



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

Instituto de Saúde Coletiva

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Doutorado em Saúde Pública

ACESSO E UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE NO ESTADO DA BAHIA

Alcione Brasileiro Oliveira Cunha

Salvador, Abril - 2007



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

Instituto de Saúde Coletiva

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Doutorado em Saúde Pública

ACESSO E UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE NO ESTADO DA BAHIA

Tese apresentada ao Colegiado de Pós-graduação do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, como parte dos requisitos para obtenção do título de doutor em Saúde Pública. Área de concentração: Planejamento e Gestão em saúde.

Alcione Brasileiro Oliveira Cunha

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Lígia Maria Vieira da Silva

Salvador, abril - 2007



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
Instituto de Saúde Coletiva
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Doutorado em Saúde Pública

BANCA EXAMINADORA:

Lígia Giovanella – ENSP - FIOCRUZ

Hillegonda Maria Dutilh Novaes – USP

Maria Conceição Nascimento Costa - UFBA

Carmen Fontes de Souza Teixeira - UFBA

Lígia Maria Vieira da Silva (orientadora) - UFBA

Aos meus pais, Américo e Aparecida pelo amor e dedicação de toda uma vida;

À Vinicius com quem tenho aprendido a reconhecer a beleza de

cada instante e a viver com intensidade cada momento.

AGRADECIMENTOS

À Professora Lígia, agradeço pela atenção dispensada no desenvolvimento desta tese e pela generosidade com a qual compartilha seus conhecimentos e saberes. Pela competência, sensibilidade, paciência e respeito. Enfim, pela oferta de sua amizade.

À professora Conceição Costa pela amizade, pelo exemplo de seriedade e simplicidade no desenvolvimento das suas relações profissionais e pessoais.

Ao professor Jairnilson Paim, pela atenção dispensada à minha formação enquanto “sujeito da saúde coletiva”.

Aos amigos do grupo de pesquisa de Avaliação em saúde, Sônia, Gerluce, Rosana e Indaiá pela companhia nas descobertas no campo da avaliação.

Ao ISC, minha grande escola e aos professores com quem tive a oportunidade de conviver, aprendendo um pouco mais sobre a arte de ser professora e pesquisadora.

À professora Zulmira Hartz, grande estímulo a seguir no campo da avaliação.

Aos colegas de turma, em especial, Gisélia, Ana Souto, Andréia, Miriã, pela companhia, estímulo e troca nos momentos de tensão.

A Élia, Clinger, Moisés, Creuza, Anunciação, Néa, Sônia e Ana, pelo apoio nos momentos certos.

Aos gestores, profissionais de saúde e usuários do município caso, pela disponibilidade em compartilhar suas experiências, angústias e esperanças.

Aos meus irmãos (Ciene, Júnior e Meire) e sobrinhos (Milla, Matheus e Isis) por não terem sido indiferentes à minha ausência constante no último ano.

Corro o risco de esquecer alguns amigos, mas não posso omitir a gratidão pela companhia especial de Rose, Flor, Adriana, Mariângela, Telma, Isabela, Erlane, Ana Carla, Cláudia, Márcia, Arleide...e todos os amigos “fraternos”. Ajuda carnal a reconhecer no dia a dia a Presença de um Outro, que nos acolhe e ama em qualquer circunstância, independente do resultado.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	8
LISTA DE SIGLAS E ABREVIACÕES	10
ARTIGO 1	
DESIGUALDADES NO ACESSO E UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE NO ESTADO DA BAHIA, BRASIL, 2003	11
ARTIGO 2	
A ACESSIBILIDADE AOS SERVIÇOS DE SAÚDE E A DESCENTRALIZAÇÃO DA ATENÇÃO EM UM MUNICÍPIO DO ESTADO DA BAHIA.	39
ARTIGO 3	129
ACESSIBILIDADE A SERVIÇOS DE SAÚDE: ENTRE AS INTERVENÇÕES MUNICIPAIS E A POSIÇÃO DOS USUÁRIOS NO ESPAÇO SOCIAL.	

APRESENTAÇÃO

A presente Tese de Doutorado está organizada sob a forma de três artigos articulados entre si que tratam de uma temática complexa e desafiadora para países com sistemas de saúde universais: a garantia da acessibilidade aos serviços de saúde.

O primeiro deles buscou analisar as desigualdades na utilização e no acesso aos serviços no Estado da Bahia utilizando dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD/2003. A partir do recurso à técnica de análise de correspondência foi possível relacionar a posição dos usuários classificados de acordo com a renda familiar mensal e anos de estudo, e as características de utilização dos serviços, em termos de locais e razões da procura e dos motivos da não procura por serviços.

Na tentativa de entender o quanto a descentralização da gestão da atenção à saúde no âmbito municipal poderia contribuir para a garantia da acessibilidade, viabilizando o acesso a distintos grupos sociais, o segundo artigo buscou objetivar as intervenções voltadas para a melhoria da acessibilidade desenvolvidas em um município no Estado da Bahia. Com esse objetivo foram selecionadas algumas características do sistema e dos serviços de saúde, tais como o processo de gestão e organização dos serviços sendo as últimas analisadas a partir de barreiras temporais, administrativas, organizacionais e geográficas. Foi elaborada uma imagem objetivo através da qual foi possível pontuar o grau de implantação das ações voltadas para acessibilidade.

No artigo 3 buscou-se analisar de que forma as desigualdades no acesso foram enfrentadas e reduzidas. Foram observadas tanto as intervenções municipais voltadas para o seu enfrentamento, quanto as estratégias utilizadas pelos usuários, relacionando-as à posição ocupada no espaço social definida em função do volume de seus capitais (econômico, social e cultural), e pelos profissionais, no que concerne às práticas facilitadoras do acesso.

Em um contexto de grandes desigualdades na utilização de serviços, acredito que o estudo de caso investigado representa uma experiência singular, entre os casos possíveis, tendo em vista a implantação de estratégias voltadas para a garantia da acessibilidade aos serviços de saúde. Essas intervenções foram capazes de atenuar e por vezes eliminar barreiras e facilitar o acesso e a utilização dos serviços pelos usuários. Mostrou ainda, o importante papel dos profissionais que quando qualificados e com disposições ajustadas ao campo da saúde coletiva desempenham importante papel na redução das desigualdades geradas pelas estruturas sociais.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIACÕES

PSF – Programa de Saúde da Família

USF – Unidade de Saúde da Família

UBS – Unidade Básica de Saúde Tradicional

ACS – Agente Comunitário de Saúde

PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

MS – Ministério da Saúde

NOB – Norma Operacional Básica

NOAS – Norma Operacional da Assistência à Saúde

CMC – Central de Marcação de Consultas

ESF – Equipes de Saúde da Família

US – Usuário

P – Profissional

SR/CR – Sistema de Referência e Contra Referência

EM- Emergência

PRI – Setor Privado

ARTIGO 1

**DESIGUALDADES NO ACESSO E UTILIZAÇÃO DE
SERVIÇOS DE SAÚDE NO ESTADO DA BAHIA,
BRASIL, 2003.**

SUMÁRIO

RESUMO	13
ABSTRACT	14
1 INTRODUÇÃO	15
2 METODOLOGIA	19
3 RESULTADOS	22
4 DISCUSSÃO	30
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	34
6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	36

DESIGUALDADES NO ACESSO E UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE NO ESTADO DA BAHIA, BRASIL, 2003.

RESUMO

Objetivo. Analisar a correlação entre a posição dos usuários no espaço social e as características de utilização de serviços. **Metodologia.** Trata-se de um estudo descritivo em amostra da população residente no Estado da Bahia, no ano de 2003, com dados provenientes da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD, 2003 (IBGE). A amostra foi analisada em 3 grupos: os que procuraram por serviços de saúde, aqueles que não procuraram, e aqueles que procuraram e não conseguiram. Para caracterizar o perfil dos usuários foram calculadas frequências simples das variáveis sócio-econômicas e daquelas referentes à utilização dos serviços de saúde e para relacionar a posição ocupada no espaço social e o perfil de utilização foi realizada uma análise de correspondência. **Resultados.** Entre as pessoas que procuraram por serviços na Bahia, 95,6% conseguiram utilizar os serviços e entre os que não procuraram, cerca de 6,0% não o fizeram por problemas de acessibilidade aos mesmos. As análises de correspondência revelaram a aproximação entre usuários de menor renda e escolaridade com os serviços de postos de saúde e hospitais por motivo de doença, enquanto entre aqueles de maior escolaridade estiveram mais próximos de consultórios particulares. As barreiras mais evidenciadas foram a falta de dinheiro e locais distantes e de difícil acesso, atingindo mais os indivíduos de baixa renda. **Conclusão.** Persistem barreiras de distintas naturezas para a utilização dos serviços de saúde no Estado da Bahia, sendo que a utilização real dos serviços parece estar relacionada às posições ocupadas pelos indivíduos no espaço social, aferidas através da renda e do grau de escolaridade. Discute-se a importância da formulação de políticas públicas voltadas para a melhoria do acesso e redução das desigualdades.

Palavras-chave: Utilização de serviços; Espaço social; Análise de correspondência.

INEQUALITIES IN THE ACCESS TO AND UTILIZATION HEALTH SERVICES IN BAHIA, BRAZIL, 2003.

Abstract

Objective: To analyze the correlation among the users' position in the social space and the characteristics of health services utilization. **Methods:** It is a descriptive study in sample of the resident population in the State of Bahia, the year of 2003, with coming data of the National Research for Sample of Homes - PNAD, 2003 (IBGE). The sample was analyzed in 3 groups: the ones that sought for services of health, those that didn't seek, and those that sought and they didn't get. To characterize the users' profile simple frequencies of the socioeconomic variables and use of the services of health were calculated and to relate the position occupied in the social space and the use profile was accomplished a correspondence analysis. **Results.** Among the people that sought for services in Bahia, 95,6% got to use the services and enter the ones that they didn't seek, about 6,0% they didn't make it for accessibility problems. The correspondence analyses revealed the approach between users of low income and study with the services of primary care and hospitals for reasons of disease, while among those of larger study they were closer of private clinics. The evidenced barriers went to lack of money and local distant and of difficult access, reaching more the individuals of low income. **Conclusion.** Persist barriers of different natures for the use of the services of health in the State of Bahia, and the real use the services seems to be related to the positions occupied by the individuals in the social space, measures through the income and of the study years. It discusses the importance of the formulation of public politics gone back to the improvements of the access and reduction of the inequalities.

Word-key: Health services utilization; Space social; Correspondence analysis; .

DESIGUALDADES NO ACESSO E UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE NO ESTADO DA BAHIA, BRASIL, 2003.

1 INTRODUÇÃO

A redução das desigualdades sociais é um desafio presente em todo o mundo, desde os países industrializados e de desenvolvimento central àqueles dependentes e periféricos. De modo similar, verifica-se a existência de desigualdades em saúde, expressas nos diferenciais de risco de adoecimento e morte existente entre os grupos sociais (Khang, et al, 2004; Shi et al, 2004; Gadidou & King, 2002; Houweling et al 2003; Thind & Andersen, 2003; Suraratdecha et al, 2005).

Essas desigualdades também têm sido verificadas em relação ao uso de serviços de saúde determinadas tanto pelas características sócio-demográficas e econômicas da população quanto pelo modelo de organização e oferta dos serviços de saúde (Field et al, 2001; Borrel et al 2001; Wilson & Rosenberg, 2004; Goodard & Smith, 2001; Travassos, et al 2006; Lostao, et al 2001). No Reino Unido (Field et al, 2001), os indivíduos com condições sócio econômicas mais favoráveis, medidas pela ocupação e situação de emprego, fazem maior e melhor uso dos serviços. No Canadá, Wilson & Rosenberg, (2004) e Rosenberg & Hanlon, (2001) também evidenciaram que indivíduos empregados e de renda mais elevada usam mais os serviços principalmente consultórios médicos e especialistas. Por sua vez, estudo revela que a escolaridade está associada a uma maior utilização de serviços por mulheres durante a gravidez conforme demonstrado por Chakraborty, et al (2003) em Bangladesh (Índia). Na Espanha, análise revelou que os grupos socioeconômicos mais baixos fizeram maior uso de consultas médicas, enquanto os de maior poder utilizaram mais as consultas com dentista e ginecologistas (Lostao, et al, 2001).

Deste modo, registram-se injustiças na utilização de serviços de saúde havendo um melhor e maior uso dos mesmos por grupos mais privilegiados socialmente, visto que além das necessidades de cada grupo populacional existem outros determinantes, que envolvem desde o conhecimento que cada indivíduo possui do sistema e de sua própria saúde até a situação de oferta dos serviços, que tendem a influenciar tanto no nível de utilização quanto no tipo de serviço escolhido.

Entre os países da América Latina, o Brasil é o único cuja Constituição prevê o acesso universal como direito e que vem implementando um Sistema Único com essa diretriz. Contudo, universalização do direito à atenção não vem se traduzindo de forma semelhante entre os diferentes segmentos sociais, persistindo barreiras de naturezas diversas. Ainda que iniciativas setoriais tenham marcado a década de 90 com adoção de estratégias destinadas a garantir maior acesso a serviços por grupos mais vulneráveis e excluídos, (Senna & Cohen, 2002; Assis et al, 2003; Giovanella, et al, 2003) percebe-se a ausência de medidas estruturais intervindo nos determinantes dessas desigualdades.

Análise realizada entre as diferentes regiões geográficas revela a existência de padrões diferenciados de utilização de serviços nas regiões Sul, Nordeste e Centro Oeste, onde grupos em condições sociais desfavoráveis têm suas chances de uso dos serviços reduzidas. Pessoas mais pobres têm menor chance de consumir serviços de saúde, apesar de maior probabilidade de adoecer quando comparadas as mais ricas (Travassos et al, 2000; Néri & Soares, 2002; Sawyer et al, 2002).

No que se refere aos diferenciais entre gênero observa-se que as mulheres brancas utilizam mais os serviços que os homens (Travassos et al, 2002) e as mulheres não brancas (Leal, et al, 2005, Pinheiro et al, 2002) sendo esse uso vinculado ao poder aquisitivo das famílias e às características sociais do indivíduo (Travassos, et al 2002). Ainda entre as mulheres, também foi observada a existência de diferenças segundo o grau de instrução e cor

da pele, sendo maior entre as negras e pardas a proporção daquelas que não conseguiram receber assistência ao parto na primeira maternidade procurada no Rio de Janeiro, e durante o parto receberam menos anestesia quando comparado às mulheres brancas (Leal et al, 2005).

Nesses trabalhos se verificou diferentes usos e sentidos da noção de acesso e utilização de serviços de saúde com evidentes repercussões nos métodos e técnicas acionados para sua aferição. Alguns estudos referem acesso como sinônimo de cobertura de serviços, significando o volume de serviços ofertados a uma determinada população (cobertura potencial ou oferta) ou a proporção da população que se beneficia de um determinado programa ou intervenção (cobertura real ou utilização) (Rossi et al, 2004; Vieira-da-Silva, 2005; Travassos & Martins, 2004). Outros utilizam o termo ‘acesso’ como sinônimo de ‘utilização’ que nesse caso corresponderia ao ato de ingressar no sistema de saúde. Grande parte deles tenta estabelecer padrões de utilização de serviços, de acordo com características sócio demográficas e econômicas da população e a presença de algum problema de saúde percebido com tal (Aday & Andersen, 1992; Van der Heyden, 2003; Field et al, 2001).

Em sua maioria, essas definições decorrem ou foram adaptadas da proposição inicial feita por Donabedian, (1988) na qual acessibilidade refere-se àquelas características dos serviços que facilitam ou obstaculizam a sua utilização por parte dos usuários potenciais. Portanto, algo adicional à mera presença dos serviços de saúde em dado local, incorporando a idéia do quão facilmente utilizável estes serviços estão. Pode-se então considerá-la como uma relação entre as características dos serviços no que diz respeito tanto a sua organização interna quanto a situação geográfica que facilitem o seu uso pelos usuários levando em consideração os recursos de poder dos mesmos para superar os obstáculos porventura existentes para a utilização destes serviços (Donabedian, 1988). Nessa perspectiva, a correspondência entre as características dos serviços e indivíduos, e a utilização dos mesmos se estabelece por meio de

determinantes sócio-econômicos e culturais que podem ser definidores da procura ou não de serviços, assim como de sua utilização.

Em grande parte dos estudos referidos a definição de acesso está implícita e existe pouca preocupação com a teoria que possa explicar o fenômeno. O presente estudo pretende contribuir para com o aperfeiçoamento da forma de operacionalização da acessibilidade considerada como uma relação entre características dos serviços e dos indivíduos, a partir do uso de uma técnica considerada como relacional (Bourdieu, 1979) e capaz de auxiliar a apreender parte da complexidade dessas relações.

Além disso, a despeito da existência de estudos empíricos que descrevem os diferenciais no acesso e na utilização dos serviços no país, e da importância do conhecimento dessa situação para a formulação de políticas públicas, observa-se uma lacuna quanto à existência dessas informações para o Estado da Bahia. O presente estudo tem como objetivo analisar a associação entre posição dos usuários no espaço social e as características de utilização de serviços mediante recurso à técnica de análise de correspondência.

2 METODOLOGIA

Foi realizado um estudo descritivo em amostra da população residente no Estado da Bahia (Ba), no ano de 2003. Os dados utilizados foram provenientes da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD, realizada em 2003, pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). A população foi composta pelos moradores presentes e ausentes dos domicílios investigados no Estado da Bahia, que na data da entrevista, estavam presentes ou ausentes, temporariamente, por período não superior a 12 meses em relação àquela data (Brasil, 2005). Os dados da amostra não foram expandidos para a população, significando que a composição manteve nas análises o número de pessoas efetivamente pesquisadas, ou seja, 36.735 pessoas. Estas foram sub-divididas em três grupos: Grupo 1 - referente ao grupo de pessoas que procurou serviços de saúde nos últimos 15 dias, composto por 5.020 pessoas; Grupo 2 – aquele que não chegou a procurar serviços, composto por 31.710 indivíduos. Para a análise deste contingente foram excluídos aqueles que declararam não ter tido necessidade de serviços (n=30025), o que reduziu a amostra para um n=1685 pessoas e; Grupo 3 (subgrupo do grupo 1), correspondendo ao grupo de pessoas que procurou e não conseguiu, contando com um n=220 pessoas. Neste grupo foi investigado o principal motivo pelo qual a pessoa não foi atendida na primeira vez em que procurou atendimento de saúde. Cinco registros foram invalidados na pesquisa.

A acessibilidade foi considerada como o resultado da relação existente entre os recursos de poder dos usuários e as características dos serviços (Donabedian, 1988). Os recursos de poder dos usuários podem ser considerados como influenciados pelas diversas espécies de capital (econômico, político, social e simbólico) que os indivíduos detêm e que definem sua posição no espaço social (Bourdieu, 1979). Para analisar o capital econômico foi selecionada como proxy a variável *renda mensal familiar*, e para funcionar como proxy de

capital cultural a variável *escolaridade* (em anos de estudo). *O tipo de serviço procurado* foi a variável escolhida para sintetizar as características dos serviços, dentre aquelas disponíveis na PNAD. A variável *raça/cor* também foi incluída por estar associada a desigualdades no acesso. Além disso, foram incluídas “motivo *da procura e da não procura*”.

Para caracterizar o perfil dos usuários foram calculadas frequências simples das variáveis sócio-econômicas e daquelas referentes à utilização dos serviços de saúde, para os três grupos. Foi realizada uma análise de correspondência para os grupos 1 e 2, para identificar perfis de utilização segundo a aproximação das características dos usuários no espaço social através do programa SPAD (*Systeme Portable pour l'Analyse des Donnés*).

Nestas análises, foram descartados os registros sem informação das variáveis sócio-econômicas, contabilizando uma perda de 138 registros para o Grupo 1 resultando em um n=4882, 60 registros para o Grupo 2 perfazendo um n=1625, e seis para a variável renda familiar no Grupo 3, que resultou em um total de 214 registros para essa variável.

Análise de Correspondência Múltipla

A Análise de Correspondência Múltipla é uma técnica estatística multivariada de caráter exploratório e descritivo, que permite visualizar interrelação entre variáveis, buscando analisar tabelas de contingência com grande número de variáveis qualitativas (Greenacre, 1993, Pereira, 2001). Uma primeira etapa é a padronização das frequências relativas de forma que a contribuição de todas as células (por linha e por coluna) da tabela de contingência some 100% (Greenacre, 1993). A técnica consiste em obter ou calcular distâncias entre os indivíduos e entre as modalidades das variáveis de acordo com uma matriz onde nas linhas estão os indivíduos e nas colunas as variáveis categóricas que vão gerar perfis de desempenho. A partir desta matriz de dados, são calculadas as distâncias entre os pontos e os

perfis de desempenho, encontrando-se as distâncias entre os valores esperados e observados (Qui-quadrado). A distância entre dois indivíduos cresce à medida que aumentam as diferenças de categorias que os caracterizam.

Geralmente os dois primeiros fatores são responsáveis pela melhor projeção dos dados no gráfico por possuírem grande parte da explicação, possibilitando uma visão única em duas dimensões. Neste trabalho, foram selecionadas as variáveis renda familiar mensal e anos de estudo como variáveis ativas, contribuindo na composição dos eixos, sendo as demais variáveis ilustrativas (Greenacre, 1993). Essa escolha foi intencional pois buscou relacionar o espaço social das condições de vida às variáveis de utilização de serviços.

A observação dos gráficos resultantes da análise de correspondências permite visualizar a posição das categorias de cada variável relacionando-as com as demais, sendo representadas por um ponto no gráfico (Pereira, 2001). Quanto mais próximas duas variáveis estiverem no gráfico mais frequente será a sua ocorrência conjunta. Os gráficos que representam dois fatores possuem quatro quadrantes, opondo as características que se alocam no quadrante superior esquerdo às daquelas do quadrante inferior direito, e do superior direito às daquelas no inferior esquerdo, caracterizando desta forma grupos com perfis extremamente opostos.

Quanto aos dados da PNAD utilizados nesse estudo, cabe ressaltar que o processo de amostragem para o Estado da Bahia contempla dois níveis. Um primeiro contemplando os municípios da Região Metropolitana com sede na capital, e um segundo estrato formado com os municípios que não estão situados nessas regiões, pertencentes ao interior do estado, tornando a amostra mais representativa (Silva et al, 2002).

Maiores detalhes sobre a amostra, o instrumento de coleta e variáveis podem ser obtidas na publicação sobre a PNAD (Brasil, 2005).

3 RESULTADOS

Das 36.735 pessoas entrevistadas pela PNAD 2003 no Estado da Bahia, 5.020 (13,7%) procuraram por serviços de saúde nas últimas duas semanas que antecederam a pesquisa. Destas, 95,6% conseguiram utilizar os serviços. Dentre as 31.710 pessoas que não procuraram os serviços, cerca de 6,0% embora tenham necessitado, não o fizeram por problemas de acessibilidade aos mesmos.

Essa utilização, contudo, foi desigual segundo a renda e os anos de escolaridade. Ao analisar os indivíduos que procuraram por serviços de saúde, percebe-se que a definição do local a ser procurado e dos motivos da busca de serviços difere entre os subgrupos. Quase 50,0% das pessoas deste grupo eram sem instrução ou tinham até 4 anos de estudo e mais 51,0% delas recebiam até 2 salários mínimos (Tabela 1). Entre as razões para a procura de serviços, a existência de doença liderou com 59,3% dos motivos entre os de menor escolaridade enquanto entre os de maior grau de instrução, os atendimentos preventivos (excluindo puericultura e vacinação) responderam por 38,0% das razões para a procura de um serviço de saúde, motivo também daqueles de maior renda (Tabela 1). Os postos de saúde foram os locais mais procurados pelos usuários dos três níveis de escolaridade, sendo que para aqueles com menos anos de estudo representou quase 50,0%, seguido dos hospitais com 26,8%. Os indivíduos com mais de 7 anos de estudo, buscaram de modo semelhante os postos de saúde e os consultórios particulares (25,3%). A situação de renda discriminou melhor os locais de procura visto que para aqueles que recebiam até 2 SM, 51,2% procuraram os postos, enquanto os de renda superior a 5 salários os consultórios médicos particulares foram a opção para mais de 40,0% deles (Tabela 1).

Tabela 1 – Proporção do tipo de serviços de saúde procurado e razão da procura, segundo renda familiar mensal e anos de estudo. Estado da Bahia, 2003.

Local	Anos de estudo			Renda familiar mensal			total
	S/inst a 4 anos	4 a 7 anos	7 anos e mais	<2 SM**	2 a 5 SM	mais de 5 SM	
Farmácia	1,2	0,8	0,3	1,1	0,8	0,1	0,8
Posto ou centro de saúde	48,6	39,5	25,3	51,2	35,5	9,3	38,6
Consultório médico particular	9,5	12,5	25,3	6,0	16,9	40,6	15,8
Consultório odontológico	3,2	6,0	9,7	3,8	6,9	10,7	6,0
Consultório de outro profissional	0,3	0,5	0,8	0,3	0,8	0,8	0,5
Ambulatório empresa	0,2	0,8	0,8	0,4	0,7	0,5	0,5
Ambulatório ou consultório de clínica	5,4	7,7	14,6	5,1	9,8	19,0	9,1
Pronto socorro ou emergência	2,9	3,6	2,3	3,0	2,7	2,2	2,8
Hospital	26,8	25,7	18,1	27,1	23,5	13,3	23,4
Laboratório de exames	0,6	1,8	1,9	0,7	1,5	2,4	1,3
Outros	1,4	1,0	0,9	1,3	1,0	1,0	1,1
Razão da procura							
Acidente ou lesão	4,3	6,6	6,4	4,8	6,8	5,0	5,4
Problema odontológico	5,3	9,5	12,1	6,9	8,9	11,9	8,4
Reabilitação	1,6	2,0	3,2	1,8	2,6	2,7	2,2
Pre-natal	0,6	4,0	3,7	2,7	1,8	1,6	2,3
Puericultura	1,8	0,1	0,0	1,1	0,6	0,7	0,9
Vacinação	5,3	0,3	0,4	3,8	2,1	0,5	2,7
Outros atendimentos preventivos	21,6	28,7	37,9	24,5	28,5	40,7	28,7
Parto	0,1	0,5	0,5	0,5	0,1	0,1	0,3
Doença	59,3	47,9	34,9	53,4	47,9	36,1	48,5
Atestado	0,2	0,4	0,8	0,4	0,5	0,5	0,5
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Tabela 2 – Proporção das razões da não procura por serviços de saúde segundo renda familiar mensal e anos de estudos. Estado da Bahia, 2003.

Razões	Anos de estudo			Renda familiar mensal			Total
	s/inst.a 4 anos*	4 a 7 anos	7 anos e mais	<2 SM**	2 a 5 SM	mais de 5 SM	
Não tinha dinheiro	37,8	32,8	28,0	36,6	30,5	24,8	34,3
Local distante e difícil acesso	10,7	7,0	4,3	10,0	5,5	1,0	8,3
Dificuldade de transporte	5,1	6,0	1,9	5,1	3,4	2,0	4,4
Horário incompatível	9,0	14,2	26,1	11,4	19,2	27,7	14,4
Atendimento demorado	12,8	17,5	17,3	14,7	14,7	16,8	14,8
Local sem especialista	2,7	1,7	3,6	2,6	3,1	2,0	2,7
Achou que não tinha direito	0,7	0,7	0,0	0,6	0,2	-	0,5
Não tinha acompanhante	2,6	1,3	0,9	2,1	1,4	2,0	1,9
Não gostava dos profissionais	2,3	3,0	1,9	2,2	3,1	1,0	2,3
Outros motivos	16,4	15,9	16,1	14,7	18,8	22,8	16,2
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100

Fonte: Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios/PNAD, 2003

1 Excluindo a falta de necessidades

* Em anos de estudo

** Em salários mínimos

Tabela 3 – Proporção das razões para o não atendimento entre os indivíduos que procuraram por serviços de saúde segundo renda familiar mensal e anos de estudo. Estado da Bahia, 2003.

Razões	Anos de estudo				Renda mensal familiar			
	4 anos*	4 a 7 anos	7 anos e mais	Total	<2 SM**	2 a 5 SM	de 5 SM	Total
Não conseguiu senha	50,9	61,0	40,8	49,5	53,3	45,9	31,3	49,5
Não tinha médico	24,1	12,2	23,9	21,8	19,7	24,6	31,3	22,0
Não tinha serviço ou prof.especializado	3,7	0,0	5,6	3,6	2,9	6,6	0,0	3,7
O serviço não estava funcionando	0,9	0,0	5,6	2,3	2,2	0,0	12,5	2,3
Esperou muito e desistiu	3,7	9,8	5,6	5,5	5,1	4,9	6,3	5,1
Outro motivo	16,7	4,9	18,3	15,0	16,8	18,0	18,8	17,3
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios/PNAD, 2003

* Em anos de estudo

** Em salários mínimos

Já entre aqueles que não procuraram por serviços, excluindo a alegação de “não ter sentido necessidade”, a questão financeira foi a mais relevante para todas as categorias de escolaridade e renda, exceto para aqueles de renda mais elevada, destacando-se como o principal impedimento à busca do cuidado pelos usuários. Na tabela 2, é possível identificar que 34,0% das pessoas que não procuraram não o fizeram por falta de dinheiro. Destas, 61,1% não possuíam instrução ou tinham até 4 anos de estudo, e cerca de 70,0% recebiam renda mensal de até 2 SM. Para os de maior escolaridade e renda o horário incompatível seguido do atendimento demorado também foram barreiras importantes ao acesso (Tabela 2).

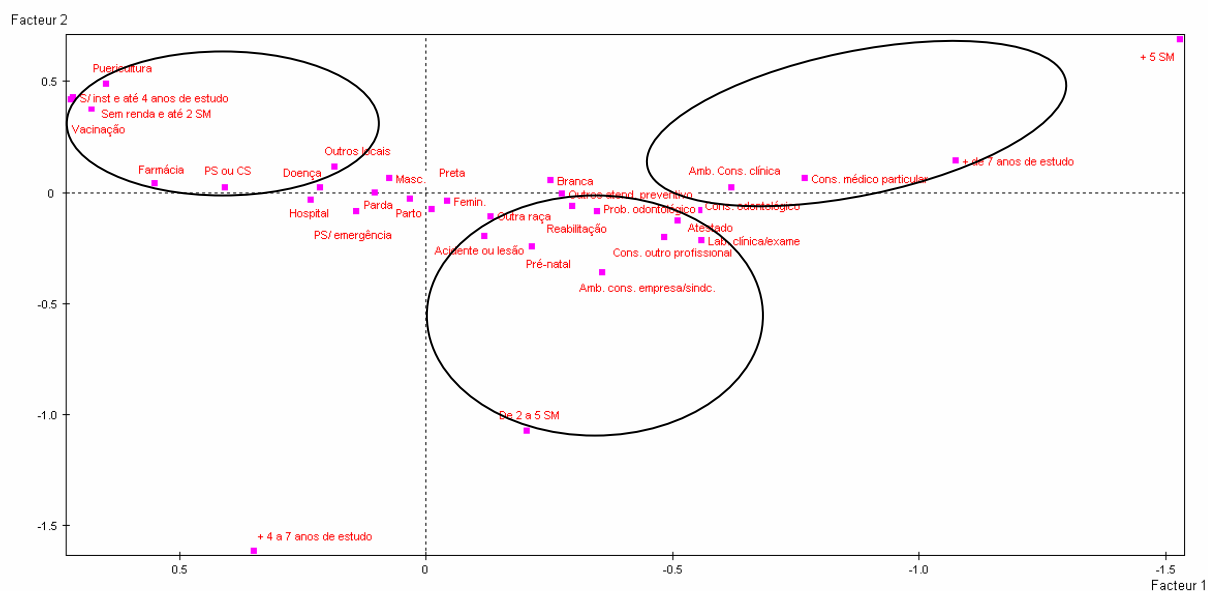
Quanto àqueles que não conseguiram atendimento apesar de procurarem, observa-se que quase 50,0% tinham até 4 anos de estudo e 64,0% deles recebiam até 2 salários mínimos. Deficiências na oferta de serviços e no funcionamento dos mesmos foram as principais razões apontadas para o não atendimento, sendo o fato de ‘não ter conseguido vaga ou senha’, dificuldade enfrentada por quase 50,0% dos usuários, representando maior impedimento para os usuários independente de sua situação, seguido pelo fato de ‘não ter médico atendendo’ (21,8%) (Tabela 3).

Na análise de correspondências, interessou visualizar a relação entre as características dos usuários e a situação de procura por serviços. Assim, na primeira análise sobre a procura por serviços de saúde (Figura 1) os dois primeiros eixos representaram 64,1% da variabilidade global dos dados, o primeiro eixo contribuindo com 36,0% e o segundo com 28,1%. A análise da contribuição de cada variável na composição de cada eixo revelou que as variáveis renda e anos de estudo tiveram peso semelhante, contribuindo, ambas com 50,0%. As demais variáveis foram plotadas como ilustrativas não interferindo na composição dos eixos.

A análise dessa relação revelou uma distribuição bastante heterogênea no espaço social quanto à utilização dos serviços de saúde (Gráfico 1). Observa-se entretanto, a existência de dois subgrupos de usuários com perfis um pouco mais definidos. No quadrante

superior esquerdo encontram-se os usuários sem instrução ou com até 4 anos de estudo e sem renda ou com rendimento até 2 SM, que procuraram mais frequentemente postos, centros de saúde, farmácias e hospitais, demandando por tratamento de doenças e atendimentos de puericultura e vacinação. Em oposição no inferior direito encontram-se os usuários com renda familiar entre 2 e 5 SM e que utilizaram mais os serviços ambulatoriais de empresa ou sindicato e os laboratórios de clínicas, devido a acidentes, reabilitação, atestados e pré-natal. No quadrante superior direito estão aqueles com renda e escolaridade mais elevada que demandaram por consultório médico particular e ambulatórios de clínicas sem apresentar prioridade na busca de determinados serviços (Figura 1).

Figura 1 - Espaço social segundo renda familiar mensal e anos de estudo, tipos de serviço e razão da procura. Estado da Bahia, 2003.



Fonte: PNAD/ 2003

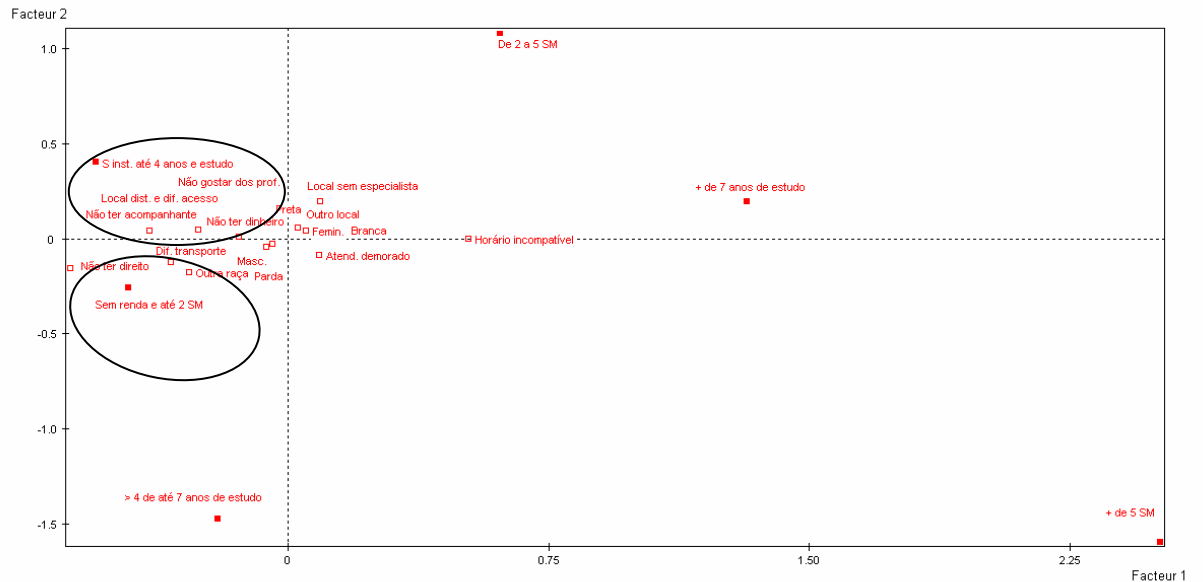
OBS: Eixos fatoriais compostos pelas variáveis renda familiar e anos de estudo.

A contribuição da variáveis renda e anos de estudo para a composição dos eixos foi de 50,0% em ambas, para cada fator.

Na segunda AC abrangendo as pessoas que não procuraram por serviços, também foram utilizados os dois primeiros eixos fatores que explicaram 74,6% da variabilidade global dos dados. O primeiro contribuiu com 41,3% e o segundo com 33,3%, sendo que as variáveis renda e anos de estudo contribuíram ambas com 50,0% no primeiro eixo, enquanto que o segundo eixo foi definido em 100,0% pela variável renda mensal familiar.

Para esse contingente, a representação gráfica permitiu observar no quadrante inferior esquerdo, a aproximação de pessoas sem rendimento ou com renda inferior a 2 salários mínimos que apresentaram como principais razões, as dificuldades com transporte e o fato de achar que não tem direito aos serviços. Entre o grupo de indivíduos sem instrução ou até 4 anos de estudo, as razões mais próximas foram a falta de dinheiro, locais de difícil acesso e não ter acompanhante, situados no quadrante superior esquerdo. Interessante observar que os usuários de mais elevado nível de renda e escolaridade, apesar de estarem em um mesmo quadrante (superior direito), estão distantes um do outro, assim como das outras variáveis. É possível que os motivos listados não tenham interferido no processo de busca dos serviços para os usuários com essas características (Figura 2).

Figura 2 – Espaço social segundo renda familiar mensal e anos de estudo e razões da não procura por serviços. Estado da Bahia, 2003.



Fonte: PNAD/ 2003

OBS: Eixos fatoriais compostos pelas variáveis renda familiar e anos de estudo.

A contribuição das variáveis renda e anos de estudo para a composição dos eixos foi de 50,0% cada uma na composição do primeiro eixo, enquanto que no segundo eixo a renda contribuiu com 100,0%.

4 DISCUSSÃO

A análise dos dados da PNAD 2003 indica que persistem barreiras de distintas naturezas para a utilização dos serviços de saúde no Estado da Bahia, a despeito da existência de elevada cobertura assistencial real, visto que mais de 95% das pessoas que procuraram por serviços foram atendidas.

Embora a análise de correspondência tenha revelado um espaço de utilização de serviços bastante heterogêneo e diversificado é possível identificar a existência de alguns grupos de usuários aproximados por certas características sociais. O primeiro formado por indivíduos que possuíam baixo capital econômico e social e que buscaram serviços para prevenir e tratar doenças, em postos e centros de saúde e hospitais. Um segundo grupo estava constituído por usuários de melhor situação sócio-econômica que procuraram por consultórios particulares e ambulatórios de clínicas em busca de serviços preventivos, reabilitação e pré-natal. Esse achado sugere que as escolhas realizadas e a utilização real estão relacionadas às posições ocupadas pelos indivíduos no espaço social, aferidas através da renda e do grau de escolaridade aqui consideradas como aproximação das categorias capital cultural e econômico propostas por Bourdieu (1979).

O fato do principal motivo de procura dos serviços por parte das pessoas com pouco capital cultural e econômico ter sido a existência de doença pode estar relacionado tanto com sua percepção daquilo que é relevante em matéria de saúde como também pode estar relacionado aos obstáculos existentes para o uso dos serviços. Entre esses indivíduos também foi possível observar que houve maior procura de hospital quando comparados àqueles de melhor situação.

Estudos anteriores revelam que indivíduos com maior nível de educação e renda, tendem a utilizar melhor os serviços principalmente pelo maior acúmulo de informações que

são utilizadas em proveito próprio (Ensor & Cover, 2004). Segundo Néri & Soares (2002) os indivíduos mais pobres tendem a procurar mais os serviços de saúde por causa de doenças e não para preveni-las como observado no grupo de maior poder aquisitivo. Ainda, a análise da desigualdade no uso de serviços no país indica a possível relação entre usuários exclusivos do sistema público de menor renda e fazendo maior uso de hospitais quando analisados em relação àqueles do setor privado, de renda mais elevada e com maior uso de consultórios médicos (Ribeiro et al, 2006).

Em primeiro lugar, deve-se evidenciar que a existência de barreiras de acesso na atenção básica pode direcionar a procura por serviços diretamente em unidades com serviços 24 horas. Em que pese o avanço no Programa de Saúde da Família em todo o Brasil e também no Estado da Bahia, análise realizada em dez centros urbanos, incluindo um município desse Estado, evidenciou que essas unidades ainda não se tornaram porta de entrada de um sistema de atenção integrado, apresentando baixa proporção de procura frente a um episódio de doença (Giovanella, et al, 2003).

Por outro lado as escolhas efetuadas também estão relacionadas à percepção do usuário sobre o próprio estado de saúde e sobre o funcionamento do sistema. Assim, a preferência por hospitais pode ser resultante de sua maior capacidade de resolução de problemas bem como da possível ineficácia da rede básica.

Percebe-se contudo, que os problemas encontrados no acesso aos serviços estão presentes entre os diversos grupos, com predominância de alguns problemas tendo em vista o tipo de grupo e sua inserção social. É possível que a existência de grande variabilidade individual ou de sub-grupos do espaço social, que não pode ser percebida através dos dados da PNAD, seja responsável pela superação de parte dos obstáculos existentes. O fato de um maior volume de capital global, nesse caso analisado pelo conjunto das variáveis renda e

escolaridade, revelarem práticas e escolhas diferenciadas, e ao mesmo tempo barreiras de diferentes naturezas, pode ser visto como um indicador dessa variação.

O acúmulo de capital global segundo Vieira da Silva & Dussault, (1999) torna o indivíduo mais normativo, ou seja, com maior capacidade de instaurar novas normas e práticas, superando o estado de conformidade perante as normas estabelecidas. Deste modo, é possível que os indivíduos tornem-se mais capazes de superar obstáculos, e utilizar as possibilidades existentes em proveito próprio, por exemplo, articulando-se socialmente em uma rede de relações, que pode por sua vez facilitar o deslocamento em busca de serviços, a aquisição de informações acerca das estratégias de superação de barreiras e o apoio e coesão social por parte da comunidade onde vive. Esses elementos são vistos como essenciais para a reversão de situações de desigualdades no uso de serviços e na redução de iniquidades sociais.

Entre os poucos estudos encontrados utilizando a técnica da análise de correspondência Gatrell et al, (2004), realizaram um estudo na Inglaterra, em que foi possível identificar a existência de iniquidades em saúde, identificando um agrupamento caracterizado por pessoas com problemas psicológicos, que apresentavam problemas financeiros e residiam em localidades com baixa articulação entre vizinhos (Gatrell et al, 2004). No Brasil, pessoas ou famílias de melhor renda também tiveram mais acesso a especialista em estudo realizado em São Paulo (Bós & Bós, 2004), assim como variáveis familiares foram importantes para explicar a variação no uso de serviços entre homens e mulheres, definindo-se pela renda per capita, posição no mercado de trabalho e escolaridade do chefe de família (Travassos et. al 2002).

Quando observadas as razões para a não procura dos serviços, se evidenciam duas dimensões, uma relacionada aos limites colocados pelas características da população e outra relacionadas a barreiras existentes por parte dos serviços, implicando questões organizacionais, como a produção e oferta dos mesmos. Assim, não basta a existência dos

serviços em determinado local, pois seu uso será otimizado por aqueles que tiverem maior poder de utilização, implicando a influência de fatores individuais (Donabedian, 1988).

Está evidenciado que situação social favorável facilita a utilização de serviços. Ressalta-se porém, que a ausência de recursos financeiros, além de estabelecer padrões diferenciados de uso de serviços, foi também o principal motivo da não procura dos serviços na Bahia. Esta também foi a razão citada por mais de 5 milhões de pessoas que referiram ter necessitado mas não procurado um serviço de saúde no Brasil no ano de 2003 (Brasil, 2005). Do mesmo modo a distância dos serviços também aparece como impedimento à procura, referido como um critério de utilização em dois outros estudos, onde o menor tempo gasto no processo de busca e a menor distância percorrida se constituiu em facilidades para a utilização dos serviços (Santos, et al, 2002; Vieira da Silva et al, 1995).

Entre outras barreiras, foi evidenciado que usuários não procuraram serviços por achar que não tinham direitos. Essa situação pode estar diretamente ligado ao nível de informação mas, também, resultam do processo de ajuste em que os indivíduos avaliam suas aspirações e geram expectativas em relação às reais possibilidades de resolver seus problemas, muito em função de suas experiências anteriores. Geralmente, esses usuários referiam baixa renda e escolaridade e a dificuldade de compreensão sobre seus direitos e possivelmente sobre sua própria saúde, tende a gerar maiores problemas de saúde, além de restringir a autonomia desse usuário dentro do sistema.

Um aspecto considerado relevante para ser analisado é a importância de se identificar as razões pelas quais alguns usuários tentaram e não conseguiram ingressar no sistema, já que revela possíveis focos de exclusão devido a dificuldades na porta de entrada do sistema. Em relação a essa situação as razões referidas pelos usuários que buscaram porém, não conseguiram atendimento em unidades de saúde, foram dificuldades em conseguir vaga ou

senha e a ausência de profissional atendendo. Esta situação foi mais freqüente no grupo da população de menor renda, que possivelmente faz maior uso de serviços públicos.

Os dados da PNAD para o Estado da Bahia, podem ainda ser mais bem explorados, visto a riqueza de informações da análise realizada. Outras variáveis devem ser utilizadas para trabalhos futuros, buscando descrever aspectos particulares que interferem na utilização de serviços, como a comparação entre grupos etários, a prevalência de doenças crônicas, coberturas de seguros privados de modo a ampliar os conhecimentos sobre as possibilidades de utilização e acesso a serviços de saúde na Bahia.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em que pese os achados já descritos, os dados desse estudo não permitem identificar outros fatores componentes do acesso, principalmente decorrentes da organização dos serviços. Neste sentido, torna-se interessante identificar como os municípios do Estado, têm enfrentado este desafio, investigando as intervenções realizadas e em que medida têm contribuído para a redução das barreiras de acesso evidenciadas nesse estudo.

Por fim, apesar das elevadas coberturas assistenciais evidenciadas nesse estudo, semelhante às coberturas nacionais, parcela importante de usuários enfrentaram problemas de acesso. Esses problemas estão relacionados com a organização da atenção básica (existência de filas, tempo de espera e formas de agendamento, busca prioritária de emergências e do hospital); com a oferta (existência de profissionais) e com a distribuição geográfica. Esses problemas embora tenham uma distribuição difusa no espaço social se acentuam nas camadas mais desprovidas socialmente o que requer a adoção de políticas públicas capazes de reduzir essas desigualdades no acesso.

Atenção especial deve ser dada à reorganização da rede básica com o objetivo de ampliação da acessibilidade, buscando modificar o perfil de utilização por parte desta população, que conforme evidenciado, teve o serviço hospitalar como um dos mais procurados e por motivos de doenças.

Certamente, os gestores municipais talvez tenham pouca influência sobre as questões mais voltadas para as características dos usuários. Porém a formulação de políticas equânimes visando minorar na oferta de serviços as desigualdades sociais geradas a partir da inserção social deve ser considerada.

6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Aday, L A, Andersen R. (1992) Marco teorico para el studio del acceso a la atencion medica. OPS, *Publicación Científica* 534; pp 604-613.
2. Assis, M, Villa T, Nascimento, M. (2003) Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, 8 (3): 815-823.
3. Borrell, C, Fernandes, E, Schiaffino, A, Benach, J, Rajmil, L, Villalbi, J, Segura, A. (2001) Social class inequalities in the use of and Access to health services in Catalonia, Spain: what is the influence of supplement private health insurance? *International Society for Quality in Health Care*. Vol. 13, N 2 – 117-125.
4. Bós A, M, G, Bós, A, J G. (2004) Determinantes na escolha entre atendimento de saúde privada e pública por idosos. *Revista de Saúde Pública*, 38 (1), 113-120.
5. Bourdieu, P. La distinción. (1979) Critério y bases sociales del gusto. Ed Taurus.
6. Brasil, IBGE. (2000) Acesso e utilização de serviços de saúde, 1998. IBGE / Departamento de Emprego e Renda/ Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Rio de Janeiro.
7. Brasil, IBGE. (2005) Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 2003. CD rom.
8. Chakraborty, N, Islam, M A, Chowdhury, R, I, Bari, W, Akhter, H. (2003) Determinants of the use of maternal health services in rural Bangladesh. *Health Promotion International*. Vol. 18 (4), 327-336.
9. Donabedian, A. (1988) Los espacios de la salud: Aspectos fundamentales de la organización de la atención médica. Ed. Biblioteca de la Salud. 1ª edição espanhola, México.
10. Ensor T, Cooper, S. (2004) Overcoming barriers to health service access: influencing the demand side. *Health Policy and Planning*, 19 (2): 69-79.

11. Field, K, F B Cart, S, David, J, Briggs BA. (2001) Socio-economic and locational determinants of accessibility and utilization of primary health-care. *Health and Social Care in the Community*, 9 (5), 294-308.
12. Gadidou E & King G. (2002) Measuring total health inequality: adding individual variation to group-level differences. *International Journal for Equity in Health*. 1:3.
13. Gatrell A., Popay, J, Thomas, C. (2004) Mapping the determinants of health inequalities in social space: can Bourdieu help us? *Health & Place* 10. 245-257.
14. Giovanella, L, Escorel, S, Mendonça, MH. (2003) Porta de entrada pela Atenção Básica? Integração do PSF à rede de serviços de saúde. *Saúde em Debate*, Rj, v 27, n 65, p 278-289, set/dez.
15. Goddard, M, Smith, P. (2003) Equity of access to health care services: theory and evidence from the UK. *Social Science & Medicine* (53), 1149-1162.
16. Greenacre, M. (1993) Correspondence analysis in practice. Academic press limited. London.
17. Houweling, T Knust, Mackenbach J. (2003) Measuring health inequality among children in developing countries: does the choice of the indicator of economic status matter? *International Journal for Equity in Health*, 2:8
18. Khang, Y H, Lynch, J W, Yun, S, Lee, S.(2004) Trends in socioeconomic health inequalities in Korea: use of mortality and morbidity measures *J. Epidemiol. Community Health* 58; 308-314.
19. Leal, MC, Gama, SGN, Cunha, C B. (2005) Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto, 1999-2001. *Revista de Saúde Pública*, 39 (1) 100-7.
20. Lostao, L, Regidor E, Calle, M, Navarro, P, Dominguez, V. (2001) Evolución de las diferencias socioeconómicas la utilización y accesibilidad de los servicios sanitarios en España entre 1987 y 1995/97. *Revista Espanhola de Saúde Pública*, 75, 115-128.

21. Neri & Soares. (2002) Desigualdades Sociais e saúde no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 18(Suplemento): 77-87.
22. Pereira JCR. (2001) Análise de dados qualitativos. Estratégias metodológicas para as Ciências da Saúde, Humanas e Sociais. Editora da Universidade de São Paulo. São Paulo.
23. Pinheiro, R S, Viacava, F, Travassos, C et al. (2002) Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, vol.7, nº. 4, p.687-707.
24. Ribeiro , M, Barata, R, Almeida M, Silva, Z (2006) Perfil sociodemográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para usuários e não-usuários do SUS – PNAD 2003. *Ciência e Saúde Coletiva*, vol.11, nº. 4, p.1001-1022.
25. Rosenberg, M W, Hanlon N T. (1996) Access and utilization: a continuum of health service environments. *Social Science & Medicine*. Vol 43 n 6 pp 975-983.
26. Rossi, P, Lipsey M, Freeman, H. (2004) Assessing and Monitoring Program Process In Evaluation: A Systematic Approach. Seventh Edition. Sage Publications.
27. Santos, I, Baroni, R, Minotto, Klumb. A. (2000) Critérios de escolha de postos de saúde para acompanhamento pré-natal em Pelotas, RS. *Revista de Saúde Pública*. 34 (6) 603-9.
28. Senna, M & Cohen, M. (2002) Modelo assistencial e estratégia saúde da família no nível local: análise de uma experiência. *Ciência e Saúde Coletiva*, 7 (3) 523-535.
29. Sawyer, D, Leite, I. C. Alexandrino, R. (2002) Perfis de utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, 7 (4): 757-776.
30. Silva, P L N, Pessoa, D G C; Lila, M F. (2002) Análise estatística de dados da PNAD: incorporando a estrutura do plano amostral. *Ciênc. saúde coletiva*;7(4):659-670.
31. Shi L, Macinko J, Starfield B, Xu J, Regan J, Politzer R and Wulu J.. (2004) Primary care, infant mortality, and low birth weight in the states of the USA. *J. Epidemiol. Community Health* 58; 374-380.

32. Suraratdecha T, Saithanu S, Tangcharoesathien, V. (2005) Is universal coverage a solution for disparities in health care? Findings from three low-income provinces of Thailand. *Health Policy*, v 73, p 272-284.
33. Thind, A, Andersen R. (2003) Respiratory illness in the Dominican republic: what are the predictor for health services utilization of Young children? *Social Science & Medicine* (56) 1173-1182.
34. Travassos C, & Martins, M. (2004) Uma revisão sobre os conceitos de acessos e utilização de serviços de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 20 (supl) 2:s190-S198.
35. Travassos C, Viacava, F, Pinheiro, R, Brito, A., (2002) Utilização dos serviços de saúde no Brasil: Gênero, características familiares e condição social. *Revista Panamericana de Salud Publica* v. 11 n. 5-6 Washington mayo/ju,n.
36. Travassos, C, Viacava F, Fernandes, C, Almeida, C. (2000) Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, 5 (1):133-149.
37. Travassos, C, Oliveira E, Viacava, F. (2006) Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 a 2003. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, 11 (4): 975-986.
38. Van der Heyden, JHA, Demarest S, Tafforeau, J, Van Oyen. (2003) Socio-economic differences in the utilisation of health services in Belgium. *Health Policy* 65 – 153-165.
39. Vieira da Silva LM Formigli, VA., Cerqueira, M P. et al. (1995) O processo de distritalização e a utilização de serviços de saúde - avaliação do caso de Pau da Lima, Salvador, Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, jan./mar. vol.11, no.1, p.72-84.
40. Vieira da Silva LM. (2005) Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. In Avaliação em saúde. Dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e

sistemas de saúde. (Org) Hartz, Z, Vieira da Silva, L. EDUFBA Salvador/Rio de Janeiro, 275p.

41. Vieira da Silva LM, Dussault G. (1999) Santé, espace social et pratiques. *Ruptures, Revue transdisciplinaire en santé*, vol. 6, n 2, pp 192-208.

42. Wilson K, & Rosemberg, (2004) M. Accessibility and the Canadian health care system: squaring perceptions and realities. *Health Policy*, 67: 137-148.

ARTIGO 2

A ACESSIBILIDADE AOS SERVIÇOS DE SAÚDE E A DESCENTRALIZAÇÃO DA ATENÇÃO EM UM MUNICÍPIO DO ESTADO DA BAHIA

SUMÁRIO

RESUMO	43
ABSTRACT	44
1 INTRODUÇÃO	45
2 OBJETIVOS	50
3 PRESSUPOSTOS DO ESTUDO	50
4 METODOLOGIA	51
4.1 Estratégia de pesquisa e seleção do caso	51
4.2 Modelo teórico-lógico	51
4.3 Níveis, dimensões e critérios	54
4.4 Seleção das unidades	57
4.5 Informantes-chave	57
4.6 Técnicas de coleta e fonte de dados	58
4.7 Classificação do grau de implantação das ações	59
5 RESULTADOS	60
5.1 Características da organização do sistema de saúde	60
5.2 Rede de atenção básica	63
5.3 Grau de Implantação das ações para a acessibilidade	65
6 DISCUSSÃO	78
7 CONCLUSÃO	82
8 RECOMENDAÇÕES	83
8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	84
|Apêndice A – Roteiro de entrevistas	121
Apêndice B – Termos de Consentimento	126

A ACESSIBILIDADE AOS SERVIÇOS DE SAÚDE E A DESCENTRALIZAÇÃO DA ATENÇÃO EM UM MUNICÍPIO DO ESTADO DA BAHIA

RESUMO

Objetivo: Descrever as características da acessibilidade a serviços de saúde em seus componentes organizacionais e geográficos em um município do Estado da Bahia.

Metodologia: Foi realizado estudo de caso único, a partir de dois níveis de análise: organização do sistema e organização dos serviços. Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com usuários, profissionais de saúde e gestores, e foi elaborada uma matriz contemplando a imagem objetivo da acessibilidade. **Resultados:** As unidades analisadas apresentaram nível intermediário de implantação de ações voltadas para a acessibilidade, independente de serem Unidades de saúde da Família (USF) ou Unidades básicas (UBS). As USF tiveram melhor desempenho, principalmente pelas ações voltadas para o acolhimento, e apresentaram problemas pela ausência de um sistema estruturado de marcação de consultas e longos tempos de espera. Para as UBS, destaca-se a ausência de ações para o acolhimento, e ressaltou-se em ambas as dificuldades para a marcação de consulta e referência aos serviços especializados. **Conclusão:** O município apresentou melhorias na acessibilidade com a implantação de estratégias como a central de marcação de consultas especializadas e o estabelecimento da atenção básica como porta de entrada ao sistema. Recomenda-se a formulação de política específica para o acolhimento contendo diretrizes voltadas para compatibilizar o atendimento da demanda espontânea com a organização da oferta na perspectiva de mudança do modelo assistencial.

Palavras-chave: Acessibilidade a serviços de saúde, descentralização, avaliação de implantação.

ACCESSIBILITY TO HEALTH SERVICES AND DECENTRALIZATION IN THE CITY OF STATE OF BAHIA.

Abstract

Objective: To describe the characteristics of the accessibility to health care and its components in a city of the State of Bahia. **Methods:** This article presents a case study with two levels of analysis: organization of the system and of the services. Semi-structured interviews were performed with users, health professionals and managers. A logical model was elaborated with definitions related to accessibility. **Results:** The analyzed health care presented intermediary level of implantation of actions gone back to the accessibility, independent of they be Family Health units (FHU) or traditional units (UBS). The FHU had better acting, mainly for the actions gone back to the reception, and they presented problems for the absence of a structured system of demarcation of consultations and long times of wait. For UBS, gets the attention the absence of actions for the reception, and in both difficulties for the consultation demarcation and reference to the specialized services. **Conclusion:** The municipal district presented improvements in the accessibility with the implantation of strategies as the central of demarcation of specialized consultations and the establishment of the basic attention as entrance door to the system. The formulation of specific politics is recommended for the "sheltering" of the spontaneous demand with the organization of the offer in the perspective of change of the health care model.

Word-key: Health services accessibility; Decentralization; Health management.

A ACESSIBILIDADE AOS SERVIÇOS DE SAÚDE E A DESCENTRALIZAÇÃO DA ATENÇÃO EM UM MUNICÍPIO DO ESTADO DA BAHIA

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, o reconhecimento do direito à saúde na Constituição Federal de 1988 e a conseqüente implantação do Sistema Único de Saúde com a lei 8080 de 1990, foram os primeiros passos em direção à garantia do acesso universal (Brasil, 1988; 1990). Entre as diretrizes para alcançar tal objetivo, a descentralização da gestão foi estrategicamente induzida pela formulação e instituição das normas operacionais e de assistência à saúde, editadas entre 1993 e 2002 (Brasil, 1993; 1997; 2001; 2002). Esse processo implicou na redefinição de responsabilidades gerenciais regionais e locais com o estabelecimento de novas relações intergovernamentais, possibilitando maior autonomia dos municípios na gestão política e financeira dos sistemas de saúde (Teixeira, 2002; Luchese, 2003).

De acordo com os dados do Departamento de Apoio à Descentralização do Ministério da Saúde, em meados de 2006 havia 682 municípios habilitados na Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM), sendo que 42,6% deles situado na região Sudeste e 33,9% no Nordeste (Brasil, 2006). Teoricamente, a municipalização da gestão pode se constituir em espaço privilegiado para a inovação de práticas de atenção à saúde e de organização de serviços. Desde meados dos anos 90, a implantação do Programa de Saúde da Família tem se constituído em uma estratégia vista como capaz de reorganizar o modelo assistencial, com a articulação de uma rede de serviços viabilizando o acesso do paciente aos diversos níveis de cuidado (Paim, 2003).

Contudo, a reorganização das ações no nível local não transcorreu de forma homogênea, seja devido ao pequeno porte de grande parte dos municípios que enfrentaram dificuldades no planejamento e organização dos seus sistemas, seja pela distribuição desigual

da oferta de recursos humanos e da capacidade instalada (Rehem, 2001) seja pelas características do governo municipal (Vieira-da-Silva et al, 2007).

A despeito desses constrangimentos que de alguma forma limitam os alcances possíveis das intervenções realizadas, avaliações sobre o processo de descentralização revelam avanços significativos nos processos de gestão municipal, com a incorporação de novas práticas de saúde, maior autonomia gerencial na sua condução e de controle social (Viana et al, 2002; Costa & Pinto, 2002; Heimann et. al, 2000; Pessoto et al 2001). Estudo abrangente sobre os municípios em gestão plena a partir da Norma Operacional Básica/NOB 1996, concluiu que houve melhoria nos padrões de oferta, medida pela capacidade instalada, produção e cobertura de serviços ambulatoriais e hospitalares (Viana, et al, 2002). Do mesmo modo, Costa & Pinto, (2002) ao analisarem as mudanças na estrutura das transferências de recursos federais para os níveis estaduais e municipais, evidenciaram o crescimento da atenção ambulatorial e básica do SUS em pequenos municípios devido aos incentivos do Piso de Atenção Básica - PAB. Com avanços e recuos, evidências particulares também revelam as possibilidades da descentralização contribuir para o desenvolvimento do processo decisório em nível local (Gershman, 2001) e para a implementação de ações nas áreas de saúde do trabalhador (Silva et al, 2003), do controle da tuberculose (Muniz et al. 2005), e das ações de vigilância sanitária (Cohen, et al 2004; Juliano & Assis, 2004).

No Brasil, a maioria dos usuários que procurou por um serviço de saúde (98,0 %) conseguiu utilizá-lo segundo dados das últimas PNADs (1998 e 2003), revelando que o Sistema Único de Saúde tem atingido uma boa cobertura (Brasil, 2000; 2005). Contudo, essa utilização tem sido diferente a depender da renda e da escolaridade indicando desigualdades no acesso¹ (Sawyer et al, 2002; Néri & Soares, 2002).

¹ Ver artigo 1 da presente tese: Cunha, A., B., O. Desigualdades no acesso e utilização de serviços de saúde no Estado da Bahia, Brasil, 2003.

Em que pese os progressos obtidos, um outro aspecto é compreender como os serviços têm se organizado para responder às necessidades de saúde da população e quais estratégias têm utilizado para tornar as portas de entrada aos serviços mais acessíveis.

Estudos mais localizados em Estados da Federação ou em municípios têm mostrado problemas com os componentes da acessibilidade. Estudo de caso realizado em cinco municípios do Estado da Bahia em 2001, avaliando a implantação da descentralização da atenção à saúde (Vieira et al, 2007; 2005), concluiu que certas características do governo, possivelmente, influenciaram uma melhor reorganização na gestão do setor saúde quando comparada com uma imagem objetivo definida a partir do consenso de experts (Souza et al, 2005). Neste estudo, verificou-se ampliação da cobertura assistencial em todos os municípios analisados, entretanto, o acesso aos serviços, medido principalmente pela existência de intervenções que viabilizassem a utilização de serviços de alta e média complexidade, foi referido em apenas um deles.

No Estado do Rio de Janeiro, investigação realizada no município de Niterói demonstrou que as melhorias obtidas no processo de gestão contribuíram para a reorganização dos serviços com base no PSF, com a ampliação da oferta na atenção básica. Contudo, o aumento do número de profissionais e a contratação de serviços de média e alta complexidade, não têm sido suficientes para integrar os vários níveis do sistema local de saúde, persistindo a desarticulação entre as redes ambulatorial e hospitalar ao lado de baixa participação do usuário (Senna & Cohen, 2002). Nessa mesma perspectiva, outro estudo no município de São Gonçalo (RJ) mostra que a decisão política dos gestores locais em expandir a rede básica para ampliar a oferta da atenção primária para áreas desprovidas de tais serviços, tem sido efeito do processo de descentralização. Ou seja, revela-se uma preocupação com a disponibilização espacial dos serviços básicos para facilitar o acesso e ampliação da cobertura dos serviços de saúde (Monnerat et al, 2002).

O PSF tem sido uma importante estratégia para a reorganização da atenção básica, porém, a sua implantação também não implica, necessariamente, em melhoria da acessibilidade. A análise realizada em dez grandes centros urbanos com população superior a cem mil habitantes realizada por Giovanella et al, (2003) revelou que as unidades básicas e de saúde da família ainda não haviam tornado-se porta de entrada de um sistema integrado de atenção à saúde. Segundo as autoras, é possível que implantação do PSF de modo paralelo ao funcionamento da rede tradicional de serviços tenha gerado uma série de conflitos internos ao sistema dificultando sua organização enquanto rede de serviços. Este trabalho já evidenciava a existência de barreiras de acesso decorrentes de horários inadequados e dificuldades em atender à demanda espontânea devido à priorização de alguns grupos submetidos a maior risco (Giovanella et al, 2003).

Nesse sentido, em análise realizada por Ibañez et al, (2006) buscando avaliar o desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo em 62 municípios com população acima de 100.000 habitantes, a acessibilidade, compreendendo a localização das unidades e os dias e horários de atendimento, foi uma das dimensões que obteve menos de 50,0% na avaliação de satisfação por parte dos usuários (Ibañez et al, 2006). Também aquele Estado e com essa mesma amostra de municípios, Viana et al, (2006) elegeram quatro dimensões para a avaliação da atenção básica, incluindo no âmbito da efetividade questões referentes à integralidade, enquanto referenciamento para serviços de média e alta complexidade, e ao acesso no que diz respeito à oferta das ações da atenção básica a toda a população. A partir de informações fornecidas pelos gestores municipais ou sua equipe, evidenciaram que entre os municípios analisados apenas 23,5% deles garantiam acesso e integralidade.

Esses trabalhos têm concentrado seus esforços na descrição de diferentes padrões de uso ou nas estimativas da cobertura dos serviços relacionadas à ampliação da oferta dos mesmos (Sawyer et al 2002; Néri & Soares, 2002; Senna & Cohen, 2002; Monnaret, 2002)

bem como na avaliação de algumas variáveis da organização dos serviços enquanto componentes da acessibilidade (Viana et al, 2006 Vieira da Silva, 2007; Ibañez, 2006). A articulação entre as dimensões da acessibilidade relacionadas à organização dos serviços, aos aspectos geográficos e aos recursos de poder dos usuários não tem sido enfatizada bem como a análise das razões pelas quais esses problemas persistem. Dessa forma, algumas perguntas ainda estão sem resposta. Quais os principais obstáculos à ampliação da acessibilidade no contexto da descentralização e reorganização local dos serviços de saúde? Como os componentes da gestão local têm influenciado a implantação de novas intervenções para a organização de sistemas locais mais acessíveis? A resolutividade destas intervenções depende do seu grau de implantação em relação ao Plano Municipal ou de variáveis relacionadas ao funcionamento dos serviços? Visando contribuir para a resposta a algumas dessas questões, o presente estudo busca analisar em que medida a descentralização da gestão da atenção à saúde em um município da Bahia tem contribuído para a implantação de ações que facilitem a acessibilidade da população aos serviços de saúde.

2 OBJETIVOS

- Descrever as características da acessibilidade a serviços de saúde em seus componentes organizacionais e geográficos em um município do Estado da Bahia
- Analisar a implantação de ações voltadas para a melhoria da acessibilidade à atenção básica em um município da Bahia.
- Analisar a relação entre a implantação de ações voltadas para a acessibilidade e as características da gestão municipal

3 PRESSUPOSTOS DO ESTUDO

a) Entre os principais problemas de acesso a serviços de saúde em um dado município encontram-se aqueles relacionados com a organização dos serviços e no que concerne ao sistema de marcação de consultas, recepção e encaminhamento de pacientes para outros níveis e ou para outros serviços.

b) Embora as características da gestão local tenham contribuído para compor um “contexto” ou um espaço de possibilidades favorável à melhoria da acessibilidade há uma variabilidade na sua implantação relacionada com outros aspectos da organização dos serviços.

4 METODOLOGIA

4.1 Estratégia da pesquisa e seleção do caso

A análise de implantação da acessibilidade a serviços de saúde no município, foi realizada a partir de um estudo de caso único. A investigação foi realizada em um município do interior do Estado da Bahia, entre outubro de 2004 e maio de 2006. O referido município encontrava-se em Gestão Plena do Sistema Municipal desde 1999, existindo continuidade administrativa desde 1996. O referido município já havia sido investigado anteriormente, em análise sobre o processo de descentralização da atenção à saúde no Estado da Bahia, tendo sido classificado em nível avançado do processo de descentralização da gestão (Vieira da Silva, et al, 2007).

4.2 Modelo teórico-lógico

A acessibilidade a serviços de saúde representa um importante componente de um sistema de saúde no momento em que se efetiva o processo de busca do cuidado. Donabedian (1988) considera “a acessibilidade como algo adicional à mera presença ou disponibilidade do recurso em um lugar e em um determinado momento” (Donabedian, 1988:497). Considera que a acessibilidade é algo que se coloca entre a capacidade de proporcionar serviços e a produção real destes serviços, e neste sentido inclui aquelas características dos recursos que permitem que estes sejam mais facilmente utilizados, em maior ou menor medida pelos “clientes potenciais” (Donabedian, 1988:253). Entretanto, não exclui outros fatores, como as características dos profissionais e dos usuários em conjunto, que muito influenciam na determinação da utilização dos serviços. Apesar de esta clássica definição ter sido adequada e modificada por alguns autores (Frenk, 1992; Aday & Andersen, 1992) ainda continua a ser a base de várias análises sobre o acesso.

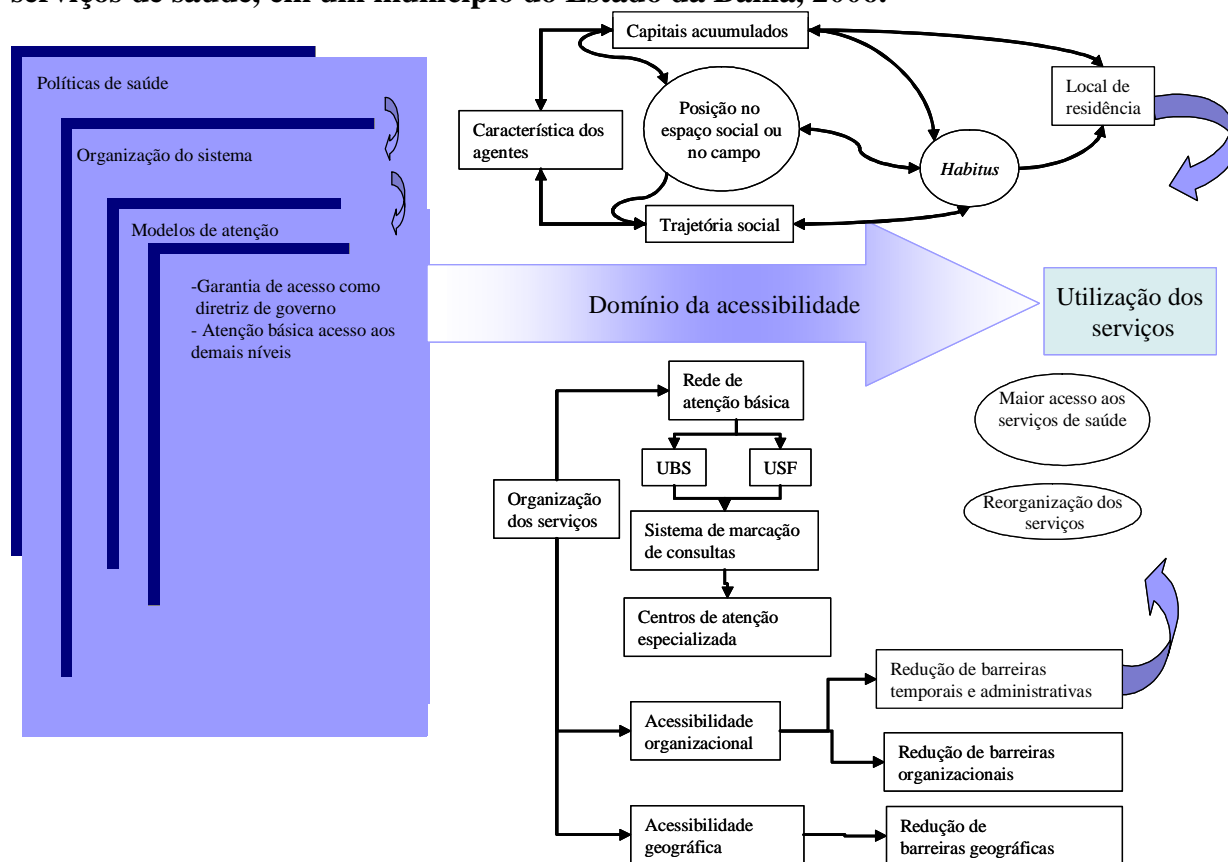
É possível afirmar que a adoção de ações voltadas para a garantia do acesso está articulada à compreensão da saúde como um direito. Por sua vez, essas ações se materializam através da organização dos serviços que deve incorporar os princípios da universalidade, equidade e integralidade, viabilizando a atenção básica como porta de entrada ao sistema, convergindo para a implantação de um modelo de atenção capaz de responder às reais demandas da população e ao longo do tempo mudar substancialmente os perfis de morbimortalidade. Isso significa que as Unidades de saúde da família (USF) e básicas tradicionais (UBS) devem integrar um conjunto de ações do primeiro nível de atenção fazendo o elo com aquelas de caráter especializado, viabilizando a entrada dos usuários ao sistema e a sua condução dentro do mesmo, de acordo com suas necessidades (Forrest & Starfield, 1998; Starfield, 2002).

Tendo em vista a compreensão sobre a importância de se identificar barreiras que impeçam a busca dos serviços, Donabedian propõe para a análise do modo de organização dos serviços duas classes de acessibilidade, que estão em contínua interação: acessibilidade sócio-organizacional e geográfica. Podem-se considerar dentro da acessibilidade sócio-organizacional todas as características dos recursos que não são de caráter espacial e que facilitam ou obstruem os esforços dos indivíduos para obter atenção, desde horários de funcionamento das unidades ao tempo de espera para o atendimento (Donabedian, 1988). Dentro dos fatores geográficos, a acessibilidade refere-se às distâncias percorridas pelo indivíduo até o serviço de saúde, fonte do cuidado. Trata-se da distribuição espacial das unidades ou da existência de sistemas de comunicação e transporte, onde o tempo de locomoção é a medida mais precisa (Donabedian, 1988).

Por outro lado, ao referir a variação no uso decorrente da capacidade dos usuários em utilizar os serviços, incorpora também as características relacionadas aos agentes. Para Bourdieu, a posição que um indivíduo ocupa em um espaço social determinado e em uma dada

situação de oferta de bens e práticas possíveis, será determinante para a realização de escolhas e para o consumo de bens e serviços culturais (Bourdieu, 2001; 2003). Essa posição vai variar então em função do volume e da composição global de seus capitais (econômico, social, cultural, simbólico), que se referem ao conjunto de recursos de poder que os indivíduos possuem, aliados à sua trajetória social, vinculado à origem familiar. Além disso, o espaço geográfico também reflete as distâncias no espaço social sendo mais um elemento diferenciador, podendo ser apreciado a partir do local e das condições de moradia (Bourdieu, 2001; 2003). Fazendo uma analogia, pode-se dizer que a acessibilidade aos serviços se constrói numa inter relação entre características dos serviços ajustadas às capacidades dos agentes para utilizá-los².

Figura 1 - Modelo teórico-lógico para a análise do processo da acessibilidade a serviços de saúde, em um município do Estado da Bahia, 2006.



² Este tema não será desenvolvido neste momento, sendo objeto de discussão do 3º artigo desta tese.

4.3 – Níveis, dimensões e critérios.

Foram selecionados dois níveis de análise: I. Organização do sistema e Organização dos serviços. Em relação ao primeiro, buscou-se a partir da leitura dos Planos de saúde e dos Relatórios de Gestão, identificar diretrizes que indicassem a implantação de ações voltadas para a garantia do acesso. De acordo com o modelo teórico foram observadas estratégias voltadas para a mudança do modelo de atenção, particularmente a reorganização da atenção básica. Em relação ao nível de organização dos serviços, buscou-se a identificação de barreiras temporais, administrativas, organizacionais e geográficas que dificultassem o uso dos mesmos, observando se as estratégias que visavam reduzir tais dificuldades estavam sendo implementadas.

Estas duas dimensões estão contempladas e detalhadas no Quadro 1 – Matriz de análise.

Quadro 1 - Matriz de dimensões e critérios para análise da acessibilidade a serviços de saúde em município selecionado³ do interior da Bahia.

Dimensão	Critério	Pont.	Insatisfatória	Intermediária	Satisfatória
Organização do sistema Máximo: 25 pts	Garantia de acesso como diretriz da política local de saúde	5	Acesso não aparece como prioridade nem nos planos e nem no relatório de gestão (0).	A garantia do acesso aparece como diretriz, mas não há referência a ações voltadas para sua implantação nos relatórios de gestão (2,5).	A garantia do acesso aparece como uma diretriz de governo nos planos de saúde e isso se traduz em ações concretas descritas nos relatórios de gestão (5).
	Porta de entrada e acesso aos demais níveis do sistema	20	Não há orientação sobre a porta de entrada aos serviços ficando a cargo dos usuários se dirigirem ao local que desejarem atendimento (0).	A organização dos serviços tem se dado prioritariamente para os usuários de zonas rurais e periféricas, através do PSF e das UBS sem garantia de referência aos demais níveis (10).	A organização da atenção básica através dos PSF e das UBS aparece como proposta de reorganização do sistema de saúde viabilizando o acesso aos diversos níveis do sistema (20).
Total dimensão		25			
Organização dos serviços Máximo: 60 pts Acessibilidade organizacional	Horário de funcionamento das unidades de PSF ou UBS.	5	Unidades funcionando em apenas um turno (0)	Unidade de Saúde da Família funcionando dois turnos (2,5)	Unidade de Saúde da Família funcionando dois turnos ininterruptamente (5) ou Unidades básicas funcionando em três turnos (5)
	Tempo de espera para marcar consulta	5	Mais de 2 horas (0)	De uma hora a 2 horas (2,5)	Menos de uma hora (5)
	Tempo de espera entre a marcação e o atendimento	5	Mais de duas semanas (0).	Entre uma e duas semanas (2,5)	Até 5 dias (5).
	Tempo de espera para ser atendido na realização da consulta	5	Mais de 3 horas (0).	De uma hora e meia a 3 horas (2,5).	Menos de uma hora e meia (5).

³ O nome do município não pode ser revelado por razões éticas. Corresponde ao município C do estudo de Vieira da Silva et al, 2007.

Sistema de marcação de consultas PSF e UBS	5	PSF - Um a 3 dias na semana com horário fixo (0) ou sem definição. UBS - Um a 3 dias na semana com horário fixo (0)	PSF - Diário com horário fixo (Manhã ou tarde) ou a partir da triagem (2,5). UBS - Diário com horário fixo (2,5).	PSF - Diários sem horário fixo para a demanda espontânea além dos grupos realizados e das demandas colocadas pelos ACS (5). UBS - Diário sem horário determinado além das demanda dos ACS (5).
Marcação de consulta por telefone PSF	5	PSF - Não existe marcação por telefone (0) UBS - Não existe marcação por telefone feita pelo usuário nem pelas USF (0)	PSF - Há marcação por telefone para alguma especialidade (2,5) UBS - Há marcação por telefone feita apenas pelas USF (2,5)	PSF - Há marcação para todos os serviços e programas (5) UBS - Há marcação por telefone feita pelas unidades (PSF) e pelo usuário (5)
Filas para marcação de consultas PSF e UBS	5	Existem filas que se iniciam na madrugada (0)	Existem filas que se iniciam a partir das 7 horas e com duração entre 1 e 3 h para marcar (2,5).	Não há filas (5)
Lista de espera	5	Os pacientes que faltam à consulta não são substituídos (0)	Há substituição dos faltosos sem sistematização dessa rotina, se alguém lembra de uma necessidade especial (2,5).	A lista de espera existe e a substituição é feita de modo sistemático (5)
Existe acolhimento aos pacientes das unidades PSF e UBS	5	Não é realizada nenhuma escuta ou priorização de pacientes e existem problemas com a recepção e o atendimento (0).	A escuta é realizada por profissional de nível médio listando casos para subsidiar a triagem da demanda espontânea por profissionais de nível superior (2,5).	A escuta é realizada junto à demanda espontânea por profissional de nível superior, elegendo-se as prioridades, orientando e encaminhando os demais, com uma boa relação com a recepção (5).
Sistema de referência	5	O encaminhamento de pacientes entre os serviços de saúde é feito sem qualquer documentação. (0)	O encaminhamento dos pacientes entre os serviços se dá através da guia de solicitação de consulta ou exame sem relatório por escrito. (2,5)	O encaminhamento dos pacientes entre os serviços é realizado através de relatório por escrito em formulário próprio para qualquer especialidade com a garantia de atendimento solicitado (5)
Contra referência	5	O retorno formal de informações para o médico da unidade de origem não é realizado (0)	O retorno de informações para o médico da unidade de origem se dá através do próprio paciente (2,5)	O retorno de informações é feito através de ficha de contra referência para o médico de origem (5)

	Marcação de consultas e exames especializados PSF ou UBS	5	PSF ou UBS A marcação se dá a partir do recolhimento das solicitações em dias específicos pelo SAME da unidade de origem em horários determinados, segundo ordem de chegada dos usuários, que devem retornar para saber a data do agendamento várias vezes, não sendo realizada priorização de casos sendo que o usuário (0).	PSF ou UBS Recolhido todos os dias pelo SAME da unidade em horários determinados observando para a marcação critérios de gravidade/necessidade (priorizado por profissionais de nível superior) sendo que o usuário deve retornar para saber a data marcada para o exame várias vezes (2,5)	PSF ou UBS Recolhido todos os dias pelo SAME da unidade observando para a marcação de critérios de gravidade/necessidade (priorizado por profissionais de nível superior) sendo a marcação comunicada ao usuário pelo ACS ou pela unidade (5)
Total dimensão		60			
Acessibilidade geográfica Máximo 15pts	Distâncias da UBS/USF	5	UBS/USF é distante da residência do paciente com tempo de marcha acima de 20'(0)	UBS/USF fica de 10 a 20' da casa do paciente (2,5)	UBS/USF fica a menos de 10'da casa do paciente (5)
	Distâncias do hospital ou CMC	5	Distante da residência do paciente com tempo de marcha acima de 20'(0)	Fica de 10 a 20' da casa do paciente (2,5)	Fica a menos de 10'da casa do paciente
	Transporte	5	Não existe transporte da residência do paciente até a USF, UBS, hospital ou CMC (0).	Existe apenas para o hospital ou CMC (2,5)	Existe para as Unidades, hospital e CMC (5).
Total dimensão		15			
Total implantação		100			

4.4 Seleção das unidades

A seleção das unidades se deu a partir da indicação da equipe de Coordenação da Atenção Básica, que resultou na escolha de quatro unidades, duas organizadas a partir das ações do Programa de Saúde da Família e duas Unidades Básicas tradicionais.

4.5 Informantes-chave

1. Trabalhadores e pessoal de saúde: Para as duas unidades de saúde da família, foram entrevistados todos os profissionais de saúde, contemplando o médico, a enfermeira e auxiliar de enfermagem, acrescentando dois agentes comunitários por equipe. Ainda, em cada unidade foi entrevistado o profissional responsável pela recepção ou Serviço de Arquivo Médico (SAME). Para as duas unidades tradicionais, buscou-se a partir do contato com os gerentes da unidade levantar os horários dos profissionais de saúde

(médicos), sendo possível entrevistar 03 (três) profissionais médicos em cada unidade, além do gerente, auxiliar de enfermagem e responsável pela recepção ou SAME.

2. Usuários de serviços: Nestas mesmas unidades foram realizados contatos com usuários em diferentes situações de utilização dos serviços nos últimos 30 dias, localizados nas próprias unidades ou através dos ACS, analisando o processo, os obstáculos e as razões para os diferentes problemas relacionados com a acessibilidade. Nestes contatos foi explorada a relação usuário x serviços, buscando extrair informações acerca das facilidades, dificuldades e percepções sobre o processo, identificando assim possíveis pontos de exclusão do sistema. Foram entrevistados 24 usuários pertencentes às áreas de abrangência das referidas unidades.

As entrevistas com usuários e profissionais foram realizadas no período de março a maio de 2006 (Apêndice A). O trabalho de campo foi concluído quando nenhuma informação nova surgiu a partir dos novos informantes, ou seja, houve a saturação das informações.

Este trabalho foi aprovado pelo Comitê de ética em pesquisa, tendo sido todos os informantes esclarecidos quanto aos objetivos da mesma e assinado termo de consentimento (Apêndices B).

4.6 Técnicas de coleta e fonte de dados

Para pontuar os critérios e as dimensões propostas na matriz (quadro 1), foram utilizadas várias técnicas, buscando a triangulação de informações.

- Entrevistas semi-estruturadas a partir de um roteiro de entrevistas prévio aplicado a I – Usuários; II - Profissionais da equipe de saúde da família (médico, enfermeira, auxiliar de enfermagem e ACS), e médicos de unidades tradicionais e III – Gerentes e atendentes de recepção das unidades básicas e de saúde da família. IV – Profissionais

da coordenação da atenção básica do nível central da Secretaria Municipal de Saúde, a Secretária e a vice-secretária (Apêndice A).

- Análise do Plano Municipal de saúde (2002 – 2005) e dos Relatórios de gestão (2004 e 2005), buscando-se identificar as ações e intervenções realizadas.
- De modo complementar, para estimar a cobertura assistencial foram utilizadas variáveis do Sistema de Informação Ambulatorial para o período de 2000 a 2005 (SIA/SIH-SUS). Esses dados foram utilizados para o cálculo da produção de procedimentos habitante/ano. A evolução desse indicador foi comparada com as médias regionais propostas pela Portaria 1101/GM, 2002. (Brasil, 2002). Cabe ressaltar, que para a análise da produção da atenção básica foram excluídos os procedimentos odontológicos.

As entrevistas foram realizadas mediante assinatura de termos de consentimento informado para usuários e profissionais que aceitaram participar da pesquisa (Apêndice B). A análise foi realizada a partir da triangulação das informações obtidas nas entrevistas, a análise documental e a observação dos processos de busca do cuidado.

4.7 Classificação do grau de implantação das ações para acessibilidade

De acordo com a pontuação obtida em cada dimensão relacionada à implantação de ações para acessibilidade as unidades foram classificadas em a) 0 a < 33 pontos – insatisfatória; b) 33 a < 66 pontos – intermediária; c) \geq 66 a 100 pontos – satisfatória.

5 RESULTADOS

5.1 Características da organização do sistema de saúde

O município analisado neste estudo foi habilitado na Gestão Plena da Atenção Básica em 1998, tendo no ano seguinte progredido para a Gestão Plena do Sistema Municipal, ambas de acordo com a NOB 96. Trata-se de um município de médio porte com população aproximada de 300.000 habitantes (IBGE, 2005). Este município apresentava características de governo, da gestão e das práticas de saúde que permitiram a sua classificação como em estágio avançado da descentralização, em estudo anterior (Vieira-da-Silva et al, 2007). O que quer dizer que havia um projeto de governo voltado para a reorganização local do Sistema de Saúde e a gestão da saúde contava com apoio político no município. Em outras palavras, havia capacidade e projeto de governo e governabilidade⁴. Apresentava em seus documentos oficiais a proposta de organização de um sistema de saúde com base no acesso universal tendo como diretrizes prioritárias a reorganização do modelo assistencial e da ampliação da infraestrutura (Planos Municipais de Saúde – PMS 1997-2001; 2002-2005). Nesse sentido, o PMS do último período, entre outras estratégias previa a implantação de um conjunto de ações e intervenções nos diferentes níveis de atenção, priorizando desde a atenção básica à especializada. Estas ações vinham sendo conduzidas ao longo de três gestões (1997-2000; 2001-2004; 2005/2006) com continuidade administrativa, tendo como gestores desse processo até o momento da coleta, lideranças oriundas da área de saúde e do movimento sanitário, com formação em saúde coletiva e apoio político.

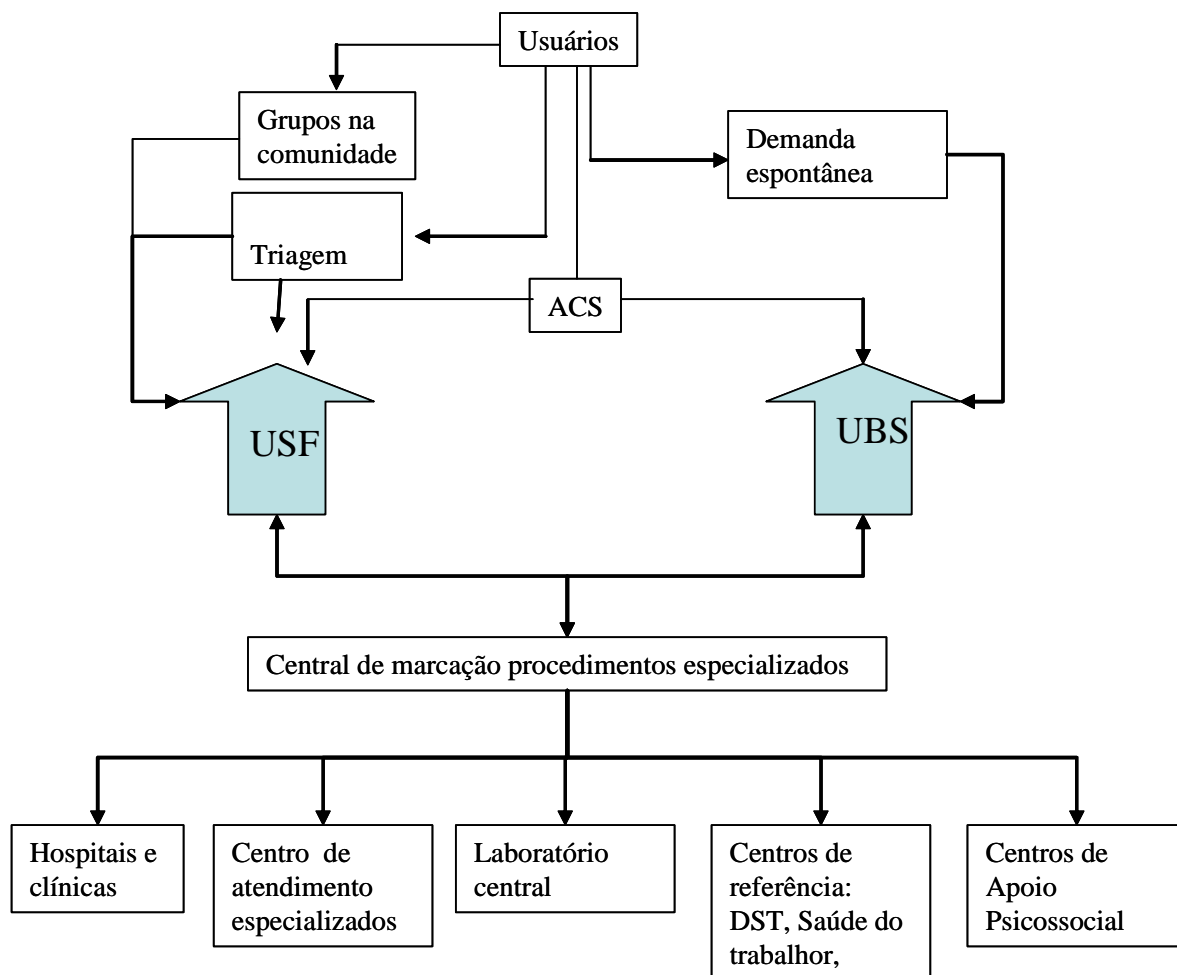
Entre as ações que evidenciavam estes compromissos, estavam o aumento no número de profissionais, serviços e equipamentos; a oferta de consultas de pré-natal, parturientes e

⁴ A análise do processo de descentralização foi realizado por Vieira da Silva, et al (2007), a partir do triângulo de governo Matusiano: projeto e capacidade de governo e governabilidade. Projeto de governo se refere ao conjunto de proposições elaboradas pelos dirigentes locais tendo em vista o alcance de seus objetivos; capacidade de governo diz respeito aos recursos relacionados com a condução e gerenciamento adequado das ações e governabilidade às condições necessárias para a implementação das ações propostas, levando em consideração os obstáculos e oportunidades do meio.

planejamento familiar, com atenção para o ambulatório de pré-natal de alto risco; ações direcionadas para diagnóstico precoce do câncer de mama, colo do útero e boca e assistência ao tratamento. Quanto à infra-estrutura, além da ampliação das unidades de atenção básica, a estruturação da rede de assistência especializada é composta por 6 centros de especialidades, uma central de marcação de consultas, um centro de atenção médica especializada e 9 hospitais, entre eles materno infantil com assistência para o pré-natal de alto risco e UTI neonatal. A partir de 2003, passou a assumir também a gestão dos serviços de alta complexidade, ofertando seus serviços para mais de 70 municípios da região.

A análise comparativa entre o PMS e os Relatórios de Gestão 2004 e 2005, revelou que a atenção básica como porta de entrada foi priorizada, fato confirmado também através.

Figura 2 - Modelo de funcionamento dos serviços da atenção básica em um município do Estado da Bahia, 2006.



da observação do funcionamento dos serviços no município, com a priorização do programa de saúde da família e das unidades básicas de saúde para o primeiro contato do usuário com os serviços, a partir do qual os usuários são encaminhados dentro do sistema (Figura 2).

Verifica-se também a expressão destes compromissos a partir das entrevistas realizadas com os gestores e coordenadores da atenção básica (entrevista Gestor 1, Gestor 2).

“Quando se começou a trabalhar na projeção, na construção da rede a idéia era garantir o fortalecimento e a ampliação da porta de entrada, a questão básica. Daí que a gente veio. Quando entramos em Plena em 99, efetivamente se conseguiu realmente garantir a organização da rede (...) conseguimos avançar com o laboratório central que já existia de uma forma ineficiente, fazia exames mais básicos (...) garantir o acesso efetivo da população através da atenção básica à rede de média complexidade, ou seja, conseguimos fazer uma organização de maneira que além de hierarquizar o atendimento no sistema, a gente conseguiu organizar. Conseguimos garantir a integralidade da atenção, conseguimos avançar nesse sistema, dando maior eficiência ao sistema. Avançamos na organização da assistência farmacêutica (...) a gente conseguiu ofertar um elenco maior, inclusive de medicamentos. Na IV Conferência (1999) não tínhamos quase nada de estrutura, a não ser o PSF que estava a seis meses em curso (...) nós conseguimos projetar o futuro na saúde pública, definir, discutir, debater (...) na Conferência Municipal foram mais de 300 delegados representando as diversas entidades e segmentos de usuários, enfim, prestadores, trabalhadores da saúde. Hoje, se a gente parar para analisar quais foram as propostas debatidas e encaminhadas pela IV Conferência, a gente vai observar que praticamente todas elas foram atendidas, foram encaminhadas e efetivadas. Então, isso para a gente foi uma conquista muito grande, e foi uma construção realmente com a participação popular, em cima das necessidades da população (Gestor 1).

“Então, eles estruturaram primeiro a atenção básica com saúde da família, aumentou também o número de unidades básicas de saúde e junto com isso, a partir do ano 2000, foi também criando, surgindo, inaugurando o centro de referência para servir de referência às equipes de saúde da família. Então, hoje tem tuberculose e hanseníase, tem Aids, o CAPS AD, o CAPS II, o laboratório central, o hospital, foi-se estruturando uma rede hospitalizada, aí surgiu a Central de Marcação para que pudesse regular as vagas, as cotas de cada equipe de saúde da família, das unidades básicas de saúde, aí surgiram os centros de referência”. (Gestor 2)

Os resultados evidenciam que quanto à organização do sistema o município alcançou um nível ‘satisfatório’ referido pela implantação de centrais de marcação de consultas e de centros especializados, colocadas pelos gestores como importante avanço na ampliação do acesso (Tabela 1). Apesar desses avanços, os problemas também são referidos, entre eles o número insuficiente de profissionais médicos, tanto para compor as equipes de saúde da família, como em algumas especialidades a exemplo da neurologia e dermatologia.

5.2 Rede de atenção básica

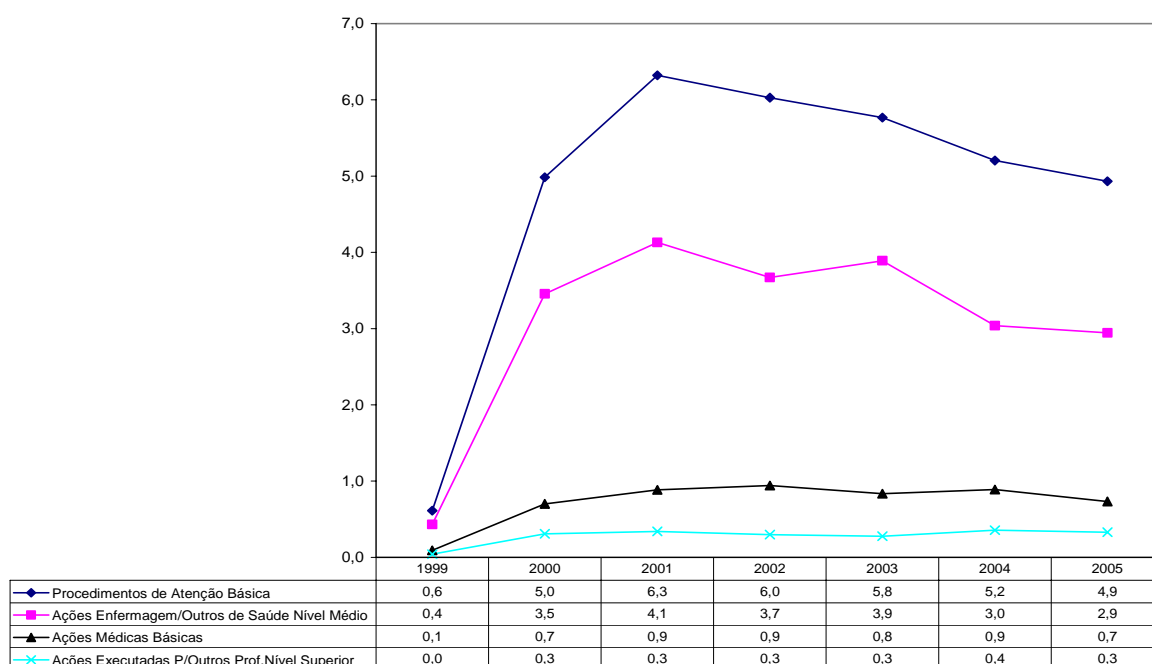
Ao analisar a gestão descentralizada da saúde no município é interessante dimensionar o impacto da reorganização dos serviços, visando sua composição tanto em relação à oferta de serviços quanto à orientação dada para o acesso aos diferentes níveis de assistência.

Em 1997, antes de efetivado o processo de municipalização da gestão, a rede de serviços públicos do município era composta em grande parte por consultórios, clínicas e hospitais credenciados, contando com seis unidades básicas em funcionamento, com baixa oferta de ações e serviços de saúde, em precário estado de funcionamento e tendo em seu quadro apenas oito médicos contratados. Não havia equipes de saúde da família, e os agentes de saúde limitavam-se às áreas rurais. No âmbito da Secretaria as atividades de Vigilância Epidemiológica e Sanitária não estavam funcionando assim como o Conselho Municipal de Saúde. Em 2006 a rede de serviços voltados para o primeiro nível de atenção contava com 26 Unidades de Saúde da Família, onde estavam em funcionamento 37 equipes de saúde da família e 27 de saúde bucal, com cobertura aproximada de 65,0% da população, e 06 Unidades Básicas Tradicionais, com cobertura para as outras áreas com uma relação de USF/UBS por 100 mil habitantes em torno de 11,2.

A produção ambulatorial da atenção básica neste município mostrou-se estável quando observados os anos de 2000 e 2005. Porém, em todos os itens observou-se expressivo aumento de procedimentos entre 1999 e 2000 chegando, em média, a ser dez vezes maior. A partir de 2001 quando apresentou uma produção de 6,3 procedimentos/hab/ano, sofreu uma pequena redução até o ano de 2005 com uma cobertura 4,9/proc/hab/ano, oscilação também verificada ao analisar os dados absolutos (Gráfico 1). Quando se observa o conjunto de ações realizadas, as ações de enfermagem, que agregam as ações de enfermeiros e auxiliares de enfermagem, reduziram quase 30,0% na produção entre 2001 e 2005, o que fez a cobertura variar de 4,1 a 2,9 proc/hab/ano respectivamente. As ações médicas básicas se encontram em

patamares inferiores àqueles verificados pelos padrões nacionais e também revelam uma pequena redução no volume produzido entre 2003 e 2005. Quanto às ações de outros profissionais as coberturas apresentadas foram estáveis (Gráfico 1). Essa oscilação que denota uma redução na oferta é analisada pelo município como reflexo da falta de registro dos procedimentos e da dificuldade da contratação de médicos para as equipes de saúde da família. Nas duas unidades de saúde da família visitadas o número de famílias chegou a 1500 (USF1) e a 1800 (USF2).

Gráfico 1 – Procedimentos da Atenção Básica (hab/ano), ações de enfermagem e outros profissionais de saúde de nível médio, ações médicas básicas, ações de outros profissionais de nível superior, em um município do Estado da Bahia, 1999 a 2005.



Fonte: Sistema de Informação Ambulatorial.

5.3 Grau de implantação das ações voltadas para a melhoria da acessibilidade

A análise revelou que as quatro unidades observadas apresentaram obstáculos relacionados à acessibilidade, tendo sido classificadas, na pontuação geral como de nível intermediário. Estes obstáculos, contudo, estiveram presentes com maior intensidade nas unidades básicas de saúde tradicionais, que obtiveram uma pontuação global de 48,5% (UBS 1) e 56,0% (UBS 2). De modo geral os aspectos que mais contribuíram para esses resultados estão relacionados às barreiras organizacionais, como a incipiente implantação das ações voltadas para o acolhimento e listas de espera, deficiências no sistema de marcação de consultas especializadas e de Referência e Contra Referência. Além disso, as barreiras geográficas devido às distâncias entre a residência e as unidades e a rede especializada (Tabela 1).

Já nas unidades de saúde da família que tiveram pontuação de 63,0% (USF 1) e 56,0% (USF 2), as barreiras temporais e administrativas se destacam com a ausência de canais diretos para a marcação de consultas para a demanda espontânea, longos tempos de espera no momento da consulta, além das deficiências no Sistema de Referência e Contra Referência (Tabela 1).

Tabela 1-Classificação do grau de Implantação da Acessibilidade a serviços de saúde a partir das dimensões organização do sistema e dos serviços em quatro unidades de saúde em um município do Estado da Bahia, 2006.

Dimensão	Critérios	Pontuação máxima	USF (1)		USF (2)		UBS (1)		UBS (2)		
			pontuação	%	pontuação	%	pontuação	%	pontuação	%	
organização do sistema	Garantia de acesso como diretriz de governo	5	5	100.0	5	100.00	5	100.0	5	100.0	
	Porta de entrada aos demais níveis	20	20	100.0	20	100.0	20	100.0	20	100.0	
	total dimensão	25	25	100.0	25	100.0	25	100.0	25	100.0	
organização dos serviços	acesso organizacional	Horário de funcionamento das unidades	5	5	100.0	5.0	100.0	5	100.0	5	100.0
		Tempo de espera para marcar consulta	5	1	20.0	1.0	20.0	2.5	50.0	2.5	50.0
		Tempo de espera entre a marcação e o atendimento	5	4	80.0	2.5	50.0	2	40.0	4	80.0
		Tempo de esp.para ser atend. na realiz. da consulta	5	2.5	50.0	1.5	30.0	2	40.0	2	40.0
		Sistema de marcação de consultas	5	1	20.0	2.0	40.0	2	40.0	4	80.0
		Marcação de consulta por telefone	5	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	2	40.0
		Existências de filas para marcação de consultas	5	2	40.0	1.0	20.0	1.5	30.0	2.5	50.0
		Existência de lista de espera	5	3	60.0	1.0	20.0	0	0.0	0	0.0
		Existe acolhimento aos pacientes	5	4	80.0	2.5	50.0	0	0.0	0.5	10.0
		Encaminha através do sistema de referência	5	2.5	50.0	2.5	50.0	2	40.0	2	40.0
		Recebe a contra referência	5	0.5	10.0	0.5	10.0	0.5	10.0	0.5	10.0
		Marcação de consultas e exames especializados	5	2.5	50.0	3.0	60.0	1	20.0	1	20.0
	total dimensão	60	28	46.7	23	37.5	18,5	30.8	26	43.3	
acesso geográfico	Distâncias da UBS/USF	5	5	100.0	3.0	60.0	2,5	50.0	0	0.0	
	Distâncias do CMC e Laboratório	5	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	
	Transporte	5	5	100.0	5	100.0	5	100.0	5	100.0	
	total dimensão	15	10	66.7	8	53.3	7.5	50.0	5	33.3	
Total dimensões	100	63,0	63,0	56,0	56,0	48,5	48,5	56,0	56,0		

Diagrama 1 -Classificação do grau de Implantação da Acessibilidade a serviços de saúde a partir da 2ª dimensão organização dos serviços em uma unidade de saúde da família (USF 1), em um município da Bahia, 2006.

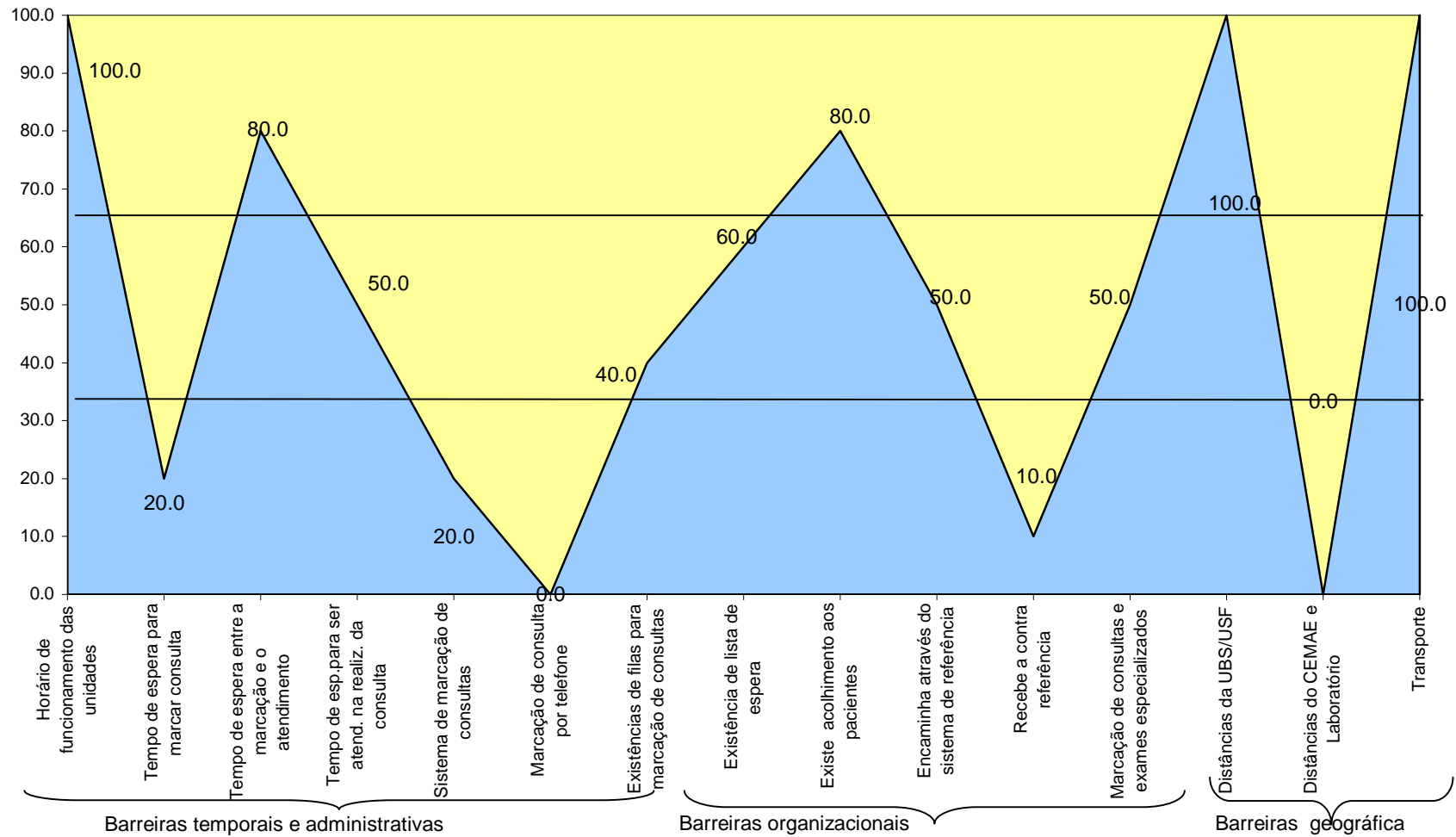


Diagrama 2 -Classificação do grau de Implantação da Acessibilidade a serviços de saúde a partir da 2ª dimensão organização dos serviços em uma unidade de saúde da família (USF 2), em um município da Bahia, 2006.

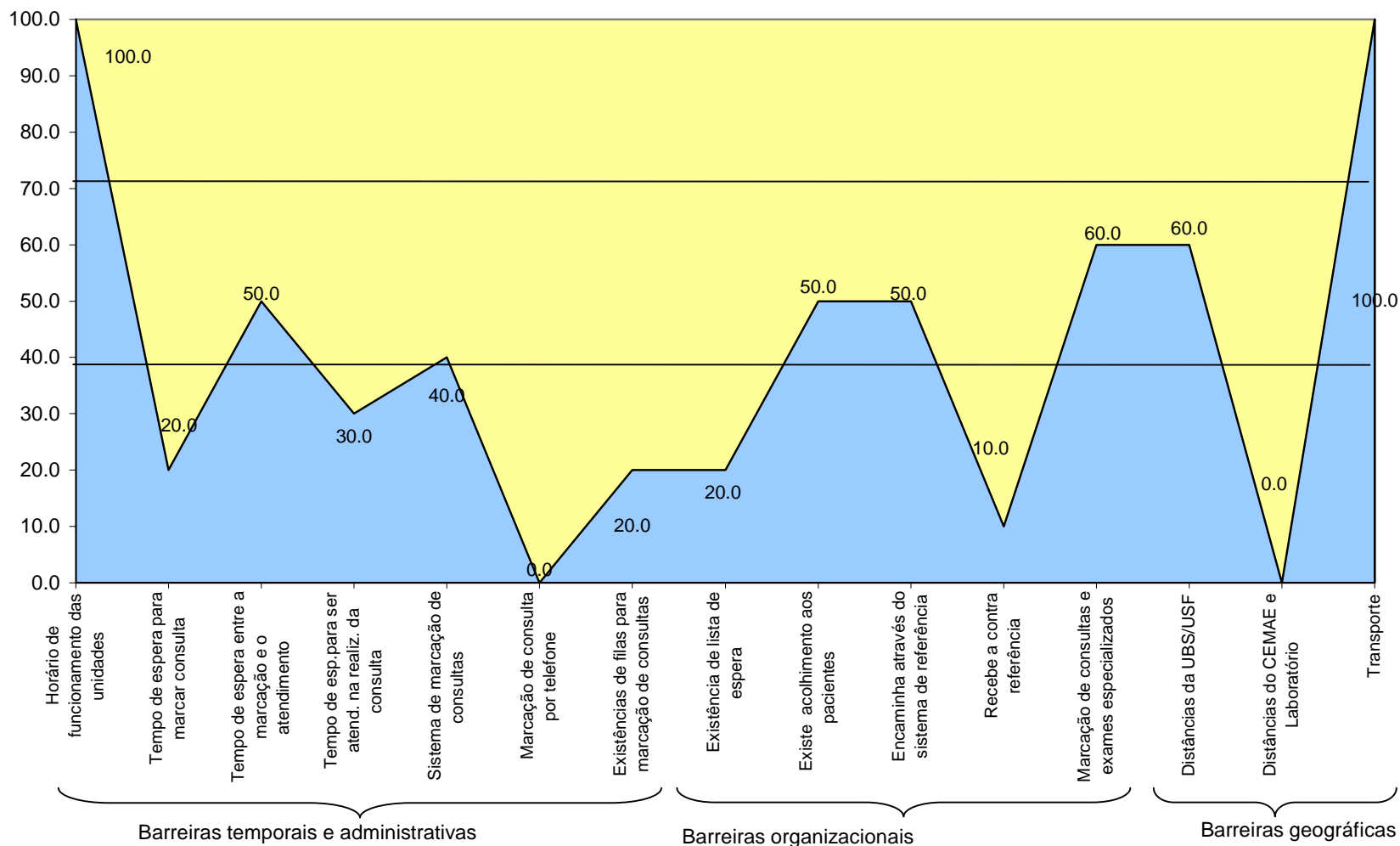


Diagrama 3 -Classificação do grau de Implantação da Acessibilidade a serviços de saúde a partir da 2ª dimensão organização dos serviços em uma unidade básica tradicional (UBS 1), em um município da Bahia, 2006.

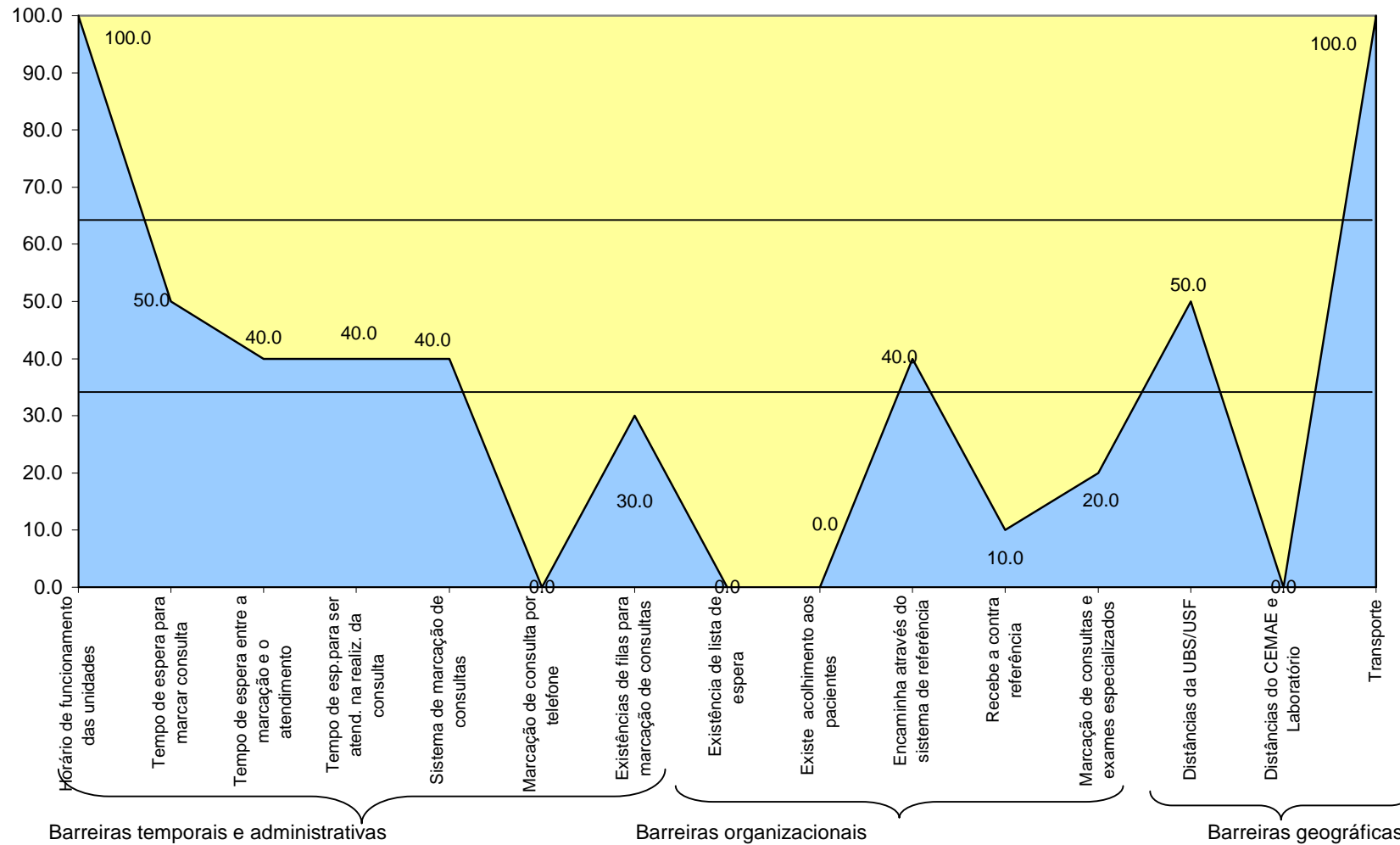
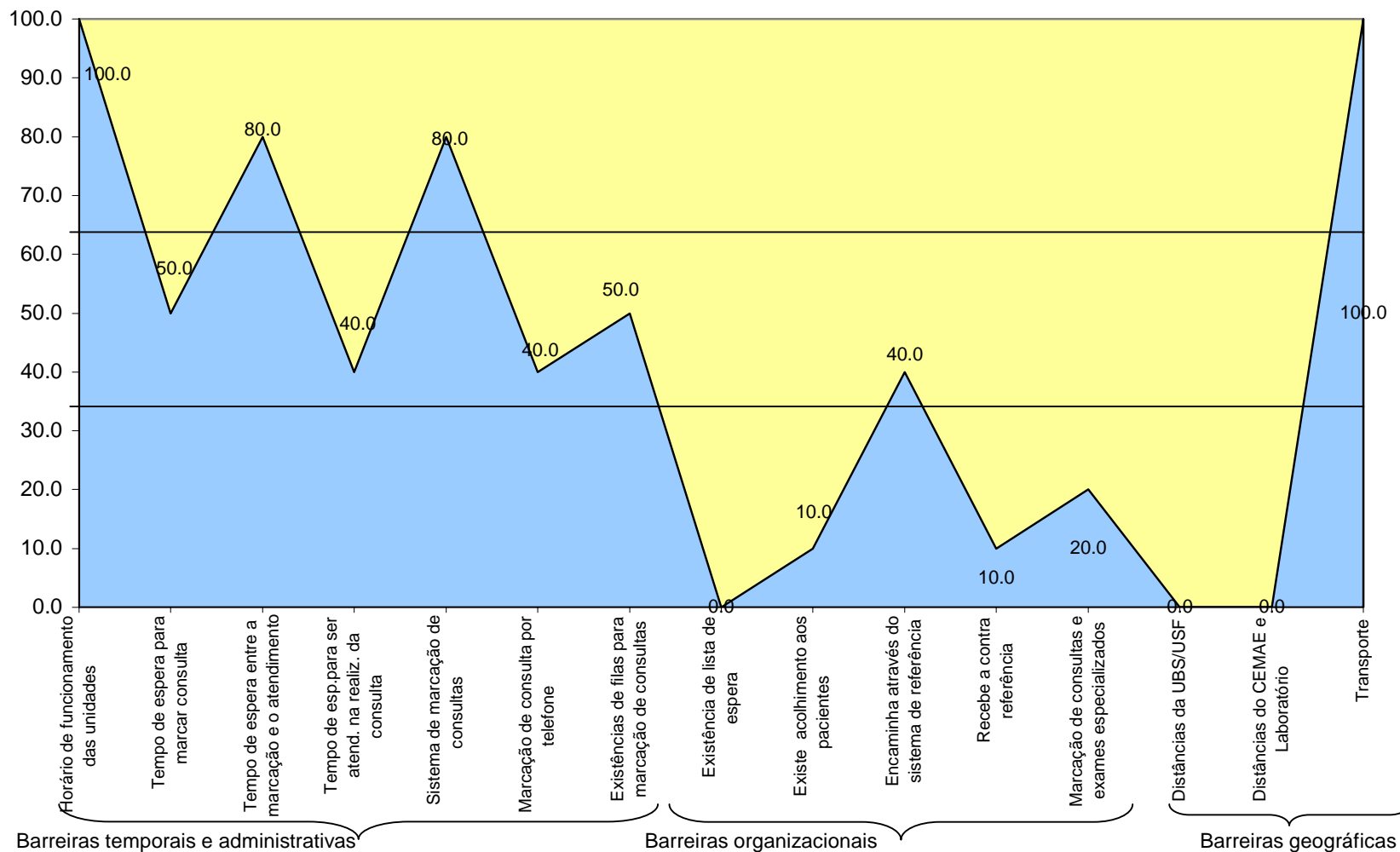


Diagrama 4 -Classificação do grau de Implantação da Acessibilidade a serviços de saúde a partir da 2ª dimensão organização dos serviços em uma unidade básica de saúde (UBS 2), em um município da Bahia, 2006.



- **Barreiras temporais e administrativas**

Observa-se que apenas na Unidade Básica Tradicional 2 (UBS 2), foi referido o funcionamento mais eficiente para a marcação de consulta da demanda espontânea, em que a marcação se dá todos os dias em qualquer horário, desde que haja vaga para dentro da semana. Essa situação pode explicar o menor tempo de espera entre a marcação e a realização da consulta, e as filas menores (Diagrama 4) (Atendente 1; Gerente UBS2). Já na UBS 1, observa-se a restrição da marcação a 3 dias na semana com horário fixo, onde os usuários esperam cerca de duas horas para marcar, e mais de uma semana para serem atendidos (Usuárias 1; 2; Atendente 1)(Diagrama 3). Segundo informações colhidas houve grande resistência por parte dos profissionais das unidades para mudanças das antigas lógicas de marcação de consultas em dias e horários restritos.

Na Unidade de Saúde da Família 1 (USF1), não era realizada a marcação para a demanda espontânea, não tendo sido possível pontuar exatamente o tempo de espera gasto na marcação. Aqui a referida demanda é direcionada para os horários de triagem, para os grupos realizados na comunidade ou para os ACS (ACS 1 e 2 USF 1; Usuários 1, 2, 3, 4 USF 1).

“A oferta organizada tem um agendamento, toda quinta-feira nós temos esse agendamento. Funciona como uma reunião de equipe. Nós indicamos os hipertensos, diabéticos, acamados. Então o médico da unidade decide e marca a consulta. Então essa é a demanda organizada. E o outro é aqueles casos que tem que vim prá triagem. Fazer o acolhimento” ACS 1 USF 1.

“Toda vez que precisa ela vai (ACS). Toda vez que precisa ela vai. Ela vai lá, ela pega o nome da gente, aí marca, vai em casa de novo e fala “é tal dia, tal horário.” Aí a gente tem que correr atrás... aqui cada rua tem uma. Pelo menos a da minha rua marca”Usuária 4 USF 1.

Contudo, observou-se que na USF 2, há um sistema “informal” de marcação em que os usuários formam filas a partir das 5 horas da manhã para a triagem da demanda espontânea, e aqueles que não são encaixados no turno, são agendados para o atendimento entre uma e duas semanas (enf 1; Atend 1, Usuários 1 e 2 USF2).

“O que não dá para ser atendido naquele dia e pode esperar já fica agendado. A pessoa que já veio ela não volta sem uma resolução, ela não vai ser atendida naquele dia, mas sabe que vai ser atendida. Dessa forma a gente conseguiu reduzir, minimizar os conflitos e a insatisfação de muitos pacientes. Porque se o paciente veio não conseguiu atendimento, mas saiu agendado ele tem uma perspectiva do que ter que vir de novo tentar a demanda” Enfermeira 1 USF 2.

“A demanda aqui... se tiver 100 pacientes a gente tem que anotar o nome dos 100. Se na agenda dela tiver uns dois ou três ela completa uns 15, pra ficar 18, tira mais 15 dos 100, remarca os

outros tudo. Bota a data aqui na frente. Aí xxxxx ou eu pega o papelzinho com a data, com o horário” Atendente 1 USF 2.

“Vim pra ser atendida, mas já que marcou, né? Lá para dia 24 e 27 né?”Usuária 1 USF 2

“Cheguei cinco e meia. Foi marcada para dia 27, segunda feira. Para Dra xxxxxx. Às 7 horas. Que jeito né, tem que voltar. Ainda bem que está perto né”. (Usuário 2 USF 2)

Foi observado que a dificuldade em obter uma consulta com um médico nas USF gera uma demanda de usuários para as unidades de emergência, que referiram preferir as unidades de emergência, diante da certeza de não serem atendidos nas USF (Usuária 5 USF 1).

“Olha, eu só procuro o hospital, né. Eu vou diretamente. Porque aqui tem que marcar e tem hora que eu estou precisando tomar a injeção... Aí eu vou lá, tomo e pronto” Usuária 5 USF 1.

Em todas as unidades o modo de organização das consultas foi por ordem de chegada, com tempo de espera para o atendimento entre duas e 3 horas, visto que os usuários chegam à unidade horas antes, na esperança de serem os primeiros a serem atendidos.

A marcação de consultas por telefone não é uma medida adotada nas unidades visitadas. Apenas na UBS 2, por ter em sua unidade profissionais de ginecologia, disponibiliza uma cota mensal para cada unidade de saúde da família, que pode ser agendado por telefone, porém restrito à marcação pela própria unidade.

Nas UBS, há também o funcionamento em um 3º turno, que corresponde ao horário das 17:00 às 21:00h. A preocupação do gestor na abertura desses horários é facilitar o uso por trabalhadores e funcionários públicos que têm dificuldades para buscar serviços durante o dia (Gestor 2).

“Então, a gente tem a *unidade x* onde tem um profissional médico para atender somente funcionários da prefeitura, é uma unidade que a gente tem próxima à prefeitura, e ele trabalha das 17 às 21 horas”. Gestor 2

Contraditoriamente, o início do atendimento nesse horário sofre a influência do profissional que está atendendo. Em se tratando de profissionais médicos de outras equipes de saúde da família ou que atendem em outros municípios os horários de início podem variar das 16:00 h às 18:30, concluindo aproximadamente às 19:45.

Essas características que compreendem o próprio sistema de marcação, o tempo de espera e a existência de filas para marcação de consultas, podem ser vistas como pontos

essenciais para viabilizar ou não o acesso e o retorno desse paciente aos serviços, principalmente devido ao tempo gasto do processo de busca do cuidado.

- **Barreiras organizacionais**

Nas UBS não foram identificadas ações voltadas para o acolhimento. Na UBS 1 foram presenciadas situações em que os atendentes negaram atendimento a idosos por estar fora do horário de marcação, mesmo diante da explicação dos motivos por parte do usuário, sem qualquer escuta ou encaminhamento para a gerência da unidade ou profissional de saúde (Atendente 2 UBS 1).

De modo geral, é nas Unidades de Saúde da Família que essas ações encontram espaços mais propícios para o seu desenvolvimento devido a maior articulação entre os profissionais das unidades e a comunidade. As ações nestas unidades são reconhecidas por alguns profissionais como semelhantes ao processo de triagem administrativa, reduzindo seu escopo à priorização dos usuários que buscaram o serviço a partir da demanda espontânea. O processo de triagem compreende a aferição dos sinais vitais e anotação das queixas dos usuários pelo auxiliar de enfermagem, para a escolha por parte do médico e da enfermeira daqueles que devem ser atendida no turno, tendo em vista a existência de 6 vagas diárias em cada turno. Apesar de ser realizada todos os dias nos horários das 7 às 8:30 e das 13 às 14:00h, restringe o acesso dos usuários significando o rechaço à demanda espontânea nos demais horários.

Além disso, foi possível perceber que na USF1 há um maior contato da equipe com a comunidade favorecendo a criação de vínculos, assim como melhor atenção dos profissionais de atendimento e recepção para com os usuários. Na USF 2, em que pese a marcação através da triagem reduzindo o rechaço dos pacientes, há grandes atritos entre os atendentes e vigilantes com a comunidade, dificultando o contato e a vinculação (Atendente 2 USF 2; Usuária 3).

“Não gosto daqui não eu odeio esse povo, é tudo mal educado. E olha que eu lido com ser humano, com atendimento ao público são 20 anos que eu tenho 20 anos de prefeitura.” Atendente 2 USF 2.

“Devia ter mais médicos, que os funcionários atendessem as pessoas bem melhor, às vezes olha a aparência da pessoa, ta entendendo?” Usuária 3 USF 2.

Quanto à articulação dos serviços da atenção básica com a rede especializada, em princípio os usuários poderiam, de porte de suas requisições adquiridas via USF, UBS ou consultórios particulares, se dirigir diretamente à Central de Marcação de consultas e tentar agendar seus procedimentos. Além disso, os serviços do laboratório central funcionavam a partir de demanda espontânea, sem a necessidade de marcação prévia. No último ano, foram observadas mudanças na organização destes serviços, segundo o gestor, devido à necessidade de melhor racionalização de recursos. Assim, atualmente os usuários das UBS/USF só podem encaminhar procedimentos via Central de marcação que tenham sido solicitados por profissionais da rede, com carimbo da unidade de origem e encaminhados pelas próprias unidades, sem a necessidade de deslocamento do usuário pelo sistema, incluindo os serviços laboratoriais, exceto exames excepcionais.

Grande parte dos procedimentos são os chamados de “cota livre”, ou seja, tudo que for deixado na unidade será encaminhado para a central de marcação. Porém, outros, diante da baixa oferta e elevada procura, passam por um processo de priorização realizado por um profissional da USF e da UBS. Esse fator é referido pelos profissionais como de grande dificuldade, pois consiste na leitura e análise das requisições, porém em muitas situações a ausência de informações sobre o quadro geral do paciente, dificulta estabelecer graus de necessidades. Em particular, isso complica mais a realidade das UBS onde não há um contato constante com os usuários nem a presença dos ACS, sendo às vezes uma escolha aleatória. Ainda, existem os exames especiais que passam pela autorização do médico responsável, na própria central de marcação.

Este processo nas USF tem funcionado levando em torno de uma semana entre a solicitação e o retorno da documentação com a marcação. Nas USF, esse processo é facilitado pela presença dos ACS que se encarregam de entregar as solicitações nas residências dos usuários. Além disso, na USF2 a coleta de material de laboratório está sendo feita na própria

unidade, uma iniciativa vista com grande positividade pelos usuários e que deve se estender para outras USFs.

Nas UBS, a ausência dos ACS acarreta para os usuários um deslocamento maior, visto que os usuários devem retornar de dois em dois dias para saber se os procedimentos foram agendados, e em média o tempo de espera pelo resultado também é superior às USF, em torno de duas semanas. Além disso, na UBS1 os usuários esperam em filas tanto para entregar as requisições no balcão quanto para saber se foi agendado o procedimento solicitado. Na UBS2, os atendentes revelam que orientam os usuários a ligar para saber da marcação, confirmando serem informados por telefone (Usuária 3 UBS 1; Atendente 1 UBS 2).

“Várias vezes. Vamos supor: você vem dia sim, dia não, são três vezes por semana, são quinze dias por mês andando; dificulta bastante”. Usuária 3 UBS 1

“O paciente dá uma passadinha por aqui para saber se o exame está marcado, se tiver telefone, a gente anota o telefone liga para ele e pede para vir pegar” Atendente 1 UBS 2.

Entre 2004 e 2005, estava em teste um sistema de marcação de consultas on line dentro de algumas USF e UBS que serviram de teste piloto. Porém devido a problemas no sistema operacional (software) encontrava-se, à época da realização do trabalho de campo, temporariamente desabilitado.

Quanto à estruturação do Sistema de Referência e Contra Referência (SRCR) existem problemas. O encaminhamento dos usuários se dá através das próprias USF/UBS, porém está formalmente estabelecido em nível hospitalar apenas para o pré-natal de alto risco.

“O sistema de referência e contra-referência em nível hospitalar a gente não tem; a gente tem com o hospital infantil por causa do pré-natal de alto risco porque faz parte da rede” Gestor 3.

Quando há a necessidade de encaminhar o paciente aos serviços especializados a solicitação é entregue ao usuário no momento da consulta, devendo ser encaminhada via balcão da unidade, muitas vezes sem qualquer acompanhamento de relatório por escrito sobre as condutas adotadas e motivos do encaminhamento.

Os profissionais das unidades visitadas reclamam o desinteresse pela elaboração de relatórios para referenciar o usuário, visto que raramente receberam de volta qualquer orientação

sobre os procedimentos realizados pelos profissionais especialistas. Consideram que fica comprometida atenção integral ao paciente visto a falta de articulação entre os profissionais e serviços que estão atendendo o usuário. Este em muitos casos, sequer sabe explicar a conclusão obtida pelo médico especialista para repassar ao seu médico de origem, que também não possui informações suficientes sobre o que foi realizado e o tratamento implementado. O paciente por sua vez não tem um canal aberto de contato com o médico especialista, sendo necessário para as consultas de revisão retornar à marcação de nova consulta através de sua unidade de origem (Entrevista Médico 1 USF 1).

“A única dificuldade que a gente cobra aqui dos colegas, é a questão da contra-referência. ...O paciente com complicações cardíacas ele é um paciente do cardiologista, não é paciente da atenção básica. Então a gente passa isso pro cardiologista. Mas aí não existe a contra-referência, não sei o que está acontecendo com ele. Eu não quero o paciente de volta, mas o paciente vem prá mim. Porque aqui ele vai conseguir acesso fácil. Quando ele vai pra atendimento pro cardiologista, ele vai retornar com três meses, com um ano.. Mas qualquer dúvida, qualquer outra intercorrência, qualquer situação que esse usuário venha a ter, ele vai me procurar aqui. E fico sem saber o que está sendo feito com ele lá, eu não posso contribuir absolutamente em nada com ele. Como são pacientes de baixo nível cultural, a gente não sabe o que está sendo feito com ele. Ele não sabe às vezes nem o horário da medicação que ele deve tomar” Médico 1 USF 1

“A única referência que a gente tem com referência e contra-referência aqui é para pré-natal de alto risco e mesmo assim depois de muita luta da coordenadora de insistir para os colegas preencherem a contra-referência. Já foi discutida inclusive com o pessoal da especialidade, mas ainda não pôs em prática, não. A gente não tem um formulário, só tem para o alto risco. Mas às vezes quando ocorre uma coisa mais assim a gente acaba fazendo aqui um relatório, uma referência. Mas normalmente, confesso a você, é só o motivo da solicitação e o pedido” Médico 1 UBS 1.

“Não. Aqui nós só recebemos contra referência do pessoal do pré-natal do alto risco. Alguns profissionais fazem essa contra referência de maneira adequada, outros só colocam que foi aceita no pré-natal e isso não quer dizer nada, pois que ia ser aceita para mim é óbvio. Mas é só quem manda contra referência” Enfermeira 1USF 2.

“Nós tivemos uns probleminhas com o pessoal do alto risco, eu esperava que por ter um hospital especializado nisso, etc. tanto na referência como no acompanhamento fosse bem mais, mas não é.” Medico 1 UBS 2.

- **Barreiras geográficas**

As distâncias medidas entre a residência e as unidades de saúde são vistas como importantes critérios facilitadores do uso. Neste trabalho, os maiores obstáculos foram verificados nas UBS, que revelou distâncias superiores a 20 minutos de marcha entre as residências e as unidades. Apesar de funcionarem a partir de critérios de adscrição de clientela,

áreas mais periféricas sem cobertura de PSF e algumas regiões de zonas rurais que só possuem PACS, têm as unidades básicas tradicionais como referência.

Nas USF, o melhor desempenho observado foi na USF1, visto sua localização central em relação à sua área de abrangência, com tempo de marcha no deslocamento entre a residência e a mesma referida pelos usuários inferior a 10 minutos. As distâncias entre a USF 2 e as residências foram superiores, com uma média de 15 a 20 minutos. Contudo, é no deslocamento entre as residências e os serviços especializados e laboratório que estão os maiores obstáculos. Apesar da existência de transporte urbano, usuários das diversas áreas revelaram que quando precisam se deslocar para a região central do fazem os percursos a pé inúmeras vezes, devido à falta de recursos financeiros para o transporte.

“Não é muito longe não...(distância casa/USF2)... Uns 25 minutos” (O laboratório) ..“Fica bem longe. Eu gasto uma hora e meia, Eu venho andando de pé” Usuário 4 USF2

“Eu moro no xxxxxx.. Vim de ônibus. Vinte e cinco; trinta minutos..... andando é uma hora e meia, duas horas...” Usuária 1 UBS 2.

“Eu moro no final do Parque de Exposições, e de lá para cá gasto andando cerca de 45 minutos à uma hora. Venho andando, porque não é todo dia que a gente tem o dinheiro do ônibus. Dificulta um pouco..” Usuária 3 UBS 1.

“Só de ônibus. É a minha unidade. Não sei se são quatro quilômetros (casa –UBS), porque eu moro próximo ao colégio...” Usuária 2 UBS 1

“Não, eu moro lá bem longe. (da unidade). 15 ou 20 minutos” Usuária 5 USF 2.

6 DISCUSSÃO

A análise realizada revelou que no município estudado, o fato do mesmo se encontrar na gestão plena do sistema e apresentar em seus planos de saúde e relatórios de gestão, diretrizes de implantação e intervenções realizadas, isso não se traduziu totalmente em maior acessibilidade. O nível de organização do sistema apresentou classificação satisfatória, onde a gestão do sistema incorporou diretrizes voltadas para a garantia da oferta de serviços e buscou estratégias como o Programa de saúde da família e implantação de central de marcação de consultas, que resultaram em melhoria da acessibilidade. Contudo, quando analisadas as características da acessibilidade em relação à organização dos serviços nas unidades selecionadas, por referência a uma imagem-objetivo, verificou-se a existência de diversos obstáculos e insuficiências nas intervenções realizadas. Isto resultou na classificação das quatro Unidades de Saúde selecionadas, independente de serem de Saúde da Família ou tradicionais, como em estágio intermediário de sua implantação não tendo sido possível se constatar padrões diferenciados entre as mesmas.

Os principais obstáculos encontrados dizem respeito à ausência de um sistema estruturado e permanente de marcação de consultas para a demanda espontânea, ao lado de dificuldades para a marcação de consultas e referência aos serviços especializados. Em decorrência desses fatos, problemas tradicionais como filas e longo tempo de espera para a realização de consultas e exames, persistem. Em muitas situações, até mesmo o funcionamento das unidades de Saúde da Família resulta em rechaço à demanda, apesar do discurso do acolhimento. Nessas a realização das triagens, em quase todos os dias, elevava a probabilidade do usuário conseguir atendimento, porém, não o assegurava. Em muitos casos verificou-se o rechaço à demanda sendo necessário o paciente retornar mais de uma vez, por não ter sido atendido ou agendado.

Esse problema revela uma inadequação das formas vigentes de organização do acolhimento aos usuários nas USF. A existência de marcação permanente de consultas da

demanda espontânea pode viabilizar a integração com a organização da oferta na perspectiva da mudança do modelo assistencial. Segundo Paim (2003) o modo de organização dos serviços com base na oferta organizada de ações, tende a superar as formas tradicionais de reorganização da produção de ações de saúde, cabendo às unidades atender tanto indivíduos em busca de consultas e pronto atendimento (demanda espontânea) quanto desenvolver ações visando o controle de agravos e o atendimento de grupos populacionais específicos (oferta organizada). A organização da oferta pode trazer como consequência uma diminuição da necessidade da população de buscar atenção episódica em situações de danos à saúde. Corroborando essa observação, a investigação realizada por Giovanella, et al, (2003), também aponta situação semelhante como um “nó crítico” visto a necessidade de maior articulação na prestação de ações de enfoque coletivo e individual tendo em vista a necessidade dos indivíduos.

Destaca-se contudo, o bom desempenho da acessibilidade geográfica que obteve classificação satisfatória para as unidades de saúde da família. Ou seja, ao colocar as equipes próximo ao local de moradia, a estratégia de saúde da família, diminuiu esse obstáculo (Teixeira, 2002; Santos et al, 2002). Isso pode ser visto como fruto do processo de descentralização que além da ampliação no número de unidades, obedeceu a critérios de territorialização para sua implantação. Por outro lado, o mesmo não pode ser dito das unidades básicas tradicionais nem dos deslocamentos em busca da assistência especializada, quando foram referidos longos percursos a pé, e ainda que exista transporte urbano, em muitos casos a falta de dinheiro para o transporte, foi fator de impedimento à procura, assim como revelou outros estudos (Pinheiro et al, 2002; Brasil, 2005).

Cabe ainda destacar o expressivo crescimento na produção da atenção básica entre 1999 e 2000, como possível reflexo da ampliação da oferta de serviços com a estruturação e implantação de novas unidades e de equipes de saúde da família. Entre 2001 e 2005 percebe-se redução na cobertura potencial dos procedimentos da atenção básica, em especial as ações médicas e de enfermagem, podendo-se relacionar a deficiências na notificação dos

procedimentos e a dificuldade de contratação de profissionais médicos com disponibilidade de 40 horas para compor as equipes, especificamente no ano de 2005.

Também, ainda se constitui em grande desafio para os gestores e profissionais a institucionalização de um Sistema de Referência e Contra Referência (SR/CR). Em que pese a importância dada pelo município à estruturação de redes de serviços que tenham impacto nos resultados de saúde da população, esse debate implica a necessidade de discussão sobre e garantia de acesso concreto de grupos da população a serviços hospitalares, especializados e de emergências. Esse debate, inclusive é referido por Pedrosa & Teles, (2005) como um dos impasses enfrentados pelas equipes de saúde da família. Para tanto, é imprescindível a normalização de um sistema regionalizado e hierarquizado de serviços de saúde (Campos et al, 2000)

Quanto às ações voltadas para o acolhimento, que exercem um importante papel na articulação e envolvimento da população com os serviços, foram observadas variações relacionadas à atenção dispensada aos usuários pelos profissionais do atendimento. Revelada como importante dimensão nas análises sobre a estruturação da atenção básica e do processo de trabalho, o ‘acolhimento’ ficou limitado à compreensão acerca da triagem administrativa da demanda espontânea. Em que pese o entendimento e a importância dada pelos gestores a esse modo de organização, não houve eco nas práticas dos profissionais. Para superar tais dificuldades atenção especial deve ser dada à necessidade de capacitação permanente dos trabalhadores de saúde, visando, principalmente, a criação de novas formas de organização do processo de trabalho da equipe (Giovanella et al, 2003; Solla, 2005; Schimidt & Lima, 2004; Ramos & Lima, 2003).

Cabe destacar ainda, a não implantação de ações como lista de espera e marcação por telefone. Apesar de não serem previstas nas rotinas das unidades, foram observadas ações voltadas para o uso da lista de espera em uma USF, definidas muito em função da iniciativa

pessoal do profissional, e a marcação por telefone em uma UBS referindo-se à marcação específica para ginecologista, restrita às unidades de saúde da família.

Apesar do importante papel do nível central na organização dos serviços traçando as diretrizes, pactuando metas e propondo intervenções, estas foram genéricas e não problematizaram adequadamente os obstáculos ao acesso. Achados semelhantes foram obtidos em recente estudo conduzido em municípios paulistas, onde a acessibilidade foi a dimensão com pior avaliação entre profissionais, gestores e usuários (Elias, et al 2006), assim como no estudo realizado em Petrópolis RJ (Macinko, et al 2004).

A presente investigação revela que a acessibilidade sofre grande influência das características internas às unidades, que traduzem as diferentes estruturas e perfis profissionais. Contudo, distintas estratégias podem contribuir para superar as barreiras existentes, como a relação com os recursos de poder dos usuários definidos em função de seus diversos capitais, suas redes de contatos e capacidades⁵. A imagem-objeto aqui utilizada pode ser utilizada para avaliações mais extensivas, porém, requer ainda ser submetida ao consenso de experts. Quanto ao desenho do estudo mostrou-se adequado para a pergunta de investigação. De acordo com Patton (2001), o desenvolvimento de estudos com pequenas amostras, a exemplo dos estudos de caso em profundidade (*depth*) pode explicar tanto ou mais sobre o objeto de investigação quanto os estudos com grandes amostras (*breadth*). A validade destes estudos tem sido considerada mais em função das informações dos casos selecionados e da análise observacional, do que em função do tamanho da amostra. Há, contudo, que ter cautelas na generalização dos seus resultados, pois, como todo estudo de casos este é um caso exemplar dentre os possíveis devendo conter elementos específicos e particulares, mas também aspectos universais em relação à problemática estudada.

⁵ Essas relações serão objeto de análise no 3º artigo desta tese.

7 CONCLUSÃO

A despeito da importância dada pelo gestor municipal e sua equipe para a organização da atenção básica como porta de entrada, e da existência de um manual de normas e rotinas para o funcionamento das unidades de saúde da família, ainda são encontradas barreiras de acesso aos serviços.

Este fato pode estar refletindo, entre outras coisas, a ausência de um plano específico de implantação das ações relacionadas à acessibilidade no âmbito municipal, visto que há uma variação na condução das ações na dependência das iniciativas pessoais dos profissionais. Isso foi verificado com as diferentes orientações para a demanda espontânea entre as duas unidades de PSF, onde uma realiza marcação de consultas, outra não.

Além disso, revela-se nos discursos dos gestores e profissionais uma distorção da compreensão sobre o funcionamento dos serviços com base na oferta organizada de ações, o que pode estar gerando um rechaço à demanda espontânea que só tem os horários das triagens para buscar as USF, ou os contatos com os agentes comunitários para tentar a marcação de consultas. A transição da lógica da demanda espontânea para a oferta organizada deve se dar de modo progressivo e viabilizando o contato entre os usuários e os serviços, significando uma nova lógica de funcionamento com a incorporação dos níveis de promoção da saúde e prevenção da doença (Paim, 2003).

Nas unidades tradicionais este quadro é mais complexo, pois além de não contar com manual de procedimentos que orientem os profissionais no contato e encaminhamento da população, e não estar claramente estabelecidas ações voltadas para o acolhimento, a existência da marcação de consultas para a demanda espontânea se restringe a horários determinados. Por outro lado, o trabalho pontual dos profissionais médicos que atendem em um horário restrito sem maior vínculo com os demais profissionais ou usuários, dificulta a relação com a gerência, tanto

nas orientações sobre procedimentos administrativos e clínicos, quanto na organização do processo de trabalho das unidades.

8. RECOMENDAÇÕES

Diante da evidência de diferenciais na utilização de serviços de saúde no Estado da Bahia e da existência de obstáculos ao uso dos mesmos, ressalta-se a importância da implantação de iniciativas voltadas para a melhoria do acesso.

Quanto à questão geográfica, deve-se atentar para a implantação de postos e centros de saúde em locais próximos às residências dos usuários, assim como providenciar transporte urbano para os locais mais distantes. A utilização de Sistemas de Informação Geográfica orientando a distribuição das unidades como parte da construção de redes estruturadas com base em menor tempo de deslocamento é uma metodologia eficaz em alguns países (Lovett et al, 2002; Jones et al, 1999).

Torna-se necessário melhorar a capacidade do serviço em acolher esses usuários, tanto nos aspectos de infraestrutura como no que diz respeito às relações interpessoais. A implantação de sistemas de marcação permanentes de consultas, da marcação de consultas por telefone, de listas de espera, da criação de comissão de acolhimento bem como a identificação de gestores de casos entre os profissionais das unidades têm sido medidas propostas por alguns projetos específicos de melhoria da acessibilidade (Salvador, 2005; Solla, 2006).

Recomenda-se a formulação de política específica para o acolhimento contendo diretrizes voltadas para compatibilizar o atendimento da demanda espontânea com a organização da oferta na perspectiva de mudança do modelo assistencial. O detalhamento dessa política em programas a partir do aperfeiçoamento dos manuais das Unidades de Saúde da Família e da elaboração de rotinas para as Unidades tradicionais, pode contribuir para facilitar os contatos entre as unidades e a comunidade.

9 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Aday, L A, Andersen R. (1992) Marco teorico para el studio del acceso a la atencion medica. OPS, *Publicación científica*; 534. Pp 604-613.
2. Bourdieu, P. (2001) *Meditações Pascalianas*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 324p.
3. Bourdieu, P. (2003b) *Razões práticas. Sobre a teoria da ação*. Papirus Editora, 154 p.
4. Brasil, R.F., (1988) *Constituição da República Federativa do Brasil*.
5. Brasil, R.F., (1990) Lei n. 8080. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção, e a recuperação da saúde, a organização e os funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.
6. Brasil, Ministério da Saúde. (1993) *Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 93*. Brasília.
7. Brasil, Ministério da Saúde. (1997) *Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 96*. Ministério da Saúde: Brasília.
8. Brasil, IBGE. (2000) *Acesso e utilização de serviços de saúde, 1998*. IBGE / Departamento de Emprego e Renda/ PNAD. Rio de Janeiro.
9. Brasil, Ministério da Saúde, (2001) *Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS)*. Portaria 95: Brasília.
10. Brasil, Ministério da Saúde. (2002) *Regionalização da assistência à saúde: Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS), 2002*. Brasília.
11. Brasil, IBGE. (2005) *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 2003*. CD rom.
12. Brasil, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, 2005.
13. Brasil, Ministério da Saúde. (2006) Departamento de Apoio à Descentralização do Ministério da Saúde, [acessado via web endereço eletrônico www.saude.gov.br] outubro, 2006.
14. Campos, T, Carvalho, M, Barcellos, C. (2000) Mortalidade infantil no Rio de Janeiro, Brasil: áreas de risco e trajetória dos pacientes até os serviços de saúde. *Rev Panam Salud Publica* v.(8) n.3, p 164-171, Washington.
15. Cohen, M, Moura, M, Tomazelli, J. (2004) Descentralização das ações de Vigilância Sanitária nos municípios em Gestão Plena, Estado do Rio de Janeiro. *Rev. Bras. Epidemiologia*. Vol. 7, Nº 3, Pp290-301.
16. Costa N & Pinto L. (2002) Avaliação de programa de atenção à saúde: incentivo à oferta de atenção ambulatorial e a experiência da descentralização no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*. 7 (4) 907-923.

17. Donabedian, A. (1988) Los espacios de la salud: Aspectos fundamentales de la organización de la atención médica. Ed. Biblioteca de la Salud. 1ª edição espanhola, México.
18. Elias, P, Ferreira, C, Alves, M, Cohn, Am, Kishima, V, Junior, A, Gomes A, Bousquat, A. (2006) Atenção Básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. *Ciência e Saúde Coletiva*, 11 (3), 633-641.
19. Forrest, C & Starfield, B. (1998) Entry into primary care and continuity: The effects of access. *American Journal of Public Health*, vol. 88 nº, 1330-1336.
20. Frenk, J. (1992) El concepto y la medición de accesibilidad. In In OPAS (White, K. L. Editor principal). *Investigaciones sobre servicios de salud: una antología*. Washington, D.C: OPS, *Publicacion científica*; 534. pp 929-943.
21. Gershman S, (2001). Municipalização e inovação gerencial. Um balanço da década de 1990. *Ciência e Saúde Coletiva* 6 (2) 417-434.
22. Giovanella, L, Escorel, S, Mendonça, MH. (2003) Porta de entrada pela Atenção Básica? Integração do PSF à rede de serviços de saúde. *Revista Saúde Debate*, V 27, n65 p 278-289, set/dez.
23. Heimann. L, Cortizo, C, Castro I, Kayano, J, Rocha, J, Nascimento, P, Boaretto, R, Pessoto, U, Junqueira, V. (2000) Descentralização do Sistema Único de Saúde: trilhando a autonomia municipal. Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos. São Paulo.
24. Ibañez, N, Rocha, J, Castro, P, Ribeiro M, Forster, A, Novaes, M, Viana, A. (2006) Avaliação do desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo. *Ciência e Saúde Coletiva*, 11 (3) 683-703.
25. Jones, A, Bentham G, Horwell, C. (1999) Health service accessibility and deaths from asthma. *International Journal of Epidemiology*, 28: 101-105.
26. Juliano, I, Assis, M. (2004) Vigilância sanitária em Feira de Santana no processo de descentralização da saúde (1998-2000). *Ciência e Saúde Coletiva* 9 (2) 493-505.
27. Lovett, A, Heynes, R, Sunnenberg, G, Gale, S. (2002) Car travel time and accessibility by bus to general practitioner services: a study using patient registers and GIS. *Social Science & Medicine* (55) 97-111.
28. Luchese, P. (2003) Equidade na gestão descentralizada do SUS: desafios para a redução das desigualdades em saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, 8 (2) 439-448.
29. Macinko, J, Almeida, C, Oliveira, E, Sá, P. (2004) Organization and delivery of primary health care services in Petrópolis, Brazil. *Int J Health Planning and Management*. Vol. 19 (4) p 303-317.

30. Monnerat G, Senna, M, Souza, R. A (2002) Organização dos serviços de saúde no cenário local. *Ciência e Saúde Coletiva*. 7 (3) 909-521.
31. Muniz J, Palha, P, Monroe, A, Gonzáles, R, Ruffino-Netto, A, Villa, T. (2006) A incorporação da busca ativa de sintomáticos respiratórios para o controle da tuberculose na prática do agente comunitário de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, 10 (2) 316-321.
32. Néri M & Soares W. (2002) Desigualdades Sociais e saúde no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 18(Suplemento):77-87.
33. Paim, J S. (2003) Modelos de Atenção e Vigilância da Saúde. In: *Epidemiologia & Saúde*. Rio de Janeiro: MEDSI, p.567-586.
34. Patton M, Q. (2001) *Qualitative Research & Evaluation Methods*. 3ª edição. Sage Publications.
35. Pedrosa, J I S, Teles, J B M, (2001) Consenso e diferenças em equipes do Programa de Saúde da Família. *Revista de Saúde Pública*, 35 (3):303-311.
36. Pessoto, U, Nascimento, P, Heimann, L. (2001) Gestão semiplena e a participação popular na administração da saúde. *Cadernos Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 17 (1):89-97, jan-fev.
37. Pinheiro, R S, Viacava, F, Travassos, Cláudia et al. (2002) Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciência e saúde coletiva*, vol.7, no.4, p.687-707.
38. Ramos D, Lima, M D. (2003) Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 19(1) 27-34, jan-fev.
39. Rehen, R, (2001) A regionalização no contexto atual das políticas de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, 6 (2) 431-455.
40. Salvador, Prefeitura Municipal. (2005) Manual de Implantação do Plano de acolhimento e melhoria da acessibilidade. Salvador. PMS/SMS/ COAPS/ ISC-UFBA.
41. Santos, I, Baroni, R, Minotto, Klumb. A. (2000) Critérios de escolha de postos de saúde para acompanhamento pré-natal em Pelotas, RS. *Revista de Saúde Pública*. 34 (6) 603-9.
42. Sawyer, D, Leite, I. C. Alexandrino, R. (2002) Perfis de utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, 7 (4): 757-776.
43. Schimith M, Lima M, (2004) Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa de Saúde da Família. *Cadernos de saúde Pública*, 20 (6) 1487-1494, nov-dez.
44. Senna, M & Cohen, M. (2002) Modelo assistencial e estratégia saúde da família no nível local: análise de uma experiência. *Ciência e Saúde Coletiva*, 7 (3) 523-535.

45. Silva, Z, Barreto Jr, I, Sant'ana M. (2003) Saúde do trabalhador no âmbito municipal. *São Paulo em perspectiva*, 17(1): 47-57.
46. Solla, JJP. (2005) Acolhimento no Sistema Municipal de Saúde. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infantil*. Recife, 5 (4): 493-503, out. / dez.
47. Souza, LEF. (2005) Conferencia de Consenso sobre Imagem-objetivo da descentralização da atenção à saúde no Brasil. In *Avaliação em Saúde. Dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde*. (Org) Hartz, Z & Vieira da Silva, L. Ed Fiocruz/Edufba. 275p.
48. Starfield, B. (2002) Atenção primária em saúde. Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. UNESCO/ MS.
49. Teixeira, C, (2002) Promoção e vigilância da saúde no contexto da regionalização da assistência à saúde no SUS. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 18(Suplemento):153-162.
50. Viana, AL, Heimann, L, Lima, L, Oliveira, R, Rodrigues S. (2002) Mudanças significativas no processo de descentralização do sistema de saúde no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 18 (suplemento): 139-151.
51. Viana, AL, Rocha, J, Elias, P, Ibañez, N, Novaes, M. (2006) Modelos de atenção básica nos grandes municípios paulistas: efetividade, eficácia, sustentabilidade e governabilidade. *Ciência e Saúde Coletiva*, 11 (3)- 577 – 606.
52. Vieira da Silva, L, Hartz, Z, Chaves, S, Silva, G, Paim, J. (2007) Análise da implantação da gestão descentralizada em saúde: estudo comparado de cinco casos na Bahia – Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Volume 23 (2), 355-370, fevereiro.
53. Vieira da Silva, L. (2005) Conceitos, abordagens e estratégias para avaliação em saúde: Novas contribuições. In *Avaliação em Saúde. Dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde*. (Org) Hartz, Z & Vieira da Silva, L. Ed Fiocruz/Edufba, 275p.

ARTIGO 3

ACESSIBILIDADE A SERVIÇOS DE SAÚDE: ENTRE AS INTERVENÇÕES MUNICIPAIS E A POSIÇÃO DOS USUÁRIOS NO ESPAÇO SOCIAL

SUMÁRIO

RESUMO	90
ABSTRACT	91
1 INTRODUÇÃO	92
2 OBJETIVOS	94
3 PRESSUPOSTOS DO ESTUDO	94
4 METODOLOGIA	95
4.1 Desenho de estudo e procedimentos metodológicos	95
4.2 Modelo teórico	97
5 RESULTADOS e DISCUSSAO	100
5.1 Características dos usuários	100
5.2 Barreiras enfrentadas	102
5.3 Formas de superação das barreiras	102
5.3.1 Capital global e estratégias de superação de obstáculos	102
5.3.2 Intervenções nos serviços que facilitam o contato dos usuários	104
5.3.3 <i>Habitus</i> profissional e práticas facilitadoras do contato	109
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	115
7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	117
APÊNDICES	
A – Roteiros de entrevistas	121
B – Termos de consentimentos	126

ACESSIBILIDADE A SERVIÇOS DE SAÚDE: ENTRE AS INTERVENÇÕES MUNICIPAIS E A POSIÇÃO DOS USUÁRIOS NO ESPAÇO SOCIAL

RESUMO

Objetivo - Descrever o processo de busca dos serviços de saúde em relação à posição ocupada no espaço social na perspectiva dos usuários e profissionais, identificando a existência de barreiras de acesso e as possibilidades de superá-las. **Metodologia** - Estudo de caso realizado em um município em nível avançado da descentralização da gestão da saúde. A coleta de dados se deu por meio de entrevistas semi-estruturadas com usuários e profissionais médicos de unidades de programa de saúde da família e unidades básicas e observação do funcionamento dos serviços.

Resultados e discussão – Barreiras de acesso foram comuns para usuários de diferentes grupos sociais, sendo as mais citadas a ausência de sistema de marcação de consultas para a demanda espontânea e de padronização na triagem nas USF, marcação restrita a alguns dias e a distância percorrida pelos usuários de UBS. As formas de superação de tais obstáculos se deram pela persistência individual dos usuários, fortalecida, para alguns, pelo maior volume de capital cultural e social; pelas intervenções dos serviços, destacando-se a presença dos ACS (USF e UBS) e as características de algumas triagens de USF. O *habitus* dos profissionais envolvidos com a atenção parece ter influência nas práticas facilitadoras ou não do acesso. **Considerações finais** – Embora existam diversas evidências de que um maior volume de capital global contribua para uma melhor utilização de serviços, na presente investigação, os diferenciais no processo de busca do cuidado entre agentes com diferentes tipos de capital foram minimizados pelo conjunto de intervenções, voltadas para a melhoria do acesso, realizadas no âmbito do município.

Palavras chave: Acessibilidade aos serviços de saúde; *Habitus*; Capital social; Desigualdades de acesso; Pesquisa qualitativa.

ACCESSIBILITY TO HEALTH CARE: AMONG THE MUNICIPAL INTERVENTIONS AND THE POSITION IN THE SOCIAL SPACE

Abstract

Objective: To describe the process of search of the services of health in relation to the position occupied in the social space in the users' perspective and professionals, identifying the existence of access barriers and the possibilities of overcome them. **Methods:** Case study accomplished in a municipal district in advanced level of the decentralization of the health administration. Semi-structured interviews were performed with users and professionals doctors of Family Health Program (FHP) and traditional units (UBS) and observation of the operation the services. **Results and discussion:** Access barriers were common for users of different social groups, being the more mentioned the absence of system of demarcation of consultations for the spontaneous demand and of standardization in the screen in USF, restricted demarcation to some days and the distance traveled by the users of UBS. The forms of overcomes barriers were given by the users' individual persistence, strengthened, for the largest volume of cultural and social capital; for the interventions of the services, standing out the presence of Community Health Agents (FHP and UBS) and the characteristics of some screens of USF. The professionals' *habitus* involved with the attention seems to have influence in the facilitative practices or not of the access. **Conclusion:** Although they exist evidences that a larger volume of global capital contributes to a better use of services, in to present investigation, the structural differences among agents were minimized by municipal district interventions, gone back to the improvement of the access. **Words key:** Health services accessibility; Social capital; Access inequalities; Qualitative research

ACESSIBILIDADE A SERVIÇOS DE SAÚDE: ENTRE AS INTERVENÇÕES MUNICIPAIS E A POSIÇÃO DOS USUÁRIOS NO ESPAÇO SOCIAL

1 INTRODUÇÃO

A organização de sistemas de saúde que atendam às demandas dos diversos grupos da população garantindo a acessibilidade aos mesmos tem sido objeto de debate em muitos países (Campbel et al, 2004; Canadá, 2006; Sweden, 2003; Australian, 2006; España, 2006; Barros & Gomes 2002; Brasil, 1988). Mesmo naqueles desenvolvidos e que propõem sistemas universais, persistem desigualdades no processo de busca do cuidado com o uso diferenciado segundo grupos sociais (Finkelstein, 2001; Goodard & Smith, 2001; Wilson & Rosemberg, 2004; Whitehead, et al, 1997; Borrell et al, 2001; Hyndman & Holmann, 2001, Starfield et al, 2002).

Diversos estudos revelam associação positiva entre características sociais segundo níveis de escolaridade, ocupação e renda, e gradientes de saúde, conduzindo à explicação de que os diferenciais sociais na acessibilidade são influenciados pelas condições de vida da população (Starfield, et al 2002; Kawashi et al, 1997; Borrel et al, 2001; Van Doorslaer et al, 2000). Outros trabalhos mostram que o envolvimento, a participação social e o estabelecimento de redes de apoio social dos indivíduos em comunidades também se relacionam positivamente a melhores resultados de saúde assim como maior acesso aos serviços (Hendrix, 2002; Ziersch et al, 2005; Rose, 2000).

No Brasil, apesar da garantia constitucional do direito à assistência à saúde e as elevadas taxas de utilização de serviços (Brasil, 2000; 2005), há evidências que indivíduos de grupos sociais menos privilegiados além de perceberem de modo diferente seu próprio estado de saúde (Dachs & Santos, 2006), fazem menor uso de serviços de saúde (Lima-Costa et al, 2006), levam mais tempo para procurar serviços e enfrentam mais dificuldades para conseguir utilizar os mesmos (Ribeiro et al, 2006; Bós & Bós, 2004).

Várias teorias têm sido acionadas para explicar a existência desses diferenciais em saúde relacionados à posição social dos indivíduos. Além da associação com fatores como renda (Marmot, 2002), educação (Andersen & Newman, 2003), e com a classe social (Blane, 2003), destaca-se a formulação da idéia de coesão social (Wilkinson, 2003) e de capital social (Kawachi et al, 1997) em que se atribui melhor saúde a grupos sociais mais coesos. Assim, a existência de suporte social, influenciando a formação de redes de apoio nas comunidades e entre indivíduos têm sido apontados como elementos importantes para o acúmulo de capital social (Rojas & Carlson, 2005; Rose, 2000; Ziersch, 2005). Desse modo, entende-se que a articulação entre as características do indivíduo aliadas àquelas do espaço social onde está inserido, tende a gerar diferentes possibilidades de utilização de equipamentos públicos, incluindo serviços de saúde.

A correspondência entre a posição dos agentes e as suas tomadas de posição, articuladas com o contexto da organização dos serviços de saúde nos estudos sobre acessibilidade têm sido pouco exploradas. Os conceitos de *habitus* e espaço social propostos por Bourdieu (2003a;b, 2001) podem contribuir para compreensão dessa mediação, ao sugerir que as práticas e condutas dos agentes refletem um conjunto de disposições adquiridas ao longo do tempo, relacionadas, originalmente, à posição ocupada no espaço social, mas modificadas ao longo de sua trajetória individual e coletiva, possibilitando ao agente, fazer escolhas e interagir em um universo social.

De modo complementar, a organização dos serviços voltados para a garantia da acessibilidade se apresenta com grande potencial para facilitar a sua utilização por parte dos usuários, tornando os serviços mais facilmente disponíveis, inclusive para os grupos mais desprovidos socialmente. A descentralização da atenção à saúde em curso no Brasil desde meados dos anos 90, tem evidenciado avanços na reorganização dos serviços, a partir de experiências localizadas, onde a implantação do PSF e o estabelecimento da atenção básica como porta de entrada aos serviços tem potencial de contribuir para a redução das barreiras de acesso, minimizando as desigualdades estruturais. Contudo, persistem questões tais como: O que faz com que indivíduos superem as barreiras e outros não, no interior de um mesmo grupo social? E

em que medida as intervenções realizadas em âmbito municipal têm de fato conseguido melhorar o acesso?

O presente trabalho pretende contribuir para a compreensão dos processos relacionados com a acessibilidade a serviços de saúde, num contexto municipal específico, onde uma intervenção voltada para sua melhoria se desenvolveu.

2 OBJETIVOS

- Caracterizar os grupos de indivíduos investigados segundo sua posição no espaço social, origem e trajetória social.
- Descrever o processo de busca dos serviços de saúde em relação à posição ocupada no espaço social na perspectiva dos usuários e profissionais.
- Identificar barreiras de acesso e como as intervenções municipais têm contribuído para superá-las.

3 PRESSUPOSTOS DO ESTUDO

- Os determinantes dos diferenciais de acesso entre grupos sociais estão relacionados com a posição ocupada pelo indivíduo no espaço social, definido por sua vez em função da origem, trajetória social e capitais econômicos e culturais distintos que geram diferentes possibilidades de superação das barreiras organizacionais e melhor uso das inovações tecnológicas introduzidas.
- As intervenções municipais voltadas para a melhoria da acessibilidade aos serviços são importantes e tem contribuído, em parte, para viabilizar o acesso a importante parcela da população.

4 METODOLOGIA

4.1 Desenho e procedimentos metodológicos

Trata-se de um estudo de caso em um município selecionado classificado em estudo anterior como em estágio avançado da gestão descentralizada da atenção à saúde (Vieira da Silva, et al, 2007). Este município vinha organizando os serviços de saúde a partir da estruturação da atenção básica como porta de entrada, tendo no Programa de Saúde da Família a sua principal estratégia, diretriz presente no Plano Municipal de Saúde (2002-2005) e confirmada pelos Relatórios de Gestão (2004 e 2005).

No primeiro momento do presente estudo, as ações voltadas para a acessibilidade aos serviços foram classificadas como de nível intermediário⁶. Apesar de intervenções terem sido implementadas como organização de central de marcação de consultas e exames especializados além de algumas ações voltadas para o acolhimento, é possível que tais intervenções tenham tido um caráter genérico não tendo sido acompanhadas de um plano específico voltado para a resolução dos problemas da acessibilidade.

O trabalho de campo foi realizado em dois momentos: em outubro de 2004 e em março/abril de 2006. Cabe ressaltar que na época da primeira coleta era ainda permitido ao usuário ingressar no sistema de saúde público a partir das unidades de atenção básica, de saúde da família e de clínicas e consultórios particulares. Podia também dirigir-se pessoalmente à Central de Marcação de Consultas (CMC), bastando ter em mãos a requisição do procedimento assinada por um médico da rede pública e dar continuidade ao processo. No segundo momento da coleta, ocorreram mudanças, segundo os gestores, objetivando maior controle sobre os serviços especializados e maior racionalização dos recursos. A principal mudança estabeleceu que o usuário não deveria se dirigir pessoalmente à CMC mesmo que tivesse requisição em mãos, sendo necessário o encaminhamento pela própria unidade básica e de saúde da família de referência do usuário, fortalecendo assim o papel destas, como portas de entrada ao sistema.

⁶ Ver artigo 2 da presente tese: Cunha, A., B., O, Acessibilidade e a descentralização da atenção à saúde.

A coleta de dados se deu por meio de entrevistas semi estruturadas a informantes-chave e observação do funcionamento dos serviços. Foram visitadas duas unidades de saúde da família, duas unidades tradicionais e duas emergências hospitalares onde foram realizadas um total de quarenta e duas entrevistas, sendo trinta e duas com usuários e dez com profissionais de saúde (médicos). Os usuários foram identificados em situação de uso ou tendo utilizado os serviços de saúde nos últimos 30 dias, sendo que duas usuárias foram entrevistadas em suas residências, localizadas através de contatos pessoais. Buscou-se identificar usuários com diferentes características individuais, onde as condições de renda e ocupação foram analisadas como proxy do capital econômico, a escolaridade do capital cultural e a observação do nível escolar dos pais, indicando a trajetória em função da origem social (ascendente ou descendente). Além disso, foi observada a participação social ou em algum tipo de instituição, e a existência de contatos ou redes de apoio como meio de aproximação de certo tipo de capital social. A análise dos usuários foi feita a partir da identificação dos *motivos da procura, horários e locais procurados, como se deu o contato, percepção sobre a própria saúde e a compreensão geral sobre o funcionamento dos serviços*, tentando-se relacionar as condutas dos usuários em busca de serviços, as barreiras existentes e as estratégias de superação das mesmas (Apêndice A).

As dez entrevistas com os médicos envolveram seis profissionais de equipes de saúde da família e quatro de unidades básicas. Buscou-se analisar as trajetórias dos agentes, referidas pelas trajetórias social e profissional com possível implicação nas condutas adotadas. O *conhecimento sobre o funcionamento dos serviços e agendamento dos pacientes, envolvimento nas atividades de triagem, acolhimento e sala de espera e a concepção a respeito do seu trabalho e das possibilidades de melhoria do acesso para a população* foram os critérios analisados nesse nível (Apêndice A).

As entrevistas foram realizadas mediante assinatura de termos de consentimento informado para usuários e profissionais que aceitaram participar da pesquisa (Apêndice B) e foram transcritas sendo analisadas a partir da utilização do programa NUDIST.

4.2 Modelo teórico

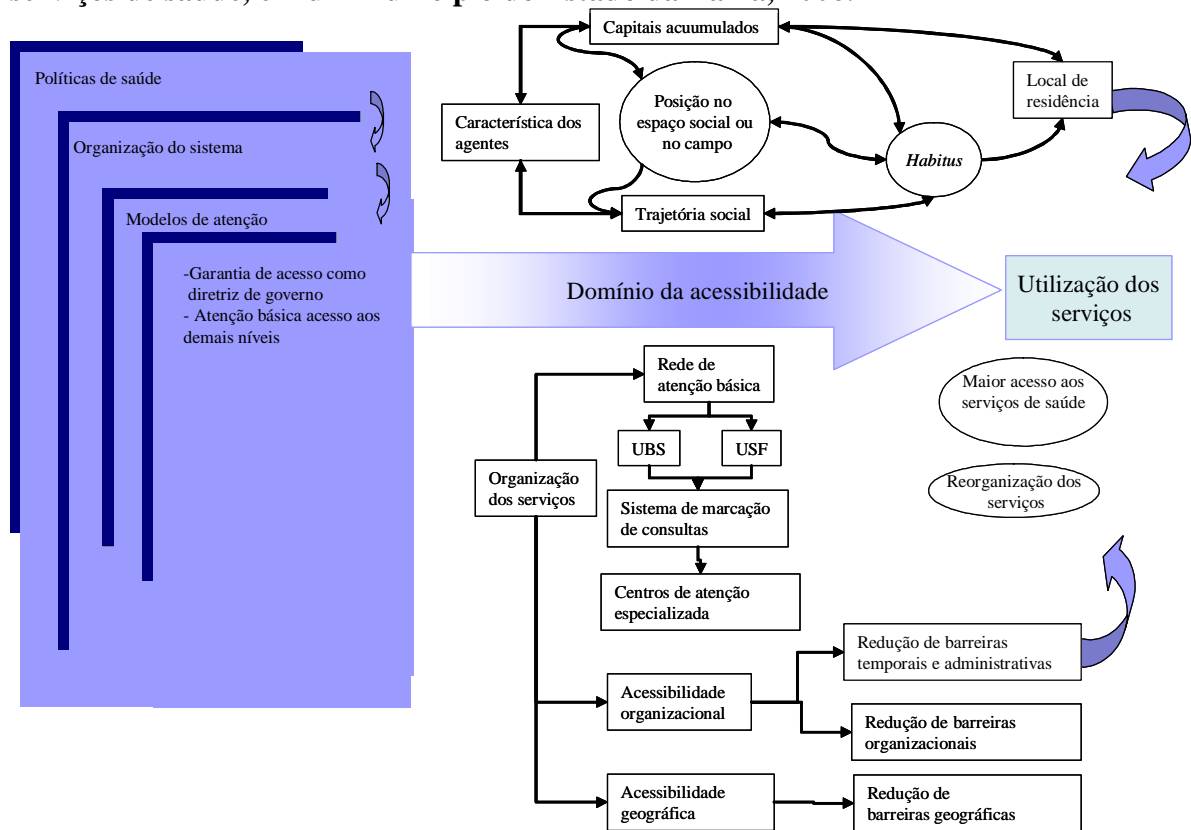
As principais categorias de análise foram articuladas em um modelo teórico a partir de Donabedian, (1988) e Pierre Bourdieu (2001; 2003a; 2003b), e visou integrar os aspectos organizacionais do sistema de saúde às características dos agentes, incorporando as noções de acessibilidade, *habitus*, campo e espaço social (Figura 1).

Para Donabedian, (1988) a acessibilidade é entendida como a capacidade do serviço em estar facilmente disponível. Essa capacidade depende por um lado da existência de características organizacionais e geográficas do sistema de saúde que podem facilitar ou obstruir o uso dos mesmos e por outro da existência de características dos usuários que os auxiliem a superar os obstáculos porventura encontrados, viabilizando assim o uso dos serviços. A acessibilidade pode ser compreendida como um fenômeno *relacional*, dependente de certas propriedades dos agentes, de suas capacidades em relação às possibilidades de superação dos obstáculos à utilização dos serviços e também, de certas características dos serviços e de suas políticas. Para Bourdieu (2001; 2003b) essas capacidades podem ser compreendidas como as diversas espécies de capitais (econômico, cultural, político, simbólico e social), sendo os indivíduos distribuídos de acordo com o seu volume e composição, compondo assim o espaço social. Este autor realizou inúmeros estudos correlacionando a posição social ocupada pelos agentes no espaço social e as tomadas de posição em termos de opiniões, juízos, escolhas sobre o mundo físico e social. Ou seja, os agentes fazem escolhas e realizam ações que estão vinculadas a um conjunto de propriedades relacionalmente definidas (Bourdieu, 2001).

Ele elegeu no seu estudo sobre o gosto, o capital cultural, (assegurado pela família e pela transmissão escolar), o capital econômico, (herdado pela família e dado pela ocupação no trabalho), e a trajetória social (vinculado à origem familiar), os principais elementos definidores da posição no espaço social (Bourdieu, 1979). Além disso, o espaço geográfico também reflete as

distâncias no espaço social e torna-se mais um elemento diferenciador do consumo de serviços, definido pelo local e as condições de moradia (Bourdieu, 2001).

Figura 1 - Modelo teórico-lógico para a análise do processo da acessibilidade a serviços de saúde, em um município do Estado da Bahia, 2006.



Deste modo, diferentes posições sociais são a re-tradução das próprias condições de existência que podem significar uma maior ou menor possibilidade de superação de obstáculos existentes no processo de busca do cuidado assim como melhor uso das inovações tecnológicas. O princípio dessa ação resulta da cumplicidade entre as estruturas e mecanismos, (do espaço social) e a “história incorporada” sob a forma de *habitus*. Este *habitus* seria a forma de interiorização das estruturas objetivas das condições de classe, ou do grupo social ou do campo do agente e que vai orientar as escolhas e as práticas, as opiniões expressas e até mesmo as estratégias de superação de obstáculos (Bourdieu, 2003a, 2003b).

O pertencimento a um determinado campo significa o domínio das leis próprias do campo e quanto mais os agentes se reconhecem parte dele mais se tornam mobilizados para e pela defesa dos interesses específicos aí valorizados. Contudo, há o enfrentamento, e aqueles que ocupam posição de destaque dentro do campo podem influenciar de modo mais objetivo para a conservação ou transformação de sua estrutura (Bourdieu, 2004).

As redes de relações sociais podem ser compreendidas como parte do capital social dos agentes. Um conjunto de recursos reais ou virtuais relacionados ao fato dos indivíduos possuírem redes duráveis de relacionamentos sociais institucionalizados ou não, mas de conhecimento e reconhecimento mútuo, capazes de viabilizar os contatos entre usuários e serviços. Assim é possível que agentes que ocupem posições dominantes no seu campo e ou dotados de ampla rede de contatos obtenham maior facilidade na superação de obstáculos.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Características dos usuários

Entre os 32 usuários entrevistados foi possível identificar um padrão caracterizado pela baixa escolaridade onde 26 não possuíam nem o primeiro grau completo e 30 tinham por ocupação trabalhos com baixo nível de qualificação com renda inferior a dois salários mínimos. Nesta situação estavam todos os usuários de saúde da família entrevistados (Usuários 1 a 6 USF1; 1 a 9 USF 2), e outros oito pertencentes à unidades tradicionais (Usuários 2 e 4 UBS 1; 1 a 6 UBS 2; 3 a 5 EM 1). O local de residência predominante foram bairros afastados do centro e zona rural, mesmo para as unidades básicas localizadas nas áreas centrais. Entre as mulheres predominaram as atividades de dona de casa e emprego doméstico quando não desempregadas, e para os dois homens entrevistados um era trabalhador rural aposentado e o outro estoquista, ambos usuários de USF. Essa situação configura um baixo capital global acumulado, caracterizado tanto pelos baixos capitais cultural e econômico (BCC/BCE), quanto pelas características de origem social verificada através da escolaridade e ocupação dos pais (Quadro 1). Nesse sentido, observa-se que há uma trajetória social estável, com pouca ascendência entre as condições de vida dos usuários e de seus pais, predominando entre eles o trabalho braçal em área rural com pouca ou nenhuma instrução (Quadro 1).

Um segundo agrupamento formado por seis usuárias, todas potencialmente pertencentes à áreas de unidades básicas tradicionais, com padrão similar de escolaridade, todas com 2º grau completo. Além disso, apenas uma usuária revelou inserção profissional (comerciante), estando as outras em situação de desemprego ou em exercício profissional autônomo. Contudo, há uma situação ascendente em relação à origem social e a situação atual, visto que apresentam capital cultural mais elevado que os seus pais (Quadros 1).

Quadro 1 – Usuários de unidades de saúde segundo escolaridade, ocupação própria e dos pais e trajetória social, em um município do Estado da Bahia, 2006.

USUÁRIOS	Escolaridade	Ocupação	Profissão pai/mãe	Escolaridade pais	Trajетória social
US1 – USF 1	6ª série	Banca de verduras	matadouro/merendeira creche	pai - analfabeto mãe - 4ª série	estável
Us 2 USF 1	7ª série	Dona de casa	serviços gerais desemp/doméstica.	pai - 4ª série mãe – 4ª série	estável
U3 – USF 1	1º grau	Estoquista	pedreiro/ dona de casa	pai - até a 4ª série mãe - até a 4ª série	ascendente
US 4 USF 1	1ª série	Empregada Doméstica	lavrador/ dona de casa	pai/mãe - Analfabetos	estável
US 5 – USF 1	Analfabeta	Vendedora autonoma	lavrador/lavradora	pai/mãe - Analfabetos	estável
US 6 – USF 1	5ª série	Comércio em casa	lavrador/lavradora	pai/mãe - Analfabetos	estável
US 1 – USF 2	4ª série	Dona de casa	Mecânico/dona de casa	pai não sabe mãe - 3ª série	estável
US 2 – USF2	1ª serie	Aposentado/pedreiro	lavrador/lavradora	pai/mãe - analfabetos	estável
US 3– USF 2	4ª série	Dona de casa	lavrador/lavradora	pai/mãe - Analfabetos	estável
US 4 – USF 2	4ª serie	Lavanderia de hotel	lavrador/lavradora	pai/mãe - Analfabetos	estável
US 5 – USF 2	4ª série	Dona de casa	Ajudante de pedreiro/dona de casa	Não sabe informar	estável
US 6 – USF 2	8ª série	Dona de casa	lavrador/dona de casa	pai analfabeto mãe sabe ler	ascendente
US 7 – USF 2	5ª série	Não trabalha	Pedreiro/lavadeira	pai não sabe dizer mãe sabe ler	estável
US 8 – USF 2	4ª série	Não trabalha	Serv. Gerais/dona de casa.	pai/ mãe analfabetos	estável
US 9 – USF 2	Analfabeta	Dona de casa	lavrador/lavradora	pai/mãe – analfabetos	estável
U2 2 – UBS 1	5ª série	Dona de casa	lavrador/lavradora	pai/mãe – analfabetos	estável
US 4 – UBS 1	5ª série	Empregada doméstica	lavrador/lavradora	pai/mãe – analfabetos	estável
US1 – UBS 2	4ª série	Dona de casa	lavrador/lavradora	pai/mãe – analfabetos	estável
US2 – UBS 2	4ª série	Merendeira da escola	motorista/ dona de casa	pai não sabe mãe 4ª serie	estável
US3 – UBS 2	4ª série	Dona de casa aposentada	lavrador/lavradora	pai /mãe – analfabetos	estável
US4 – UBS 2	5ª série	Desempregada	pedreiro/serviços gerais	pai 4ª série mãe 4ª série	estável
US5 – UBS 2	2ª série	Faxineira aposentada	lavrador/lavradora	pai/mãe – analfabetos	estável
US6 – UBS 2	2ª série	Empregada doméstica	lavrador/dona de casa	Não sabe informar	estável
US 3 – EM –	7a série	Trabalhadora rural	lavrador/lavradora	pai/ mãe analfabetos	estável
US 4 EM	1º grau	Dona de casa	pedreiro/dona de casa	pai analfabeto mãe 2ª. série	ascendente
US 5 EM	4ª série	Dona de casa/trab. Rural	lavrador/lavradora	pai e mãe – analfabetos	estável
US 1 – UBS 1	2º grau	Vendedora autônoma	trabalhador rural/dona de casa	pai/mãe – analfabetos	ascendente
US 3 - UBS-1	2º grau	Dona de casa	carroceiro/barraqueira	pai/mãe – analfabetos	ascendente
US 1 – EM	2º grau	Dona de casa	funcionário público/dona de casa	pai e mãe 2º grau	estável
US 2 – EM	2º grau	Digitadora/desempregada	comerciante/dona de casa	pai e mãe 2º grau	estável
US 1 PRI	2º grau	Prof. autônoma massoterapeuta	trabalhador rural/vend. autônoma	pai – 1º. Grau mãe – 2º grau	ascendente
US 2 PRI	2º grau	Comerciante (loja de criança)	serralheiro/balconista	pai – 1º grau mãe – 2º grau	ascendente

Grupo 1 – BCC/BCE – Usuários com até o 1º grau completo Ocupações de baixa qualificação (empregadas domesticas, trabalhadores rurais, empregado de serviços e desempregados); Ocupações de baixa qualificação (empregadas domesticas, trabalhadores rurais, empregado de serviços e desempregados);

Grupo 2 – MCC/MCE – Usuários com 2º grau completo Ocupações de média qualificação (profissionais autônomos, pequenos empresários, profissionais de média especialização);

5.2 Barreiras enfrentadas

Quanto ao processo de busca do cuidado, observou-se a existência de barreiras de acesso no contato com os serviços de quase todos os usuários entrevistados (Quadro 2). Porém se destacam como mais relevantes e decorrentes da experiência dos usuários a ausência de marcação de consultas para a demanda espontânea, a falta de padronização na marcação da consulta do usuário através da triagem e a distância entre a residência e as unidades ao lado do restrito horário para a marcação da consulta nas unidades básicas tradicionais. Foi observada ainda a ausência de sistema de referência e contra referência e deficiências na assistência de emergência 24 horas. Além dessas, após conseguir estabelecer o contato com os serviços, o modo de organização do atendimento nas consultas, por ordem de chegada, foi relatado como obstáculo ao acesso (Quadro 2).

Em que pese a existência dessas barreiras, pode-se dizer que grande parte dos usuários entrevistados conseguiram utilizar os serviços, superando os obstáculos existentes. As formas estabelecidas para a superação das mesmas, contudo, variaram sendo mediadas pelas características dos usuários e da organização dos serviços.

5.3 Formas de superação das barreiras

5.3.1 Capital global e estratégias de superação de obstáculos

Percebe-se que em algumas situações as características individuais relacionadas a um mais elevado capital cultural e a existência de algum tipo de capital social, contribuíram para melhor utilização dos recursos disponíveis. Os usuários de maior escolaridade (Grupo 2) demonstraram maior compreensão sobre o funcionamento dos serviços, apontando falhas no atendimento e estabelecendo diferentes estratégias para viabilizar o contato com os mesmos como a procura em horários comerciais e a ajuda de amigos (Quadro 1 e 2).

Aqueles que possuíam contatos sociais (US 3 UBS2; US 1 Pri) através de amigos ou de profissionais das próprias unidades de saúde também puderam ter seus agendamentos de

consultas facilitados, superando com maior velocidade as barreiras existentes, principalmente, pela otimização do tempo na busca dos serviços, sem precisar demorar em filas para a marcação. Os contatos com amigos profissionais de saúde ou atendentes de unidades básicas foram facilitadores do cuidado. As capacidades individuais de absorver conhecimento, muito ligado ao nível escolar, às percepções e preferências dos agentes segundo Ensor & Cooper, (2000) respondem pelo maior volume de informação permitindo uma maior liberdade no consumo de serviços, viabilizando o acesso aos mesmos.

De outro modo é possível que a falta de conhecimento sobre o funcionamento dos serviços e a lógica de organização, situação evidenciada por quase todos os usuários do grupo 1, de menor escolaridade, gere um maior desgaste decorrente de sucessivas idas à triagens fora dos horários indicados pelas unidades, e até mesmo uma dificuldade em entender as orientações pelos profissionais de saúde e de recepção. Observe-se por exemplo, que os casos de não superação de barreiras ocorreram para usuários mais desprovidos de capital global (Quadro 2). Em diferente perspectiva outro trabalho evidenciou que os grupos mais vulneráveis também enfrentam barreiras de outras ordens, como as de linguagem e cultural (Thiede, 2005).

Pode-se observar que a posição do agente no espaço social, definida em função do volume de seus capitais, influenciou nas suas práticas e atitudes segundo esquemas de percepção moldados pelos limites da própria estrutura social. O maior volume de capital global contribuiu para o maior conhecimento sobre o funcionamento dos serviços, assim como uma melhor utilização dos recursos disponíveis. Porém, como *habitus* produzidos a partir de condições de existência parecidas podem sofrer variantes ligadas às trajetórias sociais individuais, relacionadas à experiência escolar e familiar (Bourdieu, 2003), uma maior capacidade de aprendizagem e de articulação com os diversos agentes, pode resultar em melhor uso dos serviços e responder pela superação de barreiras o que corresponderia, em última instância, a uma melhor acessibilidade aos mesmos. Como ilustração desse fato tem-se o relato de duas usuárias de mais elevado capital global (US 1 e 2 Pri), residentes de área central da cidade, que descreveram suas experiências de

utilização de serviços de várias formas, tanto por unidades básicas como consultórios particulares. Uma delas inclusive foi inscrita como dependente de uma irmã em uma unidade de saúde da família para obter atendimento, revelando ser um privilégio ter acesso ao sistema público (Us 1 pri).

“Mas eu busquei os serviços dos SUS por intermédio de minha irmã, porque ela tem esse programa de saúde da família, ela mora num bairro periférico da cidade e eu queria fazer uma série de exames e aí então a gente conversando ela falou faz assim, “eu te coloco como da minha família, não tem problema”, até pela dificuldade que a gente tem porque aqui no bairro a gente passa por essa realidade né, a gente não tem posto, então é realmente mais delicado pra gente só nesse aspecto, porque você tem que se deslocar pra um posto mais central e como tinha minha irmã que tinha toda essa facilidade, agente de saúde, que vai na casa, que visita, que sabe dos problemas que ela passa. Ela foi e me colocou como dependente dela, e dentro desse processo de dependência dela, eu fiz, eu fiz uma consulta com um clínico, um clínico geral, e ele me encaminhou todos os exames, aí eu fiz os exames, levei de volta pro clínico tudo dentro da normalidade....e ainda brinquei com ela né, porque eu falei puxa, se eu soubesse que era tão bom assim, eu marquei né, poucas pessoas para serem atendidas, eu fiquei encantada com o atendimento” US 1 Pri.

Este fato revelou a importância do PSF enquanto organizador da porta de entrada ao serviço, independente dos níveis sociais dos indivíduos, correspondendo a uma imagem objetivo de sua implantação.

Observou-se que os usuários de maior capital cultural ou com trabalho formal, relataram menor tolerância à espera, expressaram melhor sua indignação diante do processo ao qual se submeteram tendo maior urgência no atendimento e resposta a suas necessidades.

Contudo, também foi observado que parte das condições de superação das barreiras foram dadas por características organizacionais dos próprios serviços, que viabilizaram a partir de intervenções estruturais o atendimento a usuários de diferentes classes sociais.

5.3.2 Intervenções nos serviços que facilitam o contato dos usuários

Apesar de se verificar a existência de barreiras de acesso, percebe-se que o modo de organização dos serviços facilitou parte dos contatos estabelecidos entre usuários e serviços. Entre os principais fatores, a existência dos ACS nas equipes, os contatos através do sistema de

triagem das USF e de marcação de consultas das UBS foram relevantes para viabilizar o contato e responderam pela superação dos principais obstáculos (Quadro 2).

A presença do agente comunitário nas USF e UBS foi percebida como facilitadora do acesso às mesmas, na medida em que contribuiu para superar as dificuldades, diferindo, contudo, entre as unidades visitadas. A marcação da consulta através do agente comunitário foi um padrão encontrado, funcionando como um elo entre os usuários e serviços, capaz de minimizar o fato de não haver marcação de consultas para a demanda espontânea na USF 1, e a redução da distância geográfica para usuários da zona rural nas UBS 1 e 2. Minimizou ainda o desgaste pelo atendimento visto que a marcação de consultas da demanda espontânea na UBS 1 se restringia a três dias na semana em horários específicos.

Na UBS 2 a existência de sistema permanente de marcação de consultas aliado à existência de ACS para algumas áreas de zona rural, direcionou as barreiras citadas pelos usuários para o modo de organização do atendimento, sendo a ordem de chegada tida como maior obstáculo ao acesso. A persistência dos usuários, que chegavam a esperar entre duas e três horas pelo atendimento, é que superava esta barreira.

Quadro 2 – Usuários de unidades de saúde, barreiras enfrentadas no processo de busca do cuidado e características de superação das mesmas em um município do Estado da Bahia, 2006.

	Usuários	Barreiras enfrentadas	Superou				Não superou	resultado
			Persis-tência	ACS	Triagem/ marcação	Rede social		
Grupo 1 - baixo capital global - BCC/BCE	US1 – USF 1	não enfrentou barreiras		X				consulta marcada pelo ACS
	US2 – USF 1	Limite de vagas para a triagem	X					voltou à tarde, mesmo dia e foi atendida
	US3 - USF 1	Ausência de marcação de consultas para a demanda espontânea			X			foi atendida na triagem
	US4 – USF 1	.....		X				consulta marcada pelo ACS
	US5 – USF 1	.....		X				“ “ “
	US6 - USF 1	.....		X				“ “ “
	US1 - USF 2	Falta de padronização na marcação da consulta do usuário através da triagem			X			Foi para a triagem e conseguiu marcar para outro dia
	US2 – USF 2	.....	X					após duas tentativas na triagem conseguiu marcar consulta
	US4 - USF 2	.....	X					após duas tentativas passou na triagem e foi atendido
	US5 - USF 2	.....			X			Foi para a triagem e conseguiu marcar para outro dia
	US6 - USF 2	.....			X			Foi atendida na triagem
	US8 - USF 2	.....			X			Foi para a triagem e conseguiu marcar para outro dia
	US9 - USF 2	.....			X			Foi atendida na triagem
	US3 – USF 2	Restrito horário para o atendimento da demanda espontânea					X	Não foi atendido
	US7 - USF 2	.....					X	Não foi atendido
	US2 – UBS1	Distância geográfica entre a residência e a unidade dificultando a ida para marcação		X				Consulta marcada pelo ACS aguardava atendimento
	US4 – UBS1	Horário de marcação da UBS restrito a alguns dias	X					Consulta marcada pela usuária, aguardava atendimento
	US1 – UBS2	Distância geográfica entre a residência e a unidade dificultando a ida para marcação		X				Consulta marcada pelo ACS aguardava atendimento
	US2 – UBS2	.....		X				Consulta marcada pelo ACS aguardava atendimento
	US6 – UBS2	.....	X					consulta marcada pela usuária, aguardava atendimento
	US3 – UBS2	Não enfrentou barreiras, teve sua consulta marcada pelo atendente amigo do filho				X		consulta marcada pelo amigo atendente da unidade
	US4 – UBS2	Atendimentos para consulta por ordem de chegada	X					Consulta marcada pela usuária, aguardava atendimento
	US5 – UBS2	.....	X					consulta marcada pela usuária, aguardava atendimento
US 3 – EM	Encaminhamento da USF/Zona rural para a emergência sem referência; ausência de emergência 24 horas					X	Não conseguiu ser atendida após procurar USF e emergência	
US 5 EM 1	.....					X	Não conseguiu ser atendida após procurar USF e emergência	
US 4 EM 1	Restrito horário da triagem na USF; ausência de emergência 24 horas					X	Não conseguiu ser atendida após procurar USF e emergência	
Grupo 2 - médio capital global - MCC/BCE	US1 – UBS1	Horário de marcação da UBS restrito a alguns dias					X	não conseguiu marcar pois procurou fora do horário
	US3 – UBS1	Sistema de marcação de exames através da UBS	X					A usuária visitou a unidade várias vezes para saber das marcações dos exames
	US 1 – EM 2	Horários restritos de atendimentos na triagem do hospital	X					aguardava desde o início da manhã ser atendida no hospital
	US 2 – EM 2	.....	X					não foi atendido no PSF e buscou a emergência do hospital, aguardava o atendimento
	US 1 PRI	Não ter PSF no seu bairro ; não tem plano de saúde				X		amigo médico atendeu em consult. particular e encaminhou pela rede de serviços SUS
	US 2 PRI	Falta de médico na UBS e na emergência do hospital	X					Após buscar UBS, emergência do hospital, buscou consultório particular e foi atendida

Grupo 1 – BCC/BCE – Usuários com até o 1º grau completo Ocupações de baixa qualificação (empregadas domesticas, trabalhadores rurais, empregado de serviços e desempregados); Ocupações de baixa qualificação (empregadas domesticas, trabalhadores rurais, empregado de serviços e desempregados);

Grupo 2 – MCC/MCE – Usuários com 2º grau completo Ocupações de média qualificação (profissionais autônomos, pequenos empresários, profissionais de média especialização);

Esses achados são consistentes com os de outros estudos que têm mostrado o potencial dos ACS como facilitadores dos usuários na superação de barreiras de comunicação e no estabelecimento de vínculos (mediados pela confiança e responsabilidade) entre a comunidade e os serviços (Frazão & Marques, 2006), elementos importantes para a manutenção e o aprimoramento do estado de saúde.

Outro padrão de utilização foi estabelecido pelo atendimento a partir da triagem da demanda espontânea⁷ (Quadro 2). Essa prática foi mais comum na USF 2, onde a triagem além de tentar priorizar os casos para o atendimento no turno, funcionava como momento de marcação de consultas para os usuários que não tivessem sido priorizados para realização da consulta no mesmo dia da procura, estabelecendo um canal informal de marcação de consultas. Apesar de tal conduta não ser aquela estabelecida pelo Manual de normas e rotinas das USF, essa atitude estabelecia um canal de contato autônomo entre usuários e serviços, que, na dependência de suas necessidades buscavam a unidade e tentavam agendamento. Contudo, não resultava adequado visto que não era divulgado como sistema de marcação de consultas aberto a todos, sendo que alguns usuários conseguiam ser atendidos no momento da triagem, outros saíam com consultas agendadas e outros eram orientados a retornar na próxima triagem para tentar novamente.

Como resultante desse processo é possível estar ocorrendo o rechaço de parte da demanda espontânea que não consegue “passar” na triagem, retornando em horários diferentes e mais de uma vez a unidades ou procurando outras formas de resolver sua demanda como as emergências.

Além disso, o horário estabelecido para as triagens e a incerteza no atendimento foi revelado pelos usuários inseridos no mercado formal como um impedimento ao uso devido à falta de justificativa no caso de ausência ao trabalho e não atendimento. Os rígidos e limitados horários de funcionamento e a marcação presencial têm sido apontados como constrangimentos efetivos ao acesso à atenção básica em municípios com mais de 100 000 habitantes (Elias et al,

⁷ Este espaço funciona diariamente no início de cada turno nas unidades de saúde da família, e é compreendido como o momento onde o auxiliar de enfermagem atende o usuário, recolhe suas queixas, analisa os sinais vitais e repassa ao médico e enfermeira da equipe para a priorização obedecendo a critérios de sintomatologia e gravidade do quadro.

2006). Essas práticas correspondem, na verdade a um rechaço à demanda espontânea o que acaba contrariando o projeto de mudança de modelo assistencial. Para Paim (2003), a organização da oferta não deve significar restrição do acesso para a demanda espontânea, sendo necessário viabilizar o acolhimento aos usuários a partir de suas necessidades e então transformando-as em oferta organizada (Paim, 2003).

A localização de unidades sanitárias do PSF próximas ao local de residência dos usuários, decorrentes do trabalho de territorialização, resultou em redução das barreiras geográficas para os mesmos. Exceção feita para a zona rural sem PSF, onde os usuários tiveram que fazer longos deslocamentos em busca de assistência.

Como limite na organização do sistema, verifica-se a ausência de sistema de referência para níveis mais complexos. Algumas usuárias entrevistadas foram orientadas a procurar hospitais de emergência para atendimento de seus filhos menores sem qualquer encaminhamento formal. Articulada a essa situação, essas usuárias não encontraram profissionais na emergência procurada, recebendo por explicação o fato de não haver médico atendendo naquele horário, revelando também, deficiências no sistema de emergência 24 horas.

5.3.3 *Habitus* profissional e a articulação usuários x serviços

Entre os profissionais médicos entrevistados cuja idade variou entre 32 e 74 anos (média de 45), a maioria apresentou trajetória social ascendente quando analisados em relação à escolaridade de seus pais. Apesar da proximidade quanto à origem social, quase todos em classe popular, observa-se que os profissionais P2, P6 e P10 possuem pais com mais elevado capital global, influenciado pelo capital cultural elevado (P2 e P6) e pelo capital econômico (P10) (Quadro 3).

Para melhor compreensão das práticas realizadas por estes agentes, deve-se investigar a trajetória e as características de inserção profissional que podem atuar como geradoras de disposições facilitadoras da utilização dos serviços por parte dos usuários. Nesta perspectiva, foi possível agrupar os agentes investigados em três subgrupos de acordo com tais características.

Um primeiro subgrupo formado por profissionais de trajetória majoritária no campo público, tendo como atividade principal o PSF e declarando não haver interesse em ampliar seus vínculos com o setor privado neste momento (P1, P4 e P6). Estes agentes apresentaram disposição ajustada a este campo, referindo a participação em atividades coletivas, trabalhos em sala de espera além de demonstraram grande conhecimento sobre a organização dos serviços e sua articulação com o sistema de saúde, disposições vistas como facilitadoras do acesso (Quadro 3).

“Não, não tenho essa aspiração não. Acho que hoje em dia existem muitas dificuldades para que se tenha o seu consultório, sua clínica, são dificuldades burocráticas, cargas tributárias, você disputar isso no mercado de trabalho. Então eu acho que se você fizer parte de um bom serviço você pode executar um bom trabalho e ser bem remunerado por isso” P4

“O grande empregador é o serviço público. Embora ele (médico) não seja formado pro serviço público, e esse é o grande choque... o que eu falei que o médico não entende de PSF, é porque a gente não é formado prá isso. E há uma necessidade da mão de obra médica. E quando existiu esse redirecionamento do SUS, com a massificação do PSF. Não penso em sair” P1

De certa forma o desinteresse pelo campo privado se revelou em um outro tipo de interesse, visto que um agente pretende entrar para o campo político (P4), ou o desejo de aprender, adquirir experiência e construir um “nome” (P1 e P6), reconhecendo portanto, o campo público como um espaço privilegiado de aprendizagem. Apesar disso, dois agentes revelam a

importância de manter ao menos uma inserção no setor privado, como um sinal de competência e de busca de reconhecimento por parte de colegas desse campo e dos usuários (P4 e P6). Isso de alguma forma revela a hegemonia do campo privado que se traduz inconscientemente nas condutas dos profissionais.

Um segundo subgrupo de agentes cuja formação profissional se deu no campo privado (P2, P3, P8 e P9), e que se inseriram em atividades no campo público, estando entre as razões a busca de novas experiências (P9) e as oportunidades de maiores ganhos financeiros diante da possibilidade de articular o PSF e outras atividades no âmbito do serviço público (P2 e P8). Todos eles possuíam residência profissional em área clínica (Quadros 3 e 4).

“Eu pretendo voltar a atender em consultório, não tenho pretensão de passar minha vida toda trabalhando somente na parte pública. Apesar de que hoje emprego nos dá certa segurança por um lado, é também limitado a gente nunca sabe como vai ficar amanhã... Sim, é voltar a fazer consultório, não sei quando vou conseguir, mas tenho esse projeto!” P2

Observando as trajetórias, foi possível perceber que esses profissionais mais ajustados ao campo privado, mesmo quando inseridos no PSF não referiram nenhuma (P3) ou apenas uma das disposições analisadas (P2) (Quadro 3). Ou seja, revelaram pouca participação em atividades coletivas em sala de espera, centrando os atendimentos nos consultórios e pouco envolvimento na organização da unidade no tocante à triagem e acolhimento.

A sensação de desajuste desses profissionais dentro do campo público pode também resultar em práticas inadequadas nas relações interpessoais podendo afastar os usuários dos serviços ou mesmo dificultar o seu acesso. Essa situação pode ser ilustrada ao observar profissionais que chegam às unidades e se dirigem para seus consultórios sem passar pela sala de espera ou estabelecer qualquer contato com os usuários na recepção (P2 e P3). Ou aqueles que apesar de terem conhecimento e defenderem o envolvimento do profissional com os serviços, não o fazem justificando a ausência de espaços adequados nas Unidades tradicionais (P8 e P9).

Ainda foi possível identificar um terceiro subgrupo, composto por dois profissionais com trajetória no campo privado onde exercem sua atividade principal, apesar de manterem um

pequeno vínculo no atendimento ambulatorial em uma unidade básica de saúde (P7 e 10) (Quadros 3 e 4).

É possível que profissionais com maior inserção no setor privado, tenham adquirido um *habitus* dominante desse campo, e portanto, não se sintam motivados para desenvolverem práticas ajustadas à realidade do setor público que requer um *habitus* de desinteresse no que diz respeito às recompensas exclusivamente materiais.

Obstáculos ao acesso relacionados com as práticas dos profissionais têm sido analisados em outros trabalhos. Gask (2005), analisando a relação entre serviços ambulatoriais e de especialistas em saúde mental evidenciou a existência de barreiras abertas (*over*) e cobertas (*covert*), em que as primeiras estão relacionadas à obstáculos concretos na oferta de serviços e as segundas à falta de oportunidades no contato com esses serviços muito relacionado aos limites dos profissionais que atuam nos mesmos (Gask, 2005). No Reino Unido, revisão de estudos sobre o acesso indicou a importância desse aspecto resultando em um novo construto compreendido sob o termo *adjudication*, o que significa o julgamento e as decisões feitas pelo profissional que pode facilitar ou inibir a continuidade do usuário no sistema, envolvendo as condições de funcionamento dos serviços e a sensibilidade dos recursos em capturá-los (Dixon-Woods, 2006).

O fato de que a quase totalidade dos profissionais, desenvolvem atividades extras em unidades básicas ou hospitais pode fragilizar os vínculos entre estes e os usuários tendo em vista que o excesso de carga horária tem consequências na qualidade da atenção prestada (Quadro 4). Contudo, essas atividades extras são em sua maioria vinculadas à própria Secretaria Municipal de Saúde, que diante da necessidade de contratação de profissionais médicos e da baixa disponibilidade dos mesmos no mercado, busca incorporar os próprios profissionais em outros postos de trabalho, como por exemplo, em atividades desenvolvidas pelo SAMU, pelas unidades básicas de saúde e auditoria médica. Para os profissionais, essa iniciativa também corresponde aos seus interesses ao elevar as possibilidades de ganhos financeiros. Um fator apontado para

essa múltipla inserção reside na própria modalidade de contratação, situação também observada por Dal Poz (2003) criticando a intermediação de ONGs ou cooperativas o que gera uma fragilização nas relações de trabalho, e incertezas quanto à continuidade do mesmo (Dal Poz, 2003).

Quadro 3 – Características dos profissionais médicos em relação aos capitais econômico e escolar dos seus pais, trajetórias social* e profissional, local de atividades e conhecimento sobre o acesso de usuários aos serviços em um município do Estado da Bahia, 2006.

Médicos	Idades	Sexo	Profissão dos pais/escolaridade	Situação	Trajетória profissional	Local de atividade pública	Conhecimento sobre o acesso de usuários	Envolvimento no processo de acesso de usuários
P1	32	M	Pai – sapateiro, 4ª série/ Mãe – dona de casa, 4ª série	Ascendente	Pública	PSF	Sim	Sim
P4	40	M	Pai – comerciante, 2º grau/ Mãe – professora, 2º grau	Ascendente	Pública	PSF	Sim	Sim
P5	74	M	Pai – peq. produtor, analfabeto/ Mãe – dona de casa, analfabeta	Ascendente	S/predomínio	PSF	Sim	Sim
P6	38	M	Pai – médico-pediatra/ Mãe – professora, 2º grau	Estável	Pública	PSF	Sim	Sim
P2	40	F	Pai – comerciante, 2º grau / Mãe – pedagoga, superior	Ascendente	Privada	PSF	Sim	Não
P3	48	F	Pai – comerciante, 1º grau / Mãe – dona de casa, 2º grau	Ascendente	Privada	PSF	Não	Não
P8	42	M	Pai – técnico em eng. elet, 2º grau/ Mãe – dona de casa, 8ª série	Ascendente	Privada	UBS	Sim	Não
P9	51	F	Pai – const. de estradas, primário/ Mãe – dona de casa, primário	Ascendente	Privada	UBS	Sim	Não
P7	60	M	Pai – viajante, 1º grau/ Mãe – professora, 2º grau	Ascendente	Privada	UBS	Não	Não
P10	35	M	Pai – fazendeiro/comerciante 2º grau/ Mãe – comerciante, 2º grau	Ascendente	Privada	UBS	Não	Não

*Considera-se trajetória ascendente aquele que alcançou escolaridade maior que seus pais, estável aqueles que mantiveram a escolaridade da geração imediatamente anterior e descendente aquele que alcançou escolaridade inferior aos seus pais.

Quadro 4 – Profissionais médicos da rede municipal segundo tempo de formado e no serviço público, outros vínculos e especialização, em um município do Estado da Bahia, 2006.

Médicos	Tempo de formado	Tempo no PSF ou no serviço público	Outros vínculos	Especialização (E) /Residência (R)	Trajetória profissional hegemônica
P1	3 anos	2 anos- PSF	Não	Nenhuma	Pública
P2	14 anos	2 anos- PSF	SAMU regulador; Auditoria médica	Cardiologista (R)	Privada
P3	15 anos	4 anos – PSF	Não.	Cardiologista (R)	Privada
P4	12 anos	8 anos – PSF	SAMU regulador; Plantonista; Coordenador PS.	Saúde pública (E)	Pública
P5	50 anos	6 anos – PSF	Médico de UBS	Nenhuma	s/predomínio
P6	5 anos	4 anos – PSF	Médico de UBS; SAMU intervencionista; PS hospital infantil; Plantonista.	Clínica (R)	Pública
P7	30 anos	20 anos UBS	Dono de clínica; Plantonista	Saúde pública (E)	Privada
P8	14 anos	5 anos – UBS	Sócio de clínica; Saúde Família (outro município)	Cirurgia geral (R)	Privada
P9	20 anos	3 anos – UBS	Não.	Ginecologista (R)	Privada
P10	8 anos	3 anos – UBS	Dono de clinica; Auditoria do município; Diretor hospital cidade vizinha.	Gastroenterologia (E)	Privada

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora existam diversas evidências de que um maior volume de capital global contribua para uma maior e melhor utilização de serviços, na presente investigação, os diferenciais no processo de busca do cuidado entre agentes com diferentes tipos de capital foram minimizados pelo conjunto de intervenções, voltadas para a melhoria do acesso, realizadas no âmbito do município. Ou seja, embora o enfrentamento de barreiras tenha sido comum a todos os grupos de agentes, não foi possível estabelecer um padrão na superação das mesmas de acordo com a posição ocupada no espaço social. Nesse sentido, em que pesem as ações para a melhoria da acessibilidade terem sido avaliadas como de nível intermediário⁸, o estabelecimento de portas de entrada e de canais de contato entre usuários x serviços responderam pela superação de grande parte das barreiras encontradas. Apesar das diferentes “capacidades” das pessoas, as intervenções realizadas foram facilitadoras da utilização de serviços, mesmo para aqueles usuários mais desprovidos socialmente.

As unidades do PSF e as UBS funcionaram como portas de entrada ao sistema em diversas situações, sendo procuradas por agentes de diferentes características, revelando que a proposta de reorganização dos serviços no município a partir da adequação da atenção básica como porta de entrada tem se tornado uma experiência. Interessante observar, porém, que persiste para os usuários de menor capital global a procura dos serviços horas antes do horário de atendimento ou fora do estabelecido pelos serviços. Esse comportamento dos usuários de baixa renda pode estar relacionado a experiências passadas que geram desconfiança sobre o próprio sistema ou na sua dificuldade em exigir ser atendido fora da triagem. Além de ser motivada pelo baixo volume de informação incorporado por esses agentes, a procura pelo

⁸ Ver segundo artigo da presente tese: Cunha, A., B., O. A acessibilidade aos serviços de saúde e a descentralização da atenção.

serviço nesses horários também revela por um lado, que o serviço não está disponível para o usuário em horários convenientes para o mesmo.

Para os agentes de mais elevado capital, a procura se deu em horários “comerciais”⁹, revelando maior conhecimento sobre o funcionamento dos serviços, além de se verificar maior mobilidade na busca dos mesmos. Ou seja, o maior volume de capital decorrente das condições materiais significou melhor uso das inovações existentes, porém a falta deles não foi fator impeditivo ao uso para os demais usuários.

Mudanças nas condutas dos usuários e nas práticas dos profissionais, implicam em transformações mais profundas nas estruturas e mecanismos do espaço social ou dos campos, geradoras das percepções e práticas dos agentes. Relaciona-se à melhoria nas condições de vida, de trabalho e de educação dos segmentos da população mais desprovidos socialmente. Ficou evidenciada, porém, a importância das intervenções feitas a partir de políticas municipais nos serviços de saúde visando reduzir as desigualdades no acesso geradas pelas diferentes inserções estruturais das pessoas definidas pela sua posição no espaço social e pelo volume e composição de seus capitais. Alguns elementos reunidos no presente estudo, contudo, apontam que essas intervenções setoriais voltadas para a melhoria do acesso necessitam ser melhor especificadas e direcionadas aos obstáculos objetivos e subjetivos existentes nos serviços de saúde e nas práticas dos seus profissionais. Isso implica no desenho de políticas voltadas para reorganizar o acolhimento através de sistemas de marcação permanente de consultas articulado às iniciativas de organização da oferta. Implica ainda num amplo movimento social e cultural capaz de repensar e requalificar as relações interpessoais ainda vigentes.

⁹ Essa situação refere-se ao momento da primeira coleta do estudo em que era permitido ao usuário a procura direta pela CMC, em que usuários de maior capital global buscaram os serviços no meio da manhã.

7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFIAS

1. Andersen, R, Newman, J. (2005) Societal and Individual Determinants of Medical Care Utilization in the United States. *The Milbank Quarterly*, Vol. 83, No. 4, pp. 1–28.
2. Australian, Institute of Health and Welfare. (2006) Australia health, 2006: the tenth biennial health report. Canberra, 2006. [acessado em 12.12.2006 endereço eletrônico: aihw.gov.au].
3. Barros, P, Gomes JP. (2002) Os Sistemas Nacionais de Saúde da União Européia, Principais Modelos de Gestão Hospitalar e Eficiência no Sistema Hospitalar Português. Faculdade de Economia, Universidade Nova de Lisboa / GANEC – Gabinete de Análise Económica.
4. Borrell, C, Fernandes, E, Schiaffino, A, Benach, J, Rajmil, L, Villalbi, J, Segura, A. (2001) Social class inequalities in the use of and Access to health services in Catalonia, Spain: what is the influence of supplement private health insurance? *International Society for Quality in Health Care*. Vol. 13, N 2 – 117-125.
5. Bós A, M, G, Bós, A, J G. (2004) Determinantes na escolha entre atendimento de saúde privada e pública por idosos. *Revista de Saúde Pública*, 38 (1), 113-120.
6. Bourdieu, P. (1979) La distinción. Criterios y bases sociales del gusto. Ed Taurus.
7. Bourdieu, P. (2003a) O poder simbólico. Ed Bertrand Brasil, 2003a
8. Bourdieu, P. (2003b) Razões práticas. Sobre a teoria da ação. Papyrus Editora, 2003b.
9. Bourdieu, P. (2001) Meditações Pascalianas. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 324p.
10. Boudieu, P. (2004) Usos Sociais da Ciência. Por uma sociologia clínica do campo científico. Editora UNESP/INRA. Brasil.
11. Blane D, (2003) The life course, the social gradient, and health. In *Social Determinants of Health*. Editora Oxford. P. 64-79.
12. Brasil, República Federativa do, (1988) Constituição da República Federativa do Brasil.
13. Brasil, IBGE. (2000) Acesso e utilização de serviços de saúde, 1998. IBGE / Departamento de Emprego e Renda/ PNAD. Rio de Janeiro.
14. Brasil, IBGE.(2005) Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 2003. CD rom.
15. Canada, Health. (2006) Ministerio de Santé do Canada. Endereço eletrônico www.hs-sc.gc.ca. Acessado em dezembro.
16. Campbel, J, Freeman G, Heath, I, Jenner, D, Sang, B, Schofield, T, Whillier, D. (2004) The future of access to general practice-based primary medical care. Informing the debate.

- A review paper prepared for the Royal College of General Practitioners and the NHS Alliance. Royal College of General Practitioners. June.
17. Dal Poz, MR, (2002) Cambios en la contratación de recursos humanos: el caso del Programa de Salud de la Familia en Brasil. *Gaceta Sanitaria*, 16 (1): 82-88.
 18. Dachs N, Santos, A. (2006) Auto avaliação do estado de saúde no Brasil: Análise dos dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios/2003. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*. V 11 (4), 887-894, out-dez.
 19. Dixon-Woods, M. Cavers D, Agarwal S, Annandale, E, Arthur, A, Harvey, J, Hsu, R, Katbamna S, Olsen, R, Smith L, Riley R, Sutton A, (2006) Conducting a critical interpretive synthesis of the literature on access to healthcare by vulnerable groups. *BMJ, Medical Research Methodology* 6:35.
 20. Donabedian, A. (1988) Los espacios de la salud: Aspectos fundamentales de la organización de la atención médica. Ed. Biblioteca de la Salud. 1ª edição espanhola, México.
 21. Elias, P, Ferreira, C, Alves, M, Cohn, A, Kishima, V, Junior, A, Gomes A, Bousquat, A. (2006) Atenção Básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. *Ciência e Saúde Coletiva*, 11 (3): 633-641.
 22. España, Sistema Nacional de Salud. Ministério de Sanidad y Consumo/ Secretaria General de Sanidad/ Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. [acessado em 09.12.2006 endereço eletrônico <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/e01.htm>]
 23. Ensor T, Cooper, S. (2004) Overcoming barriers to health service access: influencing the demand side. *Health Policy and Planning* 19 (2): 69-79
 24. Finkelstein, Murray M. (2001) Do factor other than need determine utilization of Physician's services in Ontario? *Canadian Medical Association*, 165 (5) September 4, 5650570.
 25. Frazão, P & Marques, D. (2006) Influência de agentes comunitários de saúde na percepção de mulheres e mães sobre conhecimentos de saúde bucal. *Ciência e Saúde Coletiva* (11 (1) 131-144.
 26. Gask. L. (2005) Over and covert barriers to the integration of primary and specialist mental health care. *Social Science & Medicine*. 61 – 1785-1794.
 27. Goddard, M, Smith, P (2003) Equity of access to health care services: theory and evidence from the UK. *Social Science & Medicine* (53) 1149-1162.
 28. Hendryx, M, Ahern, M, Lovrich, N, McCurdy, A. (2002) Access to health care and community social capital. *Health Services Research*, 37 (1), 87-103, February.

29. Hyndman, J, Holman, C D J. (2001) Accessibility and spatial distribution of general practice services in an Australian city by levels of social disadvantage. *Social Science & Medicine* (52) 1599-1609.
30. Kawashi I, Keneddy, B. (1997) Socioeconomic determinants of health: Health and social cohesion: why care about income inequality? *British Medical Journal*. 314:1037.
31. Kawashi I, Kennedy BP, Lochner K, Prothrow-Stith D. (1997) Social capital, income inequality, and mortality. *Am J Public Health*; 87(9):1491–1498..
32. Lima-Costa, MF, Matos, D, Camerano, DA. (2006) Evolução das desigualdades sociais em saúde entre idosos e adultos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD 1998; 2003). *Ciência e Saúde Coletiva*. V 11 (4), 941-950. set-dez,
33. Marmot M, (2002) The influence of income on health: Views of An Epidemiologist. *Health Affairs*, March/april, pp 31-45.
34. Paim, J S. (2003) Modelos de Atenção e Vigilância da Saúde. In: *Epidemiologia & Saúde*. Rio de Janeiro: MEDSI, p.567-586.
35. Ribeiro, M, Barata, R, Almeida, M, Silva, Z. (2006) Perfil sócio-demográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para usuários e não usuários do SUS/PNAD-2003. *Ciência e Saúde Coletiva*. V 11 (4), 1011-1022, out-dez..
36. Rojas, Y, Carlson, P. (2006) The stratification of social capital and its consequences for self-rated health in Tagarong, Russia. *Social Science & Medicine*. 62 (1) 2732-41, June.
37. Rose, R, (2000) How much does social capital add to individual health? A survey study of Russians. *Social Science & Medicine* 51:1421-35.
38. Starfield, B, Robertson, J, Riley, A. (2002) Social class gradients and health in childhood. *Ambulatory Pediatrics*, Volume 2, N 4, 238 -246. july-august.
39. Sweden, (2003) The Health Care System in Sweden. Published by the Swedish Institute (acessado em 22/nov de 2006).
40. Thiede, M.(2005) Information and access to health care: is there a role for trust? *Social Science & Medicine* (61) 1451-1462.
41. Van Doorslaer, Wagstaff A, van der Burg H, Christiansen T, De Graeve D, Duchesne I, et al. (2000) Equity in the delivery of health care in Europe and the US. *Journal Health Economy*. Sep;19(5):553-83.
42. Vieira da Silva, L, Hartz, Z, Chaves, S, Silva, G, Paim, J. (2007) Análise da implantação da gestão descentralizada em saúde: estudo comparado de cinco casos na Bahia – Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Volume 23 (2), 355-370, fevereiro.

43. Whitehead, M, Evandrou, A, Haglund B, Diderichsen, F. (1997) As the health divide widens in Sweden and Britain, what's happening to access to care? *British Medical Journal*: 315: 1006-1009.
44. Wilson, K Rosenberg, M. (2004) Accessibility and the Canadian health care system: squaring perceptions and realities. *Health Policy*, 67 – 137-148.
45. Wilkinson, R, (2003) Outting the picture together: prosperity, redistribution, health, and welfare. In *Social Determinants of Health*. Editora Oxford. Pp 256 – 271.
46. Ziersch AM, Baum, BI, Macdougall, C, Putland, C. (2005) Neighbourhood life and social capital: the implication for health. *Soc. Science Medicine*, 60: 71-86.

APÊNDICE A

a) ROTEIRO DE ENTREVISTA COM O USUÁRIO

1. Qual a sua profissão? Você terminou os estudos? Qual sua escolaridade?
2. E a sua ocupação?
3. Qual a profissão dos seus pais (pai e mãe)? E a escolaridade?
4. Você tem filhos? É casado?
5. Qual a sua faixa de renda? (*estipular faixas de renda e verificar o melhor momento para perguntar*)
6. Possui amigos ou familiares profissionais de saúde? Que trabalhem em hospitais?
7. Você costuma participar de associações de moradores no seu bairro?
8. Você utilizou os serviços de saúde público ou privado nos últimos 15 dias?
9. Que motivo o levou até lá?
10. Você tem algum plano de saúde?
11. (Caso sim) Você e sua família costumam utilizar as unidades públicas? Em quais circunstâncias?
12. Qual a unidade que você procura quando tem algum problema?
13. Você sabe os horários de funcionamento desta unidade?
14. Quais os serviços que são oferecidos?
15. Você já chegou a pagar para conseguir algum atendimento no setor público?
16. Ela fica a que distância de sua casa? Quanto tempo leva andando? E de carro? Ônibus?
17. Precisa pegar algum transporte coletivo para ir até lá?
18. (tentar identificar se já deixou de ir a consultas, exames ou outros procedimentos por não ter dinheiro para o transporte)
19. Quem marcou a consulta para você?
20. Precisou pegar filas? Que horas chegou na unidade? Teve entrega de fichas?
21. Quanto tempo levou entre a marcação e o atendimento?
22. Esperou muito para ser atendido na unidade? Quanto tempo? Que horas chegou na unidade? Me conte como foi o atendimento?
23. Houve algum contato entre o serviço e você durante o período que esperava?
24. Você precisou de exames complementares? Como fez?
25. Já precisou de serviços de emergência? Como fez?
26. A unidade que frequenta tem um bom atendimento? (*tem lugar para sentar, água para beber...*).

27. *(Sendo usuário do sistema público e privado)* Quais as diferenças que verifica no atendimento entre os dois sistemas?
28. O que sugere para melhorar o atendimento público e resolver seu problema de saúde?

b) ROTEIRO DE ENTREVISTA COM PROFISSIONAL DE SAUDE - MÉDICO E ENFERMEIRA

Característica dos agentes

1. Qual a sua trajetória profissional? (formação, especialização, saúde pública,...)
2. Como fez a opção por esta profissão?
3. Qual a profissão de seus pais? e a escolaridade?
4. Participa de alguma organização profissional? é sindicalizado?
5. Esta vinculado ao setor público e privado?
6. Como se deu esta inserção? Quais as razões que contribuíram para esta escolha?
7. Há quanto tempo trabalha nesta unidade, ou equipe de saúde da família *(verificar se chama os pacientes pelo nome, qual o tratamento que dispensa...)*?
8. Desenvolve prática semelhante em outro local?

Característica dos serviços

9. Como é uma semana de trabalho da equipe? Há horários definidos para as atividades (semana típica)?
10. Você tem conhecimento de como é feito o agendamento dos pacientes?
11. Quais os turnos de funcionamento das unidades?
12. Existem filas na frente da unidade? Tem entrega de fichas?
13. Quanto tempo o usuário demora na sala de espera?
14. O que pode ser feito para reduzir esta espera?
15. Quanto tempo leva entre a marcação e a realização da consulta?
16. Você se envolve nas atividades de triagem, acolhimento em sala de espera?
17. No caso de emergências como é feito o atendimento?
18. E no caso de não haver condição de atender aqui na unidade como se dá o encaminhamento? E o retorno do paciente?
19. Como se dá o encaminhamento para exames complementares?
20. Considera satisfatório o atendimento da unidade. A população que procura os serviços é atendida?

21. Como considera a relação de trabalho (*equipe de saúde da família, ou unidade básica*)?
22. Como são realizadas atividades junto com (a enfermeira ou com o médico) e ACS?
23. Como é a relação de supervisão de seu trabalho por parte da Secretaria Municipal de Saúde?
24. O que sugere para que seja facilitado o acesso da população aos serviços?
25. O que acha que dificulta o acesso da população aos serviços?

c) ROTEIRO DE ENTREVISTA AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

1. Qual a sua escolaridade? E de seus pais? Até que ano você estudou?
2. Qual a profissão do seu pai, mãe, cônjuge? E a ocupação?
3. Que fazia antes de se tornar ACS?
4. Gosta de trabalhar aqui na unidade?
5. Há quanto tempo trabalha nesta equipe?
6. Me fale sobre seu trabalho. Descreva um dia de trabalho. Descreva uma semana de trabalho (visitas, atividades educativas).
7. Como se desenvolve o seu trabalho junto à equipe?
8. Desenvolve alguma atividade interna à unidade?
9. Você participa do atendimento na unidade (acolhimento, sala de espera, etc)?
10. Como vê o atendimento da unidade?
11. A população que procura os serviços é atendida?
12. Tem conhecimento de pessoas que deixaram de ir ao serviços por dificuldades financeiras, falta de dinheiro para o transporte por exemplo?
13. A população desta área precisa tomar algum transporte para chegar à sua unidade de referência?
14. A população demora para obter atendimento?
15. A marcação de consultas tem funcionado? Como é o fluxo para marcação?
16. Existem filas na frente da unidade? Se sim, que horas começa a se formar?
17. Porque vocês não conseguiram terminar com as filas?
18. O que você acha que pode ser feito para acabar com as filas?
19. Tem entrega de fichas?
20. Quanto tempo o usuário demora na sala de espera?
21. No caso de emergências como é feito o atendimento?

22. E no caso de não haver condição de atender aqui na unidade como se dá o encaminhamento? E o retorno do paciente?
23. Como se dá o encaminhamento e a marcação para exames complementares? E o resultado dos exames? Como você orienta a população?
24. Você participa do agendamento de consultas e do retorno dos pacientes?
25. Seu trabalho é supervisionado por alguém?
26. O que sugere para que seja facilitado o acesso da população aos serviços?
27. O que acha que dificulta o acesso da população aos serviços?

d) ROTEIRO DE ENTREVISTA COM ATENDENTE DA UNIDADE

1. Qual a sua escolaridade? E de seus pais? Até que ano você estudou?
2. Qual a profissão do seu pai, mãe, cônjuge? E a ocupação?
3. Há quanto tempo trabalha aqui na unidade? (verificar se chama os pacientes pelo nome, qual o tratamento que dispensa...)
4. Gosta do que faz?
5. Já trabalhou para o setor privado? Em que?
6. Qual a sua função na unidade de saúde?
7. A população que procura os serviços é atendida no mesmo dia?
8. Descreva um dia de atendimento na unidade? E a semana?
9. Existe demora para obter atendimento? Quanto tempo?
10. Existem filas na frente da unidade? Tem entrega de fichas? Quanto tempo o usuário demora na sala de espera?
11. A marcação de consultas tem funcionado? Como é o fluxo para marcação?
12. No caso de emergências como é feito o atendimento?
13. E no caso de não haver condição de atender aqui na unidade como se dá o encaminhamento? E o retorno do paciente?
14. Como se dá o encaminhamento e a marcação para exames complementares? E o resultado dos exames? É você que orienta?
15. Você participa do agendamento de consultas e do retorno dos pacientes?
16. Como é a relação de supervisão de seu trabalho por parte da Gerência da unidade?
17. Como seu trabalho está articulado com o trabalho dos ACS?
18. que sugere para que seja facilitado o acesso da população aos serviços?
19. que acha que dificulta o acesso da população aos serviços?

e) ROTEIRO DE ENTREVISTA COM SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE E PROFISSIONAIS DA COORDENAÇÃO CENTRAL DA ATENÇÃO BÁSICA

1. Qual a sua trajetória profissional? (formação, especialização, saúde pública, ocupação...)
2. E a ocupação dos seus pais? E do cônjuge?
3. Onde residem?
4. Fale sobre a organização dos serviços de saúde no município. Como funciona a rede? Ela é suficiente? Está bem distribuída? Há problemas de acesso? Quais?
5. Quais estratégias têm sido implementadas visando melhorar o acesso da população aos serviços?
6. A marcação de consultas é feita através da unidade ou o usuário tem de se deslocar para marcar?
7. Como se dá o encaminhamento dos pacientes das unidades para a realização de exames complementares?
8. Há algum tipo de apoio financeiro (transporte) para o deslocamento desses pacientes?
9. Há um sistema de referência das unidade básicas para a média e alta complexidade? Há o retorno desses pacientes para a unidade básica?
10. Quais as dificuldades encontradas para organizar e manter o fluxo no atendimento à população?
11. O que ainda tem ser feito com o objetivo de facilitar o acesso da população aos serviços de saúde?
12. O que acha que dificulta o acesso da população aos serviços?

APÊNDICE B – TERMOS DE CONSENTIMENTO

a) Profissionais de saúde

Universidade Federal da Bahia

Instituto de Saúde Coletiva

Rua Basílio da Gama, s/n - Campus Universitário Canela

PROJETO – “ACESSIBILIDADE A SERVIÇOS DE SAÚDE, UTILIZAÇÃO E ESPAÇO SOCIAL”

Convite para participar da pesquisa

Você está sendo convidado (a) a participar de um estudo que tem como objetivos:

- Descrever as características da utilização e acessibilidade a serviços de saúde em seus componentes organizacionais e geográficos em um município do Estado da Bahia.
- Identificar as iniciativas voltadas para melhoria do acesso no município.
- Analisar os processos relacionados ao acesso a serviços de saúde para usuários de diferentes segmentos sociais, e as características dos indivíduos e profissionais.

Declaração de confidencialidade

Assumo o compromisso de que toda a informação que você irá me fornecer permanecerá estritamente confidencial. O seu nome ou cargo não aparecerá em nenhuma parte do relatório ou investigação ou qualquer outro documento que possa ser produzido a partir dela como artigos ou relatórios. Os dados publicados serão apresentados de forma que seu nome jamais será identificado.

Benefícios, riscos e caráter voluntário

Essa pesquisa que foi aprovada pelo Comitê de Ética do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia e inclui apenas perguntas avaliadas como adequadas e que não apresentam qualquer tipo de risco ou constrangimento conhecidos para você. Sua participação nessa pesquisa é de fundamental importância para gerar informações capazes de resultar na

melhoria da qualidade do cuidado prestado aos usuários do Sistema Único de Saúde. Porém, ela é inteiramente voluntária. A qualquer momento você poderá desistir de continuar a entrevista e só responderá as perguntas que desejar.

Em caso de algum problema

Se o senhor vier sofrer algum problema decorrente da sua participação nessa pesquisa gostaríamos de informar que não poderemos fornecer nenhuma compensação financeira porém podemos prestar apoio técnico. Contactar nesses casos com Alcione Brasileiro Oliveira Cunha (acunha@ufba.br), telefone (71) 3263-7434/99831048.

Eu (entrevistado) (a)----- pela pesquisadora -----, declaro estar ciente de que entendo os objetivos e condições de participação na pesquisa “Acessibilidade a serviços de saúde, utilização e espaço social” e aceito nela participar.

Nome

Data

Assinatura do entrevistador

b) Usuários

Universidade Federal da Bahia

Instituto de Saúde Coletiva

PROJETO – “ACESSIBILIDADE A SERVIÇOS DE SAÚDE, UTILIZAÇÃO E ESPAÇO SOCIAL”

Você está sendo convidado (a) a participar de um estudo desenvolvido pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

O objetivo deste estudo é descrever as características da acessibilidade aos serviços de saúde buscando identificar existência de barreiras e as estratégias utilizadas para a superação. A sua participação consiste em permitir que um de nossos pesquisadores realize uma entrevista com você para saber a sua opinião sobre o processo de busca da atenção e o atendimento prestado pela Unidade de Saúde da Família ou Unidade Básica de Saúde.

Você não precisa se preocupar pois tudo que você disser ficará em segredo. O seu nome não aparecerá em nenhuma parte do relatório ou investigação ou qualquer outro documento que possa ser produzido a partir dela como artigos ou relatórios. Os dados publicados serão apresentados de forma que seu nome jamais será identificado.

Essa pesquisa que foi aprovada pelo Comitê de Ética do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia e inclui apenas perguntas avaliadas como adequadas e que não apresentam qualquer tipo de risco ou constrangimento para você.

Sua participação nessa pesquisa é inteiramente voluntária. A qualquer momento você poderá desistir de continuar a entrevista e responder apenas as perguntas que desejar.

Eu (entrevistado) (a)----- pela pesquisadora -----, declaro estar ciente de que entendo os objetivos e condições de participação na pesquisa “Acessibilidade a serviços de saúde, utilização e espaço social” e aceito nela participar.

Nome

Data

Assinatura do entrevistador