

## Acesso aos serviços de saúde na rede Santa Marcelina-SP: um estudo sobre o “território Cidade Tiradentes”

Gustavo Oliveira<sup>1</sup>

Helena Carvalho de Lorenzo<sup>2</sup>

Alessandra Santos Nascimento<sup>3</sup>

DOI: <https://doi.org/10.32760/1984-1736/REDD/2020.v12i2.15547>

### Resumo

O acesso à saúde é um direito constitucional desde 1988 no Brasil. Ele envolve inúmeros e complexos problemas que vão desde a ampliação da oferta de serviços na rede básica de saúde até o adequado atendimento de uma demanda cada vez mais crescente e necessitada. Ao analisar a literatura especializada constatou-se a existência de poucos estudos com um olhar sistêmico, capaz de identificar os problemas de acesso, integrando as percepções dos principais atores envolvidos: usuários, profissionais da saúde e gestores das instituições. Do ponto de vista metodológico, a pesquisa consistiu em um estudo exploratório e qualitativo que utilizou, principalmente, entrevistas semiestruturadas e análise documental para a caracterização da referida rede e território, bem como dos atores envolvidos e dos serviços ofertados. A análise dos resultados da pesquisa foi organizada a partir das dimensões estrutural, relacional e operacional, sugeridas pela literatura. Conclui-se que a pesquisa versa sobre a necessidade de maior adequação às necessidades dos usuários e de ampliação da participação social na gestão local para acompanhar as mudanças nas necessidades, dirimir as divergências entre os atores sociais e melhorar a qualidade do acesso.

**Palavras-chave:** Avaliação do Acesso. Redes de Atenção à Saúde. Políticas Públicas de Saúde. Território Cidade Tiradentes. SUS.

### Abstract

#### Access to health services in the Santa Marcelina-sp network: a study on the “Cidade Tiradentes territory”

Access to healthcare has been a constitutional right since 1988 in Brazil. It involves numerous and complex problems that range from expanding the supply of services in the basic health network to adequately meeting an increasingly growing and needy demand. When analyzing the specialized literature, it was found that there are few studies with a systemic view, capable of identifying access problems, integrating the perceptions of the main actors involved: users, health professionals and institutional managers. From a methodological point of view, the research consisted of an exploratory and qualitative study that used mainly semi-structured interviews and document analysis to characterize the network and territory, as well as the actors involved and the services offered. The analysis of the research results was organized from the structural, relational and operational dimensions, suggested by the literature. It is concluded that the research is about the need to better adapt to the needs of users and to expand social participation in local management to accompany changes in needs, resolve differences between social actors and improve the quality of access.

**Keywords:** Access Assessment; Health Care Networks; Public Health Policies; Tiradentes City Territory. SUS.

### Resumen

#### Acceso a los servicios de salud en la red Santa Marcelina-sp: un estudio sobre el “territorio Cidade Tiradentes”

El acceso a la salud es un derecho constitucional desde 1988 en Brasil. Implica numerosos y complejos problemas que van desde ampliar la oferta de servicios en la red básica de salud hasta atender adecuadamente una demanda cada vez más creciente y necesitada. Al analizar la literatura especializada, se encontró que existen pocos estudios con visión sistémica, capaces de identificar problemas de acceso, integrando las percepciones de los principales actores involucrados: usuarios, profesionales de la salud y gestores institucionales. Desde el punto de vista metodológico, la investigación consistió en un estudio exploratorio y cualitativo que utilizó principalmente entrevistas semiestructuradas y análisis de documentos para caracterizar la red y el territorio, así como los actores involucrados y los servicios ofrecidos. El análisis de los resultados de la investigación se organizó a partir de las dimensiones estructural, relacional y operativa, sugeridas por la literatura. Se concluye que la investigación trata sobre la necesidad de adaptarse mejor a las necesidades de los usuarios y ampliar la participación social en la gestión local para acompañar cambios de necesidades, resolver diferencias entre actores sociales y mejorar la calidad del acceso.

**Palabras clave:** Evaluación de acceso; Redes Sanitarias; Políticas Públicas de Salud; Ciudad Territorio Tiradentes; SUS.

<sup>1</sup> Gestor hospitalar, coordenador e docente no ensino superior. Mestre em administração, Doutor em políticas públicas - Universidade de Araraquara-UNIARA. Orcid: E-mail:

<sup>2</sup> Vice Coordenadora e docente do Programa de Pós Graduação em Desenvolvimento Territorial e Meio Ambiente - Universidade de Araraquara-UNIARA. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-7744-0157>. E-mail: [helenadelorenzo@gmail.com](mailto:helenadelorenzo@gmail.com).

<sup>3</sup> Doutora e mestre em Sociologia pela UNESP/Araraquara e especialista em Governança Pública e Novos Arranjos de Gestão. Professora-colaboradora no Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Territorial e Meio Ambiente da Universidade de Araraquara - UNIARA. <https://orcid.org/0000-0002-6006-946X>. E-mail: [alesantosnas@gmail.com](mailto:alesantosnas@gmail.com).

## **Introdução**

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2008), a regionalização dos serviços de saúde e a existência de hospitais regionais têm relevante papel na assistência à saúde, pois os diversos segmentos de tratamento apresentam forte envolvimento com as atividades diversificadas de serviços locais com alta concentração de recursos de saúde (físicos, humanos e financeiros), e exercem papel político importante nas comunidades nas quais se inserem (AZEVEDO; PELICION; WESTPAL, 2012). No Brasil, a Constituição de 1988 direciona a política pública de saúde para os princípios da universalidade e equidade, estabelecendo a universalização da cobertura e do atendimento. Em linhas gerais, observa-se que: “[...] a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988, p. 83).

No país, o papel do Estado tem grande relevância na área da saúde. A universalização do acesso aos serviços de saúde, como uma garantia de cidadania, e a dominância dos fundos públicos no financiamento dos sistemas de saúde tornaram-se objeto de estudos e de críticas no processo de busca por alternativas, consideradas mais eficientes e efetivas. Um aspecto deste debate é a recorrente proposta de retirada do Estado da provisão direta de serviços, hoje fundamental para a continuidade e sustentação desses serviços no Brasil, e o reforço de sua função reguladora (PESSOTO; RIBEIRO; GUIMARÃES, 2015; EVANS, 1993). Segundo os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o país tem uma população estimada em 208,5 milhões de habitantes, de acordo com a projeção de 2018, e sabe-se que, diante da realidade econômica brasileira, cerca de 75% desta população depende, exclusivamente do Sistema Único de Saúde (SUS). Assim, o acesso ao sistema público de saúde pode ser considerado uma questão de importância central.

O presente artigo buscou avaliar o acesso dos usuários ao SUS, especificamente, ao Território Cidade Tiradentes, que é parte da Rede Santa Marcelina em São Paulo, identificando os elementos estruturais que fortalecem, ou que dificultam, a concretização do acesso por intermédio da comparação das percepções dos gestores, profissionais da saúde e usuários. Com tal objetivo e estratégia metodológica, a investigação em tela compõe o rol de estudos das políticas públicas de interesse e promoção da saúde, orientadas para a melhoria das condições de vida da população, envolvendo os ambientes natural, social e de trabalho, em uma visão transversal e polissêmica (SANTOS; ANDRADE, 2012; AZEVEDO; PELICION; WESTPHAL, 2012; DI GIOVANI, 2001).

As políticas de saúde com dimensões territorializadas apontam para a importância do conceito de rede como um termo capaz de expressar o potencial de integração e funcionamento mais racional e adequado de seus elementos característicos, a partir de arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de distintas densidades tecnológicas que, integradas por intermédio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, procuram assegurar a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010). As Redes de Atenção e Assistência à Saúde (RAS), que são o universo mais geral deste estudo, são estruturadas para responder às condições específicas em saúde, por meio de um ciclo completo de atendimentos (PORTER; TEISBERG, 2007), o que implica considerar a continuidade e a integralidade da atenção à saúde nos diferentes níveis da Atenção Primária, Secundária e Terciária (MENDES, 2008, 2011). Atualmente, no município de São Paulo, existem 23 Redes Assistenciais, geridas por meio de contratos de gestão celebrados entre o setor público e as instituições parceiras.

O ponto de partida para a organização de uma rede de atenção à saúde é a definição de uma Região de Saúde, que fica sob responsabilidade da rede. A Região de Saúde é formada por agrupamentos de municípios limítrofes, considerando identidades culturais, econômicas e sociais, por redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde (BRASIL, 2011). Também se enquadram neste conceito territórios que são contíguos, localizados em áreas próximas em uma mesma região de abrangência, esta última definição contempla o recorte segundo o qual desenvolveu-se a presente investigação.

A Portaria n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece as diretrizes para a organização da RAS no âmbito do SUS, define rede de atenção à saúde como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010). Semelhante definição nos impõe o desafio de pensar

como garantir os preceitos e diretrizes do SUS em um território complexo como o de Cidade Tiradentes. Nesse caminho, faz-se necessário responder quais são os condicionantes que envolvem o acesso, ou a sua falta?

A luz da literatura especializada, é possível argumentar que são inúmeros os problemas relativos aos serviços públicos de saúde no país, mas esse artigo está focado em responder a uma questão específica: os cidadãos do Território de Cidade Tiradentes têm acesso às ações e serviços de saúde necessários para a resolução de seus problemas, ou ainda, existem restrições e barreiras importantes de acesso no referido Território? Para iniciar a reflexão sobre tais questões é preciso ter clareza sobre quais são os atores sociais envolvidos. O acesso à saúde engloba diferentes instituições e atores (usuários, gestores e profissionais da saúde) nas estratégias de execução da política pública de saúde. E é na interação destes atores que são construídas, ou limitadas, as possibilidades de transformação qualitativa dos processos de acesso, não apenas para a viabilização da política de saúde, mas também para o alcance de objetivos mais amplos orientados ao desenvolvimento social, tais como reduzir as desigualdades sociais. Cabe assim, entender se, e como, cada nova forma de organização administrativo-institucional e ação do Estado, com maior participação social, pode criar mecanismos de coordenação entre setores envolvidos e, dessa forma, fortalecer a competência dos diversos atores sociais, para uma atuação orgânica e consistente.

O artigo é composto por quatro seções, incluindo a presente introdução. Na segunda seção há um diálogo com a literatura sobre o tema, visando aproximar ainda mais o leitor do objeto de estudo, destacando, inclusive, que uma contribuição da investigação foi analisar o acesso do ponto de vista da triangulação dos atores (usuários, gestores e profissionais da saúde). Na terceira seção estão apresentados o território, objeto da pesquisa, e a metodologia utilizada. E na quarta seção estão exibidos os desdobramentos dos resultados apurados pela pesquisa para todos os segmentos analisados com os dados organizados em três dimensões analíticas, as quais apontam barreiras e também aspectos facilitadores do acesso à saúde.

### **O acesso à saúde: visões diversas sobre um mesmo problema social**

Salienta-se que existem muitas pesquisas sobre o acesso aos serviços de saúde e a identificação de seus limites e vulnerabilidades (BARBIANI et al., 2004). E que parece haver consenso sobre o tema do acesso à saúde no Brasil consistir em algo bastante complexo, pois apesar da existência de um sistema amplo e bem estruturado, como é, reconhecidamente, o SUS, diferentes autores argumentam que ainda falta muito para a garantia da universalidade da atenção (BINDMAN et al., 1995; ASSIS, VILLA, 2003; BARBOZA, 2005; BEZERRA, 2005; MARIOLIS, et al., 2004; MENDOZA-SASSI, BERIA, 2003; PINHEIRO et al., 2002). Embora diversos temas estejam contemplados nos estudos mencionados, a maior parte das investigações sobre o acesso está centrada nas dificuldades considerando a perspectiva dos usuários (FEKETE, 1995; HORTALE; PEDROZA; ROSA, 2000; RAMOS; LIMA, 2003; STEIN, 1998; TRAVASSOS; VIACAVA, 2007). Mas, para além dos problemas enfrentados pelos usuários tais como: distância, horários, mobilidade, dentre outros, cabe considerar a importância da inter-relação entre os serviços, que questionam as características do sistema de prestação de serviços, com ênfase na satisfação das necessidades do cidadão; e também, no acesso no sentido de jornada, de experiência única, rica e valiosa para o usuário, para o gestor e para o profissional de saúde (AZEVEDO; PELOCION; WESTPAL, 2012; MENDES, 2011).

Dentre o conjunto de questões, que permitem uma aproximação maior ao tema ora abordado, cabe destaque inicial para as diferenças entre os termos acesso e acessibilidade. A acessibilidade possibilita que as pessoas cheguem aos serviços. Ou seja, é um aspecto necessário da estrutura de um sistema, ou de uma unidade de saúde, para se atingir a atenção ao primeiro contato. Já o acesso é a forma como a pessoa experimenta esta característica de seu serviço de saúde (STARFIELD, 2002). Também se emprega o conceito de acessibilidade como o caráter ou a qualidade do que é acessível e se utiliza ambos os termos como sinônimos com o propósito de indicar o grau de facilidade com que as pessoas obtêm cuidados de saúde (DONABEDIAN, 1993; 2003).

Uma questão enfatizada pela literatura voltada aos dilemas para a melhoria das condições de acesso aos serviços de saúde passa pelo questionamento, emergência e ampliação do vínculo entre o profissional e a comunidade assistida, tendo em vista que o usuário quase sempre se identifica com os profissionais, quando é bem acolhido, e a partir deste acolhimento decorre, muitas vezes, a confiabilidade no serviço. Estes laços são aspectos importantes e educativos que podem promover maior regularidade e fortalecimento das políticas de acesso (TRAVASSOS; VIACAVA, 2007; RAMIREZ; BAKER; METZLER, 2008). O trato ao usuário inclui

não somente o cuidado biológico, mas também o psicossocial. Engloba o indivíduo em todas as suas dimensões, em seu momento doente ou saudável, independentemente da presença ou não de uma doença. Inclui a família e os potenciais de desgaste e fortalecimento. O usuário pode ser a pessoa que recebe um tratamento curativo, preventivo ou para promoção de saúde/educação em saúde. Usuário é o paciente e o cliente ao mesmo tempo (LANZONI et al., 2009).

Outra questão importante apontada pelos estudos sobre o tema é que as políticas efetivas para a cobertura de cuidados de saúde só podem emergir por meio de serviços de alta qualidade prestados por burocratas capacitados, por meio de sistemas locais fortes, integrados e ancorados na visão sistêmica (LAOKRI et al., 2017). Sendo assim, o desempenho do sistema de saúde e a responsabilidade das políticas têm a ver com o trabalho colaborativo na área da saúde. Logo, para melhorar o acesso efetivo às políticas em saúde devem-se adotar oportunidades inovadoras em práticas centradas no paciente e na promoção da colaboração, é necessário também otimizar o conhecimento local, e buscar a integração das redes e da tecnologia existentes no território. Por consequência, a execução das políticas públicas em saúde exige instrumentos e estratégias de integração para que se tenha uma resposta integral ao cidadão (DURÁN, 2013). Nota-se, assim, que a abordagem do tema, que já foi estritamente geográfica, evoluiu para um estudo social e cultural das áreas de atuação. Este apontamento vai ao encontro de uma nova abordagem e da metodologia da territorialização de implementação da política, que atualmente tem sido adotada de forma ampla no Brasil (PIOVEZAN; TEMPORINI, 1995; MENDES, AKERMAN, 2007).

No cenário jurídico brasileiro ganha destaque o extenso arcabouço que trata de fatores como a regulamentação do acesso, enquanto direito dos usuários, mesclando com os canais de acolhimento e escuta, diante da necessidade de manter formalizado o registro das ações de participação popular, como no caso da ouvidoria. O governo do estado de São Paulo, ampara e respalda o usuário dos serviços de saúde, com leis e decretos, em complemento e execução a legislação federal vigente, buscando evidenciar a garantia do acesso (PESSOTO, 2007). Tal consideração é relevante a medida em que o Território Cidade Tiradentes se encontra neste estado.

Também do ponto de vista da política pública de saúde deve ser considerado que seu estudo e sua avaliação auxiliam no aperfeiçoamento da formulação, decisão e posterior implementação de uma ação pública. A possibilidade de contribuir para a retroalimentação da política de acesso, que também está presente na pesquisa realizada, sugere que é preciso levar os sujeitos nela envolvidos a repensar as suas práticas. Portanto, o problema público está para a doença, assim como a política pública está para o tratamento (SECCHI, 2016). Metaforicamente, a doença (problema público) precisa ser diagnosticada, para então ser dada uma prescrição médica de tratamento (política pública), que pode ser um remédio, uma dieta, exercícios físicos, cirurgias, tratamento psicológico, entre outros instrumentos de política pública e de gestão.

Visando entender melhor as vulnerabilidades da questão do acesso, o presente artigo quer contribuir para uma perspectiva analítica que considere a percepção dos três principais atores envolvidos: os profissionais da saúde, os gestores e os usuários. O conceito de acesso aqui utilizado é o de caminho, trajetória, ações legais ou institucionais propostas por políticas públicas que facilitam ou dificultam o ato de chegar ou de se aproximar. Usuários, profissionais da saúde e gestores são parte integrante dessa trajetória. Parte-se do pressuposto que o problema ou as dificuldades de acesso à saúde não ocorrem apenas para os usuários. Desse modo, o estudo do tema exige identificar as opiniões dos diversos atores envolvidos com a questão do “acesso” em um sentido mais amplo. Decorre desta necessidade, o emprego dos termos acesso e acessibilidade como sinônimos.

### **Metodologia e estratégias da pesquisa: o território “cidade tiradentes”**

Para alcançar o objetivo da pesquisa foi utilizada uma estratégia metodológica com objetivo exploratório, viabilizada pelo método qualitativo, de acordo com a lógica indutiva, e delineada como estudo de caso único. A pesquisa foi realizada durante o ano de 2019, no “Território Cidade Tiradentes”, que é parte importante da “Rede de Atenção e Assistência à Saúde Santa Marcelina”, situada na zona Leste do município de São Paulo. Tal escolha se justifica por sua representatividade na rede em virtude de sua extensão, variedade de serviços, número elevado de atendimentos, presença de muitas instituições, inclusive, de conselhos de saúde. Cabe esclarecer que a RAS Santa Marcelina-SP, devido a contrato celebrado com o poder público, dividiu seu território em Redes Assistenciais das Supervisões Técnicas de Saúde – denominadas de RASTS. A pesquisa se deu nas RASTS 10 e

11, que têm abrangência territorial e marco geográfico delimitado pelos antigos distritos de saúde – hoje Supervisões Técnicas de Saúde de Itaim Paulista e São Miguel Paulista (RASTS 10), bem como Itaquera, Guaianases e Cidade Tiradentes (RASTS 11).

No território objeto de estudo, Cidade Tiradentes, cerca de 1.166 funcionários atuam no Hospital Municipal Cidade Tiradentes, sendo este equipamento integrante da rede Santa Marcelina-SP. Vale destacar que na atenção primária à saúde, na qual está inserida a RASTS 11, há cerca de 1.289 funcionários em atividade nos diversos serviços e modalidades de responsabilidade sob a gestão do Hospital Santa Marcelina que, em Cidade Tiradentes, totaliza um universo de 2.455 profissionais envolvidos na força de trabalho. O total de médicos e profissionais técnicos que atuam na operação estruturada, levando-se em conta o Território Cidade Tiradentes, é de cerca de 1.032 funcionários. Eles correspondem a 80% da mão de obra total (1.289) alocada na RASTS 11. Tais funcionários são contratados com vínculo direto para atuar nas demandas do território.

Para alcançar o objetivo da investigação foi realizada uma pesquisa exploratória, viabilizada pelos métodos qualitativo e quantitativo, organizada de acordo com a lógica indutiva, e delineada como estudo de caso único, o Território Cidade Tiradentes (GIL, 1999). Também foi feita a análise documental de fontes primárias e secundárias.

As fontes secundárias derivaram de dados obtidos em diferentes instituições e portais como DATA SUS; SAGE; IDSUS; CNES; IBGE, Hospitais, Prontos Atendimentos, Unidades Básicas com e sem a Estratégia Saúde da Família e Ministério da Saúde; Secretarias de Estado e Municipal de Saúde, Prefeitura e Subprefeitura de São Paulo, Coordenação da Região de Saúde Leste e suas respectivas supervisões técnicas.

As fontes primárias resultaram da aplicação de questionários para caracterizar a percepção de todos os atores envolvidos na questão do acesso: gestores, profissionais da saúde e usuários; e também, da realização de entrevistas semiestruturadas presenciais a partir de uma amostragem por conveniência de gestores e profissionais da saúde. Para a análise dos gestores foram selecionados os atores responsáveis pelo gerenciamento de algum departamento, serviço ou modalidade de prestação de atividade assistencial em saúde. Já para a investigação dos profissionais da saúde foram escolhidos os demais integrantes das categorias das equipes multiprofissionais, compostas nuclearmente pelos profissionais de enfermagem (auxiliares, técnicos e enfermeiros), profissionais administrativos, médicos, agentes de saúde (voltados a atenção primária à saúde), gerentes de serviços, administrativos e/ou assistenciais, ainda considerando os responsáveis técnicos.

Foi realizado o envio do questionário Survey para a totalidade de gestores e profissionais de saúde do Território Cidade Tiradentes. No entanto, obtivemos o retorno de 20% deste total. Diante deste quadro, foram selecionados 67 gestores e profissionais da saúde para entrevistas semiestruturadas, considerando sua alocação nos diversos hospitais, prontos-socorros e postos de atenção primária existentes no território. Tal estratégia considerou os papéis exercidos por tais atores e sua relevância frente aos objetivos do estudo, inclusive, sua participação ativa no cenário de tomada de decisões.

Para a análise dos usuários foram realizadas entrevistas semiestruturadas, aplicadas de forma aleatória, em 67 pessoas que estiveram presentes nos dias 26 e 27 de agosto de 2019 nos diferentes hospitais, prontos-socorros e postos de atenção primária existentes no território.

O resultado deste trabalho foi organizado em tabelas e quadros. E os principais pontos apurados pela pesquisa foram sintetizados a partir das condições de acesso da população estudada, adotando as dimensões “estrutural”, “operacional” e “relacional”. Essas dimensões nos remetem, de alguma forma, à abordagem teórica de Giovanella e Fleury (1996), que a adotaram para explicar as dimensões do acesso (política, econômica, técnica e simbólica). Tais dimensões retrataram a acessibilidade, discutida por Donabedian (1973, 2003), como diretamente associada a fatores sócio-organizacionais e geográficos; e também a questão da subjetividade no acesso aos serviços de saúde, aprofundada por Thiede e McIntyre (2008), que abordam o conceito de liberdade para uso, baseado na consciência da possibilidade de uso pelo indivíduo e no seu empoderamento para escolha. A dimensão “estrutural” está relacionada a fatores tais como o tamanho e a diversidade da rede de seus equipamentos de saúde, bem como o contexto socioeconômico do território que impacta não apenas o acesso, mas de forma mais abrangente as condições de vida da população. A dimensão “operacional” refere-se aos aspectos da organização e das condições de oferta do serviço de saúde, perpassando todos os níveis de atenção e suas particularidades. Já a dimensão “relacional” abarca a compreensão do processo saúde-doença, e todos os elementos culturais envolvidos nessa compreensão, a saber: percepções, crenças, valores, ou como expresso por

Canguilhem (2000), os “modos de andar a vida”, que colocam fatores associados à saúde em campos de normatividade situados além dos limites do corpo físico, orientados para suas condições de expressão na vida cotidiana.

### **O acesso em diferentes percepções: gestores, profissionais da saúde e usuários**

A pesquisa realizada confirmou a importância da concepção de acesso a partir das informações sobre as percepções de todos os atores envolvidos, pois os aspectos que fortalecem, ou que obstaculizam, o acesso à saúde não decorrem apenas das dificuldades observadas pelo usuário que, embora seja o maior penalizado pelas restrições ao serviço, não consegue captar as questões estruturais que o tema envolve, muitas vezes evidenciadas pelas contradições e desafios que ficam explicitados nas respostas dos demais atores.

#### **a) Dimensão estrutural: integração e diversidade dos serviços e qualidade do atendimento e resolução de problemas**

A pesquisa mostrou relativa proximidade entre a percepção dos gestores e dos profissionais da saúde sobre algumas questões: ambos concordam que a qualidade do atendimento e do acesso são satisfatórias, mas recomendam que alguns aspectos sejam aprimorados. Para os profissionais da saúde, a experiência, a forte presença de profissionais oriundos da atenção primária à saúde e a grande capilaridade da rede são fatores relevantes como facilitadores do acesso. Isso fica evidenciado ao se observar o expressivo número de serviços, nesta modalidade, no Território Cidade Tiradentes. Tais observações permitem apontar que a rede de serviços é, em princípio, avaliada de forma positiva o que permite sugerir que cumpre seu papel diante do público do SUS que depende de seus serviços.

Divergindo das percepções acima apresentadas, os usuários apontam uma série de questões que expressam suas dificuldades pessoais e que, de modo geral, estão sempre buscando a resolutividade individual, sendo que, não apresentam preocupação com as condições de funcionamento do sistema. A questão da demora no atendimento e a excessiva demanda, que aparecem nas respostas destes atores, são previsíveis e conhecidas, e também foram observadas e confirmadas pelos profissionais da saúde. No entender de um destes profissionais:

“A instituição tem capacidade para atendimento, porém em algumas áreas ainda seria necessário maior quantidade de mão de obra qualificada bem como espaço físico maior. Deve ser levado em consideração que nós trabalhamos com o atendimento do SUS, e faltam medicamentos e materiais para atendimentos dos pacientes, sobretudo causados pela alta demanda de atendimento, que é excessiva, devido ao fato de que nem todos os serviços estão aptos a reverter os problemas atuais de saúde pública, pois a deficiência está no sistema e não somente em uma parte dele” (ENTREVISTADO1, 2019).

A variedade de serviços ofertados é destacada como um outro aspecto facilitador de acesso pela maioria dos profissionais e gestores. Estes atores ressaltam a proximidade e a funcionalidade da rede diante de seus usuários. Também apontam a correta aplicação dos recursos em suas finalidades, e ainda, destacam o bom acolhimento e o respeito recíproco entre os profissionais (gestores ou trabalhadores) e seu público-alvo. No entanto, para os usuários embora a rede seja diversificada, e conte com uma pluralidade de serviços de baixa, média e alta complexidade, há uma percepção preocupante com o acesso no que tange ao atendimento de suas necessidades imediatas, sendo que a maior parte dos respondentes, em razão da especificidade de sua demanda, reconhece que é presente e maciço o convívio com os problemas relacionadas ao acesso, quando da sua necessidade. Segundo os usuários entrevistados há uma considerável demora no atendimento, no agendamento, nos cuidados e nos procedimentos. Assim, ao contrário do que afirmaram os profissionais da saúde e os gestores, os usuários destacaram acentuadas dificuldades.

#### **b) Dimensão relacional: integração dos serviços, regularidade no atendimento e perfil de acolhimento**

Segundo os usuários, entre os fatores que estão em situação mais crítica e que são responsáveis pelas dificuldades encontradas para o acesso aos serviços médicos podem ser destacados: a falta de integração entre os equipamentos de saúde; a falta de coesão e de propósito lógico e firme entre os profissionais; a falta de uma regularidade dos tratamentos oferecidos, no acompanhamento e suporte da equipe multiprofissional; e, principalmente, a falta de regularidade na resolução dos problemas. Mesmo que seja obtido o acesso, existem falhas intrínsecas no sistema que o tornam pouco eficaz. Os gestores e profissionais da saúde reconhecem, quanto

a integração do sistema, que as dificuldades apontadas podem ser consideradas como medianas, isto é, deveriam ser superadas, com o esforço e a organização dos processos de trabalho. Mas, segundo gestores e profissionais, as dificuldades são entendidas de uma perspectiva mais estrutural, aceitando que existem barreiras arquitetônicas, ou ainda, outros tipos de obstáculos que impedem as pessoas de desfrutarem e ocuparem o espaço físico. Há plena concordância entre os gestores profissionais e usuários sobre a importância da forma como são feitas as ruas, calçadas e faixas de pedestres. Quem depende de muletas ou cadeira de rodas, por exemplo, precisa pensar bem no caminho que vai fazer antes de encaminhar-se aos hospitais ou postos de atendimento. A locomoção também é importante. Embora externas aos serviços de saúde tais características podem facilitar ou dificultar o deslocamento. Curiosamente, a pesquisa concluiu que os usuários afetados pela redução do acesso têm maior percepção sobre as dificuldades mais diretamente ligadas ao atendimento à saúde, enquanto os demais observam, principalmente, questões relacionadas às barreiras arquitetônicas.

Outro ponto importante que resultou na avaliação mediana do acesso, tanto do ponto de vista dos gestores e profissionais da saúde, quanto do dos usuários, diz respeito ao acolhimento assistencial e administrativo. Contudo, a atenção primária obteve excelente avaliação por parte de todos os atores (usuários, gestores e profissionais da saúde). À medida que a complexidade cresce e a assistência envolve um número maior de requisitos específicos, a insatisfação dos gestores e trabalhadores da saúde com o acesso aumenta, pois a oferta não proporciona organização dos serviços e, por vezes, destrói os elos de hierarquia pretendida pelo SUS.

Contudo, apesar de bem avaliada por todos os atores investigados, a atenção primária, assim como as outras formas de atendimento, tais como, a assistência especializada, os prontos atendimentos e os prontos-socorros ainda apresentam entraves ao acesso. Como ocorre no Programa Saúde da Família, a adscrição da clientela acaba levando à dicotomia entre a assistência aos pacientes agendados e o acolhimento àqueles que estão fora da área de abrangência. A verdade é que os gargalos não resolvidos acabam funcionando como um elemento de pressão, inclusive, levando o usuário, por falta de atendimento, no momento de sua necessidade, a “pular etapas”, ou seja, a deixar de ir à atenção primária e ir direto aos hospitais. Dentre as questões mais prevalentes, que levam o usuário a pular etapas e ir direto aos hospitais, estão a elevada demanda, a falta de infraestrutura, as barreiras de tempo (demora no agendamento das consultas), e a falta de agilidade no retorno dos exames. Além disso, a cultura hospitalocêntrica, sempre bastante forte, e a demora ao atendimento, que não corresponde as expectativas de acesso e de atendimento às necessidades, levam os usuários a buscarem os hospitais sem passar pela atenção primária.

Somam-se a este fato, o adensamento populacional dos territórios e a piora do estado de saúde geral da população. A pesquisa apurou como uma espécie de consenso entre os trabalhadores da saúde e os gestores forte preocupação com metas, com a falta de coordenação integrada e de alinhamentos entre os diferentes serviços como fatores importantes para que se possa dar conta das demandas. Também o desconhecimento da população sobre a lógica do sistema, o descomprometimento do profissional, a mercantilização da medicina e a forte demanda são fatores que a pesquisa revela e que merecem reflexão sobre seus efeitos no conjunto do sistema.

Além disso, observou-se pequena presença de profissionais favoráveis à redução do tempo de residência médica para suprir o déficit e a alta rotatividade de mão de obra qualificada, considerados como fatores que incrementam as dificuldades de propiciar acesso ao usuário.

Da perspectiva do acolhimento ainda há o aspecto psicológico do acesso, dado que os pacientes são comumente dispensados e raramente acolhidos em suas necessidades, ainda que seja por meio de simples oitivas. Mas quando as têm, os pacientes entendem que ali se encontram oportunidades efetivas de assistência. Segundo os gestores, o governo e as políticas públicas deveriam multiplicar o número de portas de acesso, enquanto que, para os profissionais da saúde, elas deveriam ser mais qualificadas e orientadas, para a humanização e ação técnica precisa, ajustando capacidade de investimento, otimização de recursos, melhoria da performance e do desenvolvimento da prática. Também se destacam respostas apontando a necessidade de profissionais bem formados e com compromisso social e assistencial. As políticas públicas de saúde, segundo profissionais e gestores, deveriam ser mais abrangentes, mas financiadas de forma a se manterem sustentáveis. Segundo os profissionais da saúde e gestores, a lógica de atendimento do SUS precisa ser modificada desde o atendimento ao acesso primário até a alta complexidade, buscando ser mais assertiva e menos assistencialista.

De forma a privilegiar o objetivo de melhoria dos serviços, a pesquisa apurou que recursos físicos, atualmente, estão particularmente inadequados. Na percepção de gestores e profissionais da saúde destacam-se a

necessidade de particularizar o acesso às especialidades com as prioridades mais prevalentes em cada território; redefinir as referências, ampliar e qualificar a oferta de vagas e consultas mais próximas da moradia, entorno e microrregião; melhorar a qualificação dos encaminhamentos das UBS para a especialidade, eliminando barreiras para que os pacientes não cheguem ao especialistas sem exames. Também deveriam fortalecer a conscientização sobre o absenteísmo da população às consultas; promover a educação contínua, permanente e de qualidade a todos os níveis de formação no SUS, com ênfase na integração e na resolutividade do cuidado. Ou seja, a pesquisa apurou que profissionais da saúde e gestores têm um olhar bastante particular para as dificuldades e sobre o que pode ser implantado para melhorar o acesso da população aos serviços de saúde.

Segundo os gestores e profissionais da saúde, as ações preventivas de saúde são um forte gargalo, pois ainda são tímidas frente às necessidades; apurou-se também certa incapacidade de promover uma ação direta que leve a romper com o aspecto curativo e reativo em demasia, pois a avaliação dos fatores de apoio técnico, logístico, de gestão, informação e cooperação entre os entrevistados é boa, porém insuficiente. Isto permite perceber que o sistema está desorganizado, pois há uma constante movimentação dos usuários em busca de seu atendimento, para satisfazer suas necessidades. De todos estes fatores, nota-se, no entanto, a fragilidade na integração entre os serviços, pois muito da capacidade instalada poderia ser otimizada, fato que não ocorre intencionalmente. Buscam-se soluções isoladas para o paciente que pertence a uma parte do território, porém se desconsidera o fato de que o sistema a que ele pertence é único.

Outro fator importante como limitador do acesso e revelador de conflitos endógenos ao sistema, apurados pela pesquisa, refere-se ao impacto cultural, que vem de longa data, motivado pela rivalidade entre os serviços e as categorias profissionais especialmente as categorias operacionais presentes nos centros de menor complexidade e/ou aporte tecnológico. De fato, as categorias profissionais e as instituições envolvidas, além da empatia formal entre os diferentes serviços oferecidos, revelam alguma falta de reciprocidade. Observou-se, assim, a importância de reduzir a rivalidade entre grupos, pois esta última pode comprometer a produção dos serviços. A pesquisa apurou que a multiplicidade de atores no SUS estimulou o crescimento da competitividade entre eles. Neste contexto, o profissional médico passou a ser considerado protagonista do processo de solução da cura almejada pelo usuário. Embora fique claro que o foco da assistência, independentemente do serviço, esteja centrado no paciente/ usuário, ainda existem rivalidades e empatias baixas e medianas que, somadas, representam 70% das formas de relacionamento pessoal entre profissionais da saúde. É certo que esse fato reflete no atendimento ao usuário, para o qual só importa o resultado final positivo. A efetividade, para o usuário SUS, depende somente do atendimento e da materialização da assistência convertida em atendimento prestado a seu favor.

Finalmente, no que se refere às questões sobre as relações de acolhimento e acesso os usuários, dentro da lógica da universalidade do acesso, os usuários esperam ser acolhidos e tratados de maneira a terem os seus problemas reduzidos e, os danos e seus efeitos contidos. Contudo, é preciso reconhecer que há ainda muito a ser feito e que não existe resolutividade na proporção esperada, desse modo, a resposta ainda é ineficiente e frustrante diante da expectativa dos usuários. A empatia, o cuidado com o próximo e a comunicação não violenta são atributos importantes para a consolidação do acesso. O espaço físico, o conforto e a falta de continuidade da assistência são preocupações constantes que impactam permanentemente no acesso.

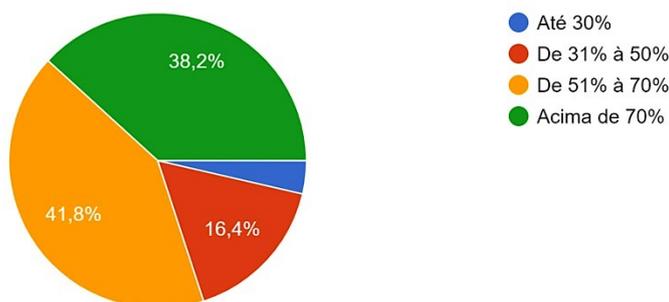
c) Dimensão operacional: regulação, atendimento e acesso

Questão importante apurada pela pesquisa foi a falta de regulação, isto é, a ausência de regras claras nas esferas federal, estadual e municipal sobre vários aspectos referentes ao acesso, dentre os quais se destacam a falta de controle e de destinação das vagas em leitos hospitalares a partir de uma central. O que acentua a desorganização do sistema de referência e contra-referência, e a não observação de prioridades e demandas, agravando dificuldades e a falta de disponibilidade de vagas para atender a todo o sistema. A desqualificação dos encaminhamentos do ponto de vista de precisão técnica para as especialidades é outro fator importante. Nesta direção, o encaminhamento fora do protocolo, com pedidos repetidos de procedimentos e de exames especializados, engrossa as filas de espera de primeiro atendimento, contribuindo para a “cristalização” do paciente na especialidade, piorando ainda mais o status das filas de espera de retorno, a dificuldade de acesso às cirurgias, gerando retornos ao especialista. Também os constantes pedidos de renovações de receitas/terapêuticas (não continuadas pela Atenção Primária), quando obtidas, geram retornos desnecessários aos especialistas para

atualização. O absenteísmo da população nas consultas é outro fator apontado pelos profissionais e gestores como recorrente e altamente prejudicial ao acesso, pois envolve remarcações e tempo de ocupação dos profissionais.

No caso do pronto atendimento e dos prontos-socorros é consenso a presença de pacientes em situações cada vez mais graves em seu estado de saúde. Eles apresentam piora progressiva, o que superlota as portas do pronto atendimento e prontos-socorros para as urgências e emergências. Os entrevistados, na condição de profissionais e gestores, enxergam a falta de cuidado integral ao paciente (Figura 1). Observa-se que a integralidade preconizada pelo SUS não é satisfeita. A população não está orientada para compreender a funcionalidade de cada serviço, tampouco a lógica do sistema e o seu papel enquanto usuário.

**Figura 1 - Proporção de acesso aos serviços de saúde quanto às consultas, exames e procedimentos**



Fonte: Elaborada pelos autores, 2019.

Na análise de satisfação/insatisfação em relação ao acesso, entendido aqui na sua integralidade (marcação de consulta, atendimento e obtenção de exames e remédios) a insatisfação é vista como uma consequência gerada junto àqueles que não conseguem obter o que necessitam. É recorrente a afirmação de que apenas uma parcela da população obtém acesso, tendo em vista que parte expressiva continua sem a assistência devida. O tamanho e a pluralidade da rede, embora significativa, não são suficientes quando a demanda não se vê adequadamente atendida. Fato recorrente no SUS é que os usuários de serviços de urgência e emergência, por vezes, obtêm acesso mais qualificado na Atenção Primária, mesmo considerando que este atendimento ainda é, com a programa Estratégia de Saúde da Família, eletivo (agendamentos) e restrito (cadastro e território). Os gestores e profissionais destacam fortemente a presença do usuário que procura a rede de urgência e emergência e que não vive no território; isso constitui um grave problema para o sistema como um todo, pois este usuário sempre vai direto aos prontos-socorros e hospitais, o que aumenta a demanda dos serviços. Por serem usuários externos a região, eles não passam pela atenção primária o que lhes confere maior liberdade para buscar um tratamento exitoso, o que sobrecarrega o atendimento das demandas territoriais.

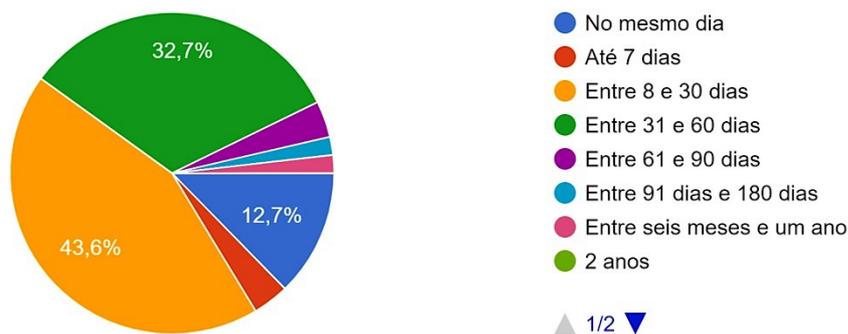
Não constitui novidade a presença de usuários de outras regiões. Isso resulta das dificuldades de solução e resolutividade em outras localidades, por sobrecarga de movimentação originária não apenas do entorno, mas até mesmo de regiões mais longínquas. Algumas respostas apontam para a sobrecarga nos atendimentos. O desbalanceamento entre os serviços oferecidos e demandados é o que ocasiona a sobrecarga na visão de trabalhadores da saúde e gestores. A necessidade e a expectativa de imediato atendimento por parte dos usuários aprofundam os problemas de credibilidade, gerados pela falta de resolutividade do serviço.

Outra séria causa da insatisfação do usuário que pode ser relacionada à regulação do sistema é o absenteísmo, o que resulta em ineficiência do sistema, ressaltando-se que, por vezes, o próprio usuário, de forma deliberada, resolve faltar a um exame ou a um procedimento agendado. Novamente é preciso observar que há uma cultura geral que contribui para que o usuário acredite que ele pode ter liberdade de escolha do locus onde será atendido, pois considera o atendimento uma obrigação do SUS. O profissional de atenção primária é o mais exposto às intempéries comportamentais do usuário, pois aquela consulta agendada na qual ele faltou, segundo sua visão, se deu por já estar em segurança, ou seja, por ter sido atendido em uma unidade de pronto atendimento ou em um pronto-socorro. O que resulta dessa situação é a ideia de que, se há sobrecarga, como já foi assinalado anteriormente “é porque uma das partes não está cumprindo como deveria com suas obrigações.” Acirra-se, desse

modo, o conflito. Nesta busca por responsáveis, sabe-se que a única vítima, ou seja, o próprio usuário é quem perambula e permanece de serviço em serviço, sem ser acolhido.

Na esteira da resolutividade, é importante também entender o acesso como resultado da agilidade do sistema em prover a assistência e os resultados positivos. Porém, pelo excesso de demanda, gestores e trabalhadores assinalam um longo tempo de espera para o atendimento pós-agendamento (Figura 2). Isto é, as demandas não atendidas rapidamente resultam de um descompasso, que é a busca pelo atendimento não precedido de agendamento. Mas, como se isso não bastasse, o usuário ainda aguarda um tempo considerável ao chegar no local da consulta/exame/procedimento (Figura 3). Existem meios de uso da tecnologia para abreviar este tempo de espera, porém, fatores como o absenteísmo agravam o cenário de incerteza pelo comparecimento.

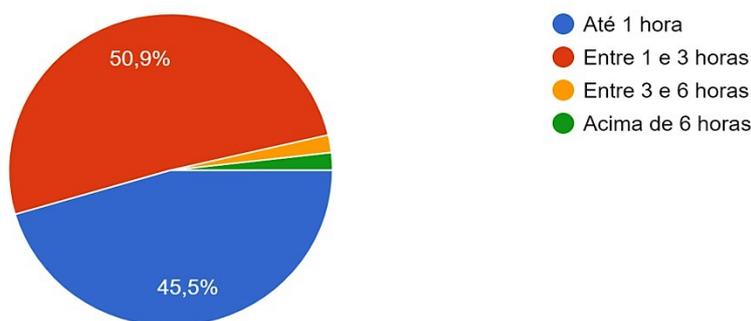
**Figura 2 - Tempo de espera para o paciente ser atendido após o agendamento, na percepção de profissionais e gestores**



Fonte: Elaborada pelos autores, 2019.

Parece que vem ganhando espaço no SUS o discurso sobre alguma forma de punição ao usuário, quando se trata de falta não justificada, mas legalmente este procedimento não pode ser adotado, pois a Constituição de 1988 prevê ao cidadão, o direito à saúde, sendo uma faculdade o seu tratamento. O que importa de fato é que as filas de espera para atendimento, agendamento e outras ações assistenciais devem ser reduzidas, para uma maior resolutividade do sistema.

**Figura 3 - Tempo médio de espera para consulta/exame/procedimento para o paciente**



Fonte: Elaborada pelos autores, 2019.

Este resultado demonstra que ainda é longa a permanência e a espera do paciente até que possa finalmente ser acolhido e atendido pelo serviço. De maneira geral, o acesso a todos os níveis de entregas (consultas, exames, medicamentos, consultas com especialistas, cirurgias eletivas, emergenciais e pronto atendimento) no SUS é avaliado, pelos profissionais da saúde e gestores, como sendo algo viável, embora seja demorado e rivalizado. Os níveis de maior dificuldades estão no atendimento especializado em ambulatórios e na realização de cirurgias não eletivas, considerando também os atendimentos de portas de pronto-socorro.

Outra questão importante que merece destaque no que se refere ao acesso é o fato de que 20% dos pacientes que hoje usam o SUS, podem também custear outras formas de atendimento, principalmente, se o acesso não satisfizer suas necessidades, no instante em que precisa do tipo de assistência. Um exemplo recorrente e recente tem sido o crescimento a atendimentos em urgências ou especialistas nas clínicas populares, tendo em vista que elas se configuram como uma opção razoável para o custeio de exames específicos, acompanhando a lógica da assistência farmacêutica, já que, quando não há medicamento disponível na rede, o usuário recorre a compra em farmácias conveniadas ou adere a programas de medicamentos genéricos, não deixando, no entanto, de buscar rapidamente a solução para o seu problema de saúde.

Em síntese, o acesso, segundo a maioria dos entrevistados (usuários, gestores e profissionais da saúde) apresenta-se com imensos desafios, que não são percebidos como uma questão institucional, mas quase sempre como falta de atenção e acolhimento. Na dimensão estrutural, os três grupos de entrevistados apontaram como satisfatória a qualidade do posto de atenção básica e do programa Estratégia Saúde da Família (ESF), embora reconheçam a existência de severos problemas de integração da rede. De acordo com tais grupos, a ausência de alinhamento sobre a estrutura e os fluxos de funcionamento do sistema de saúde impacta negativamente o acesso aos serviços de saúde na relação do profissional com o usuário. Na dimensão relacional, a necessidade e a expectativa de imediato atendimento por parte dos usuários em crescente evolução e com uma demanda desordenada aprofundam os problemas de credibilidade, gerados pela falta de resolutividade do serviço. Com isso, o usuário busca outras portas para o atendimento. Por fim, na dimensão operacional, tanto os profissionais de saúde quanto os usuários relataram importantes lacunas na regulação do sistema e problemas tais como: cobertura da ESF, marcação de consulta, acolhimento, barreiras geográficas, referência e contrarreferência.

### **Considerações finais**

A pesquisa confirmou a proposição inicial de que o estudo sobre o acesso à saúde é uma questão que está ligada não apenas aos problemas do usuário, mas que precisa ser observada em sua complexidade, envolvendo a atuação e visão dos gestores e profissionais da saúde. Apontou significativas e importantes diferenças entre a percepção dos usuários e demais atores investigados quanto a temática. Buscou mostrar os limites e as vulnerabilidades ao acesso e as dificuldades para a universalização da saúde, identificando os elementos estruturais que fortalecem ou dificultam o acesso aos serviços de saúde no território, confrontando a visão de gestores, profissionais e usuários. Isto porque as vulnerabilidades e o acesso à saúde são problemas crônicos, ainda que se considere a lógica de organização dos territórios como um fator que efetivamente auxilia a desconcentração do acesso. Se de um lado, temos os usuários solicitando o legítimo direito à assistência, de outro, temos as instituições, com seus valores, tradições e expertises, e entre eles, o Estado com os limites ao financiamento, a necessidade de regulação, de controle e fiscalização, repassando responsabilidades aos atores privados que assumem, por missão e vocação, o papel de participar de forma efetiva e resolutiva deste sistema, limitando-se, porém, as conformações territoriais restritas.

A cobertura abrangente de saúde, principalmente em países emergentes, constitui um componente essencial para se alcançar o crescimento econômico, a coesão social e a redução na pobreza (OMS, 2008; KICKBUSC, 2014), decorre deste argumento, que ao lançar luz sobre o Território Cidade Tiradentes e, sem desmerecer o imenso esforço institucional realizado, foi possível perceber que ainda há um longo caminho a ser percorrido para que os serviços de saúde ofertados possam contribuir efetivamente para o crescimento da coesão social e redução da pobreza na região. É mister que a saúde desempenhe um papel importante na promoção da equidade e, conforme Giovanella (1996), possa produzir iniquidades quando não assegura acesso equânime para todos.

Embora seja importante mencionar as limitações do estudo que não envolveu os não usuários e a amostra ter sido limitada, os resultados evidenciaram fatores determinantes para o acesso do grupo estudado, incluindo: a aceitabilidade do sistema de saúde pelos usuários, a relação deles com os profissionais de saúde, a adequação do número de profissionais para a prestação de serviços, a atenção secundária/referência e o imenso tamanho do território estudado. Observou-se que a dimensão “relacional” tem um papel fundamental. Nesse sentido, investimentos e esforços de gestores e profissionais de saúde, sobretudo aqueles envolvidos diretamente com o território estudado, devem ser direcionados para as três dimensões. Essa possibilidade de identificar, sob a ótica de usuários e profissionais, áreas prioritárias de atuação para melhorar o acesso de uma parcela da população de

um território com elevados índices de vulnerabilidade econômica e social configura a principal contribuição deste estudo. No decorrer da análise, constatou-se também que o aspecto relacional é uma dimensão relevante do acesso, pois permite entender como os profissionais ultrapassam a lentidão e deficiência do rígido sistema de regulação e, tornam mais eficiente o aproveitamento das condições operacionais na rede de saúde em análise. Dessa forma, diversos caminhos, distantes do preconizado da regulamentação, poderão ser utilizados com o intuito de melhorar o acesso dos usuários ao sistema. Verifica-se com muita frequência que os contatos pessoais entre os profissionais da rede de saúde, a partir das relações cotidianas das equipes, acabam possibilitando uma gestão paralela, ou seja, que tenta uma gestão neutralizando as barreiras impostas ao acesso. Meios informais são cada vez mais frequentes na rotina admitida pelos gestores. Tais observações possibilitam reafirmar a necessidade de intensificar as discussões sobre o controle e o monitoramento em saúde e contribuir para melhor conhecimento das condições do acesso na atenção primária à saúde e assistência ambulatorial e hospitalar, ressaltando a importância das informações para o serviço de saúde; o fluxo dentro do território; a forma como os sujeitos entendem o acesso, e, acima de tudo, como o praticam.

Entre os desafios e os entraves observados destacaram-se: melhorar a qualidade dos serviços de saúde; assegurar a equidade em serviços como consultas, exames e procedimentos; e reduzir a dificuldade que o usuário tem em compreender a organização do acesso à luz da hierarquização do sistema. Portanto, segundo a percepção dos usuários, profissionais e gestores há o entendimento uníssono da necessidade de manter e ampliar os avanços do SUS. Estes atores também sinalizaram a necessidade de maior adequação às necessidades dos usuários e de ampliação da participação social na gestão local para acompanhar as mudanças nas necessidades, dirimir as divergências entre os atores sociais e melhorar a qualidade do acesso.

Por fim, ressalta-se a importância da continuidade de políticas de capacitação para gestores e profissionais da saúde atuarem em um sistema complexo e cheio de armadilhas aos usuários. Se o SUS é um espaço de acesso a todos que dele participam, as partes devem se abrir, converter frustrações em diálogos e, de forma transparente e organizada, fortalecer os espaços de participação social em busca do equilíbrio em prol da coletividade. Pode-se afirmar, a partir da pesquisa realizada, que a Rede Santa Marcelina-SP e o SUS vêm conseguindo, de certa forma, dar respostas às demandas sociais por meio de um conjunto de intervenções públicas visando à promoção de bem-estar a partir de um sistema de saúde amplo, universal e gratuito, envolvendo a participação popular nas várias esferas de decisão colegiada.

## **Referências**

ASSIS, M. M. A.; VILLA, T. C. S. Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática. *Cien Saúde Coletiva*. p. 815-823, 2003.

AZEVEDO E., PELICION, M.C.F.; WESTPHAL, M.F. Práticas intersetoriais nas políticas públicas de promoção de saúde. *Revista de Saúde Coletiva*, v. 22, n. 4, 2012.

BARBIANI, R.; JUNGES, J.R.; ASQUIDAMINI, F. A produção científica sobre acesso no âmbito do Sistema Único de Saúde do Brasil: avanços, limites e desafios. *Saúde soc.* v. 23, n. 3, p. 855-868, 2004.

BARBOSA, N.B. O modelo de administração direta e as organizações sociais de saúde: um estudo comparado. São Paulo: Tese de doutorado, Faculdade de Medicina – USP, 2005.

BARRADAS, L.R.; MENDES, J.D.V. Organizações Sociais de Saúde: a experiência exitosa de gestão pública de saúde do Estado de São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde. São Paulo, 2006.

BEZERRA, A. C. V. Discutindo o território e a territorialização na saúde: uma contribuição às ações de vigilância em saúde ambiental. *Revista de Geografia*, v.32, p.222-244, 2005.

BINDMAN, A. B. et al. Preventable Hospitalizations and Access to Health Care. *The Journal of American Medical Association*, v. 274, n. 4, p. 305-311, jul., 1995.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. 16. ed. Organização de Alexandre de Moraes. São Paulo: Atlas, 2000.

BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 29 jun. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Promoção da Saúde V. Brasília: OPAS, 2009a (Painel de Indicadores do SUS n. 6). Disponível em: <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/agosto/14/painel-indicadores-sus-promocao-saude.pdf>> Acesso em: 16 Nov 2019.

BRASIL. Presidência da República. Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000. Altera os artigos 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 13 set. 2000. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/Emendas/Emc/emc29.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc29.htm)>. Acesso em: 7 dez. 2019.

BRASIL. Ministério da Administração e Reforma do Estado. Organizações Sociais. Cadernos MARE da Reforma do Estado. Caderno 2. 4. ed. Brasília: MARE, 1998a.

BRASIL. Ministério da Saúde. 8a Conferência Nacional de Saúde: relatório final. Brasília: Ministério da Saúde; 1986.

BRASIL Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância a Saúde. Planilhas de matriciamento dos avanços e desafios das prioridades da PNPS: ações propostas e realizadas durante 2006-2009. Brasília, 2010 [mimeo].

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Portaria nº 68 de 24 de junho de 2008. Constitui o Comitê Gestor da Política Nacional de Promoção da Saúde. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2008/prt0068\\_24\\_06\\_2008.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2008/prt0068_24_06_2008.html)> Acesso em: 16 out. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde. 2006a. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_promocao\\_saude\\_3ed.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf)> Acesso em: 6 dez. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria no 373, de 27 de fevereiro de 2002. Norma Operacional de Assistência à Saúde/NOAS-SUS 01/2002, Brasília, DF, 2002. Disponível em: <[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373\\_27\\_02\\_2002.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.html)> Acesso em: 06 dez. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria executiva. Comitê Nacional de Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde Comitê Nacional de Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde Brasília, 2007. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/documento%20politica.pdf>. Acesso em: 5 set. 2019.

BRASIL. Lei Ordinária no 9.637, de 15 de maio de 1998. Brasília: Diário Oficial da União; 1998.

BRASIL. Lei Orgânica da Saúde no 8.080, de 19 de setembro de 1990. Brasília: Diário Oficial da União; 1990.

BRASIL. Lei n. 9.637, de 15 de maio de 1998. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências.

CANGUILHEM, G. O normal e o patológico. 6. ed. São Paulo: Forense Universitária, 2000.

- DI GIOVANNI, G. B. N. Brasil Radiografia da Saúde. Ano: 2001 Editora: Instituto de Economia Unicamp.
- DONABEDIAN, A. Aspects of medical care administration. Cambridge: Harvard University, 1973.
- DONABEDIAN, A. An introduction to quality assurance in health care. New York: Oxford University, 2003.
- DONABEDIAN, A. Clinical Performance and Quality Health Care. p.14-17,1993.
- DURÁN, P. R. F. Dilemas do controle social na construção do Sistema Único de Saúde (SUS) no âmbito do estado do Rio de Janeiro: um estudo sobre o Conselho Estadual de Saúde (CES/RJ). 2013. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2013.
- DRAIBE, S. M. Avaliação de implementação: esboço de uma metodologia de trabalho em políticas públicas. In: BARREIRA, M.C.R.N.; CARVALHO, M.C.B. (Orgs.). Tendências e perspectivas na avaliação de políticas e programas sociais. São Paulo, IEE/PUC-SP, p. 13-42, 2001.
- FEKETE, M. C. Estudo da acessibilidade na avaliação dos serviços de saúde. Ministério da Saúde, Fundação Nacional de Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. Desenvolvimento Gerencial de Unidades de Saúde do Distrito Sanitário - Projeto GERUS. Brasília (DF): MS/FNS; p. 20-114, 1995.
- GIOVANELLA, L.; FLEURY, S. Universalidade da atenção à saúde: acesso como categoria de análise. In: EIBENSCHUTZ, C. (Org.). Política de saúde: o público e o privado. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 177-198, 1996.
- GIL, A. C. Métodos e técnicas de pesquisa social. São Paulo: Atlas, 1999.
- HORTALE, V. A.; PEDROZA, M.; ROSA, M. L. G. Operacionalizando as categorias acesso e descentralização na análise de sistemas de saúde. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 231-239, 2000.
- IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: Acesso e Utilização dos Serviços de Saúde 2003. Rio de Janeiro. 2005.
- IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: Um Panorama da Saúde no Brasil. Acesso e Utilização dos Serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde 2008. Rio de Janeiro, 2010.
- LAOKRI, S., SOELAEMAN, R., HOTCHKISS, D. R. (s.d.). Os sistemas de saúde com recursos insuficientes têm a capacidade de oferecer proteção contra riscos financeiros para a atenção primária à saúde?. Um estudo de base das despesas ambulatoriais para informar o financiamento da saúde e a reforma da cobertura universal na República Democrática do Congo, London, p. 16-19, 2017. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/2013/ULB-DIPOT:oai:dipot.ulb.ac.be:2013/247036>>. Acesso em: 06 out. 2019.
- LANZONI, G. M. M. et al. Direitos dos usuários da saúde: estratégias para empoderar agentes comunitários de saúde e comunidade. Rev RENE. v.10, n.4, p.54-145, 2009.
- MENDES, E. V. Uma agenda para a saúde. São Paulo: Hucitec, 1996.
- MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, 2008.
- MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.
- MENDES, R.; AKERMAN, M. Intersetorialidade: reflexões e práticas. In: FERNANDES, J.C.A.; MENDES, R. (Org.). Promoção da saúde e gestão local. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, p. 85-109, 2007.

- MENDOZA-SASSI, R. A.; BERIA, J. U. Utilización de los servicios de salud: una revisión sistemática sobre los factores relacionados. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 819-832, 2001.
- OIKAWA, L. T., Condições de acessibilidade a uma unidade básica de saúde do município de Botucatu-SP. *Dissertação de Mestrado – Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP*, 2001.
- OMS. *Atenção primária à saúde: mais necessária que nunca*. Genebra: OMS; 2008. [Relatório Mundial da Saúde 2008].
- PESSOTO, U. C. et al. Desigualdades no acesso e utilização dos serviços de saúde na Região Metropolitana de São Paulo. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 12, n. 2, p. 351-362. 2007. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000200011>>. Acesso em: 21 jun. 2020.
- PESSOTO, U. C.; RIBEIRO, E. A.W.; GUIMARÃES, R. B. O papel do Estado nas políticas públicas de saúde: um panorama sobre o debate do conceito de Estado e o caso brasileiro. *Saúde e Sociedade*, v. 24, n. 1, p. 9-22, 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-12902015000100001>>. Acesso em: 13 jan. 2020.
- PINHEIRO, R. S.; VIACAVA, F.; TRAVASSOS, C.; BRITO, A. S. Gênero, morbidade e utilização de serviços de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 687-702, 2002.
- PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (Orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: ABRASCOIVERJ, IMS, 2001.
- PORTER, M. E.; TEISBERG, E. O. *Repensando a saúde: estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos*. Tradução de Cristina Bazan. Porto Alegre: Bookman, 2007.
- PLACAR DA SAÚDE, APS SANTA MARCELINA. Disponível em <<http://www.placardasaude.com.br>>. Acesso em: 22 out. 2018.
- RAMIREZ, B. L.; BAKER, E. A; METZLER, M. *Promoting health equity: a resource to help communities address social determinants of health*. Atlanta, Centers for Disease Control and Prevention, 2008.
- RAMOS, D. D.; LIMA, M. A. D. S. Acesso e Acolhimento aos Usuários em uma Unidade de Saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad. de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 27-34, jan./fev. 2003.
- REIS, D.O.; ARAÚJO, E.C., CECÍLIO, L.C.O. Políticas públicas de saúde: Sistema Único de Saúde UNASUS | UNIFESP, 2010. Disponível em: <[www.unasus.unifesp.br](http://www.unasus.unifesp.br)>. Acesso em: 7 fev. 2019.
- SANTA MARCELINA, *Relatório de Atividades da Rede de Atenção à Santa Marcelina e Associação de Cultura, Educação e Assistência Social Santa Marcelina 2014*. São Paulo:, 2015.
- SANTOS, L.; ANDRADE, L. O. M. Acesso às ações e serviços de saúde: uma visão polissêmica. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2876-2878, 2012.
- SEADE - Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados. *Banco de Dados de Informações dos Municípios Paulistas – 2017*. São Paulo: Departamento Gráfico da Fundação Seade.
- SECCHI, L. *Análise de políticas públicas: diagnóstico de problemas, recomendação de soluções*. São Paulo: Cengage Learning, 2016.

SOUSA, C. Políticas públicas: uma revisão da Literatura. *Sociologias*. Porto Alegre, jul./dez. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/soc/n16/a03n16>. Acesso em: 03 set. 2019.

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

STEIN, A. T. *Acesso a Atendimento Médico Continuado: Uma Estratégia para Reduzir a Utilização de Consultas não Urgentes em Serviços de Emergência*. 1998. (Tese de Doutorado) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 1998. Disponível em <<http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/1919>> Acesso em: 09 out. 2019.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 190-198, 2004.

TRAVASSOS, C.; VIACAVA, F. Acesso e uso de serviços de saúde em idosos residentes em áreas rurais, Brasil, 1998 e 2003. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 2490-2502, 2007.

TRAVASSOS, C.; VIACAVA, F.; FERNANDES, C.; ALMEIDA, C. M. Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. v.5, n.1, p.133-149, 2000.

UNGLERT C.V.S. Acesso aos serviços de saúde: uma abordagem de Geografia em Saúde Pública. *Revista de Saúde Pública*, v. 25 p. 46-439, 1987.

UNGLERT, C. V. S. O enfoque da acessibilidade no planejamento da localização e dimensão de serviços de saúde. *Revista de Saúde Pública*, v.24, p.445-452, 1990.