação entre as atitudes dos usuários e profissionais de saúde em relação às características e práticas de cada um (PERCHANSKY; THOMAS, 1981; TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Outro autor, Frenk (1985), traz o conceito de acessibilidade como sendo o grau de ajuste entre as características da oferta de serviços de saúde e as características da população no processo de busca e obtenção de atenção assistencial. Ele diz que o domínio da acessibilidade se limita ao processo de buscar e receber a atenção a saúde. Nesta busca, há um conjunto de obstáculos, que Frenk denomina de resistência, e há as capacidades correspondentes da população para superar estas dificuldades e que denominou de poder de utilização.

Frenk (1985) classifica os obstáculos em três grandes grupos: 1) obstáculos ecológicos que se relaciona com a localização geográfica das unidades de saúde, com as consequências que ocorrem devido às distâncias a serem percorridas até os serviços e o tempo de transporte; 2) obstáculos financeiros, que se refere a questão dos custos para obtenção da assistência; 3) obstáculos organizativos que está relacionado com os modos de organização dos recursos e subdivide-se em obstáculos para a entrada e os obstáculos existentes no interior dos estabelecimentos para obtenção de atendimento.

De acordo com Starfield (2002), há diferença entre acessibilidade e acesso. A acessibilidade possibilita que as pessoas cheguem aos serviços, está relacionado com a estrutura do sistema ou da unidade de saúde, enquanto acesso é a forma como as pessoas percebem a acessibilidade de seu serviço de saúde. Os dois conceitos podem ser avaliados através do ponto de vista tanto dos usuários quanto da unidade de atenção à saúde.

Outro modelo conceitual de acesso, desenvolvido por Dixon-Woods et al (2006), enfatiza a construção do núcleo de organização dos serviços de saúde a partir do perfil dos usuários. Este perfil orienta como devem ser escolhidas as pessoas que devem ser atendidas nos serviços de saúde. Estes autores sugerem que os serviços de saúde sejam caracterizados a

partir de sua "permeabilidade", para se referir a facilidade com que as pessoas tem de utilizar os serviços. Eles classificam os serviços em porosos quando exigem poucas exigências para usá-los e mobilização de menos recursos, por exemplo, os serviços de emergência e acidentes, já os serviços menos permeáveis exigem um maior grau de alinhamento cultural entre eles e seus usuários, como, por exemplo, conseguir atendimento ambulatorial especializado.

Em um artigo escrito por Sanchez e Ciconelli (2012) há uma descrição de quatro dimensões do acesso: disponibilidade, capacidade de pagamento, aceitabilidade que foram conceituadas por Perchansky e Thomas (1981) e já citadas nesta dissertação, e traz outra dimensão considerada importante na compreensão de acesso que é a informação que retrata o grau de assimetria entre o conhecimento do paciente e do profissional de saúde. Eles afirmam que a percepção individual de saúde e doença, a subjetividade que permeia os critérios de escolha no contexto da saúde e as preferências individuais são determinantes da escolha realizada pelo indivíduo em relação à sua saúde. No entanto se o conhecimento for precário ou ausente impedirá que o indivíduo realize as escolhas mais adequadas para a sua necessidade. A informação pode determinar a lacuna entre a oportunidade de utilização e a real utilização dos serviços de saúde.

Outro modelo teórico sobre acesso é o modelo comportamental sobre o uso dos serviços de saúde proposto por Andersen. Este autor e Newman (1973) observaram que a análise dos determinantes de utilização da assistência médica estava recebendo cada vez mais atenção, que parecia resultar do aparecimento de valores sociais e percepções, incluindo: (1) um consenso crescente de que todas as pessoas têm o direito à assistência médica, independentemente de sua capacidade de pagar por esse atendimento, (2) a crença geral de que certos grupos da população, não estavam a receber cuidados médicos comparável em termos de qualidade e quantidade que se encontrava disponível para o restante da população, (3) altas expectativas quanto à extensão que os cuidados médicos podem contribuir para o nível de saúde geral da população e (4) a consternação pública sobre "a crise na assistência médica" estimulados pelo rápido aumento dos preços e a insatisfação crescente com a disponibilidade de serviços (ANDERSEN; NEWMAN, 1973).

Até aquele período, a maioria dos estudos empíricos e teorias sobre a utilização dos serviços de saúde dava mais atenção às características individuais, e menos atenção era dada ao impacto social. Tais autores apresentam um quadro teórico, figura 1, para a visualização da utilização dos serviços de saúde, enfatizando a importância das: (1) características dos sistemas de serviços de saúde, (2) mudanças na tecnologia médica e as normas sociais

relativas à definição e tratamento da doença, e (3) determinantes individuais da utilização. Este quadro leva em consideração tanto os determinantes sociais e os individuais (ANDERSEN; NEWMAN, 1973).

A figura 1 mostra que os determinantes sociais de utilização afetam os determinantes individuais, tanto diretamente como através do sistema de serviços de saúde. Vários determinantes individuais influenciam os serviços de saúde usados pelo indivíduo. Os principais determinantes sociais que influenciam a utilização dos serviços de saúde são as tecnologias e as normas sociais (ANDERSEN; NEWMAN, 1973).

Um sistema nacional de saúde é composto por duas grandes dimensões: os recursos e a organização. Os recursos são o trabalho e o capital para o setor, incluído os profissionais de saúde, educação para os profissionais, os equipamentos e materiais usados na prestação de serviços de saúde. A dimensão recursos inclui o volume total de recursos em relação à população servida e a maneira como os recursos estão geograficamente distribuídos dentro de um país (ANDERSEN; NEWMAN, 1973).

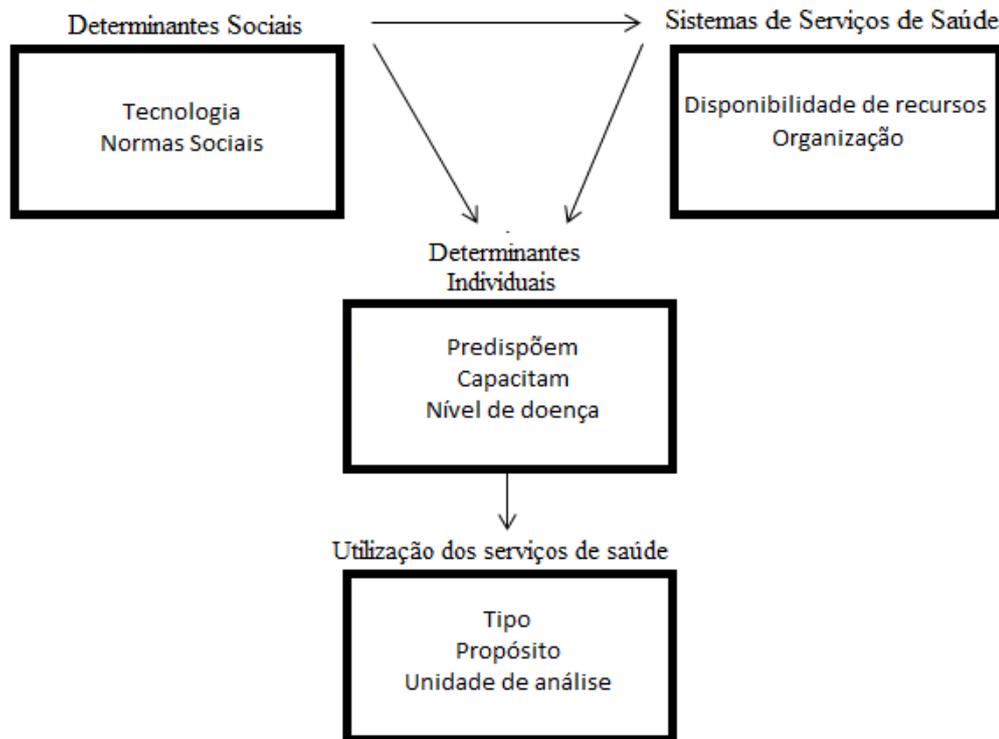
No modelo proposto por Andersen e Newman (1973), a organização descreve o que o sistema faz com seus recursos. Refere-se ao modo como os profissionais de saúde e as instalações são coordenados e controlados no processo de prestação de serviços de saúde. A dimensão organização inclui o componente acesso, que se refere ao meio através do qual o paciente entra no sistema de assistência médica e continua o processo de tratamento, e o componente estrutura lida com as características do sistema que determinam o que acontece com o paciente ao entrar para o sistema, por exemplo: a natureza das práticas médicas dos profissionais da atenção primária, os processos de encaminhamento para outras fontes de cuidados, os meios de admissão no hospital, características de manutenção do hospital, e da disposição e cuidado dos doentes após a internação (ANDERSEN; NEWMAN, 1973).

Na figura 1, com relação aos determinantes individuais, o uso dos serviços depende de: (1) a predisposição do indivíduo a utilizar os serviços (2); sua capacidade para assegurar os serviços, (3) o nível de sua doença. A propensão do indivíduo a utilizar os serviços pode ser prevista por características individuais como idade, sexo, as crenças, educação, ocupação. Outra condição para o uso dos serviços é a capacidade para assegurar os serviços, pois mesmo que os indivíduos possam estar predispostos à utilização de serviços de saúde, alguns meios devem estar disponíveis para que eles façam-no, que pode ser medido por exemplo pela renda, pelo nível de cobertura de seguro saúde (ANDERSEN; NEWMAN, 1973).

De acordo com Andersen e Newman (1973), além de atributos da família, certas características da comunidade em que vive a família também pode afetar a utilização dos serviços. Um exemplo é a quantidade de unidades de saúde na comunidade. Se os recursos são razoavelmente abundantes e pode ser usado sem ter filas, eles podem ser usados com mais frequência pela população. A utilização dos serviços por parte do indivíduo também pode ocorrer pelo nível de doença. Isto pode ser a partir da sua percepção ou da família de estar adoecendo ou a probabilidade de adoecer. Além disso, uma avaliação clínica está também incluída no modelo uma vez que o indivíduo procura atendimento no sistema formal e a natureza e a extensão desse cuidado é em parte determinado pela avaliação.

O último componente da figura 1 é o da utilização de serviços de saúde. Pode ser analisado pelo tipo de serviços de saúde que podem ser buscados, como o atendimento médico, odontológico, hospitalar; pelo propósito, a finalidade de busca do serviço e a unidade de análise, que pode ser descrita através do contato que se refere à existência ou não de uma pessoa entrar no sistema de cuidados médicos em um determinado período de tempo; do volume que se refere ao número de contatos e revisita num determinado tempo e pelo episódio do cuidado, que é uma tentativa de descrever uma experiência de adoecer em particular e toda a assistência médica associada a essa experiência (ADAY; ANDERSEN, 1974; ANDERSEN; NEWMAN, 1973;).

Figura 1 - Quadro para exibir a utilização dos serviços de saúde (Marco para estudo da utilização dos serviços de saúde)



Fonte: Andersen e Newman (1973).

De acordo com Aday e Andersen (1974), dois temas principais a respeito do conceito de acesso aparecem na literatura. Alguns pesquisadores tendem a equiparar o acesso com características da população (renda familiar, cobertura de seguro, atitudes em relação ao atendimento médico) ou com os sistemas de serviços de saúde (a distribuição e organização de mão de obra e instalações, por exemplo). Outros argumentam que o acesso pode ser melhor avaliado através de resultado de indicadores de passagem do indivíduo por meio do sistema, como a utilização de taxas ou índices de satisfação. Essas medidas, argumentam eles, permitem a "validação externa" da importância do sistema e das características individuais.

Na década de 70, de acordo com Lu Ann Aday e Ronald Andersen (1974), vários programas, por exemplo, o Medicaid, Medicare, o seguro nacional de saúde, e educação em saúde e programas de nutrição, foram lançados nos Estados Unidos com o objetivo de alcançar a igualdade de acesso à assistência médica. No entanto o que o conceito "Acesso" significa, muito menos como ele podia ser medido e que métodos utilizados para avaliá-lo, era mal definido. O acesso era mais uma política do que uma ideia operacional. Ele tem há algum tempo pelo menos uma meta implícita ou expressão da política de saúde, mas poucas foram as tentativas feitas para fornecer definições sistemáticas empíricas ou conceituais de acesso que

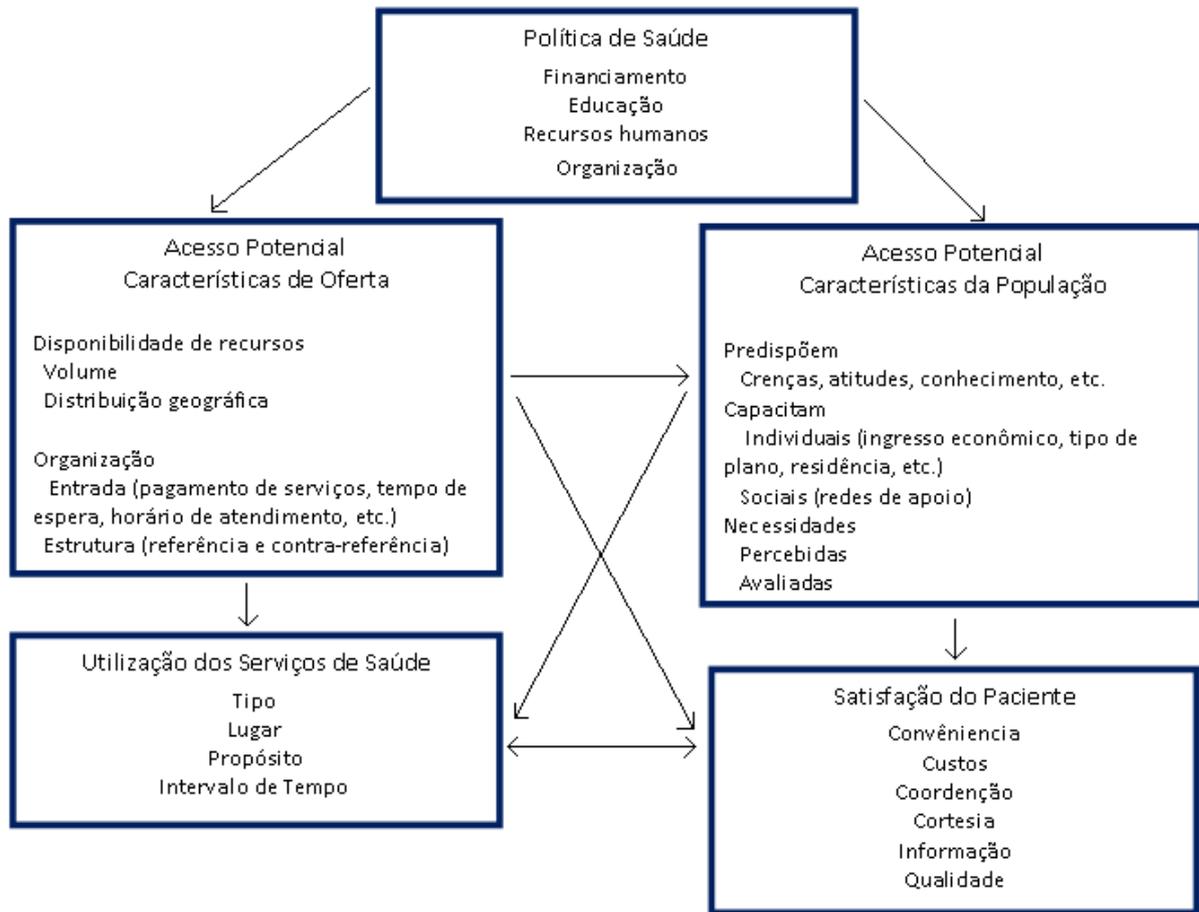
permitiria aos gestores e consumidores de realmente monitorar a eficácia de vários programas em cumprir essa meta.

Com o intuito de continuar o estudo sobre a questão do acesso aos cuidados médicos, os autores acima citados apresentam a figura 2, em que há uma ampliação do quadro de estudo de utilização dos serviços proposto por Andersen e Newman.

Aday e Andersen (1974) consideram que a política de saúde tem como uma das metas a melhoria do acesso aos cuidados de saúde. Os fatores que influenciam a questão do acesso relacionados a política de saúde são o financiamento, a educação, os recursos humanos e a organização.

Outro ponto importante para análise do acesso incluído na figura 2 é a satisfação do paciente com assistência médica. As dimensões de satisfação que parecem importantes para considerar são a satisfação com a conveniência de cuidados, a sua coordenação, os custos, a cortesia mostrada pelos prestadores, a informação dada ao paciente sobre como lidar com sua doença, e seu julgamento quanto à qualidade dos cuidados que recebeu (ADAY; ANDERSEN, 1974).

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



Fonte: Aday e Andersen (1974).

Na década de 80, o modelo evoluiu, reconhecendo que os serviços de saúde devem manter e melhorar o estado de saúde da população, tanto no que se refere à saúde percebida pela população, como a avaliada por profissionais. O modelo também reconhece o ambiente externo (incluindo os componentes físico, político e ambiental) como um importante ponto para a compreensão do uso dos serviços de saúde. Ainda nessa fase, foi introduzida a ideia de que práticas de saúde pessoais como dieta e exercícios interagem com o uso dos serviços para influenciar nos resultados de saúde (ANDERSEN, 1995).

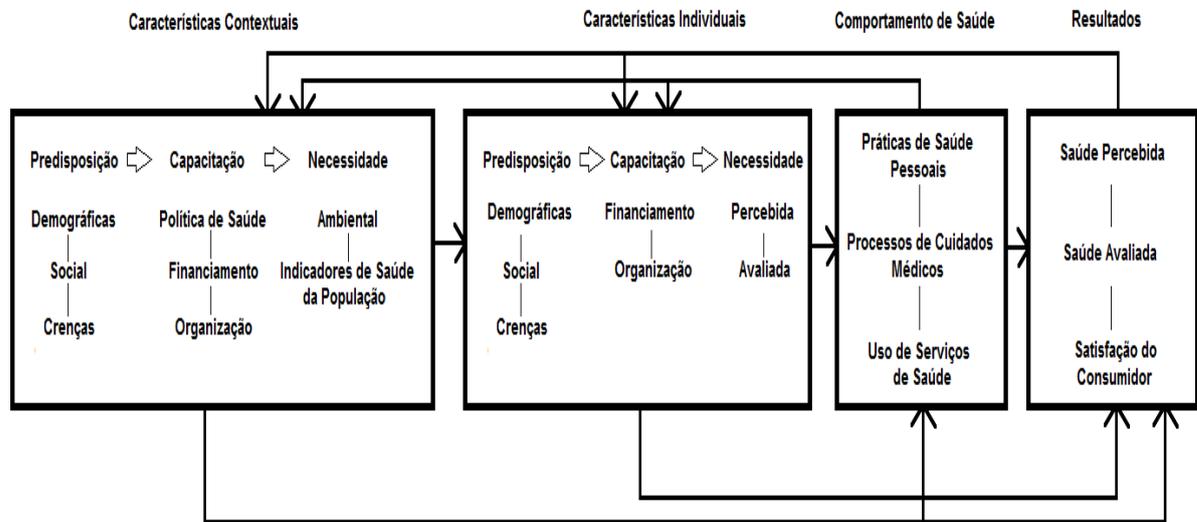
Para Andersen (1995), o acesso é uma medida de política de saúde relativamente complexa e pode ser razoavelmente definido em termos multidimensionais usando conceitos do modelo comportamental. O acesso potencial é definido como a presença de recursos que possibilita os meios para a utilização e aumenta a probabilidade de utilização dos serviços. E o acesso realizado é o paciente fazer o uso real dos serviços.

Nesse período também teve no modelo a inclusão de resultados do estado de saúde que permite estender as medidas de acesso as dimensões: o acesso efetivo e o acesso eficiente. O acesso efetivo é estabelecido quando os estudos de utilização mostram que o uso melhora o estado de saúde ou a satisfação do consumidor. O acesso eficiente mostra o nível do estado de saúde ou aumenta a satisfação em relação à quantidade de serviços de saúde utilizados (ANDERSEN, 1995).

Numa quarta fase, o modelo enfatiza a natureza dinâmica de um modelo de utilização de serviços de saúde, que inclui a evolução do estado de saúde. Este modelo retrata as influências múltiplas sobre o uso de serviços de saúde e, posteriormente, no estado de saúde. Ele também inclui o feedback mostrando que o resultado pode afetar os fatores predisponentes, capacitantes e de necessidade de serviços de saúde pela população (ANDERSEN, 1995).

A última fase do modelo, mostrada na figura 3, salienta que a compreensão da utilização de serviços de saúde é realizada focando os determinantes contextuais e individuais. As características contextuais são medidas em nível de agregado, em vez do nível individual e incluem a organização de saúde e fatores relacionados aos prestadores de saúde e as características da comunidade. Nesta fase também foi incluído o processo de cuidados médicos para ser analisado com relação aos tipos de comportamento de saúde das pessoas, além do uso de serviços de saúde e práticas de saúde pessoais. Este comportamento é a interação entre os profissionais com os pacientes na prestação de cuidados médicos (ANDERSEN, 2008).

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



Fonte: Andersen (2008).

2.3 Elementos que influenciam o acesso

De acordo com a portaria 4.279, para assegurar a resolutividade na rede de atenção, um dos fundamentos que precisa ser considerado é o Acesso, que pode ser analisado através da disponibilidade, que diz respeito à obtenção da atenção necessária ao usuário e sua família, tanto nas situações de urgência/emergência quanto de eletividade; da comodidade que está relacionada ao tempo de espera para o atendimento, a conveniência de horários, a forma de agendamento, a facilidade de contato com os profissionais, o conforto dos ambientes para atendimento, entre outros; e da aceitabilidade que está relacionada à satisfação dos usuários quanto à localização e à aparência do serviço, ao tipo de atendimento prestado e, também, a aceitação dos usuários quanto aos profissionais responsáveis pelo atendimento (BRASIL, 2010).

Segundo Jesus e Assis (2010), a compreensão sobre o acesso também instrumentaliza os gestores para o uso de dispositivos do planejamento que possibilita a ampliação dos serviços de saúde. Segundo os autores, os dispositivos são embasados nas dimensões analíticas do acesso que são a econômica, a técnica, a política e a simbólica. A dimensão econômica tem como pilar de sustentação a relação equilibrada entre oferta e demanda. Na dimensão tecnoassistencial, a organização hierarquizada das redes e a regionalização são dispositivos do planejamento para viabilizar o acesso. Já a dimensão política acontece através

da participação cidadã e pelo controle social, que intervém sobre o sistema de saúde e sobre as práticas de trabalho e da gestão. Na dimensão simbólica, através do conhecimento das representações sociais que descrevem uma definição de acesso, a depender das concepções sobre a saúde, a doença e o processo saúde/doença, podem ser planejados caminhos diferentes de intervenção para garantir a entrada do usuário no sistema de saúde (JESUS; ASSIS, 2010).

Outra dimensão, citada por Assis e Jesus (2012) no modelo de análise de acesso universal aos serviços de saúde, é a organizacional, que se sustenta na capacidade dos serviços de saúde em dar respostas objetivas aos problemas demandados pelos usuários. Para tanto, é necessário fortalecer a “porta de entrada” no nível básico da atenção, demarcando os fluxos dos atendimentos organizados a partir das demandas epidemiológica, sanitária e social.

Para Hortale, Pedroza e Rosa (2000) para a construção e operacionalização de um modelo de análise de sistemas de serviços de saúde deve-se considerar a dimensão social e política. Na dimensão social, o acesso é considerado como a categoria fundamental, independente das justificativas que possam ser dadas para a sua não-efetivação (custos excessivos, habilidade técnica, características da organização, etc.). O acesso deve funcionar no modelo como uma categoria-valor, ou seja, uma referência a ser atingida em qualquer serviço e ser o orientador de todas as políticas. Na dimensão política, a descentralização é uma condição necessária para melhorar o acesso, a adequação da resposta social, a participação, a qualidade, a sustentação e a equidade no campo da saúde.

De acordo com Giovanella e Fleury (1996) é na relação do usuário com os serviços que devem ser centradas as análises que busquem conhecer como o direito à saúde se expressa concretamente no cotidiano das pessoas e o acesso é a categoria central para a análise dessas inter-relações.

Os fatores que podem afetar a oferta de serviços para o acesso dos usuários de acordo com Travassos, Oliveira e Viacava (2006) são a disponibilidade de serviços e sua distribuição geográfica, a disponibilidade e a qualidade dos recursos humanos e tecnológicos, os mecanismos de financiamento, o modelo assistencial e a informação sobre o sistema.

Para Goddard (2009) é comum considerar que as barreiras surgem tanto a partir de características e comportamentos do "lado da demanda" - como crenças em saúde, comportamento de busca de saúde, o nível de dos custos implícitos ou explícitos de utilização tanto como das características do "lado da oferta", como a qualidade dos serviços, a disponibilidade de informações sobre os serviços e as atitudes, crenças e normas culturais dos profissionais de saúde. Para esta autora as políticas de acesso apenas dará certo se houver a

compreensão das barreiras específicas de acesso que estão na origem dos problemas e elas podem aparecer em qualquer etapa dos processos de busca de atenção para as necessidades de cuidados de saúde.

Para Starfield (2002) um fator que influencia o acesso é a questão do financiamento. Quando os custos da atenção estão muito altos, os formuladores de políticas recorrem a mecanismos para haver a divisão dos custos com os usuários dos serviços. Isto pode ser feito através da exigência do pagamento de uma parte dos custos do prêmio do seguro ou através da divisão dos custos na forma de co-pagamentos ou deduções. Estes mecanismos estimulam uma redução na demanda.

Outro elemento que Assis e Jesus (2012) também chamam a atenção é a questão da equidade e a consequente “discriminação positiva” para superar as desigualdades injustas através da formulação e a implementação de determinadas ações. Apesar de políticas de saúde para grupos específicos gerar polêmica por ser a princípio contrária à universalidade defendida na Carta Magna, para alguns dos grupos há a necessidade de condições de acesso aos serviços de saúde diferenciados, por exemplo, para pessoas que apresentam evolução agressiva da patologia, ou grande potencial de contágio, que necessitam de diagnósticos e intervenção precoce. A população penitenciária também é outro grupo que apresenta situações de iniquidades de acesso mais críticas, em que há uma modulação do acesso ao serviço baseada em critérios estranhos à saúde. A questão de gênero também coloca como um diferencial ao acesso de serviços de saúde em muitos estudos de demanda, em que há o privilégio a população feminina.

Para a identificação da natureza das barreiras e a forma em que as interações entre os usuários e profissionais de saúde afetam o acesso é necessário que sejam feitas pesquisas em pequena escala que usem metodologias qualitativas para que depois se façam generalizações além do contexto de estudo específico. 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 (GORDDARD, 2009).

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Este estudo é um recorte da pesquisa “Impacto na equidade de acesso e eficiência de Redes Integradas de Serviços de Saúde na Colômbia e Brasil – Equity-LA”, que tem como um dos objetivos específicos estabelecer as opiniões dos atores-chave sobre o acesso a redes integradas de serviços de saúde. No Brasil, foram escolhidas três redes dos municípios de Recife, Paulista e Caruaru do Estado de Pernambuco.

3.1 Desenho do estudo

Trata-se de um estudo de caso, com abordagem qualitativa. Os estudos de caso utilizam estratégias de investigação qualitativa para mapear, descrever e analisar o contexto, as relações e as percepções a respeito da situação, fenômeno ou episódio em questão (MINAYO, 2010, p. 164). Tal tipo de estudo pode evidenciar o rumo de um processo em curso ou maneiras de interpretá-lo. No caso desta pesquisa foi usado para compreender os esquemas de referência e as estruturas de relevância relacionadas a um evento ou fenômeno por parte de grupos específicos; esclarecer os fatores que interferem em determinados processos e também possibilitar comparações (MINAYO, 2010). O desenho deste estudo segue o que foi estabelecido na metodologia da pesquisa “Impacto na equidade de acesso e eficiência de redes integradas de cuidados em saúde na Colômbia e Brasil - Equity-LA” (VÁZQUEZ, 2013).

3.2 Área do estudo

Esta dissertação apresenta os resultados encontrados no estudo desenvolvido na cidade de Recife. Este município foi selecionado como caso do projeto por apresentar as seguintes características: é sede de uma macrorregional de saúde; apresenta uma rede de saúde que proporciona continuidade na assistência (atenção primária e especializada) à população adstrita; uma distinta proporção de titularidade da rede pública e conveniada (privada); diferentes modalidades de gestão (municipal, estadual e organizações sociais) e distinta proporção da população coberta por equipes de saúde da família (Esf). Entre os seis Distritos Sanitários (DS), foi selecionado o DSIII por ser um dos que possuem uma estrutura que contempla a população com serviços de atenção primária, média e alta complexidade, e dentro

dele, selecionou-se a microrregião 3.3 com base nos seguintes critérios: ser a menos favorecida do ponto de vista socioeconômico, todos os bairros dessa microrregião possuem unidades de atenção primária, e há diferentes graus de dificuldades de acesso ao segundo nível de atenção.

O município de Recife é dividido em 6 Regiões Político-Administrativa (RPA), que seguem a lógica da territorialização que se caracteriza pelo delineamento de um território levando em consideração um perfil demográfico, epidemiológico, administrativo, tecnológico, político, social e cultural em permanente construção. Para a secretaria municipal de saúde cada RPA corresponde a um Distrito Sanitário. Cada um destes estão subdivididos em três microrregiões, que agregam bairros com semelhança territorial (CISNEIROS et al, 2011).

O Distrito Sanitário III (DS III) localiza-se ao noroeste de Recife e seu território está dividido em 29 bairros. É o mais extenso da cidade, representando aproximadamente 37% da superfície de Recife com 81.751 km² (VÁZQUEZ, 2013). É o segundo distrito sanitário mais populoso com 312.981 habitantes, o que corresponde a 20% da população de Recife (VÁZQUEZ, 2013).

Dentro do distrito foi escolhida a microrregião 3.3 para ser realizada a busca dos dados. Esta microrregião tem uma população residente de 110.502 habitantes, que representa 7% da população da cidade (VÁZQUEZ, 2013). É formada por 08 bairros, são eles: Pau ferro, Córrego do Jenipapo, Brejo da Guabiraba, Macaxeira, Brejo de Beberibe, Guabiraba, Nova Descoberta e Passarinho. Os três últimos estão entre os dez mais pobres do Recife (CAVALCANTI; LYRA; AVELINO, 2008).

A rede de serviços de saúde do Distrito Sanitário III compreende a atenção primária, atenção especializada e alta complexidade. A microrregião proporciona diretamente alguns serviços públicos de atenção primária através da ESF para 68% de sua população, além de atendimento de clínica geral, pediatria, ginecologia, odontologia e serviços de enfermagem nas unidades básicas tradicionais, com a existência de 13 Unidades de Saúde da Família (USF), 25 equipes de saúde da família (Esf), 14 equipes de saúde bucal (Esb), 2 equipes do Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS) e 2 unidades básicas tradicionais (UBT) . Na atenção especializada oferece para toda população do DS III alguns serviços em sua rede própria que se distribuem em centros de saúde, policlínicas, ambulatório especializado, maternidades e hospitais (VÁZQUEZ, 2013). Outros serviços são contratados, como por exemplo, exames especializados de radiologia, patologia clínica, ultrassonografia,

mamografia e endoscopia. A titularidade destes serviços é privada conveniada, e a área de abrangência, é o município de Recife (VÁZQUEZ, 2013).

Oferece atenção ambulatorial em saúde mental para sua população, e particularmente aos dependentes químicos em centros de atenção psicossocial (CAPS) e em Residências Terapêuticas (RT). Ainda em relação à dependência química tanto os CAPS, quanto as RT ainda realizam acompanhamento clínico e a reinserção dos usuários no trabalho, na família, na comunidade e no lazer. Na média complexidade na área de referência do DS III conta com três policlínicas, uma maternidade, um ambulatório especializado, um centro de saúde, três CAPS, duas residências terapêuticas, duas farmácias da família, e três hospitais (VÁZQUEZ, 2013). Na alta complexidade conta com um hospital referência para o estado de Pernambuco e mais dois estados do nordeste (Alagoas e Paraíba).

3.3 Sujeitos do estudo

Foram selecionados como sujeitos da pesquisa quatro grupos de atores-chave que poderiam ter uma opinião sobre o acesso ao longo da assistência contínua. As categorias e os critérios para a seleção desses profissionais foram:

- 1) **Gerentes de serviços de atenção primária e atenção especializada (média e alta complexidade)** que ocupam uma posição de direção na prestação de saúde;
- 2) **Profissionais administrativos**, que trabalhem em serviços de apoio dos prestadores relacionados com a coordenação do paciente com outros níveis assistenciais (admissões, atenção ao usuário, serviço de referência e contra referência de pacientes, trabalho social, auditoria médica, etc.), e antiguidade laboral na instituição superior a um ano;
- 3) **Profissionais de saúde de cada nível assistencial (médicos, enfermeiros e outros profissionais assistenciais)**, com tempo de trabalho no serviço de saúde de pelo menos seis meses;
- 4) **Usuários homens e mulheres (com e sem cobertura por equipes de saúde da família)**. Para os usuários cobertos, foram aplicados como critério ter utilizado o primeiro nível assistencial e tentado utilizar ou ter utilizado a atenção especializada

nos seis meses anteriores à entrevista; e para os usuários não cobertos, ter tentado utilizar algum serviço de saúde nos seis meses anteriores à entrevista. E em ambos os casos ser maior de 18 anos.

Os profissionais foram escolhidos das unidades prestadoras de serviços de saúde que foram selecionadas a partir dos seguintes critérios: prestadores de serviços existentes dentro e fora da área de estudo (rede virtual), de distintos níveis assistenciais (I, II e III nível) e que atendessem aos pacientes procedentes da área de estudo.

Foram realizadas 46 entrevistas: 9 gerentes, 6 profissionais administrativos, 8 profissionais da atenção primária, 9 profissionais da atenção especializada (média e alta complexidade) e 6 de usuários cobertos (3 do sexo feminino e 3 do masculino) e 8 usuários não cobertos (5 do sexo feminino e 3 do masculino) pela Estratégia de Saúde da Família.

Para assegurar o anonimato dos sujeitos na pesquisa, cada um deles foi identificado da forma que segue: gerentes (GE), profissionais administrativos (PA), profissionais de saúde da atenção primária (PSI), profissionais de saúde da atenção especializada (PSII), usuário coberto (USC), usuário sem cobertura (USD).

3.3 Técnicas, instrumentos e procedimentos da coleta de dados

As entrevistas com os profissionais e usuários foram realizadas individualmente, no período de outubro de 2009 a junho de 2011. Os dados foram coletados nas unidades de saúde em que os profissionais trabalhavam, nos domicílios dos usuários ou em um espaço escolhido pelo próprio entrevistado, por meio de entrevistas semi-estruturadas guiadas por um roteiro temático pré-estabelecido, específico para cada grupo de informantes (Anexo A), que incluía perguntas relacionadas ao acesso, e tiveram duração entre uma e três horas. Adotou-se o critério de saturação dos dados para definir a quantidade de entrevistas necessárias para realização da análise.

Apesar de não haver recusas por parte dos informantes para a realização das entrevistas, existiu a dificuldade de marcá-las devido à falta de horário na agenda dos profissionais. Outra dificuldade, durante o período de coleta, foi a rotatividade da equipe gerencial que levava a interrupção da continuidade do processo de trabalho. Além disto, a alta rotatividade de equipe de gestão produz a dificuldade de se encontrar pessoas com conhecimentos sobre a rede.

3.4 Técnicas, instrumentos e procedimentos de análise de dados

O referencial teórico-metodológico deste trabalho está fundamentado no modelo comportamental sobre o uso dos serviços de saúde proposto por Andersen (1973, 1974, 1995, 2008) e na análise do conteúdo de Bardin (2011).

Todas as entrevistas foram gravadas em meio digital e transcritas textualmente. *A priori* foram definidas quatro categorias teóricas: a concepção de acesso, barreiras do acesso aos serviços de saúde, elementos facilitadores no uso dos serviços de saúde e sugestões para melhoria do acesso. O processo de análise iniciou-se com ajuda do software Atlas TI 5.0. Os dados foram analisados por categoria de informantes. A partir das categorias teóricas emergiram algumas subcategorias.

Após o processo de segmentação e da definição de subcategorias, os dados foram analisados através da técnica de análise de conteúdo de Bardin (2011). Para este autor, a análise do conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que podem ser quantitativos ou qualitativos que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção, isto é, as variáveis inferidas, dessas mensagens (BARDIN, 2011, p.48). A modalidade de análise do conteúdo escolhida foi a análise temática, e segundo Minayo (2010), consiste em descobrir os núcleos de sentido que constituem uma comunicação, cuja frequência signifique algo para o objeto analisado.

3.5 Qualidade da informação

Para assegurar a qualidade da informação, realizaram-se a triangulação de dados através da realização de entrevistas com diversos atores e a triangulação do investigador através das análises que foram feitas por mais de um pesquisador, com o intuito de reduzir o viés de interpretação e, portanto, melhorar a consistência dos resultados.

3.6 Considerações éticas

A pesquisa “Impacto na equidade de acesso e eficiência de redes integradas de cuidados em saúde na Colômbia e Brasil - Equity-LA” foi 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 Recife e a Secretaria Estadual de Saúde, também permitiram a realização da pesquisa, através da assinatura do Termo de Anuência (Anexo C). 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

Neste capítulo são descritas sequencialmente a **concepção de acesso** para gerentes (GE), profissionais administrativos (PA) e profissionais de saúde (PSI e PSII), porque nas entrevistas realizadas com os usuários (USC e USD) não lhes foi perguntado sobre a concepção de acesso, pois a maioria dos participantes teve dificuldade em compreender o dito termo, cujo entendimento era aproximado do conceito de utilização dos serviços de saúde. Em seguida, **os elementos que influenciam no acesso**, isto é, as **barreiras e as oportunidades**, existentes nas **unidades de atenção primária**, emergidos dos discursos dos profissionais e usuários, e as **sugestões** dadas pelos informantes para a melhoria da rede de serviços de saúde de Recife.

4.1 Concepção de Acesso

Dos discursos dos profissionais emergiu que a concepção de acesso para a maioria das categorias está relacionada com o uso efetivo dos serviços, para alguns profissionais com a resolutividade, e com menos intensidade nos relatos, com a garantia da assistência integral e como um direito constituído.

Para todas as categorias dos profissionais, a concepção de acesso está relacionada com o uso efetivo dos serviços de saúde, está além da questão de se locomover e chegar à unidade, o acesso é a possibilidade de utilizar o serviço de saúde, de acordo com as necessidades do usuário e com celeridade para receber o atendimento.

É ter esse acesso ao cuidado, quer dizer essa possibilidade, essa concretude do cuidado, do acesso, em ser atendido nas suas necessidades em relação à saúde. (PA 4).

Acesso é a pessoa conseguir chegar, chegar e ser atendido, sem muita demora, de acordo com a necessidade dele.(PSI 3).

Já para outros informantes, o acesso está além do uso efetivo dos serviços, tem a noção de resolubilidade em que o usuário não apenas recebe o atendimento, mas também consegue uma resposta para o problema que o fez procurar a assistência à saúde.

O acesso que de fato corresponda às expectativas e que tenha resolutividade nas questões apresentadas de saúde, quer dizer não só o acesso ser um atendimento, mas um atendimento com resolutividade (PA 4).

Para poucos profissionais (PA e PSI), o acesso também é compreendido como a garantia de uma assistência integral para a população de acordo com a necessidade, não apenas em uma busca pontual numa unidade, mas em toda a trajetória em que for necessária para a completa assistência à saúde, usando os serviços de qualquer nível de complexidade, tanto a atenção primária, secundária e a terciária.

Eu entendo que o acesso não seria só esse primeiro atendimento, mas até que conseguisse ter um atendimento integral. [...] Ter também um acesso a outros níveis. Somente a um primeiro nível de assistência não resolveria (PA 6).

E também com menos intensidade nos relatos, mencionado por GE e PA, o acesso à saúde foi considerado um direito constituído, isto é, está na constituição brasileira, e que, além do atendimento, o usuário deve ter assegurado o acesso a medicamentos, a exames, a tudo que seja necessário para uma assistência integral à saúde.

Acesso pode ser não só atendimento, o acesso pode ser, ter condições de fazer exames, relacionados à, ter direito aos serviços, ter direito ao medicamento, ele ter tudo que ele precisa ter. Ser atendido, fazer exame, receber remédio, isso tudo é acesso (GE3).

4.2 Barreiras ao acesso aos serviços de saúde na Atenção Primária

Foram identificados vários aspectos que dificultam o acesso à atenção primária. Emergiram elementos relacionados com a gestão da rede de serviços de saúde, com os serviços e com algumas características da população. No que se refere aos **elementos relacionados com a gestão** que dificultavam o acesso emergiram a questão da influência política na gestão das redes e do subfinanciamento dos serviços de saúde. No que diz respeito aos **elementos relacionados com os serviços**, há os de **natureza estrutural** em que as barreiras pontuadas foram a cobertura insuficiente da ESF, a oferta insuficiente de consultas nas unidades básicas, o favorecimento de familiares nas marcações, a baixa qualidade de infra-estrutura física, a falta de médicos e de outros profissionais e a dificuldade de contratação, a falta de insumos, a dificuldade de acesso geográfico; e as barreiras de **natureza organizacional** que emergiram das entrevistas foram o quantitativo reduzido de visitas domiciliares, o longo tempo de espera para a marcação da consulta, o descumprimento do horário de trabalho e o horário de atendimento insatisfatório. Quanto aos **elementos**

relacionados com a população emergiram a questão da condição socioeconômica precária e da falta de informação sobre os serviços de saúde.

4.2.1 Barreiras ao acesso relacionadas com a gestão da rede

Emergiram poucas categorias a respeito de barreiras ao acesso relacionadas com a gestão e quase todas foram das entrevistas dos profissionais da atenção primária. Foram citadas barreiras relacionadas com a influência da política na gestão da rede e com o financiamento dos serviços.

De acordo com os profissionais da atenção primária, a influência política é uma barreira que altera a prioridade do uso dos recursos financeiros destinados à saúde. Há uma interferência na tomada de decisão para escolha de quais programas irão permanecer e muitas vezes mudam de acordo com a gestão que está no poder e não por critérios epidemiológicos. Como consequência muitos programas de saúde não tem a continuidade das suas atividades, o que dificulta a atuação dos profissionais e o seguimento do tratamento dos pacientes.

Porque aqui as coisas não têm continuidade, muda uma gestão, acaba. Eu mesmo fui treinada na outra gestão pra tabagismo. Ninguém mais falou em tabagismo. Cadê meu dipobiona, minha, minha nicotina de mascar e cadê meu adesivo? Cadê o programa? (PSI 5)

Ainda conforme a opinião dos PSI, a influência política também acontece no cotidiano das atividades dos serviços e afirmam que as decisões tomadas pelos profissionais de saúde, muitas vezes, favorecem a determinados usuários em detrimento de outros. Assim como o conselho de saúde, que, muitas vezes, aprova medidas que geram benefícios pessoais, com a intenção de conquistar um ganho de cunho político e não para proporcionar melhorias de acordo com a necessidade do sistema de saúde.

Aí tem as questões políticas também, alguns agentes de saúde favorecem alguns e outros favorecem a outros, tudo isso está junto. Eu acho que tudo isso também influencia. [...] A questão política também em muitos lugares complica. Tem conselho de saúde que interfere muito no processo, até numa forma positiva. Não estou dizendo que é... Às vezes, é positivo, mas, às vezes, é tão emaranhado de interesses ali, tão grande, que não é propriamente o interesse da saúde, das pessoas que tão naquela área. Existem outros interesses também. (PSI 4)

Um profissional da atenção primária também menciona a questão da influência política como barreira ao acesso que acontece no trabalho realizado pelos líderes nas comunidades. De acordo com o discurso, os líderes, muitas vezes, atuam para obter vantagens para os próprios interesses, em que fazem cobranças por melhorias, principalmente, em períodos que consigam se beneficiar politicamente, em vez de realmente realizar o controle social e exigir as modificações necessárias para qualificar os atendimentos nas unidades de saúde.

Essa questão da liderança, de organizar mesmo politicamente ainda também está muito politiqueria. Está muito arraigada a partidos. A gente não vê muita liderança da comunidade envolvida querendo melhorar, caminhando junto com o PSF. A gente vê muito essa questão ainda da política pequena. [...] O usuário ele não está pronto para algumas coisas dentro da política na comunidade. Então assim, ele vê ainda essa coisa da organização mesmo, como: Ah não, quando chegar a época de política, eu vou trabalhar na campanha. Então só se dar melhor quem vai trabalhar na campanha. Então a coisa funciona ainda de forma partidária, na época da eleição. Ela não funciona fora outras épocas, entendeu? (PSI 2)

A outra barreira relacionada à gestão, que emergiu principalmente dos discursos dos gerentes, foi a questão do financiamento dos serviços, em que foi colocado que há uma falta de recursos que impede a continuidade das ações nas unidades como resultado da insuficiente contrapartida de recursos repassados pelo governo federal para o fortalecimento da estratégia de saúde da família. A verba destinada à atenção primária é escassa para as despesas geradas para a manutenção da cobertura do programa e para investimentos em ampliação e melhoria da resolubilidade das equipes de saúde da família (Esf), com a consequente frustração e perda de credibilidade da população que depende dos serviços.

Falta a fixação da contra-partida federal mesmo, pra colaborar nessa fixação dessas equipes e a implementação dela. Muitas vezes você tem abrangência de 70% e 60% do PSF, mas qual a resolutividade deles, você precisa estar junto pra resolver, não só para estar junto. (GE 6)

Eu tive esse serviço (ortodontia), mas o serviço parou por falta de recurso. Ai fiquei triste porque o serviço tão bem feito, fui tão bem tratado, eu pensei que ia continuar, mas parou por falta de recurso. No dia que eu fui tinha uma maquinazinha que estava dando problema e eles estavam precisando de uma nova e parece que depois desse problema não teve mais solução, ninguém mandou dinheiro, não sei, não consertaram e parou e hoje não tem esse serviço.(USD 5)

Além disso, os profissionais pontuam que há uma aplicação maior de recursos nas práticas curativas, com estímulo ao investimento em tecnologias mais caras com a

manutenção do modelo biomédico e hospitalocêntrico, em vez de priorizar as ações de prevenção, atividades que deveriam ser priorizadas pelas equipes de atenção primária, com o intuito de diminuir o adoecimento e promover a saúde.

Hoje a gente sabe que mais da metade do orçamento do Ministério da Saúde vai para a doença, para o tratamento, para a medicação e não para a prevenção, eu acho que se a gente investisse mais em prevenção a gente teria menos doenças. (PA 5)

A ideia que eu tenho é que eles estão muito voltados pra assistência [...] Muito nitidamente que é muito voltada pra assistência secundária você ver eles querem aumentar o numero de hospitais, melhorarem, adquirir equipamentos de última geração, querem reformar hospitais de referência e a ponta? Eu acho que existe uma preocupação a nível de, até a nível de ministério mesmo que é muito voltada ainda com aquele sentimento de anos passado, muito voltada para a parte curativa. Ai eu acho que isso dificulta muito, enquanto eles não olharem, não tiverem um outro olhar pra atenção básica, a população não vai diminuir, não vai deixar de adoecer. (GE 1)

4.2.2 Barreiras ao acesso relacionadas com os serviços

Do discurso dos entrevistados emergiram barreiras de natureza estrutural e organizacional dos serviços do município que dificultam o acesso à atenção primária.

4.2.2.1 Elementos estruturais que limitam o acesso

Constituíram-se como elementos estruturais: a oferta dos serviços disponíveis; a qualidade da infra-estrutura física; a disponibilidade de recursos humanos; a disponibilidade de insumos e a acessibilidade geográfica.

4.2.2.1.1 Oferta dos serviços disponíveis

Na opinião da maior parte das categorias profissionais há uma limitada oferta da ESF, com muitas áreas do município de Recife estando descobertas pelas equipes de saúde da família, e até mesmo em uma equipe pode haver a falta de cobertura de toda a área adstrita por falta de ACS, gerando uma desigualdade de acesso dos usuários dentro do território.

Uma área que não tem cobertura de PSF, que é enorme, oficialmente eu posso dizer que eu tenho 2.000 famílias sem cobertura e uma área descoberta que eu não sei precisar agora, a quantidade enorme, também descoberta. (GE 1)

Já foi dito inclusive pelo próprio pessoal da prefeitura do Recife que os PSF infelizmente não conseguem cobrir toda área. Então nem todos os distritos são totalmente cobertos, a gente que pega aqui a área de Casa Amarela, pega o distrito dois e três, e nem todos são cobertos por equipe de PSF. Então eles normalmente eles não tem esse acesso, eles procuram o posto de saúde quando estão doentes, mas o acesso àquela prevenção que a gente deveria ter na atenção básica esse acesso, eles não tem. (PA 5)

Na verdade o que eu acho que dificulta o acesso, são as áreas descobertas, eu tenho quatro áreas descobertas. [...] E já faz dois anos que estas áreas estão descobertas. (PSI 3)

Outro problema, referido principalmente pelos usuários, foi a oferta insuficiente de consultas nas unidades básicas existentes, devido à pequena disponibilidade de vagas de atendimento por dia, apesar de existir um parâmetro da quantidade de consultas que deveriam ser realizadas. Por causa disso, as pessoas precisam chegar muito cedo às unidades para tentar marcar uma consulta. Além disso, muitas delas para conseguir o que desejam com maior agilidade, podem usar algum meio não instituído de marcação. O princípio de escolha para a marcação é de quem chegou primeiro e não de acordo com o critério de risco. Acrescenta-se a este problema o fato de os usuários, geralmente, só terem resposta a alguma demanda se a consulta estiver agendada.

A quantidade de vagas, vamos assim dizer para atendimento ela é limitada. Lógico que eu reconheço que os recursos são poucos, que não dá para atender mais porque não vai conseguir. Então, isso limita muito. Você tem que disputar uma vaga lá, você tem que chegar muito cedo. Ter que ‘dar seu jeito’, porque outras pessoas estão precisando. Para poder você ter atendimento mais rápido, porque senão você vai adiar e vai demorar muito quando você vem ser atendido já não tem mais fichas. [...] Não tem como atender todo mundo naquele exato momento, ai assim, pode agendar para outro dia, sei lá, mas se a pessoa está precisando da coisa assim imediata não tem como resolver o problema dele porque já tem outra pessoa na vez. [...] Quem chegou na vez, é atendido. Se tem doze ficha, não dá para botar treze, é doze ficha e pronto. Quem chegou os doze primeiros. O décimo terceiro fica, volta para casa, tem que esperar a outra segunda, para poder ser atendido.” (USD 5)

Para o dentista mesmo você tem que sair de madrugada daqui, pois parece que só é oito ou é sete fichas. [...] mas tem que ir de madrugada, as minhas irmãs tem que sair daqui de madrugada, quatro e meia, quatro horas, ta saindo por aqui de pé pra chegar lá, pra não perder a vez. (USD 3)

Além da pequena quantidade de consultas ao dia, como mais uma dificuldade, os usuários também afirmaram a existência de favorecimento para os familiares e para os amigos dos profissionais das unidades, gerando uma desigualdade de oportunidade de acesso para os outros.

Quem trabalha na área... O pessoal que trabalha no alto da brasileira hoje, a marcação, o encaminhamento, eles botam primeiramente o pessoal deles, se é

vizinho, colega, não sei o quê e faz a marcação lá, não precisa nem chega lá e a gente que sofre, que a gente vai e não tem vaga mais... Aí não pode. (USC 2)

Tem gente que é por escolha. Não teria que ser assim, teria que ser igual. [...] É por um tipo de amizade, aí você tem mais prioridade do que eu. Aí não pode ser, têm que ser todos iguais, se é tantas fichas, é tantas fichas pra quem tiver, não pode ser. Exemplo: essa já é minha, essa é sua. Assim não. (USD 7)

4.2.2.1.2 Qualidade da infra-estrutura física

A maioria dos informantes, com exceção dos profissionais da atenção secundária, afirmou que a estrutura física se apresenta inadequada nas unidades da atenção primária para acomodar as equipes de saúde da família, com a falta de espaços específicos para a realização das atividades dos profissionais. A rede cresceu sem um planejamento para a expansão, em que as unidades de saúde da família foram alocadas em espaços adaptados, não levando em consideração as necessidades das instalações físicas adequadas para o tipo de serviço que seria instalado no local.

Não tem sala, a estrutura também, PSF só tem três consultórios, tem três equipes, a enfermeira não tem sala, divide com médico. Aí, a gente tem que atender do lado de cá. Tem sala também com o ginecologista, com o clínico, com o pediatra, que horas a gente vai poder disponibilizar? A gente não tem. (PSI 3)

É uns cubículozinhos, na beira de um barranco, adaptavam-se aquilo ali pra ser uma Unidade de Saúde da Família. [...] Eu acho que não houve um pensamento, um planejamento mesmo estratégico ou de outro tipo, para que a coisa crescesse. Foi acontecendo sem muito planejamento.” (GE 4)

Aqui no posto daqui da comunidade, eu acho que é um posto muito pequeno. Quando a gente está lá dentro é um calor muito grande, é muito pequenininho a gente fica muito apertadinho. Deus me livre! (USD 2)

4.2.2.1.3 Disponibilidade de recursos humanos

Todas as categorias profissionais destacaram que há uma oferta insuficiente de médicos e de outros profissionais na atenção primária para a demanda existente. Este problema gera um aumento no tempo para a população conseguir atendimento, e muitas vezes a qualidade da consulta não responde às necessidades do paciente. Além disso, há uma sobrecarga de trabalho para os outros profissionais da equipe e a busca por parte dos usuários pelos serviços de alta complexidade.

A população para quantidade de profissional é pouca. Por exemplo, clínico, que tem lá em Nova Descoberta, deveria ter mais gente pra atender. [...] Dentista também é pouco, daquela população de lá. Então, isso aí é uma dificuldade ao acesso, tem gente que passa muito tempo para ser atendido. Mas não é porque não tem. É porque é insuficiente. (GE 3)

Um funcionário para mil atendimentos. Então, você não consegue resolver nenhum, e poucos saem dali satisfeitos. (PA 2)

Mas quando você não tem uma equipe completa fica difícil. [...] A médica pediu transferência e a técnica está de licença. Aí na unidade, uma equipe só tem uma pessoa. Aí dificulta, porque sobrecarrega muito o profissional. Você tem que atender, você tem que dar assistência aquilo que não é competência sua. (PSI 7)

Hoje doutor fulano foi, foi ótimo! Amanhã doutor fulano está de licença e não tem substituto. Para onde o usuário vai? Volta pro hospital. (PSII 1)

Porque o médico é pouco para atender aquele bando de gente todinho, ai demora. (USD 8)

Outra barreira mencionada e que corrobora para a falta de profissionais na rede é a dificuldade de contratação, devido às regras estabelecidas pela lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) e à falta de recursos financeiros, e de manutenção deles nos municípios, por causa dos baixos salários. Até mesmo dentro de uma cidade há uma perda de profissionais, especificamente os médicos, por causa da diferença salarial e outros benefícios entre os níveis. Muitos saem da ESF para outros serviços, como por exemplo, para as unidades de pronto atendimento (UPAs), que remuneram melhor do que os que trabalham na atenção primária.

Porque você construir novos serviços, não sei se seria o caminho, porque aí quando você monta o serviço há dificuldade de equipar e contratar pessoal. A gente já não tem tanta disponibilidade de profissionais de saúde. [...] A contratação de pessoal, acho que é o grande nó da administração, que veio a Lei de Responsabilidade Fiscal que, praticamente engessou. E você não pode investir além de determinado ponto da sua arrecadação, e o município arrecada pouco, tem uma necessidade muito grande de contratar, e não contrata, os salários são relativamente baixos, e alguns profissionais fazem concursos, são aprovados, mas com pouco tempo eles pedem pra sair porque tem melhores condições fora do município, e até do estado. (GE 4)

A última, a última fofoca que a gente tem é que os médicos do PSF estão todos correndo pra UPA porque é quase que o mesmo salário, com uma carga horária bem menor, porque no PSF a carga horária deles é quarenta horas, na UPA são dois plantões de doze e quase o mesmo salário, entre seis e sete mil reais, então são coisas estruturais mesmo, da forma, é... capitalista que a gente tem, da oferta do trabalho, da oferta e da procura, que eu acho que vai muito por ai também. (PA 5)

4.2.2.1.4 Disponibilidade de insumos

A falta de insumos para o atendimento e tratamento foi considerada uma barreira de acesso principalmente pelos usuários. De acordo com os informantes, há uma escassez de medicamentos que deveriam ser disponibilizados gratuitamente para a população, de materiais para realizar determinados procedimentos nas unidades, ficando o tratamento interrompido ou com impossibilidade de dar seguimento à terapia recomendada, pois, muitas vezes, os usuários não têm recursos financeiros para comprá-los.

Quando chega um paciente aqui, a gente não tem resolutividade. Não tem uma medicação para que possa fazer baixar rápido a pressão do paciente. Não tem uma medicação injetável, que talvez não é nem para ter, mas talvez tivesse, talvez fosse revista, seria até para fazer uma sutura na unidade básica. (PSI 3)

O original sessenta e cinco e o genérico sessenta e eu num tenho condição de comprar esse remédio não. 'Doutora, se eu tivesse eu num tinha vindo aqui não'. Ela fez: 'Eu vou falar com a mulher ali, para ver se ela pega e dá, ao menos uma caixa a você. Eu num sei aonde é que esses remédio fica'. Ela mandou a menina me dar uma caixa. E por que não me deu logo? Eram três caixas, ela disse que só ia poder dar uma. Por quê? Que esse remédio que vem para aí não é o governo que manda? É o governo que manda, para dar já a gente que a gente não pode comprar. Esse num tinha e depois apareceu. (USC 1)

A gente ver a necessidade do povo e no posto não tem curativo. Raramente você vai em busca do curativo para dizer: - 'Tem'. Sempre diz: - 'Venha tal dia, porque está faltando'. Sempre está faltando alguma coisa. (USC 3)

Muitas pessoas mesmo da comunidade da gente que reclama quando chega no posto, que ali falta um remédio, que não tem atendimento. [...] Vai pro posto: - 'Tem esse remédio'? - 'Tem não. Vá pro posto lá de Casa Amarela. (USD 2)

4.2.2.1.5 Acessibilidade geográfica

Com relação à acessibilidade geográfica, principalmente os profissionais da atenção primária e os usuários descobertos, relatam a dificuldade no acesso geográfico aos serviços de saúde devido a distribuição inadequada das USF dentro do território, com a existência de grande distância entre a residência dos usuários e os serviços de atendimento e a presença de morros, escadarias e córregos no trajeto. Tal situação entra em contradição com a ideia da estratégia de saúde da família em que uma das prioridades é a proximidade geográfica para o atendimento da população adstrita.

O próprio território onde está instalado o PSF, o próprio acesso mesmo, ele é distante, ele não é viável pra aquela área que estão ali, dificulta de certa forma a ida daquele paciente para lá, porque tratando da 3.3 são áreas extremamente de morro, completamente de morro, escadaria, córrego. (GE 1)

O acesso puramente físico. Eu digo de chegar na estrutura, de chegar na unidade de saúde, eu acho complicado. Porque a gente tem uma área muito extensa, a gente tem uma área muito espalhada. [...] A nossa área é assim: ela vai abrindo, são 58 escadarias. Então, para um paciente idoso, para um paciente deficiente é complicadíssimo chegar na unidade, é por isso que às vezes, a gente tem paciente que são no limite. Por exemplo, Guabiraba que está em baixo, ai às vezes prefere ir para a Guabiraba do que vim para cá, porque o acesso é realmente mais fácil. (PSI 1)

As equipes que tem, elas não estão funcionando dentro da sua comunidade. Ela está funcionando como um posto grande como esse, com várias equipes dentro e os usuários se deslocando das suas comunidades, das barreiras, escadarias, dos locais de difícil acesso, estão vindo para esta unidade. [...] A questão da dificuldade de acesso mesmo, da localidade, de distância. Essa distância que o usuário que vem não sei de onde para uma unidade, porque o PSF devia ser na sua comunidade, naquele antigo postinho que ele tinha, que deve ser na comunidade, localizado mais próximo do usuário [...] Eu acho que a gestão aproveitou muito posto grande e esses postos serviram de apoio. (PSI 2)

A partir dos relatos dos usuários, pode-se inferir também o quanto o arranjo do território é um mecanismo rígido, fazendo com que usuários residentes no mesmo bairro tenham dificuldade para a utilização do serviço de atenção primária mais próximo da residência.

Diz que o acesso para a gente é P. B., sabe onde fica o posto P.B.? É um posto que fica na BR, entrando na BR, lá pra dentro mesmo, fica bem distante. Minha filha sai com essas duas crianças daqui pra lá, chega com os pés inchados. No outro dia ela não podia nem pisar no chão. (USD 1)

Aquele também da P. B. eu nunca fui. Porque eu acho distante. [...] O que fazia: ligava pra um táxi, pegava um táxi ia para lá para o hospital B.L. lá, para uma particular eu pagava, que nem eu paguei, já paguei muitas vezes. (USD 2)

4.2.2.2 Elementos organizativos que limitam o acesso

No que se refere aos aspectos organizativos foram identificados como elementos que limitam o acesso: as visitas domiciliares e o tempo de espera.

4.2.2.2.1 Visitas domiciliares

Apesar de a ESF ser pensada para aumentar as ações de prevenção e promoção, ainda permanece a lógica de um modelo curativista, com prioridade para as atividades realizadas dentro do consultório. Principalmente os usuários consideraram que o número de visitas domiciliares realizadas tanto pelos profissionais de nível superior quanto dos ACS é pequena. E uma das justificativas é a alta demanda de consultas dentro da unidade, não sobrando tempo

para as domiciliares, com a conseqüente restrição do acesso aos usuários que não podem se deslocar.

A população diz que precisa só de consulta. Eles querem o tempo todo ter uma consulta individual. E o médico está ali, naqueles entaves dele, o tempo todo no consultório. As visitas que são mais importantes nem sempre se tem tempo para serem feitas. Porque é nas visitas que você conhece a família e todas as dificuldades que tem ali. E as visitas são poucas. E a promoção da saúde também é pouca. O que é feito mais hoje é consultório. O tempo do médico é mais para consultório. (PSI 2)

Tem agente comunitária que vai na sua casa lá na rua, mas aqui dentro não. Aqui dentro da comunidade já faz o quê? Acho que uns três ou quatro meses que entrou um agente comunitário aqui dentro. (USD 3)

Eu não lembro, para a senhora ter uma ideia, quando que a doutora veio aqui olhar ele. Já faz um bom tempo. Como eu tava conversando, a doutora não veio mais, não foi? Já faz um tempo que ela passou aqui. É já faz um tempo. Tenho que falar com ela de novo para vim ver seu C.. Eu não sei mais como está a pressão dele, nunca mais foi aferida a pressão dele. (USC 3)

4.2.2.2.2 Tempo de espera

Outra importante barreira mencionada com mais intensidade pelos os usuários foi a respeito do prolongado tempo para conseguir marcar a consultas. Os usuários precisam chegar muito cedo na unidade, pernoitar ou madrugar, e esperar horas para conseguir uma ficha. E muitos precisam faltar trabalho para tentar marcar ou desistem de procurar o atendimento.

Então eles chegam de duas, três da manhã, para poder pegar ficha. [...] Deles terem que vi dormir no posto. Tem uns que diz que chega aqui de dez horas da noite, pula o muro [...] Bom não existe facilidade, porque querendo ou não eles enfrentam fila.(PA3)

Ai a gente chega lá e fica lá esperando até 7h da manhã, para abrir o portão pra todo mundo entrar, pra poder marcar, começar a marcar. Tem que chegar de quatro horas, tem gente que dorme lá. (USC 1)

Eu trabalho à noite, eu não tenho tempo de me deslocar de madrugada, deixar de trabalhar para poder marcar uma ficha, então é porque todos aqui trabalham. Então não vai deixar de ficar uma noite de sono para ir pegar uma ficha para ser consultado de 9h, 10h do dia. (USD 1)

Além do longo tempo para conseguir marcar a consulta, os informantes também afirmaram que o tempo de espera para receber o atendimento é grande, e por este motivo muitos só procuram a assistência quando estão com uma condição de saúde precária.

Tem outra coisa, a dificuldade, a demora. As pessoas vão quando estão para morrer mesmo. É levado para morrer. [...] Tem gente que passa muito tempo para ser atendido. Mas não é porque não tem, é porque é insuficiente. (GE 3)

Que uma coisa que está contando muito hoje é questão de tempo, que às vezes tem o acesso, mas o tempo é tão longo que assim... [...] Vai quando está para morrer mesmo. É levado para morrer. (PSI 4)

É, demorado assim, eu agora, digo a você, acordar cedo, arriscado a não pegar uma ficha e quando pega, haja castigo para o médico me atender, 'chá de espera'. (USD 6)

Os usuários também mencionaram que outra barreira de acesso nas unidades é o horário de atendimento insatisfatório durante o dia, sem expediente no turno da noite e nos finais de semana, já que o serviço só funciona de segunda à sexta. Além disso, há uma limitação de dias para a marcação da consulta e de que o usuário só tem a sua necessidade resolvida se ele estiver com o atendimento agendado para aquele dia, pois as regras existentes criam uma dificuldade para receber a demanda espontânea.

E a não ser isso, o meu menino, quando meu neto adoce a gente tem que ir para fora (da comunidade), porque só atende de manhã, de tarde não tem médico aí. [...] Era pra ser direto, de manhã e de tarde. (USC 7)

Começa de 7h e passa até 16h só. Errado!! [...] Depois de quatro horas não atende mais ninguém. [...] Porque é o mais próximo da casa da gente, e numa hora que a gente está mais necessitada está fechado. [...] Se esse posto fosse aberto por essa hora e a gente chegasse qualquer hora e fosse atendida era bom. Não. Só é atendido se marcar ficha. Depois de quatro horas não atende mais ninguém. (USC 1)

Segunda feira que pode marcar ficha aí você, aquele processo todo, final de semana você está precisando de um atendimento, muitas vezes o posto não está disponível ali, todos os dias. (USD 5)

A marcação de consulta é uma vez só na semana. [...] Eu acho errado, porque uma vez só, não tem condições não. (USD 4)

Um problema que reduz ainda mais a quantidade de atendimentos por dia, emergido dos discursos de todas as categorias profissionais e dos usuários, foi o descumprimento das oito horas de trabalho determinados para a USF, principalmente pelos médicos, que geralmente possuem vários empregos. E por causa da dificuldade de manter esta classe profissional na rede pública, este tipo de comportamento é aceito pelos outros profissionais e pela gestão.

Porque tinha um caso de um PSF que o médico chegava, ele trabalhava na rede privada chegava às dez (horas)... e onze e pouca (horas) ele já saía, e a enfermeira achava que... tava muito bom, porque ela passou muito tempo que nem médico tinha

pra atender as pessoas, e apareceu esse que atendia nesse tempinho e ela ficou contemplada! E a população? Fazia um arremedo de assistência, né? Ela também contava com o médico pra necessidade, porque o resto do dia era ela trabalhando sozinha no PSF. (GE 4)

O médico chega atrasado, quando chega atrasado já está atrasado para o outro serviço, porque ele trabalha em três, quatro ‘cabides’ de emprego. Não devia trabalhar, mas trabalha. (PSII 1)

Você marca uma ficha, vai e o médico não está. Veja bem, se você marca ficha, aí ela também marca ficha para tal dia, tal dia está certo. Aconteceu com a minha esposa, que marcou a ficha, foi umas quatro ou cinco vezes e a médica não veio. A médica veio depois. E quando a gente voltou a procurar não é mais no posto de B.R., é lá na unidade de P. B.. É muito difícil! (USD 2)

Se ela atender 10 pessoas ela vai embora, não terminou. Não tem mais ninguém para atender, ela vai embora, vai para a clínica dela para alguma coisa dela ou para o hospital porque esse pessoal não trabalha em um lugar só. Vai embora ela. [...] Tem que ser aberto o posto até cada um cumprir seu horário, você entra em uma empresa para trabalhar você tem que cumprir seu horário, mais ninguém faz isso. (USC 2)

4.2.3 Barreiras ao acesso relacionadas com a população

Apenas duas subcategorias emergiram como barreiras para o acesso aos serviços relacionado com algumas características da população: a condição socioeconômica e a informação sobre os serviços de saúde.

Principalmente os profissionais da atenção primária consideraram que por causa da precária condição socioeconômica da população assistida, há uma dificuldade de acesso. Muitos dos usuários, quando a unidade está distante de casa ou não podem se deslocar a pé, não têm condições de pagar um transporte para se deslocar para os serviços, nem para a compra de medicamentos, impedindo-os de seguir o tratamento recomendado e consequentemente a ausência de resolubilidade.

A comunidade de saúde é muito longe do local onde a gente atende. Eles vêm andando, porque eles também não têm dinheiro para estar pegando transporte. Tem até ônibus na porta deles, de lá pra cá, mas eles não têm dinheiro pra vir. (PSI 3)

Olhe tem um paciente ali que teve um AVC. Como esse paciente vai para o posto? Não tem dinheiro minha gente! Não tem! Não tem dinheiro. Às vezes, não tem nem comida ou se tem, tem que dividir com a família inteirinha. (PSI 5)

Eu não sei se vou comprar o remédio, porque a gente já não está podendo, com o dinheiro que a gente ganha. É que nem essa bolsa família que nem eu disse, graças a Deus! Para comprar pão e comprar ovo e ainda comprar remédio caro. Como é que vai poder comprar remédio caro? [...] A gente num pode comprar um remédio, fica sem tomar, por que não tem condições de comprar. (USC 1)

Outra barreira, que foi expressa com mais ênfase pelos gerentes e pelos profissionais da atenção primária, é a falta de informação dos usuários sobre os serviços de atenção primária, de não saberem qual é o fluxo, qual a unidade que devem procurar de acordo com a sua necessidade. A desinformação do usuário é apontada como consequência da inexistência de divulgação adequada nos serviços primários; da falta de oportunidade ou de interesse da população de assistir as palestras educativas ofertadas nas USF; conseqüentemente, os usuários que não têm informações sobre os serviços primários, buscam o atendimento por cuidados apenas quando a saúde já está bastante deteriorada, aumentando as possibilidades de agravamento do quadro clínico.

É falta de informação. Ele não sabe que naquele serviço deve existir essa possibilidade dele ser atendido e por ignorância ele nem ir, nem ter acesso. Por falta de conhecimento mesmo de o que é, e o que é a porta de entrada, que seria essa estratégia de saúde da família. (GE 4)

Ele (o usuário) não quer, porque ele não entende, ou porque não procurou saber. Teve as reuniões. Porque, às vezes, também não só é culpa da unidade, ou da gestão, ou disso não. A gente faz um esforço terrível, muitas vezes, para estar na unidade de saúde. Que é papel da gente mesmo está no território, à noite, fazendo reunião, falando com as pessoas. E muitos não vão, não procuram saber, não querem. Enfim, também tem esse outro lado. [...] Ainda hoje a gente vê claramente, em alguns pontos, em vários territórios que as pessoas não sabem nem o que é Programa de Saúde da Família. (GE 2)

O pessoal que vem, às vezes, não tem conhecimento de que ali não faz uma sutura, de que ali não tem um neurologista. A gente precisa estar o tempo todo informando. Então, às vezes, o usuário não tem essa visão do que é o serviço de atenção básica, o que é o serviço de média complexidade e de alta complexidade. Não são todas as pessoas, mas a maioria dos usuários. É por isso que eu acho que ainda há um entrave na organização desses serviços. (PSI 2)

Fica também com dificuldade assim de adiando alguma coisa que esteja sentindo por causa disso que lhe falei, de não ser bem esclarecido, às vezes. Agora mesmo tinha uma paciente que saiu daqui: - 'Mas eu não sabia que aqui fazia isso'. Então, é uma coisa, como você não sabe, se você mora aqui mesmo pertinho. (PSI 8)

Quadro 1 - Barreiras ao acesso aos serviços de saúde relacionados com a gestão, com a estrutura, com a organização dos serviços e com a população. Microrregião 3.3, DS III. Recife-PE, 2011.

Categorias	Subcategorias	Subcategorias emergentes
Gestão		<ul style="list-style-type: none"> - Influência política na gestão das redes. Citado por PSI; - Subfinanciamento dos serviços. Citado por GE, PA, USD.
Estrutura dos serviços	Oferta dos serviços disponíveis	<ul style="list-style-type: none"> - Cobertura insuficiente da estratégia de saúde da família. Citado por GE, PA, PSI; - A oferta insuficiente de consultas nas unidades básicas existentes. Citado por USC, USD, PSII; - Favorecimento de familiares e conhecidos. Citado por USC, USD.
	Qualidade da infra-estrutura física	- A estrutura física inadequada das unidades da atenção primária. Citado por GE, PSI, USD, PSII.
	Recursos humanos	<ul style="list-style-type: none"> - Oferta insuficiente de médicos e de outros profissionais na atenção primária. Citado por GE, PA, PSI, USD, PSII; - Dificuldade para a contratação. Citado por GE, PA.
	Disponibilidade de insumos	- A falta de insumos para o atendimento e tratamento. Citado por USC, USD, PSI.
	Acessibilidade geográfica	- Dificuldade de acesso geográfico, distribuição inadequada no território. Citado por GE, PSI, USD.
Organização dos serviços	Visitas Domiciliares	- quantitativo reduzido de visitas domiciliares. Citado por USC, USD, PSI.
	Tempo de espera	<ul style="list-style-type: none"> - É prolongado para a marcação de consulta. Citado por USC, USD, PA; - Também é prolongado para receber atendimento. Citado por USC, USD, PSI, GE; - O horário de atendimento é insatisfatório. Citado por USC, USD; - Descumprimento do horário de trabalho dos profissionais. GE, PA, PSI, USD, PSII, USC;
População		<ul style="list-style-type: none"> - Condição socioeconômica precária. Citado por PSI, USC. - Falta de informação sobre os serviços de saúde. Citado por GE, PSI.

Fonte: Elaborado pela autora.

4.3 Elementos facilitadores de acesso aos serviços de saúde na Atenção Primária

A partir da análise das entrevistas foram identificados alguns elementos que facilitam o acesso à atenção primária relacionados com a gestão da rede de serviços de saúde, com os serviços de acordo com a natureza estrutural e organizacional e com algumas características da população. O **elemento relacionado com a gestão** que facilita o acesso à atenção primária é a existência da Estratégia da Saúde da Família. Quanto **aos elementos que facilitam o acesso relacionados com os serviços**, há os de **natureza estrutural** em que as subcategorias emergentes pontuadas foram: a comunicação informal com os funcionários da unidade; a disponibilidade de insumos para o atendimento; a facilidade de acesso geográfico para as unidades de saúde; o trabalho exercido pelo agente comunitário de saúde (ACS) e as subcategorias emergentes de **natureza organizacional** mencionadas nas entrevistas foram: as visitas domiciliares de outros profissionais e o tempo de espera para receber o atendimento. Não surgiu nos discursos nenhum elemento facilitador relacionado com a população.

Quanto aos elementos facilitadores relacionados com a gestão, uma importante subcategoria que emergiu dos discursos foi a da existência da Estratégia de Saúde da Família. A implantação da estratégia ampliou a oferta de serviços básicos, aproximou geograficamente o atendimento do usuário, diminuiu a fila nas unidades de saúde que já existiam e, principalmente, a busca dos hospitais, unidades que devem priorizar o atendimento a demandas de maior complexidade de assistência à saúde.

Se não fosse esse posto eu acho que seria pior, porque se os hospitais já estão lotados com a quantidade de postos que tem nos bairros por aí, imagine se todos esses bairros não tivesse posto, todo mundo só poderia ir pro hospital. Então a situação seria mais feia, se não existisse esses postos em vários bairros como tem por aí. É muito difícil você chegar num bairro e não ter um posto. Imagine se as pessoas não tivessem o posto, como seria os hospitais, com esses postos todos os hospitais estão cheios, imagine como seria. É muito crítico. (USD 1)

Apesar da gente já está com a porta mais aberta do que antes, eu acredito né, com a entrada do PSF deu uma melhorada muito grande, diminuíram as filas aquela coisa todinha, o pessoal vinha muito cedo. (PSI 2)

Constituíram-se como elementos estruturais: a oferta dos serviços disponíveis; a disponibilidade de insumos e a acessibilidade geográfica.

Com relação à oferta dos serviços disponíveis, principalmente os usuários descobertos afirmaram que a comunicação informal com os funcionários possibilita o acesso a algum

serviço que tenham necessidade e que pelas regras estabelecidas nas unidades não conseguiriam.

Quando encontro uma pessoa amiga, assim como eu falei com você, que trato bem, aí eu falo com ela. Às vezes digo o que é que eu tenho: - 'Será que dá para você falar com a doutora para conseguir essa receita'? [...] A turma tem que fazer aquele 'jogo de cintura', se você não tiver aqueles seus conhecidos, aquela sua amizadezinha, eles não encaixam.. (USD 6)

O posto mais próximo que tem é o B. R., assim mesmo é por amizade. C., que é a enfermeira chefe de lá, ainda me atende. Essa mulher, C., também facilita, vê minha pressão, vê minha glicose. Sempre elas ajudam. (USD 2)

Então é assim que eu ajo, vou atrás dela, pra ela falar com a doutora. [...] Ela tem ajudado muito paciente da área dela. [...] A enfermeira, é quem vem se interessando pelo meu quadro, ela quem vem se interessando. Quando ela não consegue um medicamento, ela vem até na minha casa, ela diz: - 'Olha não consegui, vou conseguir tal dia. Tal dia ela vai e consegue nos hospitais, não sei aonde, ela consegue e traz'. (USC 3)

No que se refere à disponibilidade de insumos, poucos informantes (USD e PSI) mencionaram que há o fornecimento gratuito de medicamentos que a população necessita e que também há a facilidade para os usuários realizarem a coleta de material para alguns exames na própria USF sem precisarem se deslocar para outro local.

Muita gente não tem o dinheiro para comprar o medicamento, basta você ser consultado lá, tiver lá, eles lhe dão. Eu acho que sem, muita gente morria mesmo. Morria, porque tem muita gente que não tem um trocado para comprar o medicamento, mas o posto tem e não cobra nada. (USD 1)

O que facilita [...], nós colhemos material para exame de sangue aqui, colhemos material pra coletas de cérvico uterina aqui [...]. (PSI 6)

Quanto à acessibilidade geográfica, principalmente os profissionais administrativos e os usuários expressaram que há facilidade de acesso, possibilitada pela presença das unidades básicas tradicionais (UBT) e das USF dentro do território da população de referência, o que diminui a distância e promove a facilidade de deslocamento a pé, além de evitar a procura dos hospitais.

Se não fosse esse posto eu acho que seria pior, porque se os hospitais já estão lotados com a quantidade de postos que tem nos bairros por aí. Imagine se todos esses bairros não tivesse posto, todo mundo só poderia ir pro hospital. Então a situação seria mais feia, se não existisse esses postos em vários bairros como tem por aí. (USD 1)

Vou falar de localização. É bem centralizado dentro da população que faz parte da área. Tem o posto, o acesso deles também é viável, o atendimento a eles aqui. (PA 2)

Não é longe para ele, porque a unidade só atende a população da redondeza. Então, para eles aqui não é difícil acesso, porque eles moram na localidade, no bairro. Não atende fora, outras pessoas de fora, só a comunidade. (PA 3)

Além de ser rápido para você chegar, é um pulo para o pessoal que mora aqui. [...] É bastante perto, próximo demais até. [...] Não dependo de transporte, pra ir ate o serviço do posto. (USD 1)

Além disso, principalmente os usuários, destacaram que o trabalho realizado pelos agentes comunitários de saúde, que estão presentes tanto na ESF assim como no PACS, facilita o acesso aos serviços de saúde, por exemplo, através da marcação de consultas sem a necessidade do usuário ir ao posto.

Essa agente de saúde, quando a gente consegue marca ela vem trazer o papel em casa. [...] A gente vai pegar a ficha vai marca, aí ela telefona, fica tentando, aí quando ela consegue, aí a agente de saúde vem e traz o papel a ficha marcada já. (USC 2)

A agente de saúde, lá da B. R., ela passou aqui, perguntou se queria alguma coisa, se precisava de consulta para o medico, para a doutora, alguma criança para doutora. Aí eu disse: - 'Está tudo criado já. Agora estou precisando de uma dentista, [...]'. Aí ela disse: - 'Vou marcar uma ficha para o senhor'. Aí ficou marcando a ficha para eu ir, fui umas três vezes. (USD 2)

Porque o usuário vai não só por demanda espontânea como ele vai encaminhado pelo agente comunitário de saúde orientado por ele. Então, o acesso a unidade hoje está bem melhor. (GE 1)

Tem médica que ela abre para os agentes de saúde. No caso, o paciente que ir para o oftalmologista, está com um problema na vista, então ela, para facilitar a vida dele, não precisa nem ele vim marcar consulta. Ela pede para que o agente tire o prontuário, deixe o nome dele, diga o que quer, ela preenche, assina, e passa para mim marcar. Que dizer isso já facilita para vida dele, do que ter madrugar, às vezes, dormir e aventurar se realmente vai conseguir pegar a vaga ou não. (PA 3)

Com relação aos elementos organizativos dos serviços, as subcategorias emergiram com menos ênfase das entrevistas e foram as seguintes: a visita domiciliar e o tempo de espera.

A existência das visitas domiciliares realizadas por profissionais, além do agente comunitário, foi mencionada por uma usuária como sendo um elemento facilitador de acesso à assistência à saúde.

Dra. Liliana é outra também boazinha também, ela aqui nunca veio não, porque eu não tenho problema de doença, mas eu vejo ela passar para fazer visitas nas casas. (USC 7)

Poucos informantes (PA e USC) também afirmaram que é reduzido o tempo de espera entre a marcação da consulta e o dia do atendimento.

Se falar de consultas aqui o tempo de espera não é tão demorado não. Chegam a ser de uma semana para outra, passa uns dias, quinze dias, a consulta para os médicos que atendem aqui. Clínicos, ginecologia é isso! (PA 2)

Não demora não, o pessoal marca para hoje, ai ali vai atendendo aqueles que estão sendo marcados. [...] Marca a ficha na segunda, na terça ou na quarta a pessoa é atendido. (USC)

Quadro 2 - Elementos facilitadores de acesso aos serviços de saúde relacionados com a gestão e com a estrutura e a organização dos serviços. Microrregião 3.3, DS III. Recife-PE, 2011.

Categorias	Subcategorias	Subcategorias emergentes
Gestão		- Existência da estratégia de saúde da família. Citado por USD, PSI.
Estrutura dos serviços	Oferta dos serviços disponíveis	- A comunicação informal com os funcionários da unidade. Citado por USD, USC.
	Disponibilidade de insumos	- Há a disponibilidade de insumos para o atendimento e tratamento. Citado por USD; - Facilidade de coleta de material para realização de exames. Citado por PSI.
	Acessibilidade geográfica	- A estratégia de saúde da família melhora o acesso. Citado por PA, USC, USD; - A importância do papel dos ACS que estão nas equipes de saúde da família (ESF) e no programa de agente comunitário de saúde (PACS). Citado por GE, PA, USC, USD.
Organização dos serviços	Visitas domiciliares	- Visitas domiciliares de outros profissionais. Citado por USC.
	Tempo de espera	- Reduzido tempo de espera para receber o atendimento. Citado por PA, USC;

Fonte: Elaborado pela autora.

4.4 Sugestões para a melhoria do acesso

Nas entrevistas, foram solicitadas aos gerentes, profissionais e usuários sugestões de melhorias para o acesso aos serviços de saúde. **As sugestões que emergiram das entrevistas relacionadas com a gestão** da rede de serviços de saúde foram os seguintes: aumentar a

cobertura da ESF, investir na capacitação dos profissionais de saúde da atenção primária, implementar o núcleo de apoio à saúde da família (NASF) e aumentar os recursos financeiros para os serviços de saúde. No que se refere **às sugestões de melhorias relacionadas com os serviços**, as de **natureza estrutural** evidenciadas foram: ampliar o quadro de recursos humanos na atenção primária, oferecer alternativas para os deslocamentos de usuários até o local da atenção, informatizar o sistema de marcação de consultas, e as de **natureza organizacional** foram: investir na educação em saúde na atenção primária, ampliar o horário de atendimento e a priorização das visitas médicas. Quanto **às sugestões citadas relacionadas com as características da população** foram mencionadas: informar a população sobre o funcionamento da atenção primária, aumentar o nível de educação da população usuária e aperfeiçoar o controle social sobre a saúde.

O aumento da cobertura da ESF foi sugerido, na maior parte pelos gerentes e profissionais da atenção primária, como forma de ampliar o acesso aos serviços de saúde. Ainda há uma grande quantidade de áreas descobertas no município e com a ampliação haveria uma melhora no fluxo dos usuários para os demais serviços de saúde e consequentemente haveria a diminuição da demanda nos hospitais, chegando lá os casos mais graves.

[...] acho que para melhorar, teríamos que melhorar toda rede com a cobertura do PSF, deveria ser mais abrangentes, teria que haver as referências dentro dos municípios para os casos de baixa e média complexidade garantido, e só vim para rede de alta complexidade, os hospitais, os pacientes realmente com patologia mais graves que precisariam de uma assistência hospitalar a nível hospitalar e ai teria que ser fortalecido né? (GE5)

Inicialmente seria aumentar a cobertura do programa de saúde da família. Isso já ia melhorar muito, porque a maior demanda é a demanda que não tem cobertura de PSF. A maior quantidade de encaminhamento vem dessa área que não tem programa de saúde da família. Então o clinico sai encaminhando, sai drenando, sai drenando, que ela não vai conseguir dar conta também. Pra mim o início seria isso. [...] Dar 100% de cobertura no município de PSF. (GE1)

[...] um aumento mesmo, quantitativo mesmo, porque mesmo do que a gente saiu para o que tá agora, que já melhorou muito, sei lá... São duzentas e poucas unidades de saúde da família, ainda tem muito a se fazer e tem muita área descoberta. (PSI 4)

Uma segunda sugestão de melhoria relacionada com a gestão foi a de se investir na capacitação dos profissionais da atenção primária através da realização de cursos ofertados pela gestão, e através da liberação dos profissionais para atividades ofertadas por instituições de ensino. Qualificar os profissionais que entram na rede para ter um melhor conhecimento a respeito das atividades que devem ser realizadas nas unidades, compreenderem melhor o

fluxo de encaminhamento dos usuários e estar preparado para resolver os problemas de saúde mais recorrentes na atenção primária.

[...] é preparar esses profissionais porque com o concurso o que entrou de profissionais que nunca viu PSF na vida não foi brincadeira, então preparar, tá sempre reciclando esse profissional, dar condição a ele dele querer fazer uma especialidade e você liberar ele pra ele aprender mais em relação logicamente pra ele poder aplicar no PSF. [...] qualificar melhor os serviços! Investir num, num... na questão de novos conhecimentos pra quem tá lá na assistência (GE1)

Esse pessoal teria que ter é, assim, não é treinamento, mas é assim, uma vivência, pelo menos, quando eu recebo o funcionário, eu nem tenho tempo de dizer a ele porque é que ele vai trabalhar, ele entra e vai aprendendo junto com os outros, isso não existe, eu acho que isso tá errado, entendeu? [...] Primeiro é o pessoal a conhecer; primeiro conhecer as políticas, conhecer é, o seu, a sua forma de trabalho, não é a forma de trabalho, por exemplo, têm profissionais que tão na rede e não conhece a rede, entendesse? Uma das coisas que facilitaria era isso, encaminha tudo pra pessoa errada, faz é, (conversa baixinho) é, encaminha pra locais errado, coloca pessoas em locais que não deveriam tá. [...] É disso que eu tô falando, teria que os profissionais ter conhecimento pra melhorar, dos serviços [...] Sei lá, faz um curso... divulga, faz alguma...(GE3)

[...] pra mim o mais importante tá ali na base, é o médico da base, é aquele medico de confiança do paciente e esse médico tem que ser qualificado, do mesmo jeito que eu me qualifiquei aqui pra ser urologista tive que passar por residência, mestrado, doutorado, um monte de coisa pra chegar onde eu cheguei, a mesma coisa aqui. (PSII 4)

Uma terceira sugestão, dada por um profissional da atenção especializada, foi a de se implementar o Núcleo de Apoio ao Saúde da Família em Recife, uma equipe multiprofissional que é composta por diversas categorias que devem apoiar as equipes de saúde da família, cujas intervenções diminuiria a necessidade de encaminhamento para média complexidade.

Não, esse núcleo já foi até aprovado né? Em lei, o presidente da república... Que a gente chama NASF, né? Que são os núcleos de apoio ao ah... Núcleo de apoio aos PSFs, saúde da família né? Aos programas saúde da família... E assim a... A perspectiva é que tenha especialista de várias áreas, pediatras, obstetras, é... Fisioterapeutas... Tem todo um elenco de profissionais que estão garantidos nessa proposta. Então, é uma coisa recente que ainda não, não está implantada. Então acho que com isso a gente vai ter, é... Tendo esse apoio dos núcleos, eu acho que vai dar esse suporte que a gente sente falta hoje, né? A população vai pra assistência básica, mas esse intermediário, que não seria média complexidade, seria consultas especiais... Especialistas... Média complexidade ele já passa a ser desviada pra os serviços mais bem equipados. E aí, eu daria conta dessas necessidades né? Que a gente tem hoje (PSII 8)

Uma quarta sugestão, mencionada principalmente por profissionais administrativos, é de se aumentar os recursos financeiros para os serviços de saúde, através da valorização do setor público com mais financiamento do que o investimento na rede privada, que em parte está sendo realizada através das parcerias com as organizações sociais. Há a necessidade de defesa do setor público através de mais recurso, para não se entregar a gestão e a responsabilidade de prestação dos serviços para o setor privado e a consequente perda de importância do novo modelo de saúde que o SUS propõe para a população brasileira.

[...] a gente ainda tem um recurso muito pequeno, muito limitado, eu acho que a gente investe mais na própria rede privada, o próprio SUS investe mais na rede privada do que na rede própria, eu acho que a gente precisa, o principal, acho que posso resumir tudo assim dizendo, que o que a gente precisaria investir, era investir mais na rede própria. Até o recurso que a gente coloca na rede complementar, se fosse investir na rede própria, a gente conseguiria ter muito mais coisas, além de facilitar os processos. (PA 6)

Acho que o governo precisa investir muito mais nessa questão da gestão pública. Não é privatizar, não é entregar como a gente tá vendo aí, não é isso! É como se o governo, a gente sentisse, tá se tornando... Ah, eu não posso, vou privatizar! Toma a batata quente. Certo? Cadê o SUS? Direito de saúde é um direito do povo e dever do Estado, então de certa forma a gente tá vendo que o SUS tá indo pelo ralo né? (PA 4)

Eu acho que, não sei se o governo está gastando muito nessa área né? Mas há uma carência enorme de recurso para disponibilizar mais verba pra o serviço médico, o atendimento médico, o serviço de saúde, acho que, não sei, está faltando melhorar tudo na minha opinião. (USD 5)

Quanto às melhorias relacionadas com a estrutura dos serviços foi evidenciada, principalmente pelos usuários, a necessidade de se ampliar o quadro de recursos humanos na atenção primária, de profissionais de várias categorias, principalmente a dos médicos.

[...] contratação de pessoal tanto de médico, de enfermeiro, é... Auxiliar, enfim, a gente tá muito deficiente disso, eu acho, tá entendendo? [...] contratação de pessoal a nível de (pausa), de atenção básica. (PSI 4)

Eu acho que ter mais médicos, não é? [...] Muito pouco médico para a quantidade de gente que necessita ir para ele. (USD 8)

O que melhoraria era se tivesse mais médicos, mais fichas para atender melhor as pessoas, porque a população é grande, a população cresceu muito, não é mais como antigamente que eram poucas pessoas, agora tem muitas aí, esse posto é pequeno. (USD 4)

Outra sugestão, feita por usuários, foi a de que haja a oferta de alternativas para o deslocamento dos usuários até o local de atendimento. Muitos deles não têm condições de se deslocar de ônibus, por apresentarem alguma dificuldade de locomoção e também por não

terem recursos financeiros para pagar um transporte. Além disso, o transporte público nem sempre oferece uma estrutura adaptada para as pessoas com alguma deficiência de mobilidade que facilite a utilização.

Se tivesse também um transporte seria uma boa. [...] sim. Se tivesse no posto né! Uma ambulância, um socorro assim pra trazer, porque, ai vê sua pressão, ai tá, a pressão tá alta, ai lá vem você caminhando, toma a medicação, ai fica com sono, ai vai ter que esperar uma carona, ou então vim caminhando, ai quando chega aqui a pressão tá o quê? Não adiantou nada, ficou no mesmo (USD2).

O Bruno Maia ter um carro a disposição, já que ele tem carro aqui da prefeitura, a prefeitura disponibiliza de carro, é pra essas pessoas que tem dificuldade, né? Nós somos pobres, né? Nós ganha um salário até de ajuda do governo e não podemos tá tirando R\$30,00 ou R\$40,00 pra tá pagando de carro. Então, acharia que uma ambulância, qualquer carro assim da Prefeitura pra locomover a gente até a clínica, seria muito ótimo, ajudaria muito. Às vezes a gente passa por mais dificuldade porque não tem como conseguir aquele dinheiro pra passagem, a gente mora distante, [...], porque os ônibus não carrega cadeirante é uma dificuldade pra carregar cadeirante e no momento que eu me encontro, [...], ando com minhas peças, ando com as muletas aí, não tem condições de subir em ônibus, não tem condições de tá subindo degrau, é ruim, é difícil demais! (USC3)

A informatização e a instalação de internet para a marcação de consultas foi uma sugestão de melhoria dada pelos profissionais, que facilitaria a organização das consultas por parte dos funcionários e proporcionaria uma agilidade ao processo de trabalho.

Teria! Uma das coisas não é, é reestruturar função, não é? Colocar uma coisa mais moderna, não tem como, não tem. Se vocês tiverem tempo, eu levo vocês para conhecer, imagina o que é tu tirar dez agendas, porque eu tenho que dividi. São quarenta, cinquenta, tem dia que é quarenta e oito agendas para o outro dia. A gente tira antecipado, tira sempre de um dia pro outro, de um dia pro outro, as de hoje já tá pronta, de manhã, de tarde já, do horário intermediário e da tarde (referindo-se a identificação e seleção dos prontuários) (GE 3)

Eu acho que se a gente tivesse em rede, é isso que eu fico sonhando, que a gente tivesse em rede, fosse tudo ligado na internet, a gente aqui solicitasse um colega ou algum local que tivesse mais ágil, mas é tudo feito em papel, eu escrevo aqui, esse papel o paciente leva pra recepção, na recepção é dito a ele que volte no dia tal, é o dia que vai ter marcação por telefone pra essa especialidade. Dia tal ele chega, pode ou não ter, aí ele novamente é dito se não tiver volte daqui a uma semana. (PSI 8)

Quanto às sugestões relacionadas com a organização dos serviços, uma que emergiu das opiniões dada pelos profissionais foi o investimento na educação em saúde na atenção primária, que através deste trabalho possibilitaria um melhor conhecimento por parte da população a respeito dos condicionantes que levam à doença e como consequência poderia haver uma mudança de comportamento e teriam mais cuidado com a própria saúde. Além disso, com o investimento em ações preventivas diminuiria os gastos com o tratamento que necessita de mais financiamento.

Funcionar as equipes de atenção básica, não só funcionar as equipes como fazer o trabalho de prevenção, eu acho que melhoraria e muito, a gente teria uma redução de atendimentos, pelo menos de baixa complexidade enorme [...] Com as equipes presentes na comunidade, fazendo o atendimento, tanto o atendimento quanto o trabalho educativo. De orientação, de informação, pré-natal, de tratamento de hipertensão, de tratamento de diabetes e prevenção à saúde, eu acho que se a gente tivesse isso a nível de atenção básica nas comunidades a gente melhoraria muito o conhecimento da população em relação à alimentação, ao estilo de vida, à atividade física, tudo isso. (PA 5)

Melhorar a questão da informação. Não só a questão da informação assim, que a gente trabalha mais maciçamente nessa área. Falar de doenças, de sintomas de doença, não! Mas de uma informação que a gente trabalhasse mais a compreensão da saúde por parte da população. A compreensão da saúde ampliada mesmo, assim. [...] A gente construir esse conceito de saúde junto à população, a compreensão da busca também dela por cuidado, acesso ao cuidado específico de assistência a saúde, talvez se dessa de uma outra forma. Entendeu. (PA1)

[...] Ter uma assistência básica voltada pra educação, primeiro, em primeiro lugar, tá certo? Não só dos pacientes como dos profissionais que trabalham nas unidades, né? Então, eles têm que ter o preparo da educação. [...] unidades que funcionassem bem e que tivessem sempre programas educativos, entendeu? De uso de medicação, de cuidados com as doenças, porque se ele se prevenisse não precisava tá lá na unidade básica e com medicamento que também não tem. (PSII 5)

No que se refere às melhorias para a organização dos serviços, uma das propostas, sugeridas na maioria pelos usuários, foi a de ampliação do horário de atendimento, através do cumprimento da carga horária diária de trabalho e da existência de um terceiro turno, o noturno, de funcionamento nas unidades de atenção primária.

Cumprir, cumprir o atendimento, é isso! Porque se a gente tem condições de atender três horários, três horários assim, sete, onze e quinze, se eles fossem todos ocupados, geralmente o pessoal só gosta, só gosta não, só trabalha mais de manhã no horário das sete, [...] (GE3)

E a não ser isso, o meu menino, quando meu neto adoce a gente tem que ir pra fora, porque só atende de manhã, de tarde não tem médico ai[...] Era pra ser direto, né? De manhã e de tarde. (USC 7)

Tem que ser aberto o posto até cada um cumprir seu horário, você entra em uma empresa para trabalhar você tem que cumprir seu horário, mais ninguém faz isso. (USC 2)

Porque é o mais próximo da casa da gente, e numa hora que a gente tá mais necessitada, precisando que nem, que nem... Que nem a necessidade... Diz Valdir... Quero não! Que nem a necessidade logo que a gente pegou, uma comparação assim... eu tonta, com mal-estar. Ai claro! Se esse posto fosse aberto por essa hora e a gente chegasse qualquer hora e fosse atendida era bom, né? (USC 1)

Outra sugestão pontuada por usuários é a priorização das visitas domiciliares, com a realização desta atividade de forma mais sistemática para os usuários que não conseguem chegar à unidade de saúde.

[...] a gente tivesse um posto, com as agentes de saúde chegando na nossa residência, e pegando encaminhamento, marcando tudo direitinho e no dia a gente ia fazer, como V., fazia, faz assim, como é... tem lá a secretaria de saúde, aí as consultas que vão, os encaminhamento, aí vem aquela agente do hospital marcar. Aí só no dia é que vem fazer, o exame ou a consulta. Mas aqui infelizmente eu mesmo tenho que com meus pés, plantando e arrancando, mas eu tenho que ir [...] (USD 2)

Ou uma doutora, né? Porque às vezes tem aquela coisa assim, tem uma paciente em casa que não pode se locomover, né? Passando mal, digamos, tá passando mal, aí vai procura o posto, ele nem pode se locomover nem você tem dinheiro pra buscar um taxi e levar, aí vai até a doutora, aí a doutora eu tô com paciente, tô a agenda cheia aqui, o posto tá cheio, tem muita gente pra atender, e aquele tá em casa passando mal, que não pode ir até lá, como é que fica? Né? Então eu acho que deveria ter aquela doutora, justamente pra esse fim, pra visitar a casa do paciente que não pode se locomover, né? E com mais frequência, digamos uma vez no mês ou de dois em dois meses, mas que vinhesse com aquela frequência certa, dia tal é dia visita tal, de tal paciente, de tal paciente, de tal paciente, e ali viria, ficaria sempre constantemente. Melhoraria mesmo, muito mesmo! (USC3)

Por fim, três categorias de sugestões relacionadas com a população apareceram apenas nos discursos dos profissionais. Uma delas foi informar a população sobre o funcionamento da atenção primária, que apareceu principalmente nos discursos dos profissionais da atenção especializada. Com o acesso à informação os usuários terão um melhor conhecimento do funcionamento do fluxo de atendimento na rede, com o resultado de uma menor busca por serviços que não são adequados para atender uma determinada necessidade. Nos relatos também há referência à mídia como mais uma ferramenta a ser utilizada como meio de transmissão de informações a respeito da saúde.

O trabalho, é investir mais a nível de prevenção, investir mais à nível do programa de agente comunitário e de saúde da família, a partir do momento que eles não só se preocupam em curar doenças, mas também prevenir e educar a gente já vai diminuir esse problema, então se hoje eu tou num serviço de emergência e chega alguém com uma dor de ouvido há quinze dias, ele tem quem saber que aquilo, ali não é uma emergência se ele ta há quinze dias, ele tem que conseguir é ter acesso a um serviço ambulatorial, aí ele olha pra mim e diz, é... Eu já fui, eu já tentei, não consegui, não tem vaga, tem que ter encaminhamento pra o serviço de referencia, eles colocam “enes”, “enes” problemas em relação ao acesso aquela unidade é, mas eu acho que a partir do momento que a gente trabalhe mais a educação na comunidade, educar pra se ter saúde aí a gente começa a resolver alguns problemas. (GE1)

Isso precisava estar na mídia, precisava estar na rede A., precisava estar na novela entendeu? “Procure o posto quando...” Senão assim, o profissional de saúde é quem

tem que ensinar [...] tem que ser dito em todo o canto porque o paciente precisa entender que só pode ir pra um hospital terciário quando ele esgotou os níveis de atenção básica porque senão fica. Você viu o impacto que a rede A. tem nisso? Quando você faz campanha de saúde qualquer que seja nas novelas, vacinação, funciona.. (PSII 1)

Sim, a gente pode... A questão da informação, como eu coloquei, não é? Então a gente criar formas de tá sempre aproveitando a vinda do usuário a unidade pra aprender alguma coisa. Não é? Então, é... Faz parte né da... Do serviço, como uma forma de levar informação. Então, se tem na unidade um... Um cartaz né, de alguma forma explicando como é o fluxo, aonde ele pode procurar aquele serviço, não é? [...] Eu acho que assim, é... [...] Então tem que ter um trabalho assim muito efetivo na questão da divulgação, da informação para o usuário e para os profissionais de saúde. (PSII 8).

Além de informar a população, os profissionais consideraram que tem que se aumentar o nível de educação formal da população usuária, que isto levaria há uma maior compreensão dos seus direitos e dos mecanismos que existem para a busca de uma melhor resolutividade da assistência prestada.

Eu acho que se a população fosse mais esclarecida ela cobraria mais, cobraria por atendimento melhor, de qualidade também, se ela fosse esclarecida, porque se a população não for esclarecida, se ela não tem um acesso à educação, se ela não tem um trabalho educativo preventivo ela também não vai cobrar e ela só vai esperar a doença chegar pra ter um ataque, então a população também não educada e não informada. Ela é uma população que fica acomodada também. (PA 5)

Isso aí entra naquela parte que eu te falei que eu acho que a população tem que ser mais educada, mais bem educada em relação a isso, não só a definir o que é uma prioridade, uma urgência, do que não é como em relação a isso aos direitos dela também, ao invés dela só querer agredir aquele profissional que esta na ponta, ela tem que ir atrás dos direitos dela, ela tem que se fazer valer, se utilizar do serviço de ouvidoria, por exemplo, que a gente tem e eles utilizam muito pouco. Então tudo isso tá ligado a educação da comunidade. (GE 1)

Também foi sugerido, pelos profissionais, com exceção dos profissionais da atenção primária, o aumento da participação da população no controle social da saúde para o fortalecimento do SUS, fazendo-se presente nas conferências de saúde e nos conselhos de saúde. Os usuários devem observar a atuação de seus representantes nos conselhos e cobrar atitudes que tragam melhorias para os serviços, pois muitos dos conselheiros têm mais interesse em obter benefícios pessoais do que para os residentes do território que eles representam.

Então a questão da população é fazer com que a população descubra, busque, reivindique, certo? Lute pelos seus direitos, denuncie, uma população mais crítica, mais propositiva, uma população que reconheça que o sistema de saúde é um sistema que não é de graça, que não é favor, que não é benesse... ela está pagando sim com seu suor, com seu trabalho através de seus impostos. Então tem uma população assim mais reivindica... Reivindicar mais os seus direitos, né? (PA4)

Teria que trazer a população, através do controle social, de seus representantes, pra que ele dissesse sua necessidade, entendeu? [...] Então a Conferência Municipal de Saúde diz muitas coisas, que a Estadual também não, e a Nacional também não. Porque é um foco de discussão de poder, não é discussão das reais necessidades da população, uma coisa que deveria ser repensada. Faz uma conferência, gasta milhões... e quando as pessoas chegam lá, nos conselhos... saúde mesmo é só a disputa política, aquele líder comunitário que quer ser vereador... entendeu? [...] depende de uma mudança de consciência da população como um todo, em todos os níveis, pensar no povo brasileiro. Enquanto isso não acontecer a gente vai a passos... de tartaruga mesmo. (GE4)

[...] participar dos conselhos, né? E, é... Se manter de uma forma ativa na... Na sua região, né? Na sua localidade, na sua comunidade, né? Eu acho que só assim a gente vai conseguir, corrigindo as falhas né, e adaptando o que precisa. (PSII 8)

Quadro 3 - Sugestões para a melhoria do acesso relacionadas com a gestão, os serviços e a população. Microrregião 3.3, DS III. Recife-PE, 2011.

Categorias	Subcategorias emergentes
Gestão	<ul style="list-style-type: none"> - Aumentar a cobertura do PSF. Citado por GE, PSI; - Investir na capacitação dos profissionais de saúde da atenção primária. Citado por GE, PSI, PSII; - Implementar o núcleo de apoio à saúde da família (NASF). Citado por PSII; - Aumentar os recursos financeiros para os serviços de saúde. Citado por PA, USD.
Estrutura dos serviços	<ul style="list-style-type: none"> - Ampliar o quadro de recursos humanos na atenção primária. Citado por PA, PSI, PSII, USD, USC; - Oferecer alternativas para os deslocamentos de usuários até o local da atenção. Citado por USD, USC; - Informatizar o sistema de marcação de consultas. Citado por GE, PSI, PA.
Organização dos serviços	<ul style="list-style-type: none"> - Investir na educação em saúde na atenção primária. Citado por PA, PSII; - Ampliar o horário de atendimento. Citado por GE, PSII, USC, USD; - Priorização das visitas médicas. Citado por USD, USC.
População	<ul style="list-style-type: none"> - Informar a população sobre o funcionamento da atenção primária. Citado por GE, PSII; - Aumentar o nível de educação da população usuária. Citado por GE, PSI; - Aperfeiçoar o controle social sobre a saúde. Citado por GE, PSII, PA.

Fonte: Elaborado pela autora.

5 DISCUSSÃO

Dentre os resultados apresentados, foi abordada nesta discussão a concepção de acesso que está relacionada com o uso efetivo dos serviços de saúde e com a resolubilidade. Com relação às barreiras, dentre os resultados encontrados, foram discutidas as relacionadas com o financiamento, com a oferta dos serviços, com a infra-estrutura física, com os recursos humanos, com a acessibilidade geográfica, com a organização dos serviços e com as características da população. Já dos elementos facilitadores, foram abordados a existência da estratégia de saúde da família, a comunicação informal, a acessibilidade geográfica e o papel do ACS. No final, foram debatidas as seguintes sugestões de melhoria para atenção primária dadas pelos entrevistados: aumentar a cobertura da ESF, investir na capacitação dos profissionais, ampliar o quadro de recursos humanos, aumentar a participação da população no controle social da saúde.

Uma das concepções de acesso, que apareceu intensamente nos resultados, foi a de uso efetivo dos serviços de saúde. Tal ideia se aproxima do conceito de Donabedian (1973), que traz acessibilidade como um dos aspectos da oferta de serviços de saúde relativo a capacidade de produzir serviços e de responder às necessidades de saúde de uma determinada população (DONABEDIAN 1973 apud TRAVASSOS; MARTINS, 2004). Este parece ser um conceito mais ampliado que o de Frenk (1985) que diz que o domínio da acessibilidade se limita ao processo de buscar e receber a atenção à saúde. No entanto, a maior parte da literatura vai além e afirma que acesso não equivale à simples utilização. Tem sido descrito como a oportunidade de utilização dos serviços em circunstâncias que permitam o uso apropriado dos mesmos (SANCHEZ; CICONELLI, 2012).

A outra concepção observada nos discursos do estudo é de que acesso está além do uso efetivo dos serviços, é ter resolubilidade. Pode se ter esta noção através de uma das dimensões do acesso que é, sistematizada por Sanchez e Ciconelli (2012), a aceitabilidade, que compreende a natureza dos serviços prestados e o modo como eles são percebidos pelos indivíduos e comunidades. É a dimensão menos tangível do acesso e, portanto, a mais difícil de ser quantificada e detectada. A relação entre as atitudes dos profissionais de saúde e dos indivíduos, influenciadas por idade, sexo, etnia, idioma, crenças culturais, condição socioeconômica, entre outros, define a aceitabilidade, assim como a interação entre as expectativas dos profissionais de saúde e as expectativas dos pacientes também.

Com relação às barreiras, no que se refere ao subfinanciamento dos serviços, foi pontuado a insuficiente contrapartida de recursos repassados pelo governo federal para o

fortalecimento da ESF. Esta constatação do subfinanciamento é colocada por Silva (2011) como um dos desafios para as redes regionalizadas e integradas, que apesar de a cobertura assistencial no SUS, especialmente na área ambulatorial, ter aumentado nestas duas últimas décadas, a oferta de recursos ainda é insuficiente para atender às necessidades da população. A expansão se deu praticamente pelos municípios, induzidos pelo governo federal por transferências de recursos financeiros através de incentivos para implantar serviços e programas, e existem indícios de que há um esgotamento nessa forma de expansão.

Além disso, para Gadelha et al. (2011), os investimentos do Governo Federal com as despesas de capital na rede de atenção à saúde, além de serem insuficientes, mostram-se fragmentados, o que limita ou impede uma orientação estratégica deles. A distribuição regional dos investimentos, em geral, não segue estratégias de longo prazo e sua efetividade é limitada pela fragmentação e porte de recursos através da tendência de manutenção do direcionamento dos fluxos financeiros do SUS, que tendem a se direcionar para os locais onde já há infra-estrutura instalada e mão de obra qualificada.

Com relação à cobertura insuficiente da ESF, há a existência de muitas áreas descobertas pelas equipes, e que está relacionado também com a falta de profissionais dentro das equipes. Apesar de o município de Recife, no período de oito anos, entre 2000 a 2008, ter tido uma enorme expansão da rede de saúde em todos os níveis de atenção, inclusive ampliação da cobertura de atenção primária com a Estratégia de Saúde da Família (CÔELHO; COUTO, 2009), de acordo com os dados existentes do Departamento de Atenção Básica (DAB/MS) sobre a cobertura de saúde da família em Recife, consta o registro estimado de 53,02% de cobertura da população pelas Esf (BRASIL, 2013), isto é, quase metade da população está descoberta por equipes de saúde da família.

Outra barreira relacionada com a estrutura foi a oferta insuficiente de consultas nas unidades, com a necessidade de os usuários terem que chegar muito cedo para conseguir marcar uma consulta. Em uma pesquisa realizada com usuários do município do Estado de São Paulo, com base no acesso ao atendimento, 57,6% da população responderam que existe fila para o atendimento (MOIMAZ et al., 2010). Souza et al. (2008), em pesquisa com usuários e profissionais, apesar de os usuários não precisarem dormir na fila, afirmam que ainda persistem as filas e a demora para se conseguir marcar consultas, devido à grande demanda. De acordo com Côelho e Couto (2009), de modo a promover a ampliação do acesso as USF em Recife, houve a implantação do acolhimento, tendo a atenção primária como coordenadora das ações no território, com a intenção de eliminar as filas.

Quanto à qualidade da infra-estrutura física, foi considerada inadequada com a falta de salas para a realização das atividades nas unidades. Na pesquisa realizada por Schwartz et al. (2010), usuários apontam que a estrutura física da unidade saúde da família também é uma barreira de acesso, com a existência de poucas salas, com dificuldade de subida para o segundo andar. Moimaz et al. (2010), também trazem como um dos resultados de sua pesquisa com usuários que um dos pontos de insatisfação deles é a falta de infra-estrutura das USF, porque a maioria está sucateada. Em Leão e Silva et al. (2011), a estrutura física aparece como uma barreira, já que muitas unidades são construções velhas, adaptadas, pouco iluminadas, organização do espaço e de ambientes inadequados.

Outra barreira existente é a quantidade insuficiente de médicos e de outros profissionais na atenção primária para a demanda existente, que tem como consequência a sobrecarga de trabalho para os outros profissionais da equipe ou o aumento da demanda em hospitais. Em vários estudos, é citado por profissionais e/ou usuários a falta de recursos humanos, principalmente de médicos e de dentistas, como uma dificuldade de acesso à saúde, com uma sobrecarga para os outros da equipe, principalmente a enfermeira (LEÃO e SILVA et al., 2011; MOIMAZ et al. 2010; SOUZA et al., 2008, VANDERLEI; VÁZQUEZ, 2013;). Para corroborar com a informação anterior, dados mostram que o número de médicos generalistas por 1.000 habitantes variou de 0,3 a 2,1 nos países europeus em 2005, já no Brasil, os médicos do PSF, que em tese seriam os generalistas do SUS, correspondem a apenas 0,1 por 1.000 hab. Somando a eles os que atuam nas especialidades básicas – ginecologia/obstetrícia, clínica geral e pediatria – a taxa é de 0,63 (CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE, 2008).

Mesmo que no SUS o modelo almejado seja menos médico-centrado, tanto na Saúde da Família, quanto nas UBT, preconiza-se o trabalho multiprofissional e interdisciplinar, na perspectiva de integralidade e equidade na atenção, no entanto, na prática, ainda se observa um conflito entre o que se pretende e o que efetivamente acontece. O modelo continua médico-centrado em virtude da hegemonia desse modelo na cultura das organizações da saúde e da própria população. Existe dificuldade de organizar o trabalho em equipe na perspectiva almejada (CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE, 2008).

Em parte esta falta de profissionais é consequência de outra barreira mencionada que é a dificuldade de contratação, devido à LRF e à falta de recursos dos municípios, e de manutenção deles nos serviços, por causa dos baixos salários. Tal situação reflete o que está

acontecendo na maioria dos municípios que compromete em torno de 20% do orçamento municipal com saúde - lembrando que a Constituição estabelece 15% como limite mínimo - e muitos atingiram os limites impostos pela lei de gastos com pessoal. Uma das consequências dessa situação é a contratação de profissionais de saúde através de parcerias com instituições privadas para driblar a legislação, mas que deixam os gestores municipais em situação de fragilidade perante o Ministério Público do Trabalho pela dubiedade da legislação nesse aspecto. Outra é a precarização nas formas de contratação, com prejuízos aos direitos dos trabalhadores, o que contribui para aumentar a rotatividade (SILVA, 2011).

Outra dificuldade é a falta de insumos nas unidades. Não há os medicamentos, nem os materiais para realizar determinados procedimentos nas unidades, ficando o tratamento sem uma completa resolução, não se concretizando a integralidade do atendimento. Este aspecto também apareceu como resultado em pesquisas realizadas por Souza et al. (2008), Moimaz et al. (2010) e Vanderlei e Navarette (2013). Tal problemática foi questionada por Moimaz et al. (2010) ao alertar que a queixa da falta de medicamentos deve ser analisada com cautela, por que deve se considerar a existência de uma limitação de recursos financeiros para a compra de remédios nos municípios, o que gera uma cobertura incompleta das necessidades dos usuários. Por outro lado, também existe uma tendência cultural do brasileiro pela aquisição de remédios, como se todos os problemas dele só fossem resolvidos por meio destes. A dependência física e emocional pelo medicamento acaba onerando o serviço com uma demanda supervalorizada.

Também foi evidenciada a dificuldade de acessibilidade geográfica, devido à distribuição inadequada das unidades de saúde da família dentro do território. A localização inadequada foi citada como barreira de acesso em Silva Júnior et al.(2010), Coimbra et al. (2010) e Leão e Silva et al. (2011), porque, muitas vezes, as unidades se encontram distantes de muitas microáreas adscritas, além de apresentarem muitas dificuldades físicas do território como escadarias, encostas, ladeiras. De acordo com estes últimos autores, os profissionais relataram existirem usuários do serviço de saúde que não podem ser atendidos pela unidade da ESF mais próxima de sua casa devido à divisão equivocada dos territórios de abrangência.

Para Silva Júnior et al. (2010) esse processo de adscrição dos usuários, ao não considerar a dinâmica do território, suas características e seu perfil de saúde-doença, representa uma atividade meramente burocrática: as áreas das equipes e suas microáreas constituem-se apenas em espaços delimitados para atender às exigências formais de funcionamento dos programas. Afirmam que o desenho de territorialização ainda carece de

uma maior reflexão crítica acerca dos parâmetros utilizados. Observa-se que existe uma lógica estritamente normativa, dado que a definição das microáreas pode ser baseada exclusivamente no número máximo de pessoas por ACS, como ocorreu em pesquisa que realizou em Salvador.

Quanto às barreiras relacionadas aos elementos organizativos dos serviços, foi pontuado que o número de visitas domiciliares é reduzido para atender a necessidade. Tal dado também foi encontrado em uma pesquisa realizada por Sakata et al. (2007) e outra, por Drulla et al. (2009), em que foi alegado que há falta de tempo para a realização das visitas domiciliares por causa da sobrecarga de trabalho, a duração delas serem reduzidas devido às outras tarefas e à necessidade de se cumprir uma quantidade determinada para as visitas mensais. Apesar de ser uma atividade programada e inserida no cronograma de atividades das equipes, a visita domiciliar ainda é percebida, pelos usuários, como algo esporádico (ALBUQUERQUE; BOSI, 2009).

Outra importante dificuldade enfrentada para obter atendimento é o tempo de espera longo para conseguir marcar as consultas médicas e odontológicas. Além de os usuários precisarem chegar muito cedo na unidade para conseguir uma ficha, alguns tem que faltar trabalho para conseguir agendar. Em pesquisa realizada por Moimaz et al. (2010), 54,5% dos usuários entrevistados disseram que existe uma demora excessiva entre o dia de agendamento da consulta e/ou exame até o dia do atendimento, variando de um dia a um ano ou mais de espera.

Corroborando com os resultados encontrados, os dados das pesquisas de Schwartz et al. (2010) e Coimbra et al. (2010) em que usuários também reclamam da dificuldade para a marcação de consulta, em que têm que chegar muito cedo para ver se conseguem uma ficha. Em Recife, Azevedo e Costa (2010), afirmam que usuários e profissionais também percebem uma dificuldade para a população marcar consulta em USF no distrito sanitário IV. Andrade e Ferreira (2006), Coimbra et al. (2008) e Souza et al. (2010) chamam a atenção para a grande dificuldade de se conseguir consultas com os dentistas.

Além da demora, para conseguir marcar a consulta, também afirmaram que o tempo de espera para receber o atendimento é prologando. Esta barreira também foi considerada um problema nas entrevistas realizadas com os usuários por Azevedo e Costa (2010). Em Coimbra et al. (2010), os usuários reclamam também do tempo de espera de atendimento de consulta, que pode chegar a ser de quatro horas e, de acordo com a percepção dos

profissionais desta pesquisa, a pressão da demanda era devido a cultura centrada no atendimento médico.

Outra barreira de acesso relacionado ao tempo é o horário de atendimento insatisfatório durante o dia. Em uma pesquisa realizada por Escorel et al. (2007) em 10 municípios brasileiros com mais de 100.000 habitantes, relataram que as unidades só funcionavam de 8 às 17 horas e que esta condição dificultava o acesso da população trabalhadora.

Soma-se a esta questão o descumprimento do horário de trabalho pelos profissionais, principalmente pelos médicos. Apesar de ser estabelecido que a carga horária semanal dos profissionais da equipe de saúde da família é de 40 horas semanais em Recife, no entanto nem sempre é cumprida de acordo com a portaria nº 648GM (BRASIL, 2006). Pode-se constatar em Cotta et al. (2006), que esta realidade se repete em outros locais, no qual a jornada de trabalho de todos os ACS e auxiliares de enfermagem são oito horas diárias, enquanto entre os médicos e enfermeiros, apenas 50% de cada categoria cumpria tal carga horária e os demais 50% trabalhavam seis horas por dia. Em Pinto, Menezes e Villa (2010) também há uma variável carga horária diária dos profissionais da ESF, tanto os médicos como os enfermeiros cumprem uma carga horária diária de 6 horas. Já os odontólogos cumprem 5 horas diárias e, por sua vez, os profissionais de nível médio, ACS e auxiliares de enfermagem, cumprem 8 horas diárias de trabalho, enquanto que os ASB trabalham 6 horas.

Já com relação às barreiras relacionadas com a população, aparece o problema da condição socioeconômica precária dos usuários, pois muitos não tem condições de pagar para se deslocar para os serviços, nem para a compra de medicamentos. Em pesquisa realizada por Silva Júnior et al. (2010), foi mostrado que a principal forma de deslocamento utilizada pela população foi o deslocamento a pé, fato constatado em todas as equipes. Essa preferência estava mais relacionada ao custo do deslocamento, já que se tratam de áreas carentes e da própria distância da residência até as USF do que da disponibilidade de transporte coletivo. Em Azevedo e Costa (2010), usuários e profissionais relatam que a baixa condição socioeconômica limita o acesso aos medicamentos, quando não existe na unidade, por que eles não poderem comprar, e muitas vezes ficarem sem dar continuidade ao tratamento.

Além da baixa condição socioeconômica, há a falta de informação dos usuários a respeito de quais serviços de saúde deve procurar de acordo com sua necessidade. De acordo com Goddard (2009), a complexidade do ambiente de saúde, a dificuldade de comunicação entre profissionais e usuários e a proliferação de termos que descrevem os serviços

disponíveis, faz com que seja difícil para alguns grupos escolher o serviço mais adequado para a resolução do problema de saúde.

Com relação à falta de informação, Schwartz et al. (2010) dizem que é importante ressaltar o papel dos profissionais que atuam na equipes de saúde da família, no diálogo e no acolhimento a essas demandas da população adscrita, informando, de forma clara e acessível, ao nível de compreensão dos usuários, a respeito da hierarquização dos serviços de saúde e explicando o poder de resolução da atenção primária e a própria forma de organização e as opções de procedimentos que o serviço tem a oferecer. Percebe-se que muitas das expectativas dos usuários quanto à USF estão além do rol de atividades a serem ofertadas na atenção primária, como a solicitação por especialidades, demonstrando que ainda não está claro para a população o processo de descentralização e hierarquização da rede de serviços, achado também encontrado no estudo de Tavares et al. (2003), que identificou a falta de informação como um dos nós críticos na relação do usuário com os serviços no SUS.

No que se refere aos elementos facilitadores, foi evidenciada a existência da Estratégia de Saúde da Família, que ampliou a oferta de serviços básicos, diminuiu a fila nas unidades de saúde que já existiam e, principalmente, a busca dos hospitais. Este dado mostra a importância da implementação da ESF no município e vai ao encontro dos resultados da pesquisa realizada por Almeida, Fausto e Giovanella (2011), em que profissionais e usuários também perceberam a diminuição da procura por serviços especializados e hospitalares após a implantação da ESF, resultado que mostra que a ampliação da oferta da atenção primária diminui a busca por outros serviços como primeiro contato. De acordo com Starfield (2002), a solicitação de uma consulta em “uma porta de entrada”, isto é, um serviço de atenção primária, antes que uma consulta possa ser realizada em qualquer lugar, está associada à utilização reduzida tanto de serviços especializados como de consultas em sala de emergência.

No Brasil, apesar de ser um atributo importante da constituição da atenção primária como serviço de primeiro contato, a exigência de encaminhamento pelo profissional de atenção primária para o acesso aos serviços especializados depende do grau de organização de cada sistema local. Em seis das 10 cidades estudadas por Escorel et al. (2007), os gestores municipais concebiam o PSF como estratégia estruturante da rede de serviços, que deveria tornar-se a porta de entrada de sistema integrado. Em quatro dessas cidades (e em uma parcialmente), o acesso aos serviços especializados estava condicionado à referência pelo médico, podendo-se dizer que este exercia a função de porta de entrada. Em cinco cidades, as

consultas com especialistas eram marcadas pelos profissionais da equipe, indicando forte preocupação com a garantia da continuidade do cuidado.

Outro facilitador do acesso, mencionado principalmente pelos usuários descobertos, foi a comunicação informal com os funcionários das unidades para conseguir atendimento, mas também foi citado como uma barreira de acesso, pois é um privilégio para alguns. Esta afirmação também aparece em um estudo realizado por Pontes et al. (2009), em que os atendimentos intermediados pelos profissionais de saúde também foi considerado como elemento facilitador pelos usuários. De acordo com este autor é através da instituição do princípio de universalidade que o indivíduo passa a ter direito ao acesso a todos os serviços públicos de saúde, livre de privilégios ou preconceitos.

No entanto, os usuários se referem ao alcance do atendimento intermediado pelo profissional de saúde e/ou ao conhecimento como uma facilidade, o que pode ser caracterizado como privilégio com a consequente associação do acesso a um sujeito individual (o profissional), e não à estrutura e à organização do sistema em si (PONTES et al. 2009). Em outra pesquisa, realizada por Ferreira e Santo (2012), a comunicação informal também aparece como um mecanismo que facilita o acesso, em que a assistência médica é percebida como resultado da “boa vontade” dos profissionais de saúde e reforça a ideia de que o direito a saúde é uma doação dada pelo governo.

Dessa forma, segundo Gawryszewski, Oliveira e Gomes (2012), diversos caminhos, distantes dos mecanismos de organização formal, são utilizados com o intuito de permitir o acesso dos usuários ao sistema. A responsabilização pessoal pelo acesso acaba resultando na necessidade de resolução da demanda colocada, o que se dá por meio das redes de relações pessoais determinando o atendimento.

A acessibilidade geográfica também foi considerada como um facilitador do acesso, devido à existência das unidades de saúde da família dentro do território da população adscrita, apesar de ter sido citada como uma barreira para alguns. A proximidade física das USF também foi citada em uma pesquisa realizada em quatro municípios, Aracaju, Belo Horizonte, Vitória e Florianópolis e que os usuários relataram chegar a pé as unidades (ALMEIDA; FAUSTO; GIOVANELLA, 2011). Escorel et al. (2007) também encontraram este achado em uma pesquisa realizada em 10 municípios brasileiros, em que mais de 90% das famílias entrevistadas afirmaram ser fácil chegar ao local e se deslocavam a pé até a unidade.

Além disso, o trabalho exercido pelo ACS foi considerado um elemento facilitador do acesso. Tal resultado também apareceu em Souza et al. (2008) e em Oliveira et al. (2012), em que o ACS é um agente importante de ligação entre a população e a USF. No entanto Ferreira e Santo (2012) evidenciam que a prática do ACS é considerada como um elemento facilitador principalmente por este tornar fácil a marcação de consultas e portanto, a proposta de se superar o modelo médico-centrado e o papel do agente comunitário não vem sendo significativa de maneira a ser valorizada pela população.

Com intuito de saber a respeito do que os entrevistados acham que pode ser feito para enfrentar as barreiras de acesso aos serviços, foi solicitado sugestões de melhoria. E as respostas dadas foram coerentes com as barreiras que emergiram dos discursos. Uma delas foi o aumento de cobertura do PSF. Apesar deste resultado, o crescimento relativo da cobertura de PSF entre o período de 1999 a 2004 foi maior no Nordeste do que no Sul. Na amostra estudada por Facchini et al. (2006), a cobertura de PSF cresceu 35% ou mais em aproximadamente 65% dos municípios nordestinos, enquanto, no Sul, apenas 5% dos municípios experimentaram tal crescimento na cobertura. Em 2004, dez municípios apresentavam cobertura de PSF de no mínimo 60% da população. Destes, apenas um estava localizado no Sul, enquanto os demais pertenciam à região Nordeste.

Também foi sugerido o investimento na capacitação dos profissionais. As capacitações para desenvolvimento de habilidades ou competências técnicas em áreas específicas foram consideradas importantes para aumentar a resolubilidade das equipes em pesquisa realizada por Almeida, Fausto e Giovanella (2011), em quatro municípios brasileiros. Os informantes deste estudo, no caso gestores e gerentes, compreendem que a definição da agenda de formação continuada deve ter como base o processo de trabalho

Ampliar o quadro de recursos humanos também foi uma sugestão de melhoria. Considerada um dos desafios para a concretização do SUS, existem duas dificuldades, que contribuem para isto, que são a grande rotatividade e a pouca disponibilidade de profissionais para as demandas da APS, com destaque para o médico. De acordo com dados de pesquisa nacional sobre precarização e qualidade do emprego no PSF, realizada pelo Nescon/FM/UFMG em 2006, 60% dos médicos de Saúde da Família, por exemplo, ficam menos de dois anos no posto de trabalho e 70%, menos de três anos no mesmo posto de trabalho (SILVA, 2008).

Outra sugestão foi a de se aumentar a participação da população no controle social da saúde. Esta recomendação se reflete nos achados de uma pesquisa realizada com usuários de

Santa Catarina em que foram questionados sobre o Conselho Local de Saúde ou o serviço de ouvidoria e mostraram desconhecer a existência de tais instâncias, o que evidencia o descompasso entre a exigência sob forma de lei e de direito e o que se estabelece como prática efetiva do sistema de saúde. Não se percebem medidas sob o ponto de vista político em informar a população sobre a necessidade de participação nos espaços nos quais são tomadas decisões em saúde (BACKES et al., 2009).

6 CONCLUSÕES

Pelos resultados da pesquisa conclui-se que, para a grande maioria dos entrevistados, o acesso aos serviços de saúde de atenção primária é difícil na rede do município de Recife. Muitas barreiras foram identificadas e muito poucos foram os elementos facilitadores citados nas entrevistas realizadas.

Observou-se que uma barreira que influencia significativamente a existência de outras foi o subfinanciamento dos serviços de saúde, que tem como consequência muitas das barreiras estruturais dos serviços, que foram citadas pelos entrevistados, como a cobertura insuficiente da ESF, a baixa qualidade de infra-estrutura física, falta de insumos, a falta de médicos e de outros profissionais e a dificuldade de contratação que em parte tem como consequência outra barreira que é a oferta insuficiente de consultas nas unidades básicas. Outras barreiras, no caso o tempo de espera que foi considerado prolongado e da pequena quantidade de visitas domiciliares, analisados como elementos organizativos dos serviços, são consequências de um elemento estrutural dos serviços que é a disponibilidade de recursos humanos, e tais problemas estão também relacionados com a organização do trabalho dentro das unidades e com a responsabilidade e com o vínculo que os profissionais de saúde estabelecem ou não com os usuários. O que demonstra que muitos dos fatores se inter-relacionam e se retroalimentam nas redes de saúde.

No que diz respeito aos elementos facilitadores, um resultado relevante dos discursos dos entrevistados foi a importância da Estratégia de Saúde da Família. Para os informantes a existência e a expansão da referida política é imprescindível para a oferta de serviços primários que possibilita a prática de outros elementos que facilitam o acesso à saúde e que emergiram dos discursos, no caso desta pesquisa foi pontuado o trabalho realizado pelo agente comunitário de saúde e as visitas domiciliares de outros profissionais. Contudo, a cobertura da ESF foi considerada insuficiente para atender a totalidade da população, o que acarreta muitas áreas sem acesso aos serviços de saúde básica, ou com grande dificuldade para conseguir utilizá-los. Além de apresentar uma territorialização que não oferece facilidade de acesso geográfico para toda a população adscrita.

Além das barreiras relacionadas com o setor saúde, emergiu a questão da precária condição socioeconômica dos usuários que mostra que existem dificuldades que estão além das redes de saúde de cada município e que devem ser de interesse de políticas públicas de outros setores.

Para melhorar o acesso dos usuários aos serviços de saúde os informantes apresentaram sugestões para serem colocadas em prática pela gestão. Algumas das melhorias citadas foram o aumento da cobertura da ESF, investimento na capacitação dos profissionais de saúde da atenção primária e o aumento de recursos financeiros para os serviços de saúde. Para uma melhor estrutura dos serviços sugeriram a ampliação do quadro de recursos humanos na atenção primária e a oferta de alternativas para os deslocamentos de usuários até o local da atenção. As sugestões para a organização foram o aumento no investimento na educação em saúde na atenção primária, a ampliação do horário de atendimento e a priorização das visitas médicas. Além de recomendarem uma melhor informação para a população sobre o funcionamento da atenção primária, o aumento do nível de educação da população usuária e o aperfeiçoamento da atuação do controle social na fiscalização das políticas públicas de saúde.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar de toda uma legislação existente para a concretização do acesso dos usuários aos serviços de saúde do SUS, neste estudo foi possível confirmar que há muitas barreiras que precisam ser enfrentadas pelas instituições públicas para ofertar assistência a todos, respeitando os princípios da universalidade, equidade e integralidade presentes na lei 8080.

Há a necessidade de reforço por parte da gestão para a manutenção e melhoria do modelo de atenção à saúde já existente no município, em que exista a discussão de como está se reestruturando a organização desta rede, e deve levar em conta como estão distribuídos os serviços no território e suas diferentes complexidades, para que haja a concretização e o fortalecimento do modelo de atenção primária através da estratégia da família com o intuito de facilitar a trajetória dos usuários em busca do cuidado dentro da rede assistencial de saúde ofertada em Recife.

Também é importante a escuta das necessidades referidas pelos usuários nos espaços existentes, como as ouvidorias, as conferências de saúde e os conselhos existentes nas diferentes instâncias de governo, para que as respostas dadas pelas políticas públicas possam atender de forma qualificada a população.

Finalizando, a pesquisa identificou que a APS precisa ser priorizada pela gestão para realmente a política da ESF ser estruturante e orientadora da organização da rede integral de serviços de saúde em Recife. Esta situação pode ser alcançada através de um maior financiamento para a ampliação das equipes de saúde da família no município, para a melhoria da infra-estrutura das unidades para dar condições dignas de atendimento para os usuários, com investimento na organização do processo de trabalho dos profissionais e na educação permanente para a qualificação destes. Além disso, estimular o fortalecimento dos mecanismos de participação da comunidade no controle das políticas públicas de saúde.

REFERÊNCIAS

- ADAY, Lu Ann; ANDERSEN, Ronald. A framework for the study of access to medical care. Health Services Research, Chicago, v. 9, n. 3, p. 208-220, 1974.
- ALBUQUERQUE, Adriana Bezerra Brasil de; BOSI, Maria Lúcia Magalhães. Visita domiciliar no âmbito da Estratégia Saúde da Família: percepções de usuários no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.25, n.5, p.1103-1112, maio, 2009.
- ALMEIDA, Patty Fidelis de; FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues; GIOVANELLA, Lúcia. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. Revista Panamericana de Salud Publica, Washington, v.92, n. 2, p. 84–95, 2011.
- ANDERSEN, Ronald M. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? Journal of Health and Social Behavior, Washington, vol. 36, n. 1, p. 1-10, 1995.
- ANDERSEN, Ronald M.; NEWMAN, John F. Societal and Individual Determinants of Medical Care Utilization in the United States. The Milkbank Quartely, New York, v. 51, p. 1-28, 1973. Disponível em: <<http://www.milbank.org/uploads/documents/QuarterlyCentennialEdition/Societal%20and%20Indv.pdf>>. Acesso em: 14 jan. 2013.
- ANDERSEN, Ronald M. National Health Surveys and the Behavioral Model of Health Services Use. American Public Health Association Medical Care Section, Philadelphia, v. 46, n. 7, p. 647-53, jul. 2008.
- ANDRADE, Karina Lane Campos; FERREIRA, Efigênia Ferreira e. Avaliação da inserção da odontologia no Programa Saúde da Família de Pompéu (MG): a satisfação do usuário. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.11, n.1, p. 123-130, 2006.
- ASSIS, Marluce Maria Araújo e JESUS, Washington Luiz Abreu de. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2865-2875, 2012.
- AZEVEDO, Ana Lúcia Martins; COSTA, André Monteiro. A estreita porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS): uma avaliação do acesso na Estratégia de Saúde da Família. Interface: Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, v.14, n.35, p.797-810, out./dez., 2010.
- BACKES et al. O que os usuários pensam e falam do Sistema Único de Saúde? Uma análise dos significados à luz da carta dos direitos dos usuários. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 903-910, 2009.
- BARDIN, Laurence. Análise de Conteúdo. 1. ed. São Paulo: Edições 70, 2011.
- BIANQUIN, Andréa Hopf. As políticas de saúde na América Latina a partir da década de 90: um comparativo entre os sistemas de saúde argentino e brasileiro. Revista sociais e humanas, Santa Maria, v. 21, n. 1, p. 1-20, 2008.
- BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil de 05 de Outubro de 1988. Título VIII. Da Ordem Social. Capítulo II. Seção II – Da Saúde. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm>. Acesso em: 23 jan. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Histórico da cobertura da saúde da família. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php>. Acesso em: 9 out. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, 2011. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm>. Acesso em: 29 ago. 2012. 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 19 set. 1990. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>>. Acesso em: 23 ago. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília; 2006. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-648.htm>>. Acesso em: 18 out. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 399/GM de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília, 2006. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>>. Acesso em: 09 jan. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS. Brasília, 2010. Disponível em: <http://cacphp.unioeste.br/pos/media/File/biociencias/Portaria_4279_rede_de_atencao_a_saude.pdf>. Acesso em: 29 ago. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Regionalização solidária e cooperativa: orientações para sua implementação no SUS. 1. ed. Brasília, 2007. (Série Pactos pela Saúde 2006, v. 3).

BRASIL. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Regulamentação da Lei 8.080 para fortalecimento do Sistema Único da Saúde: decreto 7508, de 2011. Revista Saúde Pública, São Paulo, v.45, n. 6, p. 1206-1207, 2011b.

CAVALCANTI, Helenilda; LYRA, Maria Rejane de Brito; AVELINO, Emília. Mosaico Urbano do Recife: exclusão/inclusão socioambiental. Recife: Massagana, 2008.

CISNEIROS, Verônica Galvão Freires et al. Iniquidades e exclusão social em um PSF do município de Jaboatão dos Guararapes. Relato de Experiência. Revista de APS, Juiz de Fora, v. 14, n.3, p. 362-266, jul./set. 2011.

COELHO, Bernadete Perez; COUTO, Gustavo de Azevêdo. O modelo de atenção e gestão em Recife: a dupla tarefa de produção da saúde e da produção dos sujeitos no Sistema Único de Saúde. Divulgação em Saúde para Debate, Rio de Janeiro, n. 44, p. 113 – 122, maio, 2009.

COIMBRA, Valéria Cristina Christello et al. Avaliação da estrutura – processo de acesso de usuários a uma unidade de saúde da família. Revista de pesquisa: cuidado é fundamental (Online), v. 2, n.3, p.1095-1107, jul./set. 2010.

COHN, Amélia. Políticas de Saúde: Implicações e práticas. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa et al. (Org.). Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. p. 219-246.

COTTA, Rosângela Minardi Mitre et al. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. Epidemiologia e Serviços de Saúde, v. 15, n. 3 – jul./set. 2006.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE (Brasil). Comparação entre sistemas de serviços de saúde da Europa e o SUS: pontos para reflexão da agenda da atenção básica: Relatório de oficina da Rede Américas, Belém, 2008.

DIXON-WOODS, Mary et al. Conducting a critical interpretive synthesis of the literature on access to healthcare by vulnerable groups. BMC Medical Research Methodology, London, v.6, 2006. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1471-2288/6/35>>. Acesso em: 3 out. 2013.

DRULLA, Arlete da Guia et al. A visita domiciliar como ferramenta ao cuidado familiar. Cogitare Enfermagem, Curitiba v. 14, n.4, p.667-74, out/dez. 2009.

ESCOREL, Sarah et al.. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. Revista Panamericana de Salud Publica, Washington, v.21, n.2, p. 164-176, 2007.

FRENK, Julio M. El concepto y la medición de accesibilidad. Salud Publica de Mexico, Cidade do México, n. 27, p. 438-453, set/oct. 1985.

FACCHINI, Luiz Augusto et al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. Ciência & Saúde Coletiva, v. 11, n.3, p. 669-681, 2006

FERREIRA, Jaqueline; SANTO, Wanda Espírito. Os percursos da cura: abordagem antropológica sobre os itinerários terapêuticos dos moradores do complexo de favelas de Manguinhos, Rio de Janeiro. Physis: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p.179-198, 2012.

GADELHA, Carlos Augusto Grabois et al.. Saúde e territorialização na perspectiva do desenvolvimento. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 16, n.6, p. 3003-3016, 2011.

GARCÍA, Ginés González. Las reformas sanitárias y los modelos de gestión. Revista Panamericana de Salud Publica, Washington, v.9, n.6, p. 406-412, 2001.

GAWRYSZEWSKI, Ana Raquel Bonder; OLIVEIRA, Denize Cristina; GOMES, Antonio Marcos Tosoli. Acesso ao SUS: representações e práticas de profissionais desenvolvidas nas Centrais de Regulação. Physis: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 22, n.1, p. 119-140, 2012.

GIOVANELLA, Lígia; FLEURY, Sonia. Universalidade da atenção à saúde: Acesso como categoria de análise. In: EIBENSCHUTZ, Catalina (Org.). Políticas de Saúde: o público e o privado. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996. p. 177-198.

GIOVANELLA, Lígia et al. Sistemas de salud en Suramérica: desafios para la universalidad la integralidad y la equidad. Rio de Janeiro: ISAGS, 2012.

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

GUZMÁN URREA, María Pilar. Deficiencias en los diagnósticos de las reformas sanitarias de los años noventa em América Latina. Revista Panamericana de Salud Publica, Washington, v. 25, n. 1, p. 84-92, 2009.

HORTALE, Virginia Alonso; PEDROZA, Manoela; ROSA, Maria Luiza Garcia. Operacionalizando as categorias acesso e descentralização na análise de sistemas de saúde. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 16, n.1, p. 231-239, jan/mar., 2000.

JESUS, Washington Luiz Abreu de; ASSIS, Marluce Maria Araújo. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p.161-170, 2010.

LEÃO e SILVA, Leonardo Oliveira et al. Acessibilidade ao serviço de saúde: Percepções de usuários e profissionais de saúde. Cogitare Enfermagem, Curitiba, v.16, n.4, p.654-60, out/dez. 2011.

LEVINO, Antonio; CARVALHO, Eduardo Freese. Análise comparativa dos sistemas de saúde da tríplice fronteira: Brasil/Colômbia/Peru. Revista Panamericana de Salud Publica, Washington, v. 30, n.5, p. 490-500, 2011.

MINAYO, Maria Cecília Souza. O desafio do conhecimento: Pesquisa Qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2010.

MOIMAZ et al. Satisfação e percepção do usuário do SUS sobre o serviço público de saúde. Physis: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1419-1440, 2010.

OLIVEIRA, Luciano Sepúlveda et al. Acessibilidade a atenção básica em um distrito sanitário de Salvador. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.17, n.11, p.3047-3056, 2012.

PENCHANSKY, Roy; THOMAS, J. William Thomas. The concept of access: Definition and relationship to consumer satisfaction. American Public Health Association Medical Care Section, Philadelphia, v. 20, n. 2, p. 127-140, 1981.

PINTO, Erika Simone Galvão; MENEZES, Rejane Maria Paiva de; VILLA, Tereza Cristina Scatena. Situação de trabalho dos profissionais da Estratégia Saúde da Família em Ceará-Mirim. Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, v. 44, n. 3, p.657-64, 2010.

PONTES, Ana Paula Munhen de 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. 500-07, jul./set. 2009.

SANCHEZ, Raquel Maia; CICONELLI, Rozana Mesquita. Conceitos de acesso à saúde. Revista Panamericana de Salud Publica, Washington, v.31, n.3, p. 260–8, 2012.

SANTOS, Lenir. O que são redes? In: SILVA, Silvio Fernandes (Org.). Redes de Atenção à Saúde no SUS. Campinas, SP: Idisa: Conasems, 2008, p. 29 – 34.

SAKATA et al. Concepções da equipe de saúde da família sobre as visitas domiciliares. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v.60, n.6, p.659-64, nov./dez. 2007.

SCHWARTZ, Talita Dourado 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 & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.15, n.4, p. 2145-2154, 2010.

SILVA, Silvio Fernandes. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 16, n.6, p. 2753-2762, 2011.

SILVA, Silvio Fernandes. Sistema Único de Saúde 20 anos: avanços e dilemas de um processo em construção. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, p. 38-46, jan./abr. 2009.

SILVA, Silvio Fernandes; MAGALHÃES JÚNIOR, Helvécio Miranda. Redes de Atenção à Saúde: Conceito, modelos e diretrizes. In: SILVA, S.F. (Org.). Redes de Atenção à Saúde no SUS. Campinas, SP: Idisa, 2008. p. 69-99.

SILVA, Silvio Fernandes. Aperfeiçoando as redes regionalizadas de atenção à saúde e implantando o pacto: diretrizes operacionais. In: SILVA, S.F. (Org.). Redes de Atenção à Saúde no SUS. Campinas, SP: Idisa, 2008. p. 151-201.

SILVA JÚNIOR, Evanildo Souza da et al. Acessibilidade geográfica à atenção primária à saúde em distrito sanitário do município de Salvador, Bahia. Revista Brasileira de Saúde Materna Infantil, Recife, v. 10, Supl.1, p. S49-S60, nov., 2010.

SOUZA, Elizabeth Cristina Fagundes de et al. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 24, supl.1, p.S100-S110, 2008.

STARFIELD, Barbara. Acessibilidade e primeiro contato: a “porta”. In: STARFIELD Barbara, organizador. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura: Ministério da Saúde, 2002. p. 207-245.

SHORTELL, Stephen M.; GILLIES, Robin R.; ANDERSON, David A. The New World of Managed Care: creating organized delivery systems. Health Affairs, Millwood VA, v. 13, n. 5, p. 46-64, 1994.

TAVARES, Fábio Lúcio et al. O SUS que temos e a informação como estratégia de (in)visibilidade. Saúde em Debate, Londrina, v. 27, n.65, p.405-413, 2003.

TRAVASSOS, Claudia; OLIVEIRA, Evangelina X. G. de; VIACAVA, Francisco. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.11, n.4, p. 975-986, 2006.

TRAVASSOS, Claudia; MARTINS, Mônica. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 20, Sup 2, p.S190-S198, 2004.

VANDERLEI, Lygia Carmen de Moraes; NAVARETTE, María Luisa Vázquez. Mortalidade infantil evitável e barreiras de acesso à atenção básica no Recife, Brasil. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v.47, n.2, p.379-389, 2013.

VÁZQUEZ, María Luisa Navarette et al. Integrated health care networks in Latin America: toward a conceptual framework for analysis. Revista Panamericana de Salud Publica, Washington, v. 26, n. 4, p. 360–367, 2009.

VÁZQUEZ, María Luisa Navarette et al. Impact on equity of access and efficiency of Integrated Health care Networks (IHN) in Colombia and Brazil. Equity-LA project id: 223123 (2008–2013). 2013. Disponível em: <<http://www2.equity-la.eu/publications/technical-reports>.> Acesso em: 6 fev. 2014.

ANEXO A – GUIAS DE ENTREVISTA

GUIA DE ENTREVISTA: GESTORES DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Data e lugar da entrevista:

Hora de início/ de finalização: Duração:

Nome:

Idade:

Sexo:

e-mail:

Tel:

Instituição/Unidade:

Titulação: Cargo: Tempo no cargo:

1. POLÍTICA DE REGIONALIZAÇÃO / REDES DE SERVIÇOS DE SAÚDE

a) Nas políticas nacionais, como se definem as redes de serviços de saúde? Como são as redes que foram desenhadas (entidades que participam, localização, etc.)?

b) Que estratégias se implementaram para desenvolver as redes de serviços de saúde?

c) Que opina sobre a política? Que opina sobre os resultados que se obteve na área?

(Se não o menciona, perguntar pela influência sobre o acesso, a coordenação entre os níveis assistenciais e a eficiência)

d) Que fortalezas se obtiveram com a implementação desta política na área? E que dificuldades?

e) Que opina sobre como foram divulgadas estas políticas às instituições e aos profissionais da rede?

f) O que você acha sobre a coordenação das redes de serviços de saúde?

g) Que aspectos da política de regionalização/configuração de redes de serviços de saúde são susceptíveis de melhora em relação ao acesso? E a coordenação? Por quê?

2. ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

a) Que entende por acesso aos serviços de saúde?

b) Que entende por bom acesso aos serviços de saúde? E por mal acesso aos serviços de saúde?

c) Que opina sobre o acesso a atenção da população da área?

(Perguntar especificamente sobre acesso a atenção especializada se não o menciona)

d) Que fatores dificultam o acesso? Que fatores o facilitam? Por quê?

(Perguntar pelo acesso em geral e à atenção especializada)

e) Que elementos relacionados com os serviços de saúde influem no acesso a atenção? Como influem?

Por quê?

GUIA DE ENTREVISTA: PROFISSIONAIS ADMINISTRATIVOS

Data e lugar da entrevista:

Hora de início/ de finalização: Duração:

Nome:

Idade:

Sexo:

e-mail:

Tel:

Instituição/Unidade:

Titulação: Cargo: Tempo no cargo:

1. ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

a) Que entende por acesso aos serviços de saúde?

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

c) O que você acha sobre a atenção da população da área que utiliza o serviço que você trabalha?

(Perguntar especificamente sobre acesso a atenção básica, média e alta complexidade se não menciona)

d) Para você quais são os fatores que dificultam o acesso? Que fatores o facilitam? Por quê?

(Perguntar pelo acesso em geral e à atenção especializada)

e) Que elementos relacionados aos serviços de saúde influenciam no acesso a atenção?

Como influem? Por quê?

(Se não os mencionam dar alguns exemplos: Os serviços disponíveis; Distância dos serviços, transporte; acesso geográfico; horários de atendimento; Tempos de espera; Processo e trâmites (agendamento médico, exames, cirurgia); Custo dos serviços.

f) Que sugestões você tem para melhorar?

g) Que elementos relacionados com a população influenciam no acesso adequado a atenção? Como influenciam? Por quê?

(Se não os mencionam dar alguns exemplos: Recursos econômicos da população e apoio comunitário; Necessidades de saúde; Conhecimento sobre os direitos e formas de aceder dos usuários)

h) Que sugestões têm para melhorar?

2. COORDENAÇÃO ASSISTENCIAL

a) Como definiria a coordenação entre níveis assistenciais (atenção básica, média e alta complexidade?) (coordenação, colaboração, comunicação, cooperação, organização, entrelace...)

b) O que acha da coordenação assistencial entre os serviços? Por quê?

c) Em sua opinião que elementos estão facilitando a coordenação assistencial? Que elementos a estão dificultando? Por quê? Como estes elementos influenciam na qualidade da assistência? Que sugestões você daria para melhorar?

d) Que função tem a atenção básica na assistência de um paciente? E a especializada? Que opina sobre como estão exercendo esta função? Que melhoraria?

e) Como se comunicam os profissionais dos diferentes níveis assistenciais? O que opina sobre isso? Por quê? Que melhoraria? Como repercute na qualidade do seu trabalho?

f) Como se transmite a informação clínica do paciente entre um nível assistencial e outro? Que informação clínica do paciente se compartilha? O que opina sobre a informação?

g) Que mecanismos se utilizam para coordenar a prestação de serviços ao paciente com os outros níveis assistenciais? O que acha? Como estes mecanismos contribuem a coordenação assistencial?

(Se não os mencionam dar alguns exemplos:

- Circuitos de referência e contra-referência
- Guias de Práticas Clínicas, protocolos
- Relatório de alta hospitalar
- Guia farmacológica compartilhada
- Grupos de trabalho entre níveis
- Guia de encaminhamento

h) O que facilita a utilização destes mecanismos? O que os dificulta? Por quê?

i) Que sugestões têm para melhorar a coordenação assistencial entre serviços? (Se não definiu coordenação assistencial definir agora)

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

GUIA DE ENTREVISTA: PROFISSIONAIS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Data e lugar da entrevista:

Hora de início/ de finalização: Duração:

Nome:

Idade:

Sexo:

e-mail:

Tel:

Instituição/Unidade:

Titulação: Cargo: Tempo no cargo:

1. ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

a) Que entende por acesso aos serviços de saúde?

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

c) Que opina sobre o acesso a atenção da população da área?

(Perguntar especificamente sobre acesso a atenção básica, média e alta complexidade se não menciona)

d) Que fatores dificultam o acesso? Que fatores o facilitam? Por quê?

(Perguntar pelo acesso em geral e à atenção especializada)

e) Que elementos relacionados com os serviços de saúde influem no acesso a atenção? Como influem? Por quê?

(Se não os mencionam dar alguns exemplos: Os serviços disponíveis; Distância dos serviços, transporte; Horários de atendimento; Tempos de espera; Processo e trâmites (agendamento médico, exames, cirurgia); Custo dos serviços.)

f) Que sugestões têm para melhorar?

g) Que elementos relacionados com a população influem no acesso adequado a atenção? Como influem? Por quê?

(Se não os mencionam dar alguns exemplos: Recursos econômicos da população e apoio comunitário; Necessidades de saúde; Conhecimento sobre os direitos e formas de aceder dos usuários.)

h) Que sugestões têm para melhorar?

2. COORDENAÇÃO ASSISTENCIAL

a) Como definiria a coordenação entre níveis assistenciais (atenção básica, média e alta complexidade)?

b) Que opina da coordenação assistencial entre os serviços? Por quê?

c) Que elementos estão facilitando a coordenação assistencial? Que elementos a estão dificultando?

Por quê? Como repercute na qualidade da assistência que presta?

d) Que função tem a atenção básica na assistência de um paciente? E a especializada? Que opina sobre como estão exercendo esta função? Que melhoraria?

e) Como se comunicam os profissionais dos diferentes níveis assistenciais? O que opina sobre isso?

Por quê? Que melhoraria? Como repercute na qualidade do seu trabalho?

f) Como se transmite a informação clínica do paciente entre um nível assistencial e outro?
Que

informação clínica do paciente se compartilha? O que opina sobre a informação?

g) Que mecanismos se utilizam para coordenar a prestação de serviços ao paciente com os outros níveis assistenciais? O que acha? Como estes mecanismos contribuem a coordenação assistencial?

(Se não os mencionam dar alguns exemplos:

- Circuitos de referência e contra-referência
- Guias de Práticas Clínicas, protocolos
- Relatório de alta hospitalar
- Guia farmacológica compartida
- Grupos de trabalho entre níveis
- Postos de ligação entre níveis
- Guia de encaminhamento

h) O que facilita a utilização destes mecanismos? O que os dificulta? Por quê?

i) Que sugestões têm para melhorar a coordenação assistencial entre serviços?

j) Tem algo mais a acrescentar? Alguma dúvida sobre a 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? Porquê? 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 CONEP