



UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICA SOCIAL E DIREITOS HUMANOS

Eduardo Arquimino Postal

A efetivação do direito à saúde analisado pela ótica do acesso aos serviços de Atenção

Primária à Saúde em Pelotas

Orientador: Prof. Dr. Sandro Schreiber de Oliveira

Pelotas, dezembro de 2019

EDUARDO ARQUIMINO POSTAL

**A efetivação do direito à saúde analisado pela ótica do acesso aos serviços de Atenção
Primária à Saúde em Pelotas**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Política Social e Direitos Humanos da Universidade Católica de Pelotas, como requisito parcial de avaliação do Mestrado em Política Social e Direitos Humanos.

Orientador: Prof. Dr. Sandro Schreiber de Oliveira

Pelotas, dezembro de 2019

P857e Postal, Eduardo Arquimino

A efetivação do direito à saúde analisado pela ótica do acesso aos serviços de atenção primária à saúde em Pelotas / Eduardo Arquimino Postal. - 2020.

98 f.

Dissertação (Mestrado em Política Social e Direitos Humanos) - Universidade Católica de Pelotas, 2020.

Orientador: Prof. Dr. Sandro Schreiber de Oliveira.

1. Atenção primária à saúde. 2. SUS. 3. Acesso. 4. Acolhimento. I. Oliveira, Sandro Schreiber de. II. Título.

CDD 614

Catálogo na fonte: Bibliotecária Jetlin da Silva Maglioni CRB-10/2462

EDUARDO ARQUIMINO POSTAL**A efetivação do direito à saúde analisado pela ótica do acesso aos serviços de Atenção
Primária à Saúde em Pelotas**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Política Social e Direitos Humanos da Universidade Católica de Pelotas, como requisito parcial de avaliação do Mestrado em Política Social e Direitos Humanos.

COMISSÃO EXAMINADORA

Presidente e Orientador: Prof. Dr. Sandro Schreiber de Oliveira
Universidade Católica de Pelotas (UCPel)

1ª. Examinadora: Profa. Dra. Mara Rosange Acosta Medeiros
Universidade Católica de Pelotas (UCPel)

2ª Examinador: Prof. Dra. Maria Laura Vidal Carret
Universidade Federal de Pelotas (UFPel)

Pelotas, janeiro de 2020

RESUMO

Esta dissertação teve como objetivo avaliar a prevalência da falta de acesso ao serviço de Atenção Primária à Saúde no município de Pelotas e seus múltiplos fatores de influência; assim como avaliar, a partir da ótica dos usuários, a qualidade do acesso e a disponibilidade dos profissionais envolvidos no atendimento. Utilizou-se, para realização do estudo, abordagem quantitativa, tendo como local de pesquisa as áreas adstritas de 11 Unidades Básicas de Saúde da área urbana de Pelotas, proporcionalmente divididas entre os entes administrativos (7 da UFPel; 2 da UCPel; 1 da SMS). Nessa perspectiva, objetivou (1) Avaliar a falta de acesso ao serviço de Atenção Primária à Saúde em Pelotas; (2) buscar indicadores que apontem a falta de acesso, (3) avaliar a disponibilidade e qualidade dos profissionais que atuam nesse serviço. Tratou-se, nesse sentido, de um estudo transversal, de base populacional. Utilizaram-se três desfechos para a análise: 1) Falta de acesso em três meses; 2) Dificuldade no Primeiro Acesso; 3) Percepção de Falta de Acesso. Para o cálculo da amostra, foram considerados os seguintes parâmetros: prevalência esperada de falta de acesso da população, nível de confiança e o erro tolerável na estimativa. Foram visitados 528 domicílios, sendo possível entrevistar 653 pessoas. Dessa maneira, encontraram-se as prevalências para os desfechos: Falta de Acesso em três meses, 11,5%; Dificuldade no Primeiro Acesso, 7,4%; e Percepção de Falta de Acesso, 34,2%. Com relação à caracterização sociodemográfica, na amostra estudada, encontrou-se predomínio do gênero feminino, cerca de 65% (423) dos indivíduos. Além disso, aproximadamente 72% (467) dos entrevistados se autodeclararam brancos e a média de idade foi de 54 anos, sendo 23,7% da faixa etária de 61 até 70 anos. A média de escolaridade encontrada na amostra estudada foi de 9 anos completos, sendo quase 5% (31) de analfabetos e mais de 15% (101) com nível superior de escolaridade. No que se refere a questões socioeconômicas, a média de renda familiar chegou a 2,3 salários mínimos, sendo que quase 30% (186) dos usuários recebem menos de 1 salário mínimo. Por sua vez, a Falta de Acesso em três meses apresentou prevalência de 11,5%, uma taxa ligeiramente maior quando comparada ao que Nunes (2016) mostrou em seu estudo, no qual identificou a prevalência de falta de acesso às unidades básicas de saúde variando de 6 a 8%. Para Dificuldade no Primeiro Acesso, identificou-se uma prevalência de 7,4 %. Nota-se, nesse sentido, equivalência com o estudo de Ribeiro (2006), no qual o autor apresenta uma prevalência de Falta de acesso de 7,0%, considerando o primeiro acesso. Hoje, o impacto desse achado significa que, ao longo de três meses, mais de 40 mil pessoas não tiveram acesso à rede de Atenção Primária no município de Pelotas.

Palavras- Chave: Atenção Primária à Saúde; SUS; Acesso ao Serviço; Acolhimento.

ABSTRACT

This dissertation aimed to assess the prevalence of lack of access to the Primary Health Care service in the municipality of Pelotas, and its factors involved in the influence; as well as assessing the quality of access and the availability of professionals, from the perspective of users. It used a quantitative approach to carry out a study, having as its study area areas of 11 basic health units in the urban area of Pelotas, proportionally divided among administrators (7 from UFPel; 2 from UCPel; 1 UFPel). Its objective was (1) to consider the lack of access to the Primary Health Care service in Pelotas; (2) look for indicators that point to a lack of access, (3) consider availability and quality of the professionals who work in this service. It was a cross-sectional, population-based study. Three outcomes were used for analysis: 1) Lack of access in three months; 2) Difficulty in First Access; 3) Perceived Lack of Access. The following parameters were considered for the sample calculation: expected prevalence of lack of access in the population, level of confidence and tolerable error in the estimate. 528 households were visited. It was possible to interview 653 people. The following prevalences for outcomes were found: Lack of access in three months, 11.5%; Difficulty in First Access, 7.4% and Perceived Lack of Access was 34.2%. With regard to sociodemographic characterization, the sample studied found a predominance of females with about 65% (423) of individuals. Approximately 72% (467) of the interviewees declared themselves to be white and the average age was 54 years, with 23.7% being from 61 to 70 years old. The average level of education found in the sample studied was 9 years completed, with almost 5% (31) being illiterate, and more than 15% (101) having a higher level of education. While the average family income reached 2.3 minimum limits, with almost 30% (186) users using less than 1 minimum wage. The lack of access in three months showed a prevalence of 11.5%, a lower rate when compared to Nunes (2016) showed in his study, where he identified the prevalence of lack of access to basic health units of 6 and 8%. For Difficulty in First Access, a prevalence of 7.4% was identified. Note the equivalence between the study by Ribeiro (2006), where the author has a prevalence of Lack of access of 7.0%, considering the first access. Today, the impact of this finding means that, over three months, more than 40 thousand people did not have access to the Primary Care network in the municipality of Pelotas.

Keywords: Primary Health Care; SUS; Access to the Service.

LISTA DE SIGLAS

- ABS – Atenção Básica à Saúde
- ACS – Agente Comunitário de Saúde
- APS – Atenção Primária à Saúde
- CPMF – Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira
- ESF – Equipe de Saúde da Família
- PEC – Proposta de Emenda à Constituição
- PMMB – Programa Mais Médicos pelo Brasil
- PP – Partido Progressista
- PSDB – Partido da Social Democracia Brasileira
- PSF – Programa Saúde da Família
- PT – Partido dos Trabalhadores
- SMS – Secretaria Municipal de Saúde
- SUS – Sistema Único de Saúde
- UBS – Unidade Básica de Saúde
- UCPel – Universidade Católica de Pelotas
- UFPel – Universidade Federal de Pelotas

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 A CONSTRUÇÃO DO ACESSO E SEUS MÚLTIPLOS FATORES A PARTIR DE UM OLHAR EPISTEMIOLÓGICO.....	12
2.1 Marcos histórico-políticos do sistema de saúde.....	13
2.2 O paradigma da universalidade.....	16
2.3 O processo histórico da construção do conceito de saúde	16
2.4 Saúde e o tripé da seguridade social.....	18
2.5 Sobre a desarticulação setorial das políticas sociais	19
2.6 O acesso como fator integralizador do cuidado	20
2.7 Um olhar sobre integralidade e seus múltiplos sentidos	21
2.8 Concepções sobre atenção primária à saúde no Brasil.....	22
2.9 Modelo avaliativo do acesso	24
3 PELOTAS: O ESTADO DA ARTE	26
3.1 Conhecendo o território de atuação.....	36
3.2 Marcos políticos e históricos.....	37
4 A EFETIVAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE A PARTIR DO ACESSO.....	38
4.1 Aspectos para mensuração de acesso	39
4.2 Fatores influenciadores do acesso	41

4.3 Recorte amostral representativo do todo.....	44
4.4 Aspectos Éticos	47
4.5 Análise dos dados.....	47
4.6 Sistematização do processo de coleta de dados	48
5 A AUSÊNCIA DO ESTADO NA EFETIVAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE	51
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	66
ANEXO 1 – Questionário aplicado aos indivíduos selecionados.....	87
ANEXO 2 – Folha de conglomerado	92
ANEXO 3 – Folha de Seleção Individual	93

1 INTRODUÇÃO

A Lei Orgânica do Sistema Único de Saúde (SUS), Lei 8.080/1990 (BRASIL, 1990b), define que “o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde se inicia pelas portas de entrada do SUS [...]”. As principais portas de entrada para acesso aos serviços de saúde são as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e as Unidades de Serviço de Urgência e Emergência. De maneira mais amplificada, por sua capilarização, as UBS alcançam ou deveriam alcançar maior parcela da população; constituindo-se, assim, no local onde, via de regra, ocorre o primeiro contato dos sujeitos com o Sistema de Saúde, em busca da resolução de suas demandas. Estão estrategicamente mais próximas do usuário para serem de mais fácil e ágil acesso, para estabelecerem vínculo com a população local, para serem compatíveis com as peculiaridades da sua área. Devem dar a todos a garantia da escuta e propiciar resolução para, pelo menos, 80% das necessidades dos sujeitos (STARFIELD, 2002). Considerando-se que, sem esse referencial, o usuário não estabelece vínculo com o profissional, ou o estabelece de maneira mais precária, de modo que, na busca pelo serviço, torna-se um desconhecido, encontrando-se, nesse ínterim, desprovido do cuidado e desamparado pelo Estado. Partindo disso, entendemos que o ponto-chave no processo de garantir e gerar saúde é, antes, garantir acesso a todas as pessoas.

No Brasil, a Atenção Básica é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, ocorrendo no local mais próximo da vida das pessoas. Ela deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde. Por isso, é fundamental que ela se oriente pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2011, p. 9).

Acesso Universal é um dos pilares do SUS, sendo firmado, na sua concepção, pela visão idealista do Movimento de Reforma Sanitária de 1970. As forças desse movimento ajudaram a fundar os princípios e diretrizes do sistema de saúde brasileiro, para criar um sistema de saúde público de qualidade, gratuito e não excludente. Esse é, *a priori*, o princípio da universalidade: dar oportunidade a todo e qualquer sujeito de acessar o sistema de saúde.

Ainda no ano de 1981, a Organização Mundial de Saúde (OMS) já recomendava que a definição do que seja “acessível” deveria ser singular a cada realidade e região. No Brasil, a Constituição Federal de 1988 garantiu, em seu primeiro artigo, o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para sua promoção, proteção e recuperação. O SUS é constituído tendo como princípios e diretrizes a universalidade do acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência, de modo que a Atenção Primária à Saúde seria sua “porta de entrada”, devendo apresentar-se descentralizada e hierarquizada com relação aos demais níveis de atenção (BARCELOS, 2016, p. 67).

Por isso, concretiza-se a clareza de que oportunizar acesso é o primeiro momento da geração de saúde, pois, a partir dele, inicia-se o processo de cuidar. Não há, nesse sentido, como iniciar o processo de cuidar se o sujeito não consegue chegar aos cuidadores, se os cuidadores não conseguem identificá-lo como sujeito carente de cuidado. Historicamente, e também nos dias atuais, ainda conseguimos identificar, no cenário da saúde pública brasileira, os cidadãos ditos “excluídos”: aqueles à margem do zelo do Estado e invisíveis aos olhos do sistema, sendo cerceados em seu direito constitucional à saúde, beirando a indigência. Fere-se, nessa perspectiva, o princípio de universalidade: não há cuidado universal se o sistema não atinge a totalidade dos usuários.

No cotidiano da atuação do médico da família, lugar onde me encontro, a busca pela construção do acesso universal é constante: é objeto de reuniões, sensibilizações da equipe e da comunidade, é plano de fundo da ação conjunta da equipe de saúde. É um processo constante, que passa por implementação, avaliação e transformações constantes, por ser algo complexo, não havendo regras ou forma definida e universal. No processo de trabalho da equipe de saúde da família, sabemos que muitos avanços já foram alcançados, e, em certo

grau, percebe-se acesso e realiza-se acolhimento. Entretanto, precisamos estar cientes das limitações e obstáculos, os quais, às vezes, causam distorções no papel primeiro da Atenção Primária à Saúde (APS), o cuidado integral e longitudinal do sujeito. Como equipe, percebemos que a implementação do acolhimento a partir de um fluxo de acesso designado aos usuários não agrada à unanimidade deles, fato potencialmente agravado pela ausência de um fator essencial na construção de um fluxo de acesso ao serviço: a dialética entre usuário e profissionais.

Mesmo dentro das unidades de saúde de gestão compartilhadas, há grande heterogeneidade de grau de acesso transitando entre: restrição de acesso, dado por um número fixo de fichas de atendimentos no dia; acesso ampliado, com fichas de atendimento para demanda espontânea e consultas agendadas para demanda programada; livre acesso por um curto período de tempo (ex.: duas horas de manhã, duas horas à tarde) e demanda programada; livre acesso com classificação de risco e demanda programada. Diante disso, a possibilidade e a necessidade de realização de um diagnóstico dos diferentes pontos em que se encontram as unidades de saúde do município são vitais, e os resultados desse estudo podem apresentar potencial gerador de mudança em âmbito municipal, servindo como sensibilização da gestão municipal.

Assim sendo, acesso ao serviço é um nó nevrálgico dentro do serviço público de saúde e ainda permanece em foco no debate nacional no âmbito do SUS. É um tema preocupante quando falamos em saúde pública no município de Pelotas, pois, se comparado a cidades do norte do estado, nosso processo de oferta de acesso é incipiente (RIO GRANDE DO SUL, 2016). Por outro lado, é fator essencial na assistência, que precisa de todo o esforço necessário para que se avance de fato. Para além do escopo teórico que envolve o objeto, pragmaticamente, precisamos despender mais energia para garantir e qualificar o acesso da nossa população ao serviço de saúde.

A partir da experiência dos diversos atores com o acesso ao serviço de saúde e na sua construção, considerando a importância desse processo na efetivação do direito à saúde,

propomos: (1) Avaliar a falta de acesso ao serviço de Atenção Primária à Saúde em Pelotas; (2) buscar indicadores que apontem a falta de acesso, (3) Avaliar a disponibilidade e qualidade dos profissionais que atuam nesse serviço. Pretendemos, com isso, trazer elementos à discussão da possibilidade de efetivação do direito à saúde, a partir de objetivos específicos:

1. Avaliar a qualidade do acesso aos serviços de atenção primária;
2. Medir o grau de satisfação dos usuários com o acesso às UBS;
3. Avaliar a qualidade e a disponibilidade dos diferentes profissionais na ESF;
4. Avaliar os potenciais obstáculos de acessibilidade ao serviço;
5. Descrever o perfil dos profissionais de saúde;
6. Descrever o perfil de demanda ao serviço.

Para a construção dos objetivos mencionados, alguns pontos de partida foram considerados, os quais são descritos como hipóteses a partir da experiência e dos conhecimentos prévios do pesquisador.

1. A qualidade do acesso ainda é baixa, na maioria das unidades básicas de saúde, com contingenciamento da demanda espontânea e restrições de acesso.
2. Mais de 70% da população não está satisfeita com o acesso ao serviço; independentemente da presença ou não do acolhimento.
3. Aproximadamente 8% da população em Pelotas não consegue acesso ao serviço de saúde.
4. Na prática, persiste um acesso “seletivo, focalizado e excludente” (ASSIS, 2012).
5. Há mais acesso para o sexo feminino.
6. A avaliação predominante dos usuários sobre os profissionais de saúde é ruim ou péssima.
7. Os profissionais com menor disponibilidade são o médico e o dentista.

Desse modo, o interesse desta investigação é compreender as partes e o todo do fluxo de acesso aos serviços de atenção primária à saúde, elucidando o processo de construção desse fluxo, tendo como luz os sentidos que usuários, profissionais da saúde e gestores atribuem à

experiência da busca ao acesso, ao mesmo tempo em que se amplia o diagnóstico situacional do estado do objeto.

Entendendo a complexidade dos processos sociais, a interação das questões sociais, culturais, peculiares em diferentes níveis, envolvidos nas diversas configurações criadas para operacionalizar o fluxo de acesso ao serviço de saúde – que traz à luz a discussão epistemológica e ética envolvida nessa dinâmica e a consciência das limitações encontradas em um ou outro desenho metodológico isolado –, torna-se essencial para a responsabilidade acadêmica científica deste estudo uma abordagem representativa. É igualmente importante, nesse contexto, posicionar o ponto de vista dos usuários a partir do seu local social, identificando-se as ações individuais que atribuem um significado subjetivo ao objeto, buscando a ampliação da representatividade a partir de um estudo baseado nos preceitos democráticos.

A abordagem quantitativa se dará a partir de uma proposta positivista, em um estudo do tipo analítico transversal, para analisar as diversas variáveis propostas e verificar os possíveis desfechos, em busca da validação das hipóteses apresentadas. Nessa perspectiva, propõe-se, a partir de questionários semiestruturados, uma ampla gama de variáveis que objetivam caracterizar o fluxo, os atores e os caminhos para acessar o serviço. Da mesma maneira, e concomitantemente, propõe-se avaliar a satisfação dos usuários e medir o grau de intensidade e a falta de acesso ao serviço de saúde referência. Para alcançar essa abordagem, o estudo se utilizará da aplicação de instrumentos semiestruturados para coleta de dados, aplicados ou observados e preenchidos pelo pesquisador ou entrevistadores treinados, abordando o serviço e os diversos atores envolvidos.

2 A CONSTRUÇÃO DO ACESSO E SEUS MÚLTIPLOS FATORES A PARTIR DE UM OLHAR EPISTEMIOLÓGICO

Em seu processo histórico de construção, o SUS trilha um caminho de resiliência construído entre golpes e avanços, erros e acertos, e muitos cortes orçamentários ao longo dos diferentes governos brasileiros. Da desconfiança e resistência social – dada a estigmatização como programa assistencial para pobres – e também do seu abandono por algumas alas da sociedade e da política; enfrenta, desse modo, preconceitos e descaso social que o fragilizam. Após a conquista da criação do SUS, obtida às custas de intensa mobilização social, deixou-se de perceber uma contínua e efetiva ação em sua defesa, tanto no campo social quanto no político, diferentemente do que vemos, por exemplo, em alguns países europeus (PIERSON, 2006), onde a defesa pelo direito à saúde é constante e atávica.

O SUS, entretanto, mantém assistência a uma importante parcela dos brasileiros, realizando serviços complexos, de transplantes de múltiplos órgãos a programas de prevenção à saúde. Permeia o cotidiano da vida dos brasileiros, sem, no entanto, que eles se deem conta da essencialidade do Sistema Único.

A maioria dos brasileiros procura pelas unidades públicas quando apresenta algum problema de saúde. Pesquisa do Ministério da Saúde, realizada em parceria com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), revela que 71,1% da população foram a estabelecimentos públicos de saúde para serem atendidos. Deste total, 47,9% apontaram as Unidades Básicas de Saúde como sua principal porta de entrada aos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) (71% DOS BRASILEIROS..., 2015, p. 2).

Já na concepção do sistema, o risco de que viesse a ser fadado ao fracasso era constante, com indicativos fortes de que as dificuldades seriam enormes em sua consolidação como política de saúde. A mais precoce e relevante delas foi o veto presidencial a todos os parágrafos da Lei 8.080, em 1990, que definiriam seu financiamento e regulamentação de piso salarial, plano de carreira para servidores do SUS, entre outros, fato ocorrido no governo de

Fernando Collor de Mello, logo após a aprovação da lei pelo Congresso Nacional. A seguir, alguns dos elementos retirados da lei por veto presidencial:

§ 3º - O pagamento da remuneração aludida neste artigo deverá ser feito, no prazo máximo de trinta dias, contados a partir da data de apresentação das respectivas faturas, sob pena do pagamento ser corrigido monetariamente.

II - instituição, em cada esfera de governo, de planos de cargos e salários e de carreira para o pessoal do Sistema Único de Saúde – SUS, da administração direta e indireta, baseados em critérios definidos nacionalmente.

III - fixação de pisos nacionais de salários para cada categoria profissional, sem prejuízo da adoção pelos Estados e Municípios de remuneração complementar para atender às peculiaridades regionais.

§ 3º - A Lei de Diretrizes Orçamentárias estabelecerá a proporção de recursos a serem distribuídos ao conjunto de Estados e ao conjunto de Municípios e os que ficarão sob questão do Ministério da Saúde, para programas e projetos de caráter nacional e regional e para reforço de projetos e atividades estaduais ou municipais que, por eventualidades ou circunstâncias epidemiológicas, necessitem de assistência especial.

§ 4º - Os Estados, de forma idêntica, estabelecerão a proporção de recursos a serem repassados, automaticamente, ao conjunto de Municípios e a que, sob sua gestão, se destinará às finalidades previstas no parágrafo anterior. (BRASIL, 1990a).

2.1 Marcos histórico-políticos do sistema de saúde

A partir dessas mudanças, duras lutas no campo civil e político foram travadas em busca de financiamento sustentável para o SUS. Em 1997, o então presidente Fernando Henrique Cardoso aprovou a Contribuição Provisória sobre a Movimentação ou Transmissão de Valores e de Créditos e Direitos de Natureza Financeira (CPMF), que seria utilizada exclusivamente para a saúde. Já em 2003, no governo Lula, o Congresso Nacional, tradicionalmente habitado por forças reacionárias defensoras das elites, acabou com a CPMF que, teoricamente, fazia parte importante do pacote de financiamento da saúde pública. Assim, sucessivos entraves ao financiamento do SUS têm perpassado os diferentes governos desde sua conformação em 1990.

Apesar disso, o país como um todo – mais especialmente no campo da saúde pública – passou por um período de crescimento, qualificação e expansão do sistema, demonstrados a partir de alguns marcos na história do SUS. A criação da Política Nacional da Atenção Básica, em 2003, é tida como “resultado da experiência acumulada por conjunto de atores envolvidos historicamente com o desenvolvimento e a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), como movimentos sociais, usuários, trabalhadores e gestores das três esferas de governo” (BRASIL, 2011). A partir disso, foram reforçadas pelo governo federal as diretrizes que apontam o caminho da Atenção Primária no país. Consolidou-se, assim, o processo de mudança, avançando, com maior potência, o modelo brasileiro de atenção à saúde, que migrou de um formato tradicional – com assistência médica na unidade de saúde a partir de especialistas – ao incentivo de um modelo integral de assistência e saúde pública (no sentido de prevenção à saúde, vigilância epidemiológica, entre outros) a partir de profissionais formados para a Atenção Primária: médicos especialistas em Medicina da Família e Comunidade, enfermeiros e técnicos com formação voltada para área básica e, adicionalmente, com a figura dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

Em 2011, o governo federal, durante o governo de Luis Inácio Lula da Silva, lançou o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (BRASIL, 2012), que apresentava como objetivo gerar incentivos financeiros aos gestores para aplicação na infraestrutura da rede de atenção básica do município, a partir de incrementos em indicadores específicos.

[...] incentivar os gestores a melhorar a qualidade dos serviços de saúde oferecidos aos cidadãos nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) por meio das equipes de Atenção Básica à Saúde. A meta passa a ser garantir um padrão de qualidade por meio de um conjunto de estratégias de qualificação, acompanhamento e avaliação do trabalho das equipes de saúde (BRASIL, 2012, p. 112).

Em 2014, a presidente eleita Dilma Rousseff, lançou um dos grandes marcos progressistas no campo da saúde, o Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB), representando uma quebra de paradigma na histórica carência de assistência médica em

determinadas áreas do país. Houve importante incremento intersetorial no campo da saúde, com aumento de investimento em infraestrutura e recursos humanos, ampliação da cobertura da Estratégia da Saúde da Família (ESF), crescimento dos cursos de medicina, com consequente melhoria da distribuição de médicos no país. O programa foi lançado com três frentes de atuação: 1) provimento emergencial de médicos para assistência à população desassistida; 2) mudança nas diretrizes de formação de médicos no país; 3) ampliação e melhoria da infraestrutura da atenção básica. Com o lançamento do PMMB, foi possível levar médicos às áreas carentes de assistência, por meio da cooperação com Cuba, de onde foram enviados mais de 10 mil médicos para atuar no Brasil, por intermédio da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS).

Porém, recentemente, após o *Golpe Suave* (BURCHARDT, 2017), em 2016, durante o governo de Michel Temer, o Congresso Nacional votou favoravelmente à PEC 55 (PEC do Teto dos Gastos), que congelou o investimento em saúde e em outras áreas por 20 anos, paralisando os investimentos e, por conseguinte, a expansão da cobertura e o avanço do Sistema de Saúde, como sugerem dados do Dieese. Dessa forma, prossegue estagnada a expansão dos cursos de medicina e foram cortados programas essenciais para o sistema, como o Farmácia Popular. O SUS, que antes encontrava eco nas vozes da academia, encontra-se fragilizado pelo mutismo daqueles que permanecem dispersos e silenciados (CHAUI, 2006). No percurso trilhado até aqui, identificamos lutas, ganhos e perdas, vemos, ainda, um SUS debilitado, porém resistente. Suas trincheiras estão estabelecidas nas gestões e nos servidores, nos políticos progressistas, os quais acreditam que saúde é um direito humano e, por isso, mantêm-se na luta pelo Sistema.

2.2 O paradigma da universalidade

Temos, então, um paradigma estabelecido: ofertar serviços universais de qualidade, partindo de uma concepção de saúde como direito humano, em um cenário com cerceamento de recursos, falta de vontade política, resistência da sociedade e silêncio dos intelectuais. Mesmo sendo o maior sistema de saúde do mundo, os recursos destinados ao Sistema de Saúde brasileiro (US\$ 1.085 per capita) ainda estão muito aquém dos países desenvolvidos, que possuem sistemas de saúde universais, como Canadá (US\$ 5.718 per capita), Alemanha (US\$ 5.006 per capita), França (US\$ 4.864 per capita), Reino Unido (US\$ 3.598 per capita) ou Espanha (US\$ 2.581 per capita) (GOVERNO..., 2016).

Além disso, os recursos destinados à atenção básica são consideravelmente menores em relação aos destinados aos serviços hospitalares e serviços de saúde privados, sendo insuficientes tanto no âmbito da saúde pública, de modo geral, quanto no âmbito da APS. A escassez de recursos para a atenção básica traz inúmeros obstáculos à universalização do acesso: equipes de saúde incompletas, ausência de programas de formação e educação permanente para ESF, infraestrutura insuficiente em quantidade e qualidade, ausência de profissionais com formação voltada para APS, ESF com excesso de usuários e, por consequência, número insuficiente de ESF. Todos esses itens precisam ser observados quando se almeja implementar um fluxo de acesso universal e de qualidade.

2.3 O processo histórico da construção do conceito de saúde

Dentro do marco histórico da Constituição de 1988, instituiu-se uma das mais importantes inovações, o conceito da seguridade social, entendida como “um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da Sociedade, destinados a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (BRASIL, 2016).

Passou-se, então, a outro patamar de entendimento sobre direito do cidadão à saúde, considerando-se não mais como direito trabalhista, e sim como direito universal. Encerra-se, dessa forma, a noção de proteção social do indivíduo e sua inclusão no rol de direitos providos pelo Estado, independente do seu status trabalhista, introduzindo a noção de direitos sociais universais como parte da condição de cidadania, antes restrita apenas aos beneficiários da Previdência Social (MONNERAT; SOUZA, 2011).

No caso da saúde, o processo histórico que se desenvolveu até esse marco teve início com movimentos sociais ligados à reforma sanitária, na década de 1970, que aglutinou um conjunto de intelectuais e militantes que se engajaram na resistência ao sistema de saúde e às forças hegemônicas da época. Em 1978, a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, em Alma-Ata, trouxe, em sua declaração, a iminência de que todos os governos, no âmbito da saúde, promovessem “saúde para todos os povos do mundo”. Além disso, trouxe uma nova definição de saúde, que passa a ser entendida como:

o estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade – é um direito humano fundamental, e que a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde (DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA, 2001, p. 2).

Em 1986, em Ottawa, no Canadá, aconteceu a Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, que resultou na Carta de Ottawa, com contribuições importantes para atingir o objetivo de “Saúde para Todos” até o ano de 2000, sendo uma resposta às novas expectativas mundiais acerca da saúde pública (CARTA DE OTTAWA, 2001). Esses sucessivos marcos históricos culminaram nas recomendações da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, que propôs:

um modelo de proteção social com a garantia do direito à saúde integral, a saúde como direito de todo o cidadão, independente de ter contribuído, ser trabalhador rural ou não trabalhador. Sem excluir ou discriminar qualquer cidadão brasileiro do acesso à assistência pública de saúde. As ações de saúde deveriam garantir o acesso da população às ações de cunho preventivo

e/ou curativo e, para tal, deveriam estar integradas em um único sistema (BRASIL, 1986, p. 86).

Com isso, a saúde passou por um processo de resignificação. Antes ligada ao vínculo trabalhista e aos contribuintes da previdência privada, entendida como caridade aos desempregados, adquiriu caráter universal, preventivo e intersetorial. A partir da VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em 1986, foi redefinida como “o resultado não apenas das condições de alimentação, habitação, educação, trabalho, lazer e acesso aos serviços de saúde, mas, sobretudo, da forma de organização da produção na sociedade e das desigualdades nela existentes” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

2.4 Saúde e o tripé da seguridade social

É consenso que a seguridade social, como seu conceito contido na Constituição, não foi de fato efetivada (FLEURY, 2006). Um dos obstáculos para os avanços no campo prático é a conjuntura política e econômica consideravelmente adversa no momento da definição da legislação. Fleury chega a dizer que a correspondência das leis orgânicas (da saúde, da assistência social e da previdência) aos dispositivos constitucionais está relacionada à capacidade política, organizativa e de resistência dos atores envolvidos com essas políticas, de maneira que podem caminhar em direções diversas dentro da seguridade social, levando a uma maior dificuldade em sua articulação e em sua operacionalização de maneira intersetorial.

Fleury (2006) lembra, também, que a falta de cooperação entre as três áreas envolvidas na seguridade social (saúde, previdência e assistência social) repercutiu no constante contingenciamento de recursos para investimentos no campo social e que a articulação dessas três áreas poderia ter minimizado o impacto dos recursos insuficientes.

Da mesma maneira como foi na busca dos recursos, também foi na busca do ser integral, na perspectiva do trabalho sistêmico, na articulação das três áreas, na promoção de

ações intersetoriais, nas políticas sociais. Monnerat e Souza (2011) discutem que a não adoção da perspectiva sistêmica – traduzida na desarticulação entre saúde, assistência social e previdência – cria um obstáculo à mudança para uma cultura do diálogo e da promoção de ações intersetoriais no campo das políticas sociais, com consequências marcantes no contexto atual, no qual a carência da integralidade, e mesmo a sua incompreensão pelos gestores e servidores, está tão marcadamente presente.

2.5 Sobre a desarticulação setorial das políticas sociais

Assim, a necessidade da intersecção entre políticas sociais permanece presente como maneira de potencializar as ações do campo social na construção de um caminho à atenção integralizadora do ser.

No que diz respeito à saúde, que apresenta grande histórico em experiência política, durante o processo de consolidação do SUS não foi dada, segundo Fleury (2006), prioridade a estratégias de intersetorialidade, ou seja, de articulação dos setores da seguridade social. O SUS incorporou a diretriz da intersetorialidade em 1990, na sua lei orgânica, com vistas à integração da rede assistencial, prevendo articulação de ações com as outras áreas, visando, claro, a melhores resultados na saúde. Entretanto, vemos, claramente, a dificuldade de implementar, de fato, essa diretriz.

A desarticulação das áreas assistenciais tem sido um obstáculo para o êxito da implementação do acolhimento e de um fluxo de acesso avançado, pois deixa o serviço particionado e, por vezes, engessado. Processo que gera desorganização do trabalho em equipe, deixando-o moroso, burocrático e focalizado; levando, dessa maneira, ao fatiamento do ser, que ora é visto como ser orgânico, ora, ser psíquico, ora, social.

2.6 O acesso como fator integralizador do cuidado

O Sistema Único de Saúde é organizado em três premissas: descentralização, com direção única em cada esfera do governo; atendimento integral; e participação da comunidade (MATTOS, 2001).

A integralidade, no ponto de vista de Mattos¹, não é apenas uma diretriz do SUS definida constitucionalmente. É, também, uma “bandeira de luta”, uma parte da “imagem-objetivo”, que representa algumas características do sistema de saúde, das suas instituições e das suas práticas.

A integralidade pode ter um conjunto de sentidos relacionados à organização dos serviços e das práticas de saúde. Esse conceito surge com a necessidade da reorganização do sistema de saúde brasileiro, que antes era dicotomizado, separado entre assistência e práticas de saúde pública. O resultado dessa separação era que a assistência médica e a saúde pública fossem pensadas independentemente. Destarte, a assistência médica estava concentrada nos hospitais, e a saúde pública, nos centros de saúde, de maneira que a população necessitava dirigir-se a diferentes lugares conforme suas necessidades. Também, no que dizia respeito a financiamento, organização e planejamento de ações e serviço, a saúde pública estava ligada ao Ministério da Saúde, enquanto a assistência médica, à Previdência Social. Assim, surge a bandeira de luta pela unificação, materializada no SUS.

Para superar as críticas e rearticular o serviço, a noção de integralidade exigiu uma horizontalização do serviço, que antes era verticalizado. As equipes de saúde deveriam pensar suas práticas nas necessidades de saúde da população que atendem. Ao interpor serviço de saúde público e serviços assistenciais, as equipes se deparam com novos desafios, como as tensões entre demanda espontânea e programada. A necessidade de articulação entre as demandas advinha que tal medida elevaria a efetividade dos serviços em termos epidemiológicos (MATTOS, 2001, p. 130).

¹ Uma imagem-objetivo compreende-se como o propósito principal de distinguir o que se almeja construir do que existe. Diferencia-se de uma utopia pelo fato de que os atores que a sustentam julgam que tal configuração pode ser tornada real num horizonte temporal definido (MATTOS, 2001).

2.7 Um olhar sobre integralidade e seus múltiplos sentidos

Também podemos pensar acerca dos sentidos da integralidade ligados à articulação dos serviços e das práticas de saúde a partir da discussão sobre o risco da restrição de acesso, a partir dos serviços ofertados: demanda programada e demanda espontânea. Ambas trazem aspectos importantes para a construção de possibilidades de demandas ao serviço, de maneira que uma completa a outra, e uma não exclui a outra, pois é dado que a oferta de serviço deve levar em conta dados epidemiológicos do espaço e da comunidade em que se insere, uma vez que são dinâmicos e mutáveis. Também é mandatório que o processo dialógico seja estabelecido, de maneira contumaz, e que seja aberto a constantes conformações que podem vir a ser necessitadas.

Na perspectiva da demanda espontânea, ela pode ser vista como a expressão de uma forma de percepção das necessidades de saúde que não podem ser ignoradas quando se discute a organização de serviço de saúde. Reconhecer isso nos remete a um outro sentido de integralidade: não é aceitável que os serviços de saúde estejam organizados exclusivamente para responder às doenças de uma população. Os serviços devem estar organizados para realizar uma apreensão ampliada das necessidades da população a qual atendem (MATTOS, 2001, p. 131).

Segundo Mattos (2001), a integralidade deve ser um princípio de organização do processo de trabalho nos serviços de saúde, que busca ampliar as possibilidades de apreensão das necessidades de saúde de um grupo populacional. Essa ampliação da apreensão das necessidades deve ser buscada na perspectiva dialógica, considerando os diferentes sujeitos e seus diferentes modos de perceber as suas necessidades e as necessidades sentidas de demanda ao serviço. Assim, a articulação entre as percepções ampliadas de demanda daquele serviço expressa o diálogo de um grupo populacional e, por isso, a busca da garantia de um acesso adequado e efetivo caminha, primeiro, pelo diálogo entre as partes envolvidas no processo.

2.8 Concepções sobre atenção primária à saúde no Brasil

Mesmo com as dificuldades na busca pela cobertura universal, pública e qualificada, podemos identificar no acesso um nó crítico passível de intervenção e de ação regional efetiva, mesmo com os limitadores impostos pelo cenário atual de recesso econômico, recursos limitados e perdas de direitos sociais.

Na Atenção Primária à Saúde, podemos usar o conceito de acolhimento para sistematizar o acesso. Conceitualmente, acolher é o processo de dar atenção e resolução às demandas dos usuários que necessitem do serviço de saúde. Acolhimento é, por essência, um processo dialógico do serviço com o usuário que tem por fim viabilizar o acesso a uma atenção integral ao sujeito. O sujeito, por isso, deve ser um dos atores da construção do serviço, com o profissional de saúde e da gestão. O acolhimento é, assim, efetivado nas portas de entrada do SUS, nesse caso, nas Unidades Básicas de Saúde, e operacionalizado pela totalidade dos membros de uma equipe de Estratégia de Saúde da Família.

Outra característica é ser uma ferramenta que dá ao serviço um caráter personificador daquela população, que valoriza a singularidade e as necessidades próprias dos sujeitos daquele espaço. Assim, por ser utilizada na atenção básica, é responsabilidade da gestão municipal organizar e instrumentalizar o serviço das unidades básicas de saúde, a partir da gestão local, com recursos municipais, estaduais e federais.

No Brasil, o processo de redemocratização e a necessidade de aproximação entre Estado e sociedade influenciaram no surgimento de políticas locais, com valorização das singularidades, das culturas, dos hábitos comunitários, conforme se configura na Estratégia Saúde da Família (ESF). Após sua implantação e após as medidas de fortalecimento que vêm sendo feitas nos últimos anos, ficam evidentes os avanços na acessibilidade aos serviços de saúde ofertados. No ano de 2015, a ESF completou 21 anos de trajetória de crescimento e expansão. Atualmente, há mais de 40.000 equipes de Saúde da Família em 5.289 municípios brasileiros, o equivalente a 52,35% de cobertura populacional, o que representa uma proximidade maior com as famílias e o com o cotidiano social (BARCELOS, 2016, p. 213).

Mesmo com o estabelecimento de diretrizes e normatizações acerca do acolhimento em âmbito federal, o que temos hoje é uma realidade que mostra dificuldades e heterogeneidade na construção da operacionalização do acolhimento e sua efetivação, quando comparados diferentes estados e, dentro deles, os diferentes municípios. São incontáveis os entraves que cerceiam a universalidade do acesso e, portanto, inviabilizam o acolhimento de forma efetiva. Apenas com a efetivação do acesso teremos demandas efetivamente atendidas. “A análise da construção social da demanda de saúde na APS aponta que as necessidades de saúde da população, uma vez superadas as barreiras de acesso, transformam-se em demandas efetivas” (BRASIL, 2015).

Para além dos fatores que obstam a efetivação do acesso, a implementação é complexa e, por isso, de difícil operacionalização. O acesso é difícil, pois é heterogêneo e dinâmico, por respeitar as peculiaridades locais e estar sempre em processo de construção e adaptação. Excluindo alguns casos muito específicos, a operacionalização do acesso é frágil e mal estruturada na maioria dos serviços de saúde, caráter fruto desses fatores que tornam o processo de acolher um desafio para a gestão, para os servidores, para a rede de serviço, para os usuários e para os pesquisadores.

Segundo Assis (2012), o acolhimento é um sistema que objetiva equilibrar a oferta em relação à demanda, procurando adequar e orientar a prática desenvolvida pela equipe de saúde na Atenção Primária. Entretanto, ainda não é uma realidade, segundo o autor.

[...] ainda se convive com a realidade desigual e excludente do acesso ao Sistema Único de Saúde (SUS). A garantia na legislação brasileira foi apenas mais uma etapa alcançada na construção do SUS, para se concretizar o direito à saúde é necessário ter como alicerce um modelo social fundamentado na “solidariedade humana e na igualdade social” (ASSIS, 2012, p. 13).

Mesmo com a percepção e a sabida necessidade de um efetivo acolhimento, ainda temos, no acesso, um processo seletivo e excludente. Por outro lado, desde a implementação

do SUS, vemos movimentos positivos na qualificação do acolhimento. Entretanto, alguns limites são difíceis de ser vencidos, sendo considerados grandes obstáculos ao acesso.

Na prática ainda existe um acesso “seletivo, focalizado e excludente”. No entanto, estudos evidenciam as oportunidades de uso de serviços de saúde antes e após a implementação do SUS e apresentam avanços e limites na garantia do seu acesso universal. Os limites associados, principalmente, a fatores socioeconômicos ou pelas barreiras geográficas e os avanços relacionados à ampliação da oferta de serviços na rede básica de saúde. Porquanto, ainda, persistem significativas diferenças entre regiões e municípios brasileiros (ASSIS, 2012, p. 9).

Cabe, portanto, estudar, de maneira mais profunda, o processo de trabalho envolvido nas práxis do acolhimento, discutir e entender o processo de trabalho que acontece dentro da unidade de saúde, a partir das perspectivas dos diversos atores, observando os obstáculos e os facilitadores desse processo.

2.9 Modelo avaliativo do acesso

O modelo de acesso tem sido alvo de discussão, pesquisa e avaliação tanto no cenário nacional quanto no internacional (ASSIS, 2012), essa análise se intensifica, atualmente, em especial, devido ao cenário de crise econômica internacional instaurado na última década. Frente a isso, é lógico que as governanças locais procurem otimizar um setor que é diretamente atingido pelo decréscimo econômico: a saúde e seus indicadores.

Segundo Assis (2012), as dimensões de análise para avaliação do acesso podem ser múltiplas na perspectiva de analisar todos os aspectos que compõem e efetivam essa ferramenta administrativa e operacional. “As dimensões de análise da categoria acesso em busca de uma totalidade concreta, teriam que ser alicerçadas no princípio da equidade, no estabelecimento de caminhos para a universalização da atenção, regionalização, hierarquização e participação popular” (ASSIS, 2012).

Por isso, fica evidente a pluralidade e a complexidade do tema escolhido. Para Fleury (1995), “acesso é um conceito complexo, muitas vezes empregado de forma imprecisa, e pouco claro na sua relação com o uso de serviços de saúde”. Segundo o autor, seria possível abordar quatro dimensões explicativas (política, econômica, técnica e simbólica), que fazem referência direta às dimensões do acesso: a disponibilidade, a acessibilidade, a capacidade financeira e a aceitabilidade.

As dimensões que compõem a categoria acesso abarcam fatores bem distintos da mera acessibilidade organizacional aos serviços: a participação popular e o controle social, a equidade, a coerência dos serviços com as necessidades da população, as estratégias, as táticas e a alocação de recursos e a autonomia (ASSIS, 2012, p. 7).

Nas definições do uso de serviço, por exemplo, olhando-se suas formas de utilização, o acesso é mediado por três fatores individuais, que são apresentados pelo autor:

[...] fatores predisponentes, capacitantes e de necessidades de saúde. Os fatores predisponentes são aqueles que existem previamente ao surgimento do problema de saúde e afetam a predisposição das pessoas para usar serviços de saúde como variáveis sociodemográficas (idade, gênero, raça, hábitos, entre outros). Os fatores capacitantes são condicionados pela renda, cobertura securitária pública ou privada, e pela oferta de serviços, ou seja, o meio disponível para as pessoas usarem os serviços. Os fatores determinantes referem-se às necessidades de saúde que podem ser explicadas pelas condições diagnosticadas por profissionais ou pela auto-percepção (ANDERSEN, 1973, p. 110).

Portanto, se considerarmos todos os fatores envolvidos no processo de acolhimento e na efetivação do acesso, deveremos abordar, no momento da avaliação do processo, que o uso dos serviços de saúde é uma questão positiva do acesso, porém a utilização desses serviços também é dependente dos fatores individuais mencionados.

Torna-se necessário refletir sobre o acesso da população aos serviços de saúde de atenção básica e os possíveis fatores que possam favorecer ou dificultar a entrada do usuário no Sistema de Saúde, como: número de usuários por equipe, organização da demanda espontânea, localização do estabelecimento, horários e dias de atendimento, infraestrutura

adequada para o atendimento, entre outros. Em alguns serviços, ainda é possível identificar práticas que resultam em restrição do acesso da população, com filas para o atendimento, distribuição de senhas, atendimento por ordem de chegada sem avaliação de risco e vulnerabilidades, bem como o não acolhimento das urgências nas unidades de saúde (BRASIL, 2013).

3 PELOTAS: O ESTADO DA ARTE

A busca por dados e referências acerca do objeto de estudo é essencial para que o pesquisador se aproprie do conhecimento estabelecido. Esse *pool* de dados, que objetiva lançar um olhar ao conhecimento constituído até o momento, entendemos como O Estado da Arte.

A partir do levantamento de dados, é possível pensar a pesquisa na perspectiva de construir conhecimento sob a ótica de uma outra realidade, na busca por criar novos conhecimentos que, no fim, servirão para caracterizar o local e o objeto pesquisado, pretendendo preencher lacunas no conhecimento sobre o objeto e o campo a que ele pertence.

Partindo disso, foi realizada uma busca nos bancos de dados da Scielo e da Bireme. Utilizaram-se as palavras-chave “Acesso ao Serviço” ou “Acolhimento” e “Atenção Primária à Saúde”.

Na plataforma Scielo, obtiveram-se 204 resultados, dos quais foram selecionados, pelo título, 57 trabalhos; após seleção pela leitura dos resumos, foram escolhidos 11 artigos. Da mesma maneira, na plataforma Bireme, encontraram-se 346 resultados, desses, foram escolhidos, pelo título, 50 trabalhos, sendo 13 selecionados pelo resumo. Além disso, foram selecionadas referências-chave para a construção do estado da arte, as quais foram compostas por publicações de reconhecida referência no campo de estudo do objeto, não identificadas a

partir da estratégia de busca e que não poderiam estar de fora do panorama de dados. Os resultados da busca bibliográfica são sistematizados no Quadro 1.

Para seleção dos trabalhos, procurou-se referência a três principais componentes deste estudo: relato do fluxo de acesso do serviço na Unidade Básica de Saúde; Qualidade do acesso na percepção do usuário, dos servidores e da gestão; Falta de acesso ao serviço da unidade básica.

A seguir, faremos um apanhado com os principais achados para elucidar o status atual do conhecimento acerca do objeto em questão.

O “acesso” é objeto de diversos estudos, tanto no território nacional, quanto no internacional, uma vez que está imbricado diretamente na acessibilidade, o que Travassos (2019) entende por acessibilidade, que é uma das dimensões do acesso.

Acessibilidade como um dos aspectos da oferta de serviços relativo à capacidade de produzir serviços e de responder às necessidades de saúde de uma determinada população. Acessibilidade, neste caso, é mais abrangente do que a mera disponibilidade de recursos em um determinado momento e lugar. Refere-se às características dos serviços e dos recursos de saúde que facilitam ou limitam seu uso por potenciais usuários. A acessibilidade corresponde a características dos serviços que assumem significado quando analisadas à luz do impacto que exercem na capacidade da população de usá-los. A acessibilidade é, assim, fator da oferta importante para explicar as variações no uso de serviços de saúde de grupos populacionais, e representa uma dimensão relevante nos estudos sobre a equidade nos sistemas de saúde (TRAVASSOS, 2019, p. 86).

A ótica dos estudos encontrados, tradicionalmente, propõe-se a dirigir-se ao modelo que faz a gestão do acesso ao serviço (reforçamos que, neste estudo, estamos tratando de acesso ao serviço da atenção básica, ou seja, às unidades básicas de saúde). Em geral, a gestão do acesso é feita pelas equipes de saúde na atenção primária, podendo ser de três tipos: tradicional (composta por médicos generalistas ou mesmo especialistas, como ginecologista e pediatra, e outros profissionais da saúde); estratégia de saúde da família (composta por equipe multiprofissional que possui, no mínimo, médico generalista ou especialista em saúde da

família ou médico de família e comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS) (PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA, 2019); e mista: em uma unidade de saúde podem coabitar tanto a equipe tradicional quanto a ESF.

Frente a isso, alguns estudos encontrados fazem comparação de determinados parâmetros entre o serviço com equipe tradicional frente ao serviço com ESF. NUNES (2016) aponta, em seu estudo, que não houve vantagens relacionadas à qualidade do serviço quando comparado equipe tradicional da ESF. Nos estudos realizados, buscando a avaliação do desempenho em indicadores de saúde, a ESF mostrou melhor desempenho em integridade, orientação comunitária familiar, acesso e utilização de serviço, quando comparada a serviços com equipes tradicionais (HARZHEIM, 2007; LIMA-COSTA, 2013; MACINKO, 2004).

Segundo Rocha (2010), a atuação das equipes de saúde da família teve como resultado um incremento nos indicadores de saúde. O autor observou, em seu estudo, que houve melhora na qualidade das condições de saúde do SUS, apontando redução da mortalidade de adultos e de crianças. Ademais, também esteve fortemente associado a indicadores que vão além do escopo da assistência em saúde, promovendo resultados positivos no campo social, com o aumento da frequência escolar e da oferta de emprego e serviço (MACINKO, 2006; RASELLA, 2010; ROCHA, 2010).

A ESF é adotada nacionalmente como estratégia de gerenciamento da atenção primária, além disso, dados consistentes mostram a ESF como uma ferramenta que traz melhorias à saúde. Da mesma forma, por meio desse modelo, foi possível ampliar o acesso (SILVA, 2013; SOUZA, 2008; TEIXEIRA, 2006) junto a sua expansão e outros serviços da atenção básica, com início em 2004. De 2008 a 2013, foi percebido um incremento de 12,3 pontos percentuais na cobertura da ESF, de 50,9 para 63,2% (NUNES, 2016). Segundo Facchini (2006), o Sul sempre apresentou indicadores de cobertura da ESF inferiores ao nordeste. Concomitante a esse movimento, também houve aumento no acesso, na procura por assistência, na procura e na oferta de consultas médicas (ANDERSEN, 1995; MACINKO,

2012). Nunes mostra que a procura por serviços de saúde, quinze dias antes da pesquisa, foi de 13%, em 1998, e de 15%, em 2013, o que representa uma tendência no aumento da demanda ao serviço. Ainda que sejam apresentados dados positivos e de crescimento, a capacidade instalada para absorver as demandas ainda parece ser insuficiente para atender às necessidades de saúde do país (AZEVEDO, 2010).

Ainda que tenha havido a expansão da cobertura e fluxo de atendimento, alguns autores ainda apontam dificuldade no acesso, ou ainda, má avaliação quanto ao tempo de espera, referindo-se a uma espera temporal de uma ou mais semanas para conseguir-se consulta médica (LUZ, 2009; MARIN, 2013; PAULA, 2011; SISSON, 2011).

O cenário da assistência, no âmbito da atenção primária à saúde, percebido na ótica do acesso é um problema histórico, impulsionado por diversos fatores, entre eles, a falta de profissional da equipe de saúde. O acesso ainda é considerado o atributo da APS com pior avaliação tanto na ESF quanto nas equipes tradicionais, ainda que, comparativamente, a avaliação que os usuários imputam ao acolhimento realizado na ESF seja superior ao das equipes tradicionais (CASTRO, 2012; CESAR, 2014; CHOMATAS, 2013; FERREIRA, 2016; MACINKO, 2007; SILVA, 2015; VAN STRALEN, 2008).

Segundo Tesser (2018), a avaliação desfavorável ao acesso é consequência das baixas pontuações que os usuários atribuem às questões de acessibilidade, o que infere uma avaliação desfavorável ao acesso:

Os baixos escores do acesso se dão principalmente na subdimensão acessibilidade, composta por várias perguntas relativas à facilidade de obtenção de, por exemplo: atendimento no mesmo dia em caso de adoecimento; aconselhamento rápido por telefone se precisar; agendamento de uma consulta de revisão; agendamento de uma consulta no serviço etc. Essa subdimensão identifica se o serviço de saúde é facilmente acessível e disponível (TESSER, 2018, p. 89).

Tesser (2018) ainda aponta que, segundo as pesquisas disponíveis, o acesso é avaliado como ruim. Segundo Conill (2008), o acesso ainda é um ponto nevrálgico da APS, que, junto a outros fatores, comprometem a efetividade do sistema.

Ainda que tenhamos apresentado uma faceta depreciativa sobre o acolhimento, na qual ele ainda é avaliado de maneira desfavorável e negativa, outros estudos mostram uma cobertura satisfatória em relação à capacidade de absorver as demandas de consultas direcionadas ao acolhimento.

Em 2003, estimou-se que, aproximadamente, um milhão de brasileiros não conseguiram acesso ao serviço de saúde, o que significou uma prevalência de falta de acesso de, aproximadamente, 7% (RIBEIRO, 2006). Se considerarmos o primeiro acesso (a primeira vez que o usuário foi ao serviço para buscar atendimento), a falta de acesso foi mensurada em 8,0 e 9,0% (RIBEIRO, 2006).

Outro estudo de base populacional, realizado em 2009, apontou que 1,1% dos usuários não teve acesso à consulta médica, nos últimos três meses antecedentes à pesquisa (DILÉLIO, 2014).

Em 2012, na cidade de Pelotas, Nunes (2014), por meio de uma pesquisa do tipo transversal de base populacional, em que realizou inquérito domiciliar com 2.927 indivíduos de 21 anos ou mais, identificou uma falta de acesso de 6,5% no mês anterior à pesquisa, o que significou 4.500 dos 220 mil usuários da região urbana do município.

Nunes mostra, em seu estudo nacional, que a tendência temporal de 1998 a 2013 da falta de acesso manteve-se estável, com uma variação de 0,8%, variando de 3,7%, em 1998, 4,5%, em 2013. Entretanto, pela mesma base de dados, a região sul mostrou uma tendência à redução da falta de acesso, variando -0,4%, no mesmo período de tempo (NUNES, 2016).

O mesmo estudo mostrou que, em 2013, a cada 20 indivíduos que procuraram atendimento nos serviços de saúde, um não tinha sucesso na busca pelo atendimento no primeiro local procurado. Nesse caso, foi atribuída como principal causa da falta de acesso a ausência do profissional para atendimento, com ênfase no médico. Identificou-se que, dentre os serviços de saúde procurados pelos usuários, o que apresentou maior falta de acesso no período foi a UBS, estimando-se entre 6,0 e 8,0% (NUNES, 2016).

Quadro 1 – Resumo dos estudos encontrados

Título	Autor principal	Ano	Tipo de estudo	Metodologia	Principais achados	Revista
SciELO						
Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas	Luiz Augusto Facchini	2018	Ensaio		Superar a fragmentação e incompletude das práticas clínicas e de promoção da saúde é desafio para melhorar a qualidade da AB no Brasil ; monitoramento e avaliação das ações na rede; mutirões ou campanhas da qualidade, capazes de mobilizar instituições acadêmicas e a rede básica de saúde.	Saúde Debate, Rio de Janeiro
Commentary: Primary Care and Health Outcomes: A Health Services Research Challenge pdf	Barbara Starfield	2007	Ensaio		A associação entre a oferta de médicos de cuidados primários e a mortalidade varia entre as regiões; uma maior oferta de médicos de atenção primária está associada à diminuição da mortalidade.	Health Serv Res.
Tendência temporal da falta de acesso aos serviços de saúde no Brasil, 1998-2013	Bruno Pereira Nunes	2016	Transversal	Foram analisadas a procura e a falta de acesso aos serviços de saúde autorreferidos pelos indivíduos; utilizaram-se dados das Pesquisas Nacionais por Amostra de Domicílios e da Pesquisa Nacional de Saúde .	A cobertura da ESF aumentou 12,3 % entre 2008 e 2013. A cobertura por plano de saúde se manteve estável; a procura por serviços de saúde foi de 13,0%, em 1998, e de 15,0%, em 2013; a tendência de falta de acesso foi decrescente; os motivos de falta de acesso apresentaram tendência estável.	epidmiol. Serv. Saúde
Acolhimento & acesso de necessidades de saúde bucal e o agir profissional na Atenção Primária à Saúde	Cristine Maria Warmling	2019	Abordagem metodológica qualitativa	Foram realizados nove grupos focais: oito com ESB em oito Unidades Básicas de Saúde (UBS) de cinco distritos sanitários do município de Porto Alegre e um grupo focal com membros do Colegiado Gestor de Saúde Bucal.	É precário o modo como as atividades de acolhimento & acesso de necessidades de saúde bucal, evidenciando um protagonismo limitado das ESB na organização dos próprios processos de trabalho para superar os entraves que as práticas individualizadas apresentam.	Interface

<p>Modos de produzir cuidado e a universalidade do acesso na atenção primária à saúde</p>	<p>Erica Lima Costa de Menezes</p>	<p>2017</p>	<p>Revisão não sistemática</p>	<p>Revisão de literatura realizada nas bases SciELO, Lilacs, BVS e Medline. Temática do acesso aos serviços de saúde na atenção primária, publicados entre janeiro de 2005 e outubro de 2015. Questão norteadora: como o modo de produzir cuidado influencia o acesso aos serviços de APS?</p>	<p>Espaços que favorecem o encontro (acolhimento, visitas domiciliares, apoio matricial e atividades coletivas); formação/experiência do trabalhador; relação usuário/território; vínculo e responsabilização; autonomia; os modos de produzir cuidado descritos contribuem para a ampliação do acesso.</p>	<p>Saúde Soc. São Paulo</p>
<p>Usuários hipertensos na atenção primária à saúde: acesso, vínculo e acolhimento à demanda espontânea</p>	<p>Ana Livia</p>	<p>2016</p>	<p>Abordagem metodológica qualitativa</p>	<p>Observação sistemática de campo; entrevistas semiestruturadas com o objetivo de apreender suas opiniões a respeito do acesso, vínculo e acolhimento aos usuários portadores de hipertensão arterial na atenção primária.</p>	<p>A inserção do acolhimento foi apreendida como determinante para o desenvolvimento de vínculo. As crises hipertensivas também são frequentes, não adesão ao programa de hipertensão arterial e a desvinculação do usuário com o serviço. Usuários procuram a UAPS em momentos de “agudização”.</p>	<p>Revist. Gaúch. Enfermagem</p>
<p>Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários</p>	<p>Rosana Teresa Onocko Campos</p>	<p>2014</p>	<p>Abordagem metodológica qualitativa</p>	<p>Foram analisadas seis UBS. Realizaram-se quatro GF. Usuários adultos, que conhecessem a UBS há mais de seis meses, que tivessem utilizado o serviço de saúde pelo menos três vezes no último semestre.</p>	<p>Os usuários declaram procurar as UBS quando apresentam algum problema de saúde. Queixam-se da demora do atendimento e, conseqüentemente, da resolução de seus problemas de saúde; atribuem essas dificuldades à falta de profissionais médicos.</p>	<p>Saúde e Debate</p>
<p>Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002</p>	<p>James Macinko</p>	<p>2006</p>	<p>Estudo ecológico</p>	<p>Análises controladas por medidas estaduais de acesso à água potável e saneamento, renda média, alfabetização e fertilidade de mulheres, médicos e enfermeiros por 10.000 habitantes e leitos hospitalares por 1.000 habitantes.</p>	<p>IMR caiu de 49,7 para 28,9 por 1.000 nascidos vivos; a cobertura média do Programa de Saúde da Família aumentou de 0% para 36%; um aumento de 10% na cobertura do Programa de Saúde da Família foi associado a uma queda de 4,5% na RMI.</p>	<p>Journal of Epidemiology & Community Health</p>

Acesso, acolhimento e estratégia saúde da família: satisfação do usuário	Letycia Beatriz Souza de Lira	2018	Transversal	202 usuários que utilizaram os serviços de atenção primária no último ano, domiciliados na área de abrangência, com idade maior que 18 anos e com capacidade cognitiva para responder às questões da pesquisa.	Maioria era do sexo feminino (78,7%) e a média de idade foi de 37,7 anos (DP=15,0), com idade mínima de 18 e máxima de 77 anos. Quanto à escolaridade, 80,7% declararam-se alfabetizados.	Rev enferm UFPE
Avaliação da satisfação do usuário com o acolhimento na estratégia da saúde da família no Recife	Ligiana Nascimento	2018	Transversal	297 usuários da ESF nos seis distritos sanitários do município. A coleta dos dados ocorreu através de entrevistas individuais e aplicação de uma escala de satisfação do usuário, intitulada SATIS-BR.	A maioria dos usuários está satisfeita com o acolhimento; 66% afirmaram ser escutados pelas equipes da ESF; 80,2% obtiveram ajuda quando procuraram o acolhimento; 64,6% disseram que a acolhida foi amigável ou muito amigável.	Revista Ciência Plural
Acesso às consultas médicas nos serviços públicos de saúde	Orlene Veloso Dias	2016	Transversal	Recorte de um estudo maior sobre vigilância das doenças crônicas não transmissíveis, realizado em Montes Claros, MG, Brasil, entre agosto de 2010 e julho de 2011.	O tratamento de doença foi motivo de procura (41,7%); a procura por serviços na atenção primária à saúde foi de 75,6%; a maioria das pessoas foi atendida na primeira tentativa.	Rev Bras Med Fam Comunidade
Acolhimento na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa	Larissa Rachel Palhares Coutinho	2015	Revisão integrativa	(1) identificação do tema e elaboração da questão norteadora; (2) busca ou amostragem na literatura; (3) coleta de dados; (4) análise crítica dos estudos incluídos; (5) interpretação dos resultados; e (6) apresentação da revisão/síntese do conhecimento.	Pode-se afirmar que o processo de acolhimento ainda não está totalmente sistematizado; podendo ser esta uma justificativa para as dificuldades.	Saúde Debate
User satisfaction with primary health care: an analysis of access and care	Mariana Figueiredo Souza Gomide	2018	Transversal	Entrevista com 28 usuários não urgentes dos PA dos cinco Distritos de Saúde (DS) de Ribeirão Preto-SP que passaram em atendimento na APS ao menos uma vez nos seis meses que antecederam a coleta de dados para avaliar o atendimento.	Identificou-se satisfação com o atendimento recebido pelos profissionais de saúde na APS e insatisfação com a demora no agendamento de consultas. Não foram observadas divergências da satisfação do usuário nos diferentes DS.	Interface
User embracement & access to oral health needs and professional practice in Primary Health Care	Cristine Maria Warmling	2019	Abordagem metodológica qualitativa	Foram realizados nove grupos focais: oito com ESB em oito Unidades Básicas de Saúde (UBS) de cinco distritos sanitários do município de Porto Alegre	Dificuldades em articular nos processos de trabalho inovações de acolhimento & acesso das necessidades de saúde bucal. Grande demanda reprimida por procedimentos odontológicos.	Interface
The host in the family health strategy: transforming the work process	Adilson Gomes de Campos	2017	Pesquisa-ação		Duas categorias temáticas: “refletindo sobre o acolhimento”, evidenciando as percepções, potencialidades, fragilidades e prioridades; e “operacionalizando o acolhimento”.	Nursing

Pathways and Outlines: User Embracement in Primary Health Care in São Bernardo do Campo – SP	Juliana Bonelli Rodrigues	2019	Transversal; fonte de dados secundária e primária	Combinados dados primários com dados secundários, SIS do DATASUS e SIS próprio da gestão municipal, Planos Municipais de Saúde, Relatórios de Gestão e Documento Norteador da AB; foram coletados, também, registros não formais – imagens, fotografias.	Evidenciou esforços significativos da gestão e das equipes de saúde na implementação do acolhimento nas UBS; aumento quantitativo e qualitativo das ações; aumento de usuários cadastrados, vínculos e ofertas.	Mestrado Profissional em Saúde Coletiva: traduzindo conhecimento para o SUS
Artigos referenciais						
Acesso ao cuidado na Atenção Primária à Saúde brasileira: situação, problemas e estratégias de superação	Charles Dalcanale Tesser	2018	Ensaio		Como síntese geral, as pesquisas disponíveis indicam que o acesso é ruim, e isso se reflete nos demais atributos da APS e na efetividade do SUS.	Saúde Debate
Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde	Luiz Augusto Facchini	2006	Transversal	Analisou o desempenho do Programa Saúde da Família (PSF) em 41 municípios, com grupo de comparação da atenção básica tradicional. Entrevistaram-se 41 presidentes de Conselhos Municipais de Saúde, 29 secretários municipais de Saúde e 32 coordenadores de atenção básica.	A cobertura do PSF cresceu mais no Nordeste do que no Sul; o trabalho precário foi maior no PSF do que em UBS tradicionais; os achados sugerem um desempenho da Atenção Básica à Saúde (ABS) ainda distante das prescrições do SUS.	Ciência & Saúde Coletiva
Horizontal equity in health care utilization in Brazil, 1998–2008	James Macinko	2012	Transversal	Os resultados examinados incluem a probabilidade de uma visita médica, odontológica ou hospitalar nos últimos 12 meses;	Os fatores associados a uma maior equidade incluíram necessidades de saúde, escolaridade e inscrição na ESF.	international Journal for Equity in Health
Lack of access and continuity of adult health care: a national population-based survey	Alitéia Santiago Dilélio	2015	Transversal	Estudo transversal de base populacional com 12.402 adultos entre 20 e 59 anos, residentes em áreas urbanas de 100 municípios de 23 estados brasileiros, nas cinco regiões geopolíticas.	A prevalência de falta de acesso aos serviços e aos atendimentos com profissionais de saúde mais expressiva foi de 3,0%, para internação hospitalar, enquanto a menor prevalência foi para atendimento médico (1,1%); a falta de acesso para o atendimento com outro profissional de saúde foi de 2,0%;	Rev. Saúde Pública
Desigualdade na Utilização de Serviços de Saúde entre Adultos: Uma Análise dos Fatores de Concentração da Demanda	Ricardo Politi	2014	Transversal	Utilizaram-se dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) 2008, conforme metodologia sugerida por O'Donnell et al. e análise descritiva da distribuição observada em nove serviços essenciais.	Utilização de serviços de saúde segundo classes de renda familiar é desigual e a favor dos mais ricos; o fator que mais contribui para mudanças percentuais para concentração é a posse de plano suplementar de saúde; o Programa de Saúde da Família (PSF) contribui para diminuir essa concentração.	Economia Aplicada

Perfil sociodemográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para usuários e não-usuários do SUS - PNAD 2003	Manoel Carlos Sampaio de Almeida	2006	Transversal; fonte de dados secundária	Analizaram-se as diferenças regionais do perfil sociodemográfico dos usuários e não usuários do SUS; as variáveis dependentes foram: atendimento em serviço de saúde; utilizaram-se as variáveis: sexo, idade, cor da pele, anos de estudo, renda familiar e posse de plano de saúde.	Os resultados apontam para a contribuição do SUS na universalização e equidade de acesso aos serviços de saúde. No entanto, os não atendidos (4%) são indivíduos adultos, pretos e pardos e de baixa escolaridade e renda.	Ciência & Saúde Coletiva
Experiências de discriminação relacionadas aos serviços de saúde: análise exploratória em duas capitais do Sul do Brasil.	Alexandre Baumgarte	2015	Transversal; fonte de dados secundária	Análise seccional realizada com bancos de dados oriundos de dois inquéritos realizados no município de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, com usuários de serviços de saúde, e no município de Florianópolis, Santa Catarina, com amostra representativa de universitários, entre 2010 e 2012.	A prevalência de discriminação relacionada aos serviços de saúde foi de 13,6%, em Porto Alegre-RS e de 7,4%, em Florianópolis-SC; o principal motivo para a discriminação foi ser de baixa posição socioeconômica. Em ambas as capitais, observou-se maior prevalência de discriminação entre fumantes, pretos/negros e indivíduos de 31 a 40 anos de idade.	Epidemiologia e Serviços de Saúde
Evaluación de la atención a la salud infantil del Programa Saúde da Família en la región sur de Porto Alegre, Brasil	Erno Harzheim	2007	Tranversal; Fonte de dados primária	Pesquisas estruturadas, incluindo o PCATool, a 468 cuidadores de crianças de 0 a 2 anos de idade cadastradas nas equipes do PSF da região sul de Porto Alegre; a coleta de dados foi realizada em 2002.	A comparação da satisfação entre cuidadores de crianças nos 2 serviços mostrou uma proporção maior de cuidadores satisfeitos com o PSF em relação ao tempo de espera para a consulta e ao calor do acolhimento; a proporção de cuidadores satisfeitos em geral tem sido maior para o PSF, mas apenas com tendência estatística.	Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade
Organization and delivery of primary health care services in Petrópolis, Brazil	James Macinko	2004	Tranversal; Fonte de dados primária	Comparou-se o desempenho do novo Programa de Saúde da Família com os serviços tradicionais de atenção primária, usando dados de pesquisas e entrevistas com informantes-chave.	PSF obtiveram pontuações mais altas na maioria das dimensões da atenção primária; os dados obtidos eram compatíveis com os obtidos pela realização de pesquisas nas instalações; os resultados mostram a necessidade de melhorar o acesso.	International Journal of Health Planning and Management
Estratégia Saúde da Família em comparação a outras fontes de atenção: indicadores de uso e qualidade dos serviços de saúde em Belo Horizonte.	Maria Fernanda Lima-Costa	2013	Transversal; fonte de dados secundária	Comparam-se indicadores de uso e qualidade dos serviços de saúde em uma amostra probabilística de adultos (N = 7.534) cobertos por plano privado, Estratégia Saúde da Família (ESF) e Unidade Básica de Saúde (UBS) “tradicional” no Município de Belo Horizonte.	Os indicadores de qualidade foram melhores entre afiliados a plano privado; a recomendação dos serviços de saúde utilizados foi mais frequente entre usuários regulares da ESF (61,9%) e afiliados a plano privado (55,6%), em comparação à UBS (45,4%).	Cad. Saúde Pública

3.1 Conhecendo o território de atuação

Pelotas é localizada na Macrorregião Sul e, segundo dados do IBGE (BRASIL, 2010), do Censo de 2010, tem 343.651 habitantes e é a terceira cidade mais populosa do estado, com renda per capita de R\$ 894,35, PIB per capita de R\$ 21.553,00 e Gini de 0,54. É, portanto, uma cidade de grandes desigualdades, chegando a realidades muito próximas do restante do Brasil.

O município tem gestão plena da saúde, recebe cerca de R\$ 19 milhões em repasses do governo federal para a atenção básica. Possui 51 UBS e faz cogestão com duas universidades no município, a Universidade Federal de Pelotas e a Universidade Católica de Pelotas, que prestam serviços em saúde. No restante das unidades, realiza gestão por meio da Secretaria Municipal de Saúde. Algumas apresentam tentativas de implementar o acolhimento, outras ainda utilizam fichas limitadas para atendimento médico.

Ao analisar a rede de serviço da atenção básica de Pelotas, percebemos algumas fragilidades que potencializam o insucesso do acolhimento. A rede de serviços primários apresenta carências de diversos aspectos: infraestrutura, composição da equipe de saúde, remuneração ao profissional de saúde, tecnologias integrativas de informações do serviço, retaguarda em serviços secundários/especializados, exames complementares, educação permanente. Carência percebida em maior ou menor grau, conforme as diferentes realidades de gestão. Esses aspectos são muitos variados quando comparamos as unidades de saúde pela sua instituição gerenciadora (UCPel, UFPel ou SMS). Em geral, as unidades de saúde geridas pela SMS têm mais carências, principalmente no que diz respeito à equipe e à infraestrutura.

A partir disso, podemos entender a heterogeneidade existente nas diversas realidades que compõem todo o sistema de saúde primária do município e nos questionar sobre os motivos que levam a saúde de Pelotas a avanços pequenos, quando comparados com outras regiões do Brasil e mesmo do estado, que demonstram, para além de melhorias estruturais em

seus sistemas de saúde primário, avanços no processo de trabalho, guiados, também, pela premissa do acesso universal.

Querendo entender melhor as forças que estão presentes nesse cenário, cabe tentar elucidar os entendimentos diversos acerca do processo do acolhimento. Podemos identificar, na construção do processo de trabalho, que há diversas forças diferentes que apontam a linha do serviço (nesse caso, entre acolher ou não acolher). De maneira geral, essas forças podem confluir contra avanços e mudanças na prática do serviço, a favor das mudanças ou simplesmente estarem inertes.

Há inúmeros desafios a enfrentar e, entre eles, destacam-se aqueles relativos ao financiamento, à força de trabalho e aos modelos de gestão e de atenção. Esses últimos (os modelos de atenção), que se referem a modos de pensar e organizar os sistemas e serviços de saúde a partir de opções técnico-políticas, devem ser objeto de atenção especial, na medida em que influenciam fortemente o modo como os indivíduos e coletivos serão concretamente cuidados no cotidiano. Sendo assim, é fundamental existirem não somente serviços de saúde em quantidades adequadas, mas também que esses serviços sejam articulados de maneira complementar e não competitiva, na perspectiva de redes de atenção, que sejam capazes de responder às necessidades de todos e de cada um, de maneira singular, integral, equânime e compartilhada (BRASIL, 2013, p. 67).

Talvez possamos apontar a figura do médico como força central para mudanças, quando voltamos o olhar para o exercício do serviço, pois ele é hierarquicamente influente na operacionalização do serviço na sua unidade e na sua equipe de saúde, com algumas exceções nas quais quem desempenha esse papel é outro membro da equipe.

3.2 Marcos políticos e históricos

Ainda no olhar sobre a gestão, podemos perceber, quando confrontamos a política de saúde do Estado com a política de saúde executada pela gestão de plantão, a dissonância que há entre essas duas concepções. A concepção do Estado expressa pela PNAB e princípios do

SUS, no plano nacional, com ações de crivo nacional que apontam para uma direção; a concepção da gestão municipal, que caminha, por vezes, por pernas próprias, distante do caminho daquele do plano nacional. Porém, a gestão municipal, sendo a executora da política, gera um potencial de contradições entre o discurso nacional e a prática local.

Ao analisarmos o período em que se estabeleceu um esforço político para o fomento e expansão da APS em âmbito federal, percebemos que os atores políticos da esfera municipal, naquele mesmo período, não estavam em sincronia com o projeto de saúde. No que concerne a Pelotas, nos últimos 13 anos, a gestão municipal ficou a cargo da coligação Partido Progressista (PP) e Partido Social Democrata Brasileiro (PSDB), enquanto a gestão do governo federal era feita pelo Partido dos Trabalhadores (PT). Declaradamente, esses partidos têm escopos ideológicos antagônicos (nos dois primeiros, prevalecem motivações econômicas privadas; o segundo manteve-se focado em ações voltadas ao campo social). Devemos, portanto, levar em consideração esse fator quando nos propomos a analisar o estágio de avanço em que se encontra o município de Pelotas no que diz respeito a essas e outras políticas públicas. Por isso, a busca do pesquisador pela compreensão na perspectiva da gestão local sobre a construção de um fluxo de acesso efetivo se faz importante e delicada.

4 A EFETIVAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE A PARTIR DO ACESSO

Partindo do pressuposto da ocorrência de um desfecho comum, propõe-se realizar um estudo transversal de base populacional a partir das áreas adstritas dos serviços de saúde de atenção primária.

Considera-se que esse seja o delineamento mais adequado para estudar a prevalência de desfechos que não sejam considerados raros, permitindo, também, a verificação de associação com fatores de risco, mantendo um custo e uma viabilidade cronológica adequados.

Considera-se que, pelo menos, dois tipos de vieses, causalidade reversa e de memória, devem ser considerados quando se trata de estudos transversais. O viés de memória ocorre em decorrência de se medir tanto o desfecho quanto a exposição no passado, o que pode acarretar problemas de recordação dos fatos pelos entrevistados. A causalidade reversa se dá, pois nessa abordagem, a determinação temporal é complexa e, por conseguinte, há dificuldades, ou seja, não se consegue determinar com exatidão se ocorreu primeiro a exposição ou o desfecho, dificultando a determinação de fatores de risco e, por vezes, podendo inferir, apenas, a existência de associação dos fatores com o desfecho.

Os fatores de risco que serão estudados são características socioeconômicas, demográficas, estruturais e culturais. Tais fatores são considerados mais estáveis ao longo da vida do indivíduo, portanto, menos sensíveis a esse tipo de viés.

Diz respeito a sua relação com as condições de vida da população, nutrição, habitação, poder aquisitivo e educação, englobando a acessibilidade aos serviços, que extrapola a dimensão geográfica, abrangendo também o aspecto econômico, relativo aos gastos do usuário com o serviço, o aspecto cultural envolvendo normas e técnicas adequadas aos hábitos da população e o aspecto funcional pela oferta de serviços adequados às necessidades da população. Nesse sentido, engloba uma compreensão multidimensional, com caracteres social e político, necessariamente presentes nas formulações e execução de políticas de saúde como a disponibilidade de serviços, acessibilidade, organização do serviço, acolhimento, necessidades e aceitação da população, buscando sempre a resolubilidade da atenção em todos os níveis de complexidade do sistema (ASSIS, 2012, p. 3).

4.1 Aspectos para mensuração de acesso

Conforme observado na literatura, é possível compreender o acesso em:

No que se refere à APS, o acesso pode ser relacionado com as diversas possibilidades de adentrar aos serviços de saúde, as quais estariam implicadas com a localização da unidade de saúde, a disponibilidade de horários e os dias em que a unidade atende, bem como a possibilidade de atendimento a consultas não-agendadas e a percepção que a população tem

em relação a estes aspectos do acesso (se são adequados ou não) (ASSIS, 2012, p. 4).

“Acesso é a liberdade de usar serviços de saúde e é representado por três dimensões: disponibilidade, acessibilidade e aceitabilidade” (ASSIS, 2012).

Disponibilidade: “A disponibilidade é percebida como relação entre o volume e o tipo de serviços existentes, o volume de usuários e o tipo de necessidade” (ASSIS, 2012).

“Caracteriza-se por todos os fatores de um serviço específico ao alcance do usuário” (ASSIS, 2012).

Acessibilidade: é caracterizada pela relação entre localização da oferta e dos usuários, distância entre eles, forma de deslocamento e custos. A dimensão técnica envolve desde a entrada propriamente dita aos serviços de que o cidadão necessita, incluindo-se os horários previstos de atendimento e a qualidade da atenção (ASSIS, 2012).

Aceitabilidade: “Abrange o subjetivo, o social e o cultural, tais como o grau que um determinado serviço é culturalmente seguro, por isso, defendem que a informação é essencial para que um potencial acesso se transforme em uso de serviços” (ASSIS, 2012).

Acesso avançado: “É um método de organização do agendamento, que permite aos pacientes buscarem e receberem cuidados em saúde de seu profissional de referência, no momento mais oportuno, em geral no mesmo dia” (PIRES FILHO, 2019).

Assim, optamos por estudar acesso a partir de três diferentes variáveis dependentes, desfechos: percepção do acesso, acesso nos últimos três meses e primeiro acesso.

Nessa perspectiva, a percepção de acesso foi avaliada a partir da pergunta “De maneira geral, como você considera o grau de dificuldade de conseguir consulta na sua UBS?”, sendo que as respostas foram coletadas numa escala de *Likert* com cinco alternativas – “muito difícil”, “difícil”, “médio”, “fácil” ou “muito fácil” –, e consideramos como percepção de difícil acesso quem respondeu com as duas primeiras categorias, ou seja, “muito difícil” ou “difícil”.

Por sua vez, o acesso nos últimos três meses foi avaliado a partir da pergunta “Nos últimos três meses, quando você procurou o posto, sempre foi atendido?”; quem respondeu que “Já teve vezes que não fui atendido” ou “Nenhuma vez consegui ser atendido” foi considerado como tendo dificuldade no acesso nos últimos três meses.

Já o primeiro acesso foi avaliado a partir da pergunta “Quantas vezes você precisou ir ao posto para conseguir esta consulta?”, sendo feita somente aos indivíduos que buscaram a unidade porque sentiram algo. Assim, os que responderam que necessitaram ir mais de uma vez ao posto para obter a consulta foram enquadrados como aqueles que tiveram dificuldades no primeiro acesso.

4.2 Fatores influenciadores do acesso

As exposições que consideramos estar associadas ao desfecho estão listadas em categoriais no Quadro 2.

Foram utilizadas as variáveis UBS, Administração, Modelo de Atenção e Meio para Consultar para caracterizar o perfil das UBS.

A variável UBS é composta pelas Unidades de Saúde que fizeram parte da amostra; as unidades não foram identificadas por questões éticas, sendo substituídos seus nomes por letras sequenciais para sua identificação.

A variável Administração fez referência aos três entes administrativos que gerenciam as unidades de saúde que fizeram parte do estudo: Secretaria Municipal de Saúde, Universidade Católica de Pelotas e Universidade Federal de Pelotas. A variável Modelo de Atenção faz referência aos modelos utilizados pelas unidades de saúde, Estratégia da Saúde da Família ou Tradicional.

As variáveis que compuseram as características sociodemográficas – idade, renda familiar, escolaridade e distância – foram coletadas em forma de variável discreta contínua;

posteriormente, foram categorizadas para variáveis categóricas ordinais, conforme apresentamos no Quadro 2.

A variável “meio para consultar” foi coletada de maneira aberta e, após, categorizada a partir das respostas coletadas, conforme Quadro 2.

Para a caracterização do perfil sociodemográfico, foram utilizadas as variáveis apresentadas no quadro2. Autodeclaração de cor e gênero foram categorizadas em variáveis dicotômicas após a coleta para uma melhor distribuição estatística.

As variáveis “qualidade”, “resolução” e “disponibilidade” foram coletadas a partir das respostas específicas para cada profissional ao qual se faziam referência: médico, enfermeiro, dentista e assistente social, conforme apresentamos no Anexo 1. As respostas a essa pergunta foram coletadas numa escala de *Likert* com 5 alternativas. Desse modo, para qualidade utilizou-se “ótimo”, “bom”, “razoável”, “ruim” e “péssimo”. Foi considerada qualidade adequada para quem respondeu “ótimo” ou “bom”.

Para “disponibilidade” e “resolução” também se utilizou escala de *Likert*, com as alternativas “sempre tem”, “geralmente tem”, “às vezes tem” e “quase nunca tem” e “nunca tem”, “Sempre”, “na maioria das vezes”, “somente às vezes”, “raramente e “nunca”, respectivamente. Foram consideradas “disponibilidade” e “resolução” adequadas para quem respondeu com as duas primeiras alternativas, como apresentamos no Quadro 2.

Quadro 2 – Variáveis independentes

Variáveis	Tipo da variável	Categorias utilizadas
Perfil das UBS		
UBS	Categórica Nominal	De “A” a “K”
Administração	Categórica Nominal	SMS, UCPEL e UFPel
Modelo de Atenção	Categórica Nominal	ESF e Tradicional
Meio para consultar	Categórica Nominal	Vai ao posto para agendar. Pega ficha na fila. Passa pelo Acolhimento/triagem. Paga alguém para conseguir consulta, Agente Comunitário de Saúde. Outro.
Características Sociodemográficas		
Autodeclaração de cor	Dicotômica	Branca e Não branca
Gênero	Dicotômica	Masculino e Feminino
Idade	Categórica Ordinal	Até 30 anos. De 31 até 40 anos. De 41 até 50 anos. De 51 até 60 anos. De 61 até 70 anos. Mais de 70 anos
Renda familiar	Categórica Ordinal	Até R\$ 1.000. R\$ 1.001 até R\$ 2.000. R\$ 2.001 até R\$ 3.000. Mais que R\$ 3.000.
Escolaridade	Categórica Ordinal	Sem escolaridade. Até 4 anos do fundamental. Mais de 4 anos do fundamental. Ensino Médio. Ensino superior.
Distância	Categórica Ordinal	Até 100 metros. De 101 até 200 metros. De 201 até 400 metros. De 401 até 700 metros. Mais de 700 metros.
Características de utilização do serviço		
Vezes que procurou a UBS	Categórica Ordinal	Uma vez. Duas vezes. Três vezes. Mais de três vezes.
Número de consultas médicas	Categórica Ordinal	
Número de consulta ao dentista	Categórica Ordinal	
Número de consulta à enfermagem	Categórica Ordinal	
Número de consulta ao assistente social	Categórica Ordinal	
Tempo da última consulta	Categórica Ordinal	
Avaliação da Qualidade do Serviço		
Qualidade	Dicotômica	Adequada Não adequada
Disponibilidade	Dicotômica	
Resolução	Dicotômica	

4.3 Recorte amostral representativo do todo

Para calcular o tamanho da amostra necessária para estimar a prevalência do desfecho, utilizou-se o programa *Epi Info 6.0*.

Consideramos os seguintes parâmetros para o cálculo: prevalência esperada de falta de acesso na população, nível de confiança e o erro tolerável na estimativa. No Quadro 3, mostram-se os cálculos realizados, considerando diferentes estimativas. Para o cálculo do erro tolerável, na estimativa, utilizou-se um valor entre 7,5 e 10% da prevalência estimada.

Para calcular o tamanho amostral necessário para testar as associações pretendidas consideramos os seguintes parâmetros: erro alfa, poder estatísticos, proporção de exposição da população, prevalência da doença entre os não expostos e a razão de prevalência estimada.

A partir da observação dos Quadros 3 e 4, optamos por estudar 590 indivíduos, que seriam suficientes para identificar prevalências de, pelo menos, 7,5%, com margem de erro de 30% e associações com relação expostos/não expostos de até 1:3, acrescido de 10% para perdas e recusas, chegando-se a uma amostra necessária de 649 indivíduos.

Quadro 3 – Estimativa de tamanho da amostra para cálculo de prevalência

Prevalência esperada	Margem de erro	Amostra necessária
5%	30%	809
7,5%	30%	526
10%	30%	384
20%	30%	171
30%	30%	100
5%	20%	1812
7,5%	20%	1179
10%	20%	862
20%	20%	384
30%	20%	224

Quadro 4 – Estimativa de tamanho da amostra para medida de associação

Prevalência esperada	Exposto/Não exposto	Amostra necessária
10%	1:5	584
7,5%	1:5	748
7,5%	1:3	590
7,5%	1:7	919
10%	1:7	715

A técnica de amostragem utilizada no estudo aconteceu em múltiplos estágios, conforme descritos a seguir.

1º) Amostragem aleatória sistemática de 51 UBS com gestão da Secretaria Municipal de Saúde, 6 da Universidade Católica de Pelotas e 6 da Universidade Federal de Pelotas. Unidades pertencentes à zona urbana de Pelotas. Sortearam-se, entre os grupos de UBS separados pelo seu ente administrativo, 7 gerenciados pela SMS, 2 pela UCPel e 2 pela UFPel, que foram considerados os setores do estudo.

Só foram consideradas aquelas unidades de saúde em que havia, pelo menos, um médico em todos os turnos de funcionamento.

Todas as informações referentes ao funcionamento da UBS, presença ou não de médicos, horário de funcionamento e outros aspectos foram obtidas por meio da Secretaria Municipal de Saúde de Pelotas.

2º) Nas UBS que são ESF foi utilizada a sua área adstrita, conforme fornecido pela Secretaria Municipal de Saúde; nas UBS do modelo tradicional, distribuíram-se as quadras ao entorno da unidade, aleatoriamente.

3º) Em cada setor, foi sorteada uma esquina, a partir da qual se iniciou a seleção dos domicílios para o lado direito de cada ponto inicialmente determinado.

4º) A partir da esquina sorteada, utilizou-se uma amostragem sistemática dos domicílios que seriam visitados para realizar a aplicação do questionário, iniciando-se pelo primeiro domicílio sorteado e, a partir daí, pulando 3 domicílios até se ter entrevistado 65 usuários por setor.

5º) Em cada domicílio selecionado no estudo, foram entrevistados indivíduos com idade superior a 21 anos de idade, moradores fixos daquela residência, que conhecessem e, em algum momento, tivessem utilizado a sua UBS de referência.

Os domicílios vazios, comerciais ou terrenos vazios foram substituídos por outro e não se constituíram em perdas.

Foi considerado como perda aquele domicílio, sabidamente habitado, que se encontrasse fechado após três visitas em dias e turnos diferentes, incluindo noite e final de semana. O indivíduo que não desejasse responder ao questionário, após tentativas do entrevistador, foi considerado como recusa.

Além da revisão dos questionários um a um, foi realizada a revisita a 10% dos indivíduos para aplicar o questionário contendo variáveis-chave para verificação da repetitividade das respostas.

4.4 Aspectos Éticos

O estudo proposto não apresenta nenhuma intervenção direta; não implicando, por conseguinte, questões éticas relevantes, além da garantia do sigilo e do uso das informações apenas em grupo e não individualizadas.

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica de Pelotas, tendo sido aprovado com o parecer número 3.367.789.

4.5 Análise dos dados

Para a análise dos dados quantitativos não se realizaram análises sofisticadas, por ser um estudo essencialmente descritivo. Os resultados foram descritos conforme a prevalência das variáveis anteriormente apresentadas.

Realizaram-se cruzamentos entre cada uma das variáveis pesquisadas com possível associação com a prevalência da falta de acesso, utilizando-se teste de *qui quadrado*.

Os programas Epi Info 7.0, SPSS+ 9.0 e Stata foram utilizados para execução das referidas análises.

4.6 Sistematização do processo de coleta de dados

O desenho metodológico lançou mão de três níveis para seleção amostral, Unidades Básicas de Saúde, domicílios e usuários pertencentes à área de abrangência da sua UBS, com três processos amostrais distintos: 1) território-distrital: amostra das Unidades Básicas de Saúde (UBS); 2) território-área: equipe de saúde; 3) nível individual: usuários do serviço.

Em nível território-distrital – Onze Unidades Básicas de Saúde foram recortadas do universo de 51 UBS, localizadas em área urbana do município de Pelotas, procurando observar, na seleção da amostra, o maior grau de representatividade para as diferentes realidades locais e suas peculiaridades, levando em conta vínculo gerencial estabelecido com as instituições de referência (Secretaria Municipal de Saúde – SMS, Universidade Católica de Pelotas – UCPel, e Universidade Federal de Pelotas – UFPel). Há, no município de Pelotas, em região urbana, seis unidades de saúde sob administração da UCPel; quatro sob a gestão da UFPel e 40 sob a SMS. Selecionaram-se, por amostragem aleatória simples (sorteio), seis UBS sobre gestão exclusiva da SMS, duas com cogestão da UCPel e uma da UFPel, respeitando a proporcionalidade do total de unidades de saúde administradas por cada instituição, de maneira a buscar maior representatividade das diferentes realidades.

Em nível território-área – Em cada uma das UBS selecionadas, realizou-se abordagem qualitativa, por meio da aplicação de questionário semiestruturado para os usuários que residiam na abrangência da área de cada uma das 11 UBS selecionadas.

Em nível individual – Para coleta de dados, na abordagem quantitativa nesse nível, por meio de questionário padrão semiestruturado, selecionou-se uma amostra de usuários identificados dentro da UBS. Para o cálculo da estimativa do tamanho da amostra, levou-se em consideração, do total de 360 mil habitantes, a população adulta (com 21 anos ou mais – 71,9%), residentes na área urbana do município de Pelotas (93,27%), estimada em 241 mil habitantes. Considerando-se um nível de confiança de 95%, uma estimativa de dificuldade de acesso de 33% (STRUNK; CUNNINGHAM, 2002), e um poder de 80%; mostramos, na

Tabela 1, o tamanho da amostra que seria necessário para diferentes margens de erro. Considerando-se a viabilidade do estudo, optamos por entrevistar 715 usuários, tendo, então, uma margem de erro de 10 pontos percentuais nas estimativas obtidas no estudo. Esses indivíduos foram identificados dentre aqueles que conhecessem e tivessem procurado a UBS, em algum momento, buscando atendimento no período do estudo nas diferentes UBS incluídas, de maneira proporcional em cada uma delas.

Para coleta de dados, desencadearam-se 4 etapas sequenciais, que culminaram na aplicação do questionário semiestruturado para efetiva coleta de dados.

Etapa 1 – Observando uma proporção representativa das distintas realidades apreendidas pelas Unidades Básicas de Saúde, decidiu-se que as unidades seriam divididas pela característica da gestão das unidades, ou seja, se as unidades eram geridas pela Universidade Católica de Pelotas, pela Universidade Federal de Pelotas ou pela Secretaria Municipal de Pelotas. Dentre essas, optou-se por selecionar, proporcionalmente, 7 da SMS, 2 da UCPel e 1 da UFPel; sendo que as representantes de cada grupo foram escolhidas aleatoriamente.

Etapa 2 – A área considerada para aplicação dos questionários foi representada pela área de abrangência, previamente delimitada como a área de atuação da equipe de saúde, pela Secretaria Municipal de Saúde. Considerando essa demarcação prévia, a área foi dividida em quarteirões numerados aleatoriamente; uma esquina de cada quarteirão foi escolhida e sinalizada aleatoriamente, para marcar o ponto de partida de cada quarteirão.

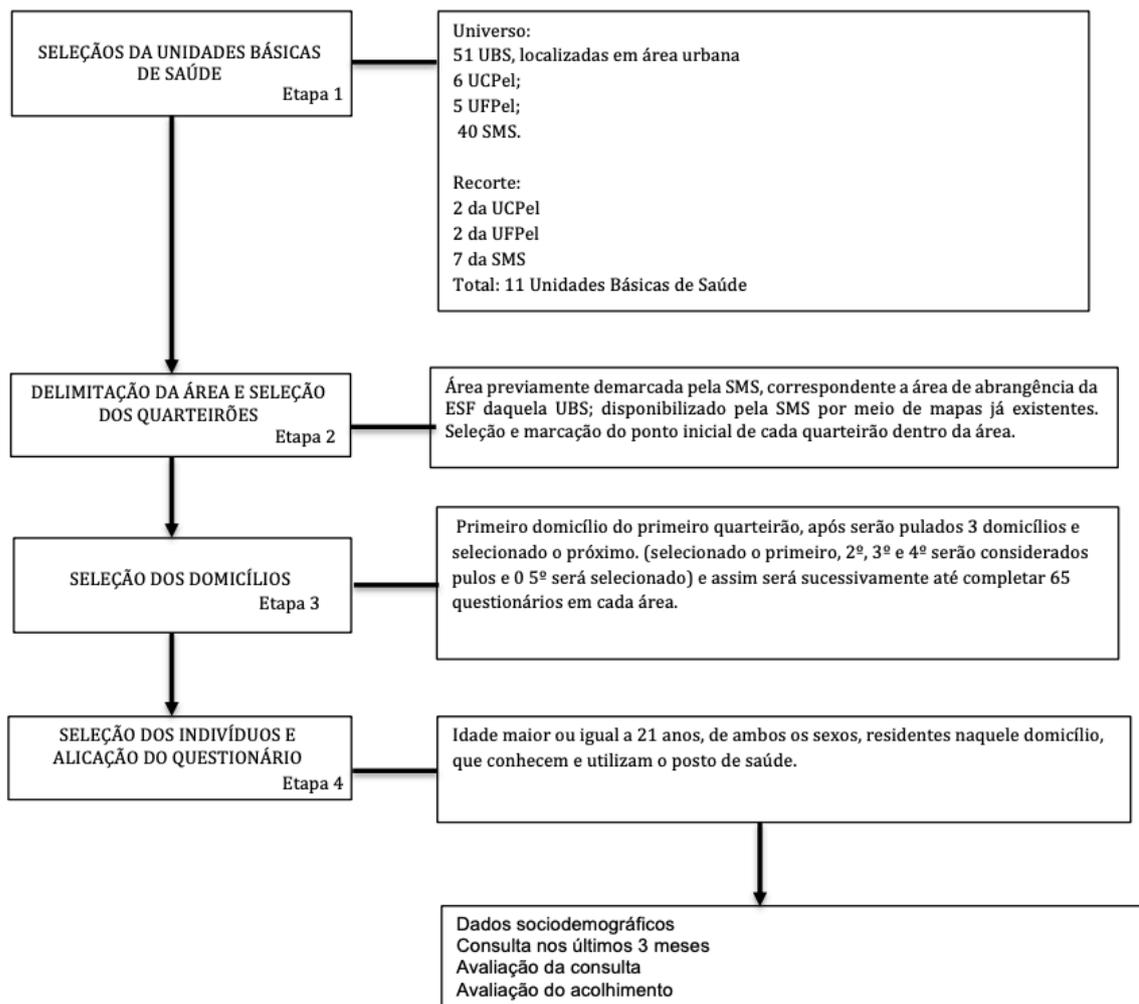
Etapa 3 – A partir do ponto sinalizado, os entrevistadores caminharam para direita para iniciar a seleção dos domicílios. Selecionou-se, assim, o primeiro domicílio e, a partir dele, realizaram-se 3 pulos, de maneira que o próximo domicílio seria o 5º domicílio do quarteirão. Esse processo encontra-se registrado na Folha de Conglomerado (Anexo 2).

Etapa 4 – No domicílio, selecionaram-se os indivíduos que atendiam aos critérios de inclusão: adultos com idade maior ou igual a 21 anos de idade, do sexo feminino ou masculino, moradores fixos daquele domicílio e que responderam positivamente às duas

questões que eram pré-requisitos para a inclusão na amostra: Você conhece o posto de saúde ___ ?; Se você precisa algo de saúde, procura o posto? Além disso, todos os indivíduos moradores naquela residência foram listados na folha de seleção de indivíduos (Anexo 3), em ordem alfabética, e selecionaram-se os indivíduos que tivessem seus nomes listados na linha 3 e/ou 6. Somente entraram na amostra os indivíduos que atenderam a todos esses critérios e seguiram todos os passos da seleção. Para esses, aplicou-se questionário fechado semiestruturado conforme apresentado no Anexo 1.

A seguir, o fluxograma (Figura 1) para esquematizar a metodologia utilizada na coleta de dados.

Figura 1 – Fluxograma metodológico



5 A AUSÊNCIA DO ESTADO NA EFETIVAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE

Foram visitados 528 domicílios, nos quais se encontraram 696 indivíduos com 21 anos ou mais de idade, elegíveis para o estudo. Foi possível entrevistar 653 pessoas, tendo ocorrido uma taxa de 5,7% de perdas e recusas. O motivo principal dessa ocorrência foi não se encontrar o indivíduo selecionado após três tentativas em datas diferentes.

A prevalência de percepção de falta de acesso foi calculada para toda a amostra (653), atingindo a taxa de 34,2%.

Já as prevalências falta de acesso nos últimos três meses e dificuldade no primeiro acesso foram calculadas apenas entre aqueles que buscaram atendimento nas UBS nesse período (288), sendo, respectivamente, 11,5% e 7,4%.

Na Tabela 1, podemos identificar o perfil das Unidades de Saúde selecionadas para o estudo, distribuído de acordo com a sua unidade administrativa, o modelo de atenção adotado e o número de indivíduos entrevistados em cada unidade. Foram entrevistados 487 usuários ligados a 8 unidades de saúde da Secretaria Municipal de Saúde, o que significou 74,6% dos indivíduos, 119 adultos usuários de 2 UBS da UCPel (18,2%) e 47 vinculados a 1 UBS administrada pela UFPel (7,2%). Desses, 493 indivíduos frequentavam 8 UBS cujo modelo de atenção era o de estratégia da saúde da família e 160 indivíduos de 3 UBS do modelo tradicional. Foram incluídas, no total da amostra, 11 unidades de saúde, tendo sido entrevistados, em média, 41 indivíduos, por unidade.

Ainda na Tabela 1, apresenta-se o meio pelo qual o usuário consegue consulta nas unidades de saúde, a maioria dos usuários ainda precisa pegar ficha para consultar (47,8%) e, somente 8,7% dos indivíduos passa pelo processo de “acolhimento”. Outros meios para conseguir consulta estão apresentados na tabela.

Com relação à caracterização sociodemográfica da amostra estudada, percebemos um predomínio do gênero feminino, com cerca de 65% (423) dos indivíduos. Aproximadamente, 72% (467) dos entrevistados se autodeclararam brancos e a média da idade foi de 54 anos,

sendo 23,7% da faixa etária de 61 até 70 anos. A média de escolaridade encontrada na amostra estudada foi de 9 anos completos, sendo quase 5% (31) analfabetos e mais de 15% (101) possuindo o nível superior de escolaridade. Quanto à média de renda familiar, chegou a 2,3 salários mínimos, sendo que quase 30% (186) dos usuários recebem menos de 1 salário mínimo.

A média de distância da residência dos usuários à sua unidade de saúde de referência foi cerca de 350 metros; cerca de 75% (475) usuários precisavam percorrer menos de 400 metros para chegar à UBS. Na tabela 2, apresentam-se maiores detalhes sobre a amostra estudada em relação aos dados sociodemográficos.

Na tabela 3, por sua vez, descreve-se o perfil de demanda dos usuários, que, nos três meses precedentes à entrevista, buscaram atendimento na sua UBS de referência. A média de consultas realizadas, nos últimos três meses, pelos indivíduos entrevistados, por profissional de saúde, foi de 3,1 para o assistente social, 2,3 para o dentista, 4,0 para o enfermeiro e 2,5 vezes para o médico.

Cerca de 65% das pessoas consultaram, nas últimas 4 semanas, e quase 30% procuraram a UBS apenas uma vez, ainda que mais de 25% tenha procurado mais de 3 vezes, no período. Dos usuários que procuraram o serviço em algum momento, 52,3% não conseguiram consulta na sua UBS de origem e, por isso, precisaram procurar outro serviço de saúde. Desses, a maioria (33,3%) procuraram o serviço de Pronto Atendimento, A Unidade de Pronto Atendimento - UPA.

Do total de 653 entrevistados, 347 (53,1%) sentiram algo ou identificaram alguma necessidade que os fez pensar em procurar a sua UBS, no entanto, apenas 83% desses, ou seja, 288 indivíduos, efetivaram a busca pelo atendimento. Dos 59, que, apesar de pensar em buscar atendimento na UBS, 57% não o fizeram por considerar, de antemão, ser difícil conseguir acesso à sua UBS de referência, 14,3% não o fizeram por considerar que o atendimento seja muito demorado; mais de 14,0% alegando que, na sua UBS, costuma faltar médico, além de outros motivos, todos relacionados a uma percepção prévia de falta de acesso

à UBS. Quase um quarto dos indivíduos que procurou a UBS o fez em busca de ações programáticas ou de exames de rotina. Hipertensão e dor articular, com 11,8% de prevalência cada uma delas, foram as causas mais comuns de busca de consultas. Após, a busca por ações programáticas; juntas, essas três causas chegaram à cerca de 50% de todos os motivos por busca de atendimento nas UBS.

Na Tabela 4, apresenta-se a avaliação do usuário sobre a qualidade do serviço prestado pelas Unidades Básicas de Saúde. Com relação à qualidade do último atendimento, 89,2% dos indivíduos avaliaram como adequada, independente do profissional que os atendeu naquela ocasião. Cerca de 80% dos usuários consideraram a disponibilidade do profissional como adequada, enquanto 12,4% consideraram a resolução dos seus problemas inadequada. Com relação à qualidade do atendimento de cada profissional, 89,6%, 93,3%, 89,8% e 89,5% consideraram o atendimento do médico, do dentista, do enfermeiro e do assistente social, respectivamente, como adequados. No que tange à disponibilidade do profissional, o médico foi considerado como possuindo disponibilidade inadequada para mais de 20% dos usuários; para os demais profissionais, cerca de 5% para o enfermeiro, sendo, respectivamente, o pior e o melhor profissional avaliado quanto à sua disponibilidade. A avaliação de uma resolução adequada de seus problemas é muito semelhante para todos os profissionais, variando de 87% para o assistente social até 91% para o dentista.

Na Tabela 5, apresenta-se a análise bivariada entre a percepção de dificuldade de acesso dos usuários às Unidades de Saúde e as demais variáveis independentes estudadas. Foi possível verificar diferença estatisticamente significativa entre a percepção da falta de acesso nas diferentes UBS estudadas, sendo as unidades de saúde H, J e D as que apresentaram maior prevalência de percepção de difícil acesso, 79,2%, 57,1% e 54,8%, respectivamente. As unidades C e G apresentaram as menores prevalências de percepção de difícil acesso, 6,5% e 12,5%, respectivamente. Nas demais unidades, a percepção de difícil acesso gerou em torno de 22 a 38%. As faixas etárias de idade mais avançada possuem menores prevalências de percepção de difícil acesso, sendo de 25% para os entrevistados de 61 a 70 anos e de 23,4%

entre aqueles com mais de 70 anos de idade. Já os mais jovens, de até 30 anos, apresentam prevalência de percepção de dificuldade de acesso acima de 35%, sendo essas diferenças estatisticamente significativas.

As taxas de percepção de dificuldade de acesso entre usuário de UBS de modelo tradicional são mais de duas vezes maiores que as prevalências encontradas entre usuários de UBS no modelo da estratégia de saúde da família, 56,3% e 27,8% respectivamente. A diferença nas taxas de percepção de dificuldade de acesso de acordo com o ente administrativo de cada UBS também apresenta significância estatística, sendo de apenas 9,3% de percepção de dificuldade para UBS ligadas administrativamente à UCPel e de 36,2% e 40,9% às ligadas à UFPel e à SMS, respectivamente.

Na tabela 5, mostra-se, ainda, que a menor taxa de percepção de falta de acesso, de acordo com o meio que utiliza para conseguir as consultas, ocorre entre aqueles que utilizam o agente comunitário de saúde para agendá-las (8,5%); ultrapassando a casa de 80% de percepção de dificuldade no acesso para aqueles que precisam pagar alguém para conseguir a consulta. As obtenções de consultas, a partir de agendamento presencial na unidade de saúde, ou a partir do acolhimento na unidade de saúde, apresentam percepções de dificuldade no acesso semelhantes, de 20,8% e 23,6%, respectivamente.

Ainda que a prevalência de percepção de falta de acesso seja maior entre as mulheres (36,6%), entre os não brancos (35,9%) e entre os de menor renda (cerca de 36% para as faixas de menos de mil reais e de 1001 a 2000 mil reais), essas diferenças não apresentaram significância estatística.

Com relação à distância da residência do usuário à UBS de referência, praticamente não existe diferença na percepção de falta de acesso, que varia, para todas as categorias, ao redor dos 34%.

Na Tabela 6, apresentam-se as análises bivariadas para o desfecho falta de acesso nos últimos três meses. Não houve diferença estatisticamente significativa entre as Unidades de Saúde; da mesma forma; não ocorreu diferença estatisticamente significativa para faixa etária,

cor da pele, categorias de renda, distância da UBS à moradia do usuário ou modelo de atenção da UBS de referência. Já entre os gêneros, houve maior prevalência de falta de acesso no gênero feminino (29,8%).

Ao analisar a variável administração, identificou-se uma prevalência ligeiramente maior em Falta de Acesso nos Últimos Três Meses para UBS administrada pela UFPel (33,3%) quando comparada às administradas pela SMS (29,4%); enquanto, nas administradas pela UCPel, identifica-se uma prevalência de 8,7%.

Na variável meio para consultar, o indivíduo que respondeu “Pega ficha para consultar” apresentou uma prevalência de 35,2% de falta de acesso, sendo a mais prevalente entre as opções. Em contrapartida, “Vai ao posto para agendar” mostrou uma prevalência de 8,7%. Mais detalhes podem ser encontrados na Tabela 6.

Ao ser analisado o desfecho dificuldade no primeiro acesso, a maior prevalência identificada de falta de acesso foi na unidade de saúde H (44,4%); por outro lado, a unidade C apresentou uma prevalência de 0,0%, com significância estatística.

Na Tabela 7, apresenta-se a análise bivariada para o desfecho dificuldade no primeiro acesso às UBS. Na UBS C, não houve relato de dificuldade para o primeiro acesso, enquanto, na unidade H, a prevalência de dificuldade, no primeiro acesso, ultrapassa os 44%. A prevalência de dificuldade de acesso entre as demais UBS varia bastante, desde 4,3% até 41,7%, com p valor menor que 0,001.

Também na variável gênero ocorre diferença estatística, sendo que as mulheres têm cerca de três vezes mais dificuldade no primeiro acesso que os homens, atingindo a prevalência de 21,4%.

No ponto de vista de modelo de atenção, o modelo tradicional apresenta mais que o dobro de dificuldade no primeiro acesso do que o modelo de estratégia de saúde da família, 15% para o primeiro e 35% para o segundo. As UBS administradas pela UCPel têm taxa de 2,2% de dificuldade, no primeiro acesso, enquanto as administradas pela SMS alcançam 20,4% de dificuldade e as administradas pela UFPel, 30%.

Quanto à cor da pele, o meio que utilizou para conseguir consulta e o profissional que consultou não demonstram diferenças estatisticamente significativas nas taxas de dificuldade no primeiro acesso.

Tabela 1 - Perfil das Unidades Básicas de Saúde, Pelotas, 2019.

(n=653) *

Característica	n	%
Administração		
SMS (8)	487	74,6
UCPel (2)	119	18,2
UFPel (1)	47	7,2
Modelo de atenção		
ESF (9)	493	75,5
Tradicional (2)	160	24,5
UBS		
A	10	10
B	12,6	12,6
C	9,5	9,5
D	9,5	9,5
E	8,9	8,9
F	12,1	12,1
G	8,7	8,7
H	9,2	9,2
I	5,8	5,8
J	6,6	6,6
K	7,2	7,2
Meio para consultar		
Vai ao posto para agendar	221	34,2
Pega ficha na fila	309	47,8
Passa pelo acolhimento/triagem	56	8,7
Paga alguém para conseguir consulta	23	3,6
Agente Comunitário de Saúde	18	2,8
Outro	20	3,2

* Nem todas as variáveis possuem o mesmo n, pois há taxas de perdas ou recusas diferentes para cada informação coletada.

Tabela 2 - Características Sociodemográficas dos usuários das UBS, Pelotas, 2019. (n=653) *

Característica	n	%
Autodeclaração de cor		
Não branca	184	28,3
Branca	467	71,7
Gênero		
Masculino	230	35,2
Feminino	423	64,8
Idade em anos completos		
Até 30 anos	70	10,8
De 31 até 40 anos	87	13,4
De 41 até 50 anos	97	14,9
De 51 até 60 anos	147	22,6
De 61 até 70 anos	154	23,7
Mais de 70 anos	95	14,6
Renda familiar em reais		
Até R\$ 1.000	186	29,1
R\$ 1.001 até R\$ 2.000	243	38,0
R\$ 2.001 até R\$ 3.000	112	17,5
Mais que R\$ 3.000	98	15,3
Escolaridade em anos completos		
Sem escolaridade	31	4,8
Até 4 anos do fundamental	105	16,3
Mais de 4 anos do fundamental	219	33,9
Ensino Médio	190	29,4
Ensino Superior	101	15,6
Distância em metros da UBS referênci		
Até 100 metros	145	22,2
De 101 até 200 metros	158	24,2
De 201 até 400 metros	172	26,3
De 401 até 700 metros	124	19,0
Mais de 700 metros	54	8,3

* Nem todas as variáveis possuem o mesmo n, pois há taxas de perdas ou recusas diferentes para cada informação coletada.

Tabela 3 - Caracterização da utilização do serviço das UBS, nos últimos 3 meses, Pelotas, 2019. (n=653) *

Característica	n	%
Número de Vezes que Procurou a UBS		
Uma vez	84	29,5
Duas vezes	61	21,4
Três vezes	65	22,8
Mais de 3 vezes	75	26,3
Número de consultas médicas		
Não consultou	61	22,2
Uma vez	99	36,0
Duas vezes	45	16,4
Três vezes	35	12,7
Mais de 3 vezes	35	12,7
Número de consultas odontológicas		
Não consultou	230	83,6
Uma vez	19	6,9
Duas vezes ou mais	26	9,5
Número de consultas à enfermagem		
Não consultou	109	39,5
Uma vez	56	20,3
Duas vezes	32	11,6
Três vezes	28	10,1
Mais de 3 vezes	51	18,5
Número de consultas ao Assistente Social		
Não consultou	234	84,8
Uma vez	21	7,6
Duas vezes ou mais	21	7,6
Tempo da última consulta		
Na última semana	62	22,5
Na 2ª ou 3ª semanas	56	20,4
Na 4ª semana	64	23,3
Da 5ª à 8ª semana	49	17,8
Há mais de 8 semanas	44	16,0

* Nem todas as variáveis possuem o mesmo n, pois há taxas de perdas ou recusas diferentes para cada informação coletada.

Tabela 4 - Avaliação da qualidade do serviço pelo usuário do serviço nas UBS, Pelotas, 2019. (n=653)*

Característica	Última Consulta (n=269)	Médico (n=211)	Dentista (n=45)	Enfermeiro (n=167)	Assistente Social (n=35)
Qualidade	%(n)	%(n)	%(n)	%(n)	%(n)
Adequada	89,2% (240)	89,6% (189)	93,3% (42)	89,8% (150)	89,5 (34)
Inadequada	10,7% (29)	10,4% (22)	6,6% (3)	10,2% (17)	10,5 (4)
Disponibilidade					
Adequada	80,8% (217)	79,0% (166)	93,2% (41)	95,2% (157)	88,5% (31)
Inadequada	19,0% (51)	20,9% (44)	6,8% (3)	4,8% (8)	11,5% (4)
Resolução					
Adequada	87,6% (234)	87,7 % (185)	91,1% (41)	89,0% (145)	86,8% (33)
Inadequada	12,4 (33)	12,3% (26)	8,8% (4)	11,0% (18)	13.1% (4)

* Nem todas as variáveis possuem o mesmo n, pois há taxas de perdas ou recusas diferentes para cada informação coletada.

Tabela 5 - Percepção da Dificuldade de Acesso dos Usuários das UBS, de acordo com variáveis sociodemográficas e caracterização do serviço. Pelotas, 2019. (n=653) *

Características	Difícil Acesso %(n)	p valor
UBS		<0,001
A	38,5 (25)	
B	32,1 (260)	
C	6,5 (4)	
D	54,8 (34)	
E	22,4 (13)	
F	25,6 (20)	
G	12,5 (7)	
H	72,9 (43)	
I	32,4 (12)	
J	57,1 (24)	
K	36,2 (17)	
Gênero		0,2
Masculino	31,4 (71)	
Feminino	36,6 (154)	
Idade em anos completos		<0,001
Até 30 anos	35,7 (25)	
De 31 até 40 anos	36,8 (32)	
De 41 até 50 anos	46,9 (45)	
De 51 até 60 anos	42,8 (62)	
De 61 até 70 anos	25,0 (38)	
Mais de 70 anos	23,4 (22)	
Cor		0,4
Não Branca	35,9 (166)	
Branca	33,2 (59)	
Renda		0,9
Até R\$ 1.000	36,6 (68)	
R\$ 1.001 até R\$ 2.000	36,0 (87)	
R\$ 2.001 até R\$ 3.000	32,7 (36)	
Mais que R\$ 3.000	33,3 (29)	
Distância		0,9
Até 100 metros	34,3 (49)	
De 101 até 200 metros	35,7 (56)	
De 201 até 400 metros	33,7 (58)	
De 401 até 700 metros	35,5 (44)	
Mais de 700 metros	35,3 (18)	

Tabela 5 - Percepção da Dificuldade de Acesso dos Usuários das UBS, de acordo com variáveis sociodemográficas e caracterização do serviço. Pelotas, 2019. (n=653) * - continuação

Horário de funcionamento como dificultador	<0,001
Não	22,1 (86)
Sim	53,6 (113)
Modelo de Atenção	<0,001
ESF	27,8 (136)
Tradicional	56,3 (89)
Administração	<0,001
SMS	40,9 (147)
UCPel	9,3 (11)
UFPel	36,2 (17)
Meio para consultar	<0,001
Vai ao posto para agendar	20,8 (46)
Pega ficha na fila	44,8 (137)
Passa pelo acolhimento/triagem	23,6 (13)
Paga alguém para conseguir consulta	82,6 (19)
Agente Comunitário de Saúde	11,1 (2)
Outro	44,4 (8)

* Nem todas as variáveis possuem o mesmo n, pois há taxas de perdas ou recusas diferentes para cada informação coletada.

Tabela 6 - Falta de acesso nas UBS, em três meses, Pelotas, 2019. (n=653) *

Característica	Falta de acesso em 3 meses %(n)	p valor
UBS		0,1
A	30,2 (13)	
B	27,3 (12)	
C	7,70 (2)	
D	28,6 (6)	
E	9,5 (2)	
F	34,0 (16)	
G	10,0 (2)	
H	33,3 (4)	
I	42,9 (6)	
J	31,3 (5)	
K	33,3 (7)	
Gênero		0,02
Masculino	15,7 (11)	
Feminino	29,8 (64)	
Idade em anos completos		0,1
Até 30 anos	41,7 (15)	
De 31 até 40 anos	22,2 (8)	
De 41 até 50 anos	29,5 (13)	
De 51 até 60 anos	31,1 (19)	
De 61 até 70 anos	17,6 (12)	
Mais de 70 anos	21,6 (8)	
Cor		0,1
Não Branca	20,5 (17)	
Branca	29,0 (58)	
Renda		0,6
Até R\$ 1.000	25,3 (25)	
R\$ 1.001 até R\$ 2.000	28,6 (34)	
R\$ 2.001 até R\$ 3.000	19,4 (7)	
Mais que R\$ 3.000	30,8 (8)	
Distância		0,6
Até 100 metros	23,8 (19)	
De 101 até 200 metros	24,4 (19)	
De 201 até 400 metros	34,4 (22)	
De 401 até 700 metros	23,9 (11)	
Mais de 700 metros	23,9 (4)	

Tabela 6 - Falta de acesso nas UBS, em três meses, Pelotas, 2019. (n=653) * -
continuação

Característica	Falta de acesso em 3 meses %(n)	p valor
Horário de funcionamento como dificultador		<0,001
Não	19,7 (35)	
Sim	39,3 (35)	
Modelo de Atenção		0,1
ESF	24,8 (59)	
Tradicional	34,0 (16)	
Administração		0,01
SMS	29,4 (64)	
UCPel	8,7 (4)	
UFPel	33,3 (7)	
Meio para consultar nos últimos 3 meses		<0,001
Vai ao posto para agendar	8,7 (8)	
Pega ficha para ser atendido	35,2 (25)	
Passa no acolhimento/triagem	30,6 (26)	
Outro	34,8 (8)	

* Nem todas as variáveis possuem o mesmo n, pois há taxas de perdas ou recusas diferentes para cada informação coletada.

Característica	Falta de Acesso % (n)	p valor
UBS		<0,001
A	34,1 (14)	
B	15,4 (6)	
C	0,0 (0)	
D	26,3 (5)	
E	15,0 (3)	
F	4,3 (2)	
G	5,3 (1)	
H	44,4 (4)	
I	41,7 (5)	
J	13,3 (2)	
K	30,0 (6)	
Gênero		0,01
Masculino	7,7 (5)	
Feminino	21,4 (43)	
Cor		0,7
Não Branca	19,7 (15)	
Branca	17,6 (33)	
Horário de funcionamento como dificultador		0,07
Não	16,1 (27)	
Sim	25,6 (21)	
Modelo de Atenção		<0,001
ESF	15,0 (34)	
Tradicional	35,0 (14)	
Administração		<0,001
SMS	20,4 (41)	
UCPel	2,2 (1)	
UFPel	30,0 (6)	
Meio para consultar nos últimos 3 meses		
Vai ao posto para agendar	15,2 (14)	0,5
Pega ficha para ser atendido	21,4 (15)	
Passa no acolhimento/triagem	21,0 (17)	
Outro	10,5 (2)	
Profissional que consultou		
Médico(a)	17,4 (32)	0,7
Enfermeiro(a)	19,2 (10)	
Dentista	33,3 (4)	

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

É relevante discutirmos as possíveis limitações presentes neste estudo. Entre elas, é digno de nota o possível viés de memória; característica já prevista, visto que é um estudo transversal, com período de tempo anterior à entrevista de até três meses. Entretanto, consideramos que o objeto Falta de Acesso tem um impacto importante para os indivíduos do estudo e, por isso, esse viés tenderia a ser minimizado. Também é digno de nota que se trata de um viés conservador, pois o estudo apontou Falta de Acesso em duas diversas dimensões, o que significaria dizer que, na possibilidade de ausência desse viés, haveríamos encontrado dados ainda mais significativos e discrepantes sobre o desfecho.

Outro ponto a ser mencionado é o tamanho amostral menor em algumas variáveis. A ocorrência de perdas de dimensões diferentes em cada variável decorre de que os entrevistados poderiam interromper a entrevista ou mesmo optar por não responder a perguntas específicas. Entretanto, ainda que um tamanho amostral menor seja conservador em relação aos resultados analíticos, uma vez que relações estatisticamente significativas tenham sido encontradas, um n maior não mudaria este achado, o que pode ter ocorrido é que algumas relações não identificadas com o tamanho amostral deste estudo poderiam vir a ser demonstradas, de modo que a presença dessa limitação não prejudica os achados do estudo.

Também, no ponto de vista metodológico, apontamos a necessidade da complementariedade com a abordagem qualitativa para dar um sentido maior ao todo, na perspectiva de compreendermos melhor os fenômenos comprovados quantitativamente neste estudo. Entretanto, ele abre caminho para essa possibilidade e deixa como objetivo para os passos seguintes na busca da compreensão do todo.

Com relação ao perfil sociodemográfico do recorte populacional que representa a amostra do estudo, verificamos que existe semelhança à média nacional quando comparamos com os dados do IBGE. A média de escolaridade encontrada no estudo foi de 9 anos completos, enquanto considerando o território nacional, em 2016, a média foi de 8 anos

completos (IBGE, 2016). A renda domiciliar per capita média, em 2018, foi de 1. 373 reais, segundo IBGE (BRASIL, 2010). Em comparação, a renda domiciliar per capita média encontrada no estudo foi de R\$ 781,25; essa expressiva diferença pode se justificar por se tratar de uma amostra unicamente formada por usuários do SUS, concentrada em regiões sabidamente mais vulneráveis do município.

Identificamos maior prevalência do gênero feminino (64,8%), um dado com uma expressiva diferença em relação ao dado populacional, uma vez que, ao olhar para a proporção entre homens e mulheres, em números gerais, apenas 51% é do gênero feminino. Tal diferença pode ser explicada, novamente, pela população alvo de nosso estudo, compreendida apenas por usuários do serviço de Atenção Básica do Sistema de Saúde. Nesse caso, é conhecido o fato de que o gênero feminino procura mais o Sistema do que o masculino (BRASIL, 2003).

Em relação à autodeterminação de cor, uma prevalência de 71,7% de indivíduos que se autodeclararam brancos foi encontrada, contrastando, no cenário nacional, com uma prevalência de 45,22% (IBGE EDUCA, 2015). Entretanto, ao analisar os dados do Rio Grande do Sul, encontramos uma prevalência de autodeclaração de cor branca de 82,3% (BASTOS, 2018), aproximando-se dos valores encontrados em nossa amostra.

A amostra do estudo, ainda que apresente características sociodemográficas muito parecidas com a média nacional ou com a regional, apresenta características próprias de um grupo específico de usuários do SUS; essa diferença pode nos remeter a reflexões, por um lado, acerca da universalidade do SUS; por outro, acerca da equidade do Sistema Único, ao ponto de percebermos que a amostra que representa os usuários não representa o universo da população brasileira, entretanto é carregada de características próprias e definidoras.

Ao compararmos o perfil dos usuários encontrados na pesquisa, com dados de pesquisa sobre o perfil de usuários do SUS, podemos encontrar algumas semelhanças. Como mencionado anteriormente, a prevalência que foi identificada no estudo, do gênero feminino (64,8%), é maior que a do gênero masculino, quando analisado o grupo populacional que

busca o serviço. Em comparação, em estudo de base populacional do PNAD, encontrou-se uma proporção chegando a 2:1 (BRASIL, 2003). Ao analisar o perfil dos usuários pela renda, é possível verificar que a concentração dos usuários está nos primeiros 4 quintis de renda familiar per capita *média* (até 440 reais per capita) (BRASIL, 2003); da mesma maneira, podemos identificar, no perfil dos indivíduos do estudo, que a população correspondente às menores faixas de renda familiar foram as mais prevalentes (67,1%); os indivíduos com renda familiar maior que 3 mil reais representaram apenas 15,6% dos que preencheram critérios para inclusão na amostra.

As características da representação amostral do estudo vão ao encontro das características nacionais, de base populacional, do Sistema Único de Saúde; isso traz um significado importante ao estudo, uma vez que, de fato, evidencia que a amostra representa o todo.

Também é verdade que os achados que caracterizam a população prevalente do Sistema Único de Saúde remete à reflexão sobre fragilidades e aos desafios que o Sistema tem de enfrentar na perspectiva de alcançar, de fato, o Acesso Universal e a busca por um serviço engajado na equidade e na integralização do direito à saúde como política e como componente da Seguridade Social.

A fim de analisarmos os diferentes aspectos que envolvem a efetivação do acesso ao Sistema de Saúde, consideramos necessário estudar três desfechos distintos; que, embora tenham como centralidade o acesso, são, essencialmente, diferentes e apontam aspectos diferentes na falta de acesso. Seleccionamos, então, três dimensões do acesso para tentar elucidar, da maneira mais ampla possível, a falta de acesso: a partir do indivíduo numa perspectiva subjetiva, por uma avaliação de percepção e na perspectiva objetiva, na intenção de avaliar objetivamente o Sistema. No campo subjetivo, utilizou-se o desfecho Percepção de falta de acesso; no campo mais objetivo, utilizaram-se os desfechos, Falta de acesso nos últimos três meses e Dificuldade no Primeiro acesso.

O desfecho Falta de acesso nos últimos três meses apresentou prevalência de 11,5%, uma taxa ligeiramente maior quando comparada ao que Nunes (2016) mostrou em seu estudo, no qual identificou a prevalência de Falta de acesso às unidades básicas de saúde variando de 6 e 8%. O mesmo autor, em 2012, na cidade de Pelotas, identificou uma prevalência de Falta de Acesso, no último mês, de 6,5%. Já para o desfecho Dificuldade no primeiro acesso, identificou-se uma prevalência de 7,4%. Nota-se equivalência com o estudo de Ribeiro (2006), em que o autor apresenta uma prevalência de Falta de acesso de 7,0%, considerando o primeiro acesso.

Os desfechos Falta de acesso nos últimos três meses e Dificuldade no Primeiro acesso, ainda que falem sobre falta de acesso, possuem o fator temporalidade que, na nossa avaliação, é fundamental para analisar a complexidade do acesso. Ao identificar que 11,5% dos indivíduos apresentaram, nos três meses precedentes à pesquisa, algum tipo de falta de acesso, e 7,5% apresentaram dificuldade no primeiro acesso, entendemos que, ao longo do tempo, a impossibilidade do acesso ao serviço aumentou. Hoje, o impacto desse achado significa que, ao longo de três meses, mais de 40 mil pessoas não tiveram acesso à rede de Atenção Primária, no município de Pelotas.

Por outro lado, ao analisarmos o lado subjetivo do indivíduo, a partir da percepção de falta de acesso dos usuários do Sistema Único de Saúde, para a Atenção Básica, identificou-se uma prevalência de quase 35% de percepção de falta de acesso. Ora, esse dado, ainda que não comparado a outros estudos, por ausência deles, vai fortemente ao encontro da realidade que os profissionais de saúde relatam, a partir da sua vivência com os usuários no serviço. Nesses casos, além de pesquisador, assumo o local de fala de um servidor do SUS e compartilho dessa percepção, a qual é, também, compartilhada com e entre os usuários.

Esse dado remete à reflexão sobre o impacto dessa opinião/percepção dos usuários do SUS em relação à política de saúde e ao serviço, e, portanto, pode refletir na avaliação dos gestores, apontando uma dimensão relevante das políticas de saúde, que vão além da sua concreta implementação, para englobar, também, o âmbito das percepções dos sujeitos. Essas

que só podem ser abordadas a partir da inclusão dos usuários no planejamento dos serviços e em sua participação nos processos decisórios sobre a melhor forma de organização do acesso.

Os três desfechos foram submetidos a análises bivariadas com as variáveis independentes selecionadas para o estudo. Foram analisadas as características sociodemográficas, os entes administrativos, o modelo de atenção e característica de utilização das UBS.

Ao analisarmos o impacto das características sociodemográficas nos desfechos, percebemos que, de maneira geral, não houve significância estatística para o estudo. Para os três desfechos estudados – cor de pele, renda e distância da UBS à moradia do usuário – não houve um valor p valor significativo; não se podendo inferir que são variáveis que interferem na falta de acesso. Entretanto, é importante salientar que as prevalências de dificuldade de acesso, para usuários autodeclarados não brancos, foram sempre maiores do que entre os brancos, o que nos leva a crer que, para essa variável, pode ter ocorrido falta de poder do estudo em demonstrar tal associação, fato que, provavelmente, com um tamanho amostral mais robusto, teria sido demonstrado.

Já ao analisar a variável gênero, identificou-se valor estatístico significativo para dois desfechos, Falta de acesso em três meses ($p=0,02$) e Dificuldade no primeiro acesso ($p=0,01$); o gênero feminino apresentou maior prevalência, 29,8% e 21,4%, respectivamente, quando comparado ao gênero masculino. Uma das razões que podem explicar esse fato decorre da possível percepção dos profissionais de saúde de que os homens buscam menos o serviço de saúde (BRASIL, 2003); facilitando, assim, o seu acesso quando o procuram, ainda que a questão do machismo possa sempre estar no pano de fundo de achados como esse.

No desfecho percepção de falta de acesso, a prevalência entre os gêneros foi muito parecida, 31,4% para o masculino e 36,6% para o feminino, motivo pelo qual, provavelmente, não se encontrou valor estatístico significativo.

Unidade de Saúde, Modelo de Atenção e o ente Administrativo mostraram-se altamente relevantes para a prevalência da falta de acesso, mostrando significância estatística,

o que se traduz no impacto de ambas as variáveis na efetivação do acesso ao serviço, mostrando que, tanto quem administra quanto a decisão acerca do modelo de atenção no serviço impactam no acesso.

Para os três desfechos, o ente administrativo mostrou significância estatística. Nesse caso, o ente SMS apresentou maior prevalência para Percepção de dificuldade no acesso, mais de 40%; seguida da UFPel, com 36,2% e UCPel 9,3%. Já para os desfechos Falta de acesso nos últimos três meses e Dificuldade no primeiro acesso, o ente UFPel apresentou maior prevalência, o que significou 33,3% e 30,0%, respectivamente.

A partir desses dados, algumas questões podem ser levantadas: ao analisarmos que a percepção de difícil acesso é mais prevalente para os usuários que estão vinculados às unidades sob administração da Secretaria Municipal de Saúde, primeiro devemos levar em consideração que a SMS é o ente administrativo com maior número de UBS na amostra, o que significa heterogeneidade e maior representatividade do todo. Além disso, devemos considerar que somente a SMS possui Unidade de Saúde com o modelo Tradicional, fator que, como iremos demonstrar, tem impacto no desfecho, com valor estatístico significativo. Outra questão a ser considerada é o fator acadêmico, tornando os espaços ligados à UCPel e à UFPel caracteristicamente de ensino. A presença tanto de educadores quanto de educandos pode influenciar positivamente na avaliação do serviço, na sensação de um melhor acolhimento, e no acesso (PIZZINATO, 2012).

Nos desfechos Falta de acesso nos últimos três meses e Dificuldade no primeiro acesso, os entes SMS e UFPel apresentaram prevalência consideravelmente maior que o ente UCPel. Nesse caso, podemos considerar a existência ou não do que se convencionou chamar de acolhimento; isso faz referência, principalmente, à possibilidade de atendimento à demanda espontânea, ao regime de porta aberta do serviço e ao Acesso Avançado. No município, sabidamente, a SMS caminha no processo de institucionalizar o acolhimento, entretanto não tem como rotina supervisionar e/ou capacitar a equipe para a execução desse processo. Na UFPel, ainda que haja uma defesa conceitual pelo acolhimento, ainda não se

observa a implementação efetiva dessa ferramenta de acesso. Por outro lado, as diretrizes de ensino e serviço da UCPel orientam, acompanham e capacitam a equipe e o corpo acadêmico para o acolhimento. Essas diferenças de governança certamente estão envolvidas nos resultados obtidos.

O acesso ainda é considerado o atributo da APS com pior avaliação, tanto na ESF quanto nas equipes tradicionais. Entretanto, a avaliação dos usuários ao acolhimento realizado na ESF é superior ao do realizado pelas equipes tradicionais (CASTRO, 2012; CESAR, 2014; CHOMATAS, 2013; FERREIRA, 2016; MACINKO, 2007; SILVA, 2015; VAN STRALEN, 2008).

Por fim, cabe uma observação à variável Horário de funcionamento como dificultador do acesso. A variável mostrou significância estatística para percepção de Falta de acesso e Falta de acesso nos últimos três meses e para o desfecho Dificuldade no primeiro acesso apresentou um p valor igual a 0,07, ou seja, muito provavelmente, se o n fosse maior, poderíamos obter um p significativo.

Nesse ponto, ao questionarmos sobre qual a motivação por que o horário torna-se um problema, duas justificativas são as mais prevalentes: necessidade de ir muito cedo à unidade de saúde para conseguir ficha, e insuficiência no horário de funcionamento (conflita com o horário de trabalho). Para a primeira justificativa, sabe-se que, se fosse resolvida a questão do cerceamento de consultar, e, portanto, do acesso, essa justificativa já não existiria; na segunda, há um fator mais complexo, que não depende dos processos de trabalho da Equipe de Saúde. Confrontam-se, nesse caso, duas alternativas antagônicas e epistemologicamente opostas, dados os problemas mencionados: 1) estender o horário de atendimento das Unidades de Saúde, entendendo que o horário de funcionamento não é suficiente para dar resposta às necessidades do grupo populacional que trabalha durante horário comercial; 2) entender que o problema da incompatibilidade de horário seja fruto da superexploração do grupo populacional laboral, e, por conseguinte, reconhecer sua exploração, que, adicionalmente a

outros fatores, não possibilita tempo para o cuidar de si e de sua saúde. Portanto, torna-se imprescindível o incentivo de políticas de bem-estar e autocuidado do trabalhador.

Na perspectiva desse dilema, precisamos ter consciência de que o trabalhador sempre terá seu tempo e sua força explorada ao máximo, no intuito de maximizar o lucro do Sistema. A produção sempre virá em detrimento do cuidado e do bem-estar; ao pensar em uma política de saúde que amplie o horário de funcionamento das unidades, há de se questionar a intencionalidade da política e a qual senhor ela está servindo: o ser ou a empresa?

Questionaram-se os usuários quanto à qualidade, à disponibilidade e à resolubilidade na perspectiva de se obter uma avaliação global da qualidade do serviço, referente à última consulta (independente de qual profissional o tenha atendido) e, da mesma maneira, considerando qualquer período de tempo: do médico, do dentista, do enfermeiro e do assistente social.

Em relação ao médico, identificou-se uma avaliação positiva quanto à qualidade de 89,6%; nesse caso, para além da coesão com a realidade, também entendemos que os indivíduos que são submetidos a entrevistas têm uma tendência maior a responder positivamente às questões. Por outro lado, a prevalência de “disponibilidade insatisfatória” do médico foi de 20,9%, sendo a maior prevalência de “disponibilidade inadequada” entre todos os profissionais. Dados da OMS mostram que o Brasil apresenta a menor relação de médicos por habitantes entre países que adotam sistemas universais de saúde; adicionalmente, o Brasil ainda apresenta uma desigual distribuição dos profissionais médicos em seu território (GIRARDI, 2016). Esses dados corroboram a grande prevalência de indisponibilidade do médico.

Em relação aos demais profissionais – dentista, enfermeiro e assistente social – identificou-se uma avaliação global muito positiva em relação à qualidade, à resolubilidade e à disponibilidade dos profissionais na rede. Entre esses, o profissional com maior “disponibilidade inadequada” foi o assistente social (11,4%). Numa perspectiva diferente, o assistente social ainda não enfrenta uma pressão assistencial grande, e, como regra, a oferta da

consulta com esse profissional se dá por “livre demanda”, ou seja, onde há profissional, há atendimento. Por outro lado, é dado ao pouco esforço dos gestores em aumentar o número de profissionais da área, na rede de atenção à saúde. Por isso, diferente da realidade dos outros profissionais, a prevalência de indisponibilidade do assistente social não se dá pela carência do profissional no mercado, ou por outro empecilho de acesso a ele, e sim por não ter mais espaço para esse profissional na equipe de saúde.

Os resultados apresentados corroboram os estudos anteriores e os conhecimentos consolidados na literatura, em que o cenário da assistência, no âmbito da atenção primária à saúde, percebido na ótica do acesso, é um problema histórico, impulsionado por diversos fatores, entre eles a falta de profissional da equipe de saúde.

A partir da ótica do acesso, fica em cheque a garantia do direito à saúde universal, uma vez que entendemos que só é possível efetivá-la na medida em que se garanta acesso universal. Nesse sentido, demonstramos que até 11% da população têm esse direito furtado pelo Estado, por não conseguir acesso ao Sistema de Saúde. Assim, à medida que o Estado se ausenta de suas responsabilidades e passa a não garantir acesso e cobertura universal, entendemos que um dos pilares do tripé da seguridade social seja rompido, deixando o cidadão à margem do sistema público e fortemente sensível aos apelos do sistema privado.

Entendemos o direito à saúde como essencial para o efetivo exercício da cidadania; condição essa que sempre foi o mote da luta dos campos sociais ligado à saúde, que teve início na reforma sanitária. Dessa forma, a conquista do direito à saúde universal apenas será garantida pelo pleno exercício cidadão nos campos deliberativos do SUS, ao cabo, pela participação e controle social. A luta pela efetivação do direito à saúde passa, também, por uma desconstrução do imaginário quanto ao significado de direito, pois, como coloca Carvalho (2005), a percepção de caridade ainda paira sobre esse conceito e limita o exercício da cidadania:

O exercício limitado da cidadania é também influenciado pela percepção restrita da população acerca de seus direitos instituídos. É estabelecida uma relação ambígua entre os cidadãos e o governo: direitos são vistos como um

favor em troca do qual se deve gratidão e lealdade, resultando em uma cidadania passiva e receptora, e não ativa e reivindicadora (CARVALHO, 2005, p. 250).

Ainda que não isoladamente, esse fenômeno, adicional ao sucateamento do Sistema Único de Saúde, vem, cada vez mais, abrindo espaço para a privatização e a financeirização da saúde; causando a inversão da lógica do sistema da sanitária para a lógica empresarial; como aponta PRADO (2014):

Os aspectos fundamentais daquilo que se convencionou chamar de financeirização se manifestam cada vez mais intensamente na saúde brasileira. [...] No caso específico da saúde, não se trata de dizer que os esquemas de comércio de planos e seguros são uma novidade recente. Mas sim de mostrar como o processo vivido pelo setor, sobretudo nas últimas duas décadas, aprofunda tendências que antes eram incipientes. Especialmente, como algumas empresas relativamente irrelevantes se transformaram em grandes grupos econômicos multissetoriais, multifuncionais e transnacionais, capazes de impor sua agenda sobre inúmeros assuntos de interesse público no campo da saúde (PRADO, 2014, p. 3).

Ou seja, a nova lógica que começa a dominar o Sistema de Saúde o faz operar a favor da acumulação a partir da doença e, não mais, da lógica sanitária para geração de saúde. É natural pensar o desmonte do Sistema de Saúde, que leva ao agravamento das suas fragilidades e, portanto, a um maior fluxo migratório do público ao privado, que não se dá ao acaso. Pelo contrário, faz parte de uma maliciosa estratégia para nutrir um em detrimento do outro.

Ao final, o papel das resistências do campo social é a única garantia de manutenção e seguimento do Sistema; mais do que nunca, os atores sociais precisam assumir o protagonismo na defesa do sistema. Estratégias junto ao gestor e às instituições acadêmicas locais devem ser buscadas para planejar ações na busca pelo Acesso Universal. Entretanto, os desafios perpassam o cenário local, de maneira que são necessárias articulações nacionais de

todos os setores para tal enfrentamento. Somente assim, a efetivação do direito à saúde poderá ser garantida.

Para dar continuidade ao processo de análise e compreensão do universo de interações, intenções e forças políticas que atuam no âmbito do Acesso Universal ao serviço de saúde, mais estudos se fazem necessários. Ainda mais no que tange a estudos qualitativos, que terão como missão a compreensão das partes envolvidas nesse processo, buscando entender as tensões locais, com foco no serviço e, adicionalmente, com foco no âmbito nacional, regional e federal, na perspectiva de vislumbrar os jogos de interesse por trás dos fatos. Essa complementariedade dará subsídios para a compreensão do todo e instrumentalizará o embate do sucateamento e da financeirização da saúde. É imprescindível que esse próximo passo seja tomado o mais brevemente possível, dado o *timing* político em que nos encontramos. Ainda que os desafios sejam grandes e as barreiras sejam muitas, a articulação do campo social em torno do escopo da saúde há de se fortalecer e caminhar rumo ao enfrentamento na busca de mudanças.

REFERÊNCIAS

71% DOS BRASILEIROS têm os serviços públicos de saúde como referência. *Biblioteca Virtual em Saúde*, Brasília, 3 jun. 2015. Últimas Notícias. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/ultimas-noticias/1600-71-dos-brasileiros-tem-os-servicos-publicos-de-saude-como-referencia>. Acesso em: 29 abr. 2019.

ANDERSEN, R. M. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *J Health Soc Behav*. 1995 Mar;36(1):1-10.

ANDERSEN, R. M.; NEWMAN, J. F. Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. *Milbank Mem Fund Q* 1973; 51(1):95-124.

ASSIS, M. M. A.; JESUS, W. L. A. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2865-2875, nov. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001100002&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 23 nov. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012001100002>.

AZEVEDO, A. L. M.; COSTA, A. M. A estreita porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS): uma avaliação do acesso na Estratégia de Saúde da Família. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 14, n. 35, p. 797-810, dez. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832010000400007&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 27 Dec. 2019. Epub Sep 08, 2010. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832010005000029>.

BARCELOS, S. C. *A regionalização do acesso a saúde: facilitando fluxos ou construindo barreiras?* 2016. 110f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2016.

BASTOS, J. L. et al. Diferenças socioeconômicas entre autoclassificação e heteroclassificação de cor/raça. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo: Universidade de São Paulo-USP, Faculdade de Saúde Pública, v.42, n.2, p.324-334, abr.2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000200019. Acesso em: jan. 2018.

BRASIL. Censo Demográfico 2010. *Metodologia do Censo Demográfico 2010*. Rio de Janeiro: IBGE, 2013 (Série Relatórios Metodológicos, v. 41).

BRASIL. Congresso Nacional. Constituição da República Federativa do Brasil. *Diário Oficial da União*, Seção 1, Página 18068 (Veto), 20 set. 1990a.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde*. Brasília: Conass, 2015. 127 p.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Presidência da República, [2016], Art. 194. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 29 abr. 2019.

BRASIL. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: Brasília, DF, 20 set. 1990b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Previdência e Assistência Social. *Relatório Final da 8ª Conferência Nacional da Saúde*. Brasília: MS, 1986.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs). *Diário Oficial da União*: Brasília, DF, 22 out. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ*. Manual Instrutivo [internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_instrutivo_pmaq_site.pdf. Acesso em: 29 abr. 2019.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Rede interagencial de informações para a saúde*. 2003

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Acolhimento à Demanda Espontânea*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BURCHARDT, H. La crisis actual de América Latina: causas y soluciones. Nueva Sociedad, n. 267, p. 114, 2017.

CARTA DE OTTAWA. Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, Ottawa, Canadá, novembro de 1986. In: Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. Declaração de Alma-Ata; Carta de Ottawa; Declaração de Adelaide; Declaração de Sundsvall; Declaração de Santafé de Bogotá; Declaração de Jacarta; Rede de Megapaíses; Declaração do México. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001.

CARVALHO, J.M. *Cidadania no Brasil: o longo caminho*. 7. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2005.

CASTRO, R. C. L.; KNAUTH, D. R.; HARZHEIM, E.; et al. Avaliação da qualidade da atenção primária pelos profissionais de saúde: comparação entre diferentes tipos de serviços. *Cad Saude Publica* [internet]. 2012 set [acesso em 2018 maio 28]; 28(9):1772-84. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000900015&lng=pt&tlng=pt.

CESAR, M. C.; CAMPOS, G. W. S.; MONTEBELO, M. I. L.; et al. Avaliação da atenção primária no município de Piracicaba, São Paulo, Brasil. *Saúde debate* [internet]. 2014 [acesso em 2018 maio 28]; 38(esp):296-306. Disponível em: <http://www.gnresearch.org/doi/10.5935/0103-1104.2014S022>.

CHAUI, Marilena. Intelectual engajado: uma figura em extinção. O silêncio dos intelectuais. São Paulo: Companhia das Letras, p. 19-43, 2006.

CHOMATAS, E.; VIGO, A.; MARTY, I.; et al. Avaliação da presença e extensão dos atributos da atenção primária em Curitiba. *Rev Bras Med Família e Comunidade*. 2013; 8(29):294-303.

CONILL, E. M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. *Cad Saude Publica* [internet]. 2008 [acesso em 2019 outubro 28]; 24(1):7-27. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24s1/02.pdf>.

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA. Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro 1978. In: Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. Declaração de Alma-Ata; Carta de Ottawa; Declaração de Adelaide;

Declaração de Sundsvall; Declaração de Santafé de Bogotá; Declaração de Jacarta; Rede de Megapaíses; Declaração do México. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001.

DILÉLIO, A. S.; TOMASI, E.; THUMÉ, E.; SILVEIRA, D.S.; et al. Lack of access and continuity of adult health care: a national population-based survey. *Rev Saude Publica*. 2015 Jun;49:1-15.

FACCHINI, L. A.; PICCINI, R. X.; TOMASI, E.; THUMÉ, E.; et al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. *Cienc Saude Coletiva*. 2006 jul-set;11(3):669-81.

FACCHINI, L. A.; SILVEIRA, D. S.; DURO, S. M. S.; et al. Os sentidos da pesquisa nos processos organizativos da Estratégia Saúde da Família. In: SOUSA, M. F., FRANCO, M. S., MENDONÇA M. A., editores. *Saúde da família nos municípios brasileiros: os reflexos dos 20 anos no espelho do futuro*. Campinas: Saberes; 2014. p. 849-92.

FERREIRA, V. D.; OLIVEIRA, J. M.; MAIA, M. A. C. et al. Assessment of Primary Healthcare attributes in one Municipality of Minas Gerais State. Esc. Anna Nery. *Rev. Enferm.* [internet]. 2016 [acesso em 2018 maio 28]; 20(4). Disponível em: <http://www.gnresearch.org/doi/10.5935/1414-8145.20160104>.

FLEURY, S. A Seguridade Social inconclusa. 2006. Disponível em: http://app.ebape.fgv.br/comum/arq/pp/peep/cap_liv/seguridade_social.pdf. Acesso em: 29 abr. 2019.

GIOVANELLA, L.; FLEURY, S. Universalidade da Atenção à Saúde: acesso como categoria de análise. In: EIBENSCHUTZ C, organizadora. *Política de Saúde: o público e o privado*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1995. p. 177-198.

GIRARDI, Sábado Nicolau et al. Impacto do Programa Mais Médicos na redução da escassez de médicos em Atenção Primária à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 21, p. 2675-2684, 2016.

GODOI, C. K.; MATTOS, P. L. C. L. Entrevista qualitativa: instrumento de pesquisa e evento dialógico. In: GODOI, C. K. et al. (org.). *Pesquisa qualitativa em estudos organizacionais: paradigmas estratégias e métodos*. São Paulo: Saraiva, 2006.

GOVERNO gasta R\$ 3,89 ao dia na saúde de cada brasileiro. *Conselho Federal de Medicina*, 29 fev. 2016. Disponível em: https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=25985:2016-02-18-12-31-38&catid=3. Acesso em: 29 abr. 2019.

HARZHEIM, E, ÁLVAREZ-DARDET, C. Evaluación de la atención a la salud infantil del Programa Saúde da Família en la región sur de Porto Alegre, Brasil. *Rev Bras Med Família e Comunidade* [internet]. 2007 [acesso em 2019 maio 28]; 3(9):60. Disponível em: <http://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/84>.

IBGE EDUCA. *Conheça o Brasil: população cor ou raça*. 2015.

IBGE. *Pesquisa nacional por amostra de domicílios contínua-PNAD Contínua*. 2016.

LIMA-COSTA, M. F.; TURCI, M. A.; MACINKO, J. Estratégia Saúde da Família em comparação a outras fontes de atenção: indicadores de uso e qualidade dos serviços de saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saude Publica* [internet]. 2013 [acesso em 2019 maio 28]; 29(7):1370-80. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000700011&lng=pt&tlng=pt.

LUZ, J. *Implantação do processo de trabalho da Estratégia Saúde da Família em Florianópolis*. Florianópolis: UFSC; 2009.

MACINKO, J.; ALMEIDA, C.; AS, P. K. A rapid assessment methodology for the evaluation of primary care organization and performance in Brazil. *Health Policy Plan* [internet]. 2007 [acesso em 2019 maio 28]; 22(3):167-77. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17400576>.

MACINKO, J.; ALMEIDA, C.; OLIVEIRA, E. S. Organization and delivery of primary health care services in Petrópolis, Brazil. *Int J Health Plann Manage* [internet]. 2004 [acesso em 2019 maio 28]; 19(4):303-17. Disponível em: <http://doi.wiley.com/10.1002/hpm.766>.

MACINKO, J.; GUANAIS F. C.; FÁTIMA, M.; et al. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. *J Epidemiol Community Heal* [internet]. 2006 [acesso em 2019 maio 28]; 60(1):13-9. Acesso em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16361449>.

MACINKO, J.; LIMA COSTA, M. F. Access to, use of and satisfaction with health services among adults enrolled in Brazil's Family Health Strategy: evidence from the 2008 National Household Survey. *Trop Med Int Heal* [internet]. 2012 [acesso em 2019 maio 28]; 17(1):36-42. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21859440>.

MACINKO, J.; LIMA-COSTA, M. F. Horizontal equity in health care utilization in Brazil, 1998-2008. *Int J Equity Health*. 2012.

MARIN, M. J. S.; MARCHIOLI, M.; MORACVICK, M. Y. A, D. Fortalezas e fragilidades do atendimento nas unidades básicas de saúde tradicionais e da estratégia de saúde da família pela ótica dos usuários. *Texto Context Enferm*. 2013. acesso em: 2019 maio 28; 22(3):780-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n3/v22n3a26.pdf>.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO R., MATTOS R. A. (orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/Abrasco, 2001.

MINAYO, M.C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo; Rio de Janeiro: Hucitec; Abrasco, 1992.

MINAYO, M.C.S. *O desafio do conhecimento*. São Paulo: Hucitec, 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. *Assistência farmacêutica em foco no estado do Rio de Janeiro: normas e documento para ação*. Introdução. [2009?]. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/judicializacao/pdfs/introducao.pdf>. Acesso em: 29 abr. 2019.

MONNERAT, G. L.; SOUZA, R. G. *Da Seguridade Social à intersectorialidade: reflexões sobre a integração das políticas sociais no Brasil*. *Rev. katálysis* [online], v. 14, n. 1, p. 41-49, 2011.

NUNES, B. P.; THUMÉ, E.; TOMASI, E.; DURO, S. M. S.; FACCHINI, L. A. Socioeconomic inequalities in the access to and quality of health care services. *Rev Saude Publica*. 2014 Dez;48(6):968-76.

NUNES, Bruno Pereira et al. Tendência temporal da falta de acesso aos serviços de saúde no Brasil, 1998-2013. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, v. 25, n. 4, p. 777-787, dez. 2016. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222016000400777&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 17 nov. 2019.
<http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742016000400011>.

NUNES, Bruno Pereira et al. Tendência temporal da falta de acesso aos serviços de saúde no Brasil, 1998-2013. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, v. 25, n. 4, p. 777-787, dez. 2016. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222016000400777&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 27 dez. 2019.
<http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742016000400011>.

PAULA, F. A.; SILVA, C. C. R.; SANTOS, D. F.; et al. Avaliação da atenção à saúde do adulto em um município-polo do Vale do Jequitinhonha (MG). *Saúde debate* [internet]. 2015 [acesso em 2016 jul 19]; 39(106):802- 14. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n106/0103-1104-sdeb-39-106-00802.pdf>.

PAULA, W. K. A. S.; SAMICO, I. C.; CAMINHA, M.F.C.; et al. Primary health care assessment from the users' perspectives: a systematic review. *Rev da Esc Enferm da USP* [internet]. 2016 [acesso em 2019 outubro 28]; 50(2):335-45. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342016000200335&lng=en&tlng=en.

PIERSON, P. Sobrellevando la austeridad permanente. Reestructuración del estado de bienestar en las democracias desarrolladas. *Zona Abierta*, Madrid, n. 114-115, p. 43-120, 2006.

PIRES FILHO, L. A. S.; et al. Acesso Avançado em uma Unidade de Saúde da Família do interior do estado de São Paulo: um relato de experiência. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 43, n. 121, p. 605-613, abr. 2019. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042019000200605&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 23 nov. 2019. Epub ago. 05, 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201912124>.

PIZZINATO, A.; et al. A integração ensino-serviço como estratégia na formação profissional para o SUS. *Rev. bras. educ. med.*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, supl. 2, p. 170-177, mar. 2012. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-

55022012000300025&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 27 dez. 2019.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022012000300025>.

PRADO, E. Exame Crítico da Financeirização. *Crítica Marxista*, n. 39, p. 13-34, 2014

RASELLA, D.; AQUINO, R.; BARRETO, M. L. Impact of the Family Health Program on the quality of vital information and reduction of child unattended deaths in Brazil: an ecological longitudinal study. *BMC Public Health* [internet]. 2010 [acesso em 2019 maio 28]; 10(1):380. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20587036>.

RIBEIRO, M. C. S. A.; BARATA, R. B.; ALMEIDA, M. F.; SILVA, Z. P. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para usuários e não-usuários do SUS - PNAD 2003. *Cienc Saude Coletiva*. 2006 out- dez;11(4):1011-22

RIO GRANDE DO SUL. Plano Estadual de Saúde 2016/2019. Grupo de Trabalho de Planejamento, Monitoramento e Avaliação da Gestão (Org.). Porto Alegre, 2016

ROCHA, R.; SOARES, R. R. Evaluating the impact of community-based health interventions: evidence from Brazil's Family Health Program. *Health Econ* [internet]. 2010 [acesso 2019 maio 28]; 19(S1):126-58. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20803631>.

SECRETARIA DE POLITICAS DE SAUDE. Departamento de Atenção Básica. Programa Saúde da Família. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 34, n. 3, p. 316-319, June 2000 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102000000300018&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 17 nov. 2019.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102000000300018>.

SILVA L. A.; CASOTTI, C. A.; CHAVES, S. C. L. A produção científica brasileira sobre a Estratégia Saúde da Família e a mudança no modelo de atenção. *Ciênc Saúde Colet*. [internet]. 2013 jan [acesso em 2019 outubro 28]; 18(1):221-32. Disponível em: http://www.scie-lo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000100023&lng=pt&tlng=pt.

SILVA, S. A.; BAITILO, T. C.; FRACOLLI, L. A. Avaliação da Atenção Primária à Saúde: a visão de usuários e profissionais sobre a Estratégia de Saúde da Família. *Rev Lat Am Enfermagem* [internet]. 2015 [acesso em 2019 maio 28]; 23(5):979-87.

Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n5/pt_0104-1169-rlae-23-05-00979.pdf.

SISSON, M. C.; ANDRADE, S. R.; GIOVANELLA, L.; et al. Estratégia de Saúde da Família em Florianópolis: integração, coordenação e posição na rede assistencial. *Saúde e Soc.* 2011; 20(4):991-1004.

SOUSA, M. F. O Programa Saúde da Família no Brasil: análise do acesso à atenção básica. *Rev Bras Enferm* [internet]. 2008 [acesso em 2019 outubro 28]; 61(2):153-8. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672008000200002&lng=pt&tlng=pt.

STARFIELD, B. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde, 2002. 726 p. Disponível em: http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/DetalheObraForm.do?select_action=&co_obra=14609. Acesso em: 29 abr. 2019.

STRUNK, B. C.; CUNNINGHAM, P. J. Treading water: Americans' access to needed medical care, 1997-2001. *Track Rep.*, v. 1, p. 1-6, mar. 2002.

TEIXEIRA, C. F.; SOLA, J. P. *Modelo de atenção à saúde no SUS: trajetória do debate conceitual, situação atual, desafios e perspectiva* [internet]. 3. ed. Salvador: UFBA; 2006 [acesso em 2019 outubro 28]. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/f7/pdf/teixeira-9788523209209-07.pdf>

TESSER, C. D.; NORMAN, A. H.; VIDAL, T. B. Acesso ao cuidado na Atenção Primária à Saúde brasileira: situação, problemas e estratégias de superação. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe1, p. 361-378, set. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000500361&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 17 nov. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042018s125>.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, supl. 2, p. S190-S198, 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000800014&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 17 nov. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2004000800014>.

VAN STRALEN, C. J.; BELISÁRIO, S. A.; VAN STRALEN, T. B. S.; et al.

Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre atenção básica: comparação entre unidades com e sem saúde da família na Região Centro-Oeste do Brasil. *Cad Saude Publica* [internet]. 2008 [acesso em 2018 maio 28]; 24(supl 1):s148-58.

Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001300019&lng=pt&tlng=pt.

ANEXO 1 – Questionário aplicado aos indivíduos selecionados

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICA SOCIAL E DIREITOS HUMANOS
<p>POSTO DE SAÚDE _____</p> <p>DOMICÍLIO _____</p> <p>INDIVÍDUO _____</p> <p>1. Número do questionário: _____ (POSTO+DOM+IND)</p> <p>2. Data de hoje: ____/____/____</p> <p>3. Entrevistador: _____</p> <p>4. Nome: _____</p> <p>5. Data de nascimento: ____/____/____</p> <p>6. Endereço: _____</p> <p>7. Ponto de referência: _____</p> <p>8. Telefone para contato: _____</p> <p>9. Você sabe ler e escrever?</p> <p>0. Não 1. Sim 8. NSA 9. IGN</p> <p>9.1. Se sim, até que série você estudou?</p> <p>Série ____ ano ____</p> <p>10. Você se considera de qual cor?</p> <p>0. Negro 1. Branco 2. Pardo 3. Amarelo 9. IGN</p> <p>11. Sexo</p> <p>0. Masculino 1. Feminino 9. IGN</p> <p>12. Qual o total da renda da sua família? (salário, pensões, aluguel, ajuda etc)</p> <p>Renda _____ 8. NSA 9. IGN</p> <p>13. Qual a distância de onde você mora até o posto?</p> <p>Distância _____</p>
<p>14. Como você faz para conseguir consulta no posto?</p> <p>0. Vai ao posto para agendar 2. Pega ficha na fila para consultar 3. Passa no Acolhimento/triagem para consultar 4. Paga para alguém conseguir ficha para consultar 5. Liga ou envia e-mail para o posto 6. Outro _____ 8. NSA 9. IGN</p> <p>15. Nos últimos três meses, você sentiu algo ou precisou de alguma coisa que fez você pensar em procurar o posto de saúde?</p> <p>0. Não 1. Sim 8. NSA 9. IGN (Se Não, pular para questão 49)</p> <p>15.1. Se sim: Você procurou?</p> <p>0. Não 1. Sim 8. NSA 9. IGN (Se sim, pular para 15.1.2)</p> <p>15.1.1 Se não: qual foi o motivo que o fez decidir não procurar o posto?</p> <p>Motivo _____ 8. NSA 9. IGN (Se a resposta for não, pular para 49)</p>

15.1.2 . Se sim: o que você estava sentindo ou precisando que lhe fez pensar em procurar o posto?

Sentindo ou precisando _____ 8. NSA 9. IGN

15.1.3 Se sim: quantas vezes, nos últimos três meses, você procurou o posto?

Vezes: _____ 8. NSA 9. IGN

15.1.4. Se sim: nos últimos três meses, quando você procurou o serviço, você sempre foi atendido?

0.Sim, sempre fui 1. Já teve vezes que não fui atendido 2. Nenhuma vez consegui atendimento 8. NSA 9. IGN

15.1.4.1 Se algumas das vezes não conseguiu: qual foi o motivo por que não conseguiu ser atendido?

Motivo _____ 8. NSA 9. IGN

Se a resposta à pergunta anterior foi Nenhuma vez consegui, pular para questão 49.

A partir de agora, vamos falar sobre a última consulta que você conseguiu fazer:**16. Há quanto tempo você consultou pela última vez?**

Tempo _____ 8. NSA 9. IGN

16.1. Qual foi o motivo desse atendimento?

Motivo _____ 8. NSA 9. IGN

17. Como você fez parar conseguir essa consulta?

0. Foi ao posto para agendar (pule para 18) 2. Pegou ficha na fila para ser atendido (pule para 18) 3. Passou no Acolhimento/triagem (Pule para 17.2) 4. Pagou para alguém conseguir ficha (pule para 18) 5. Ligou ou enviou e-mail para o posto (pule para 18) 6. Outro _____ 8. NSA 9. IGN

Apenas se respondeu que passou pelo acolhimento

17.1. Quanto tempo precisou esperar para ser chamado no acolhimento/triagem?

Tempo _____ 8. NSA 9. IGN

17.2 Qual foi o profissional que lhe atendeu no acolhimento/triagem?

0. Médico 1. Enfermeiro 2. Assistente Social 3. Agente Comunitário de Saúde 4. Dentista 5. Outro 8. NSA 9. IGN

17.3 Após passar pelo acolhimento/triagem, você foi liberado ou consultou novamente?

0. Liberado 2. Encaminhado para consulta

17.3.1 Se foi encaminhado para consulta, quanto tempo após passar pelo acolhimento/triagem demorou para ser chamado para a consulta?

Tempo _____ 8. NSA 9. IGN

18. Quantas vezes você teve que ir ao posto para conseguir essa consulta?

Vezes _____ 8. NSA 9. IGN

18.1. Quanto tempo demorou para conseguir essa consulta?

Tempo _____ 8. NSA 9. IGN

19. Com qual profissional do posto você consultou?

0. Médico 1. Enfermeiro 2. Assistente Social 3. Agente Comunitário de Saúde 4. Dentista 5. Outro _____ 8. NSA 9. IGN

20. Como você considera a qualidade do atendimento do profissional?

0. Ótimo 1. Bom 2. Razoável 3. Ruim 4. Péssimo 8. NSA 9. IGN

21. Como você avalia a disponibilidade desse profissional na sua unidade?

0. Sempre tem 1. Geralmente tem 2. Às vezes tem 3. Quase nunca tem 4. Nunca tem 8. NSA 9. IGN

22. Nesta consulta, você considera que seus problemas tiveram resolução?

0. Não 1. Sim 8. NSA 9. IGN

23. Se não são resolvidos, qual o motivo?

Motivo _____ 8. NSA 9. IGN

Agora vamos falar sobre os profissionais que atendem no seu posto de saúde.

24. Nos últimos três meses, quantas vezes você foi atendido pelo médico na UBS?

Vezes: ____ 20. Não foi atendido (pular para 30), 30. Não tem médico no posto (pular para 30) 8. NSA 9. IGN

25. Quando procurou o médico no posto, sempre conseguiu ser atendido?

0. Não 1. Sim 8. NSA 9. IGN

25.1. Se sim, quando procurou, conseguiu consulta no mesmo dia?

0. Não 1. Sim 8. NSA 9. IGN

25.1.1 Se não conseguiu ser atendido no mesmo dia, quanto tempo demorou para conseguir ser atendido pelo médico?

Tempo _____ 8. NSA 9. IGN

26. Como você considera a qualidade do atendimento médico?

0. Ótimo 1. Bom 2. Razoável 3. Ruim 4. Péssimo 8. NSA 9. IGN

27. Como você avalia a disponibilidade do médico na sua unidade?

0. Sempre tem 1. Geralmente tem 2. Às vezes tem 3. Quase nunca tem 4. Nunca tem 8. NSA 9. IGN

28. Quando o médico lhe atende, você considera que seus problemas têm resolução?

0. Sempre 1. Na maioria das vezes 2. Somente às vezes 3. Raramente 4. Nunca 8. NSA 9. IGN

29. Se não são resolvidos, qual o motivo?

Motivo _____ 8. NSA 9. IGN

30. Nos últimos três meses, quantas vezes você foi atendido pelo dentista no posto?

Vezes: ____ 20. Não foi atendida (pular para 36), 30. Não tem dentista no posto (pular para 36) 8. NSA 9. IGN

31. Quando procurou o dentista no posto, sempre conseguiu ser atendido?

0. Não 1. Sim 8. NSA 9. IGN

31.1. Se sim, quando procurou, conseguiu consulta no mesmo dia?

0. Não 1. Sim 8. NSA 9. IGN

31.1.1. Se não conseguia ser atendido no mesmo dia, quanto tempo demorou para conseguir ser atendido pelo dentista?

Tempo ____ 8. NSA 9. IGN

32. Como você considera a qualidade do atendimento do dentista?

0. Ótimo 1. Bom 2. Razoável 3. Ruim 4. Péssimo 8. NSA 9. IGN

33. Como você avalia a disponibilidade do dentista na sua unidade?

0. Sempre tem 1. Geralmente tem 2. Às vezes tem 3. Quase nunca tem 4. Nunca tem 8. NSA 9. IGN

34. Quando o dentista lhe atende, você considera que seus problemas têm resolução?

0. Sempre 1. Na maioria das vezes 2. Somente às vezes 3. Raramente 4. Nunca 8. NSA 9. IGN

35. Se não são resolvidos, qual o motivo?

Motivo _____ 8. NSA 9. IGN

36. Nos últimos três meses, quantas vezes você foi atendido pelo enfermeiro no posto?

Vezes: ____ 20. Não foi atendida (pular para 42), 30. Não tem enfermeiro no posto (pular para 42) 8. NSA 9. IGN

37. Quando procurou o enfermeiro no posto, sempre conseguiu ser atendido?

0. Não 1. Sim 8. NSA 9. IGN

37.1. Se sim: quando procurou, conseguiu consulta no mesmo dia?

0. Não 1. Sim 8. NSA 9. IGN

37.1.1. Se não conseguia ser atendido no mesmo dia, quanto tempo demorou para conseguir ser atendido pelo enfermeiro?

Tempo _____

38. Como você considera a qualidade do atendimento do enfermeiro?

0. Ótimo 1. Bom 2. Razoável 3. Ruim 4. Péssimo 9. IGN

39. Como você avalia a disponibilidade do enfermeiro no seu posto?

0. Sempre tem 1. Geralmente tem 2. Às vezes tem 3. Quase nunca tem 4. Nunca tem

40. Quando o enfermeiro lhe atende, você considera que seus problemas têm resolução?

0. Sempre 1. Na maioria das vezes 2. Somente às vezes 3. Raramente 4. Nunca 8. NSA 9. IGN

41. Se não são resolvidos, qual o motivo?

Motivo _____ 8. NSA 9. IGN

42. Nos últimos três meses, quantas vezes você foi atendido pelo Assistente Social no posto?

Vezes: ____ 20. Não foi atendido (pular para 48), 30. Não tem Assistente Social no posto (pular para 48) 8. NSA 9. IGN

43. Quando procurou o Assistente social no posto, sempre conseguiu ser atendido?

0. Não 1. Sim 8. NSA 9. IGN

43.1. Se sim, quando procurou, conseguiu consulta no mesmo dia?

0. Não 1. Sim 8. NSA 9. IGN

43.1.1 Se não conseguia ser atendido no mesmo dia, quanto tempo demorou para conseguir ser atendido pelo Assistente Social?

Tempo ____ 8. NSA 9. IGN

44. Como você considera a qualidade do atendimento do Assistente Social?

0. Ótimo 1. Bom 2. Razoável 3. Ruim 4. Péssimo 8. NSA 9. IGN

45. Como você avalia a disponibilidade do Assistente Social no seu posto?

0. Sempre tem 1. Geralmente tem 2. Às vezes tem 3. Quase nunca tem 4. Nunca tem 8. NSA 9. IGN

46. Quando o Assistente Social lhe atende, você considera que seus problemas têm resolução?

0. Sempre 1. Na maioria das vezes 2. Somente às vezes 3. Raramente 4. Nunca 8. NSA 9. IGN

47. Se não são resolvidos, qual o motivo?

Motivo _____ 8. NSA 9. IGN

48. Nos últimos três meses, qual o serviço que você teve mais dificuldade para conseguir?

0. Médico 1. Enfermeiro 2. Assistente Social 3. Agente Comunitário de Saúde 4. Dentista 5. Outro _____ 8. NSA 9. IGN

49. Você conhece todos os serviços que seu posto de saúde disponibiliza?

0. Não (pular para 50) 1. Sim 8. NSA 9. IGN

49.1. Se sim: O seu posto disponibiliza todos os serviços de que você necessita?

0. Sim, todos 1. A maioria 2. Alguns 3. Quase nenhum 4. Nenhum 8. NSA 9. IGN

50. Se não, qual o serviço que o seu posto não disponibiliza?

Serviço que não disponibiliza _____ 8. NSA 9. IGN

51. No geral, como você considera a qualidade do atendimento no posto de saúde?

0. Ótimo 1. Bom 2. Razoável 3. Ruim 4. Péssimo 8. NSA 9. IGN

52. Você considera que seus problemas têm resolução quando vai ao posto de saúde ___?

0. Sempre 1. Na maioria das vezes 2. Somente às vezes 3. Raramente 4. Nunca 8. NSA 9. IGN

53. Se não são resolvidos, por quê?

Motivo _____ 8. NSA 9. IGN

54. Alguma vez você teve que procurar outro serviço, pois não conseguiu ser atendido no seu posto de saúde?

0. Não 1. Sim 8. NSA 9. IGN

54.1 Se sim: Qual foi o motivo?

Motivo _____ 8. NSA 9. IGN

54.2 Se sim: qual foi o serviço que você procurou?

0. UPA 1. Pronto Socorro 3. Outro posto 4. Consulta particular 5. Outro 8. NSA 9. IGN

55. O horário de atendimento no posto é um dificultador para você consultar?

0. Não (pular para 56) 1. Sim 8. NSA 9. IGN

55.1 Se sim: Qual o motivo?

Motivo _____

56. De maneira geral, como você considera o grau de dificuldade de conseguir atendimento no seu posto?

0. Muito difícil 1. Difícil 2. Médio 3. Fácil 4. Muito Fácil

