

**UNIVERSIDADE DE ARARAQUARA – UNIARA**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DESENVOLVIMENTO TERRITORIAL E**  
**MEIO AMBIENTE**

**Gustavo Rodrigues de Oliveira**

**BARREIRAS E ASPECTOS FACILITADORES DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE**  
**SAÚDE NA REDE SANTA MARCELINA, SP: UM ESTUDO SOBRE O**  
**“TERRITÓRIO CIDADE TIRADENTES”**

**ARARAQUARA – SP**  
**2020**

**Gustavo Rodrigues de Oliveira**

**BARREIRAS E ASPECTOS FACILITADORES DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE  
SAÚDE NA REDE SANTA MARCELINA, SP: UM ESTUDO SOBRE O  
“TERRITÓRIO CIDADE TIRADENTES”**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Territorial e Meio Ambiente, curso de Doutorado, na Universidade de Araraquara – UNIARA – como parte dos requisitos para obtenção do título de Doutor em Desenvolvimento Territorial e Meio Ambiente.

Área de Concentração: Desenvolvimento Territorial e Alternativas de Sustentabilidade.

**Orientado (a):** Gustavo Rodrigues de Oliveira

**Orientador (a):** Prof(a) Dr(a) Helena Carvalho De Lorenzo

**ARARAQUARA – SP  
2020**

## FICHA CATALOGRÁFICA

O47b Oliveira Gustavo Rodrigues de

Barreiras e aspectos facilitadores do acesso aos serviços de saúde na rede Santa Marcelina, SP: um estudo sobre o “Território Cidade Tiradentes”/Gustavo Rodrigues de Oliveira. – Araraquara: Universidade de Araraquara, 2020.

191f.

Tese (Doutorado) - Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Territorial e Meio Ambiente- Universidade de Araraquara-UNIARA

Orientador: Profa. Dra. Helena Carvalho De Lorenzo

1. Avaliação do acesso. 2. Redes de atenção à saúde. 3. Políticas Públicas de saúde. 4. Território Cidade Tiradentes. 5. SUS. I. Título.

CDU 577.4



UNIVERSIDADE DE ARARAQUARA - UNIARA

Rua Voluntários da Pátria, 1309 - Centro - Araraquara - SP  
CEP 14801-320 | (16) 3301-7100 | www.uniara.com.br

## FOLHA DE APROVAÇÃO

Nome do Aluno: *Gustavo Rodrigues de Oliveira*

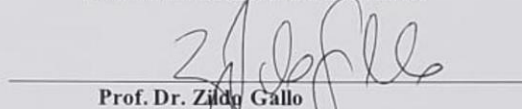
Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Territorial e Meio Ambiente, curso de Doutorado, da Universidade de Araraquara – UNIARA – como parte dos requisitos para obtenção do título de Doutor em Desenvolvimento Territorial e Meio Ambiente.

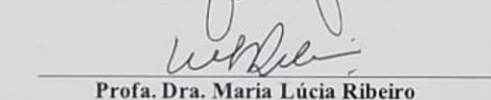
Área de Concentração: Desenvolvimento Territorial e Alternativas de Sustentabilidade.

### BANCA EXAMINADORA

  
\_\_\_\_\_  
Prof. Dra. Alessandra Santos Nascimento

  
\_\_\_\_\_  
Prof. Dra. Lucimara Duarte Chaves

  
\_\_\_\_\_  
Prof. Dr. Zilda Gallo

  
\_\_\_\_\_  
Prof. Dra. Maria Lúcia Ribeiro

  
\_\_\_\_\_  
Prof. Dra. Helena Carvalho De Lorenzo

Araraquara – SP, 07 de fevereiro de 2020

## AGRADECIMENTOS

A Deus, por permitir o dom da vida e por proporcionar a oportunidade de laborar na área da saúde, promovendo o bem aos que necessitam de assistência, cuidado e atenção. O sentido da busca por algo que visasse o bem comum, atento às necessidades do coletivo, tornou-me um ser humano melhor.

À Congregação das Irmãs de Santa Marcelina, pelas oportunidades, aprendizados, condições de descoberta e por me tornar melhor profissional a cada dia, ensinando-me, na prática, o significado da palavra Missão. Por isso, sou-lhes eternamente grato.

À minha querida orientadora, bússola nesta minha viagem, pela oportunidade de conviver com uma pessoa à frente de seu tempo, de mente brilhante, conhecimento inesgotável, por nossas saudáveis divergências e pelo conforto de ter sempre uma saída iluminada diante de tantos momentos a serem esclarecidos.

À minha família, primos, tios, filhos e esposa, pelos inúmeros e intermináveis momentos de ausência, pelas faltas, grandiosas e irreparáveis falhas e pelo tempo, ativo que se deixou para trás e que não se recupera jamais, minhas sinceras desculpas e eterno agradecimento.

Aos colegas do hospital, do escritório, das instituições de ensino superior, dos projetos educacionais e de tantos outros relacionamentos pessoais e profissionais, tenham a certeza de que direta ou indiretamente, geraram valor suficiente para que o aprendizado que me proporcionaram, sempre fosse relevante e útil. Gratidão.

Aos meus amigos de Araraquara, lugar de muitas descobertas e qualidades incomparáveis, na simplicidade da vida, por pessoas disponíveis e solícitas, que constroem laços indissociáveis e perenes, fazendo-me descobrir sentido e propósito nas coisas que antes despercebidas, tornaram-se valiosas neste caminho.

Aos parceiros de jornada no programa de doutorado, incentivadores e encorajadores de tantas viagens longas, frequentes, em condições adversas, mas ao final, recompensadoras.

A todos aqueles colegas professores, que nestes anos de vida profissional me auxiliaram a compreender a responsabilidade de lidar com os desafios incansáveis da docência, da pesquisa, da inquietação pelo estado frequente, comum e indiferente como as coisas se mostram e me mantiveram estimulados a buscar novas respostas diante de problemas antigos e inexplicadamente não solucionados.

Aos meus milhares de alunos que ao longo destes mais de 20 anos de atividade docente, prepararam-me, impulsionando para que esta etapa fosse alcançada e vencida.

Em especial, agradeço aos meus eternos e honrosos, queridos pais, *In memoriam*, que me deixaram como herança a retidão, os princípios e o interesse na busca pela verdade contida na importância pela causa do próximo, o gosto e o prazer pelo conhecimento e a certeza de que ele se constitui na maior riqueza que podemos almejar na vida.

Trago uma reflexão para os nossos próximos dias, tomando por base Mario Sérgio Cortella: “A vida é curta pra ser pequena”

A todos, meu muito obrigado.

O autor

## RESUMO

O acesso aos serviços de saúde tem sido um desafio nacional. Previsto por lei desde a implementação do SUS, há 20 anos, o acesso à saúde é um direito constitucional que envolve determinantes 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. Assim, o acesso da população aos serviços de saúde é um pré-requisito fundamental para uma eficiente assistência e universalização dos serviços desta natureza. No Brasil o tema tem sido muito estudado, ora com maior ênfase na perspectiva do usuário, ora da acessibilidade geográfica aos serviços. Há poucos estudos com um olhar mais sistêmico que identifique os problemas de acesso enfrentados não apenas pela perspectiva do usuário, dos profissionais da saúde e gestores de instituições envolvidas. Neste estudo o tema é analisado, enquanto políticas públicas, buscando uma visão abrangente sobre o assunto na percepção dos usuários, profissionais da saúde e gestores. O termo acesso, é entendido não apenas em seu sentido mais específico, ou seja, o ingresso, ou problemas ao ingresso do usuário ao sistema, mas é visto de um ponto de vista mais amplo como caminho, trajetória, ações legais ou institucionais propostas por políticas públicas que facilitam ou dificultam o ato de chegar, ou de se aproximar. No contexto delimitado para o presente estudo buscou-se indagar: os cidadãos têm acesso às ações e serviços de saúde necessários para a resolução de seus problemas, ou ainda existem restrições e barreiras importantes de acesso? Qual o papel da rede na facilitação ao acesso? Quais os limites e vulnerabilidades ao acesso? Para a elaboração do estudo foi delimitada a rede de saúde “Território Cidade Tiradentes” que faz parte da “Rede de Atenção à Saúde Santa Marcelina”, situada na zona Leste de São Paulo. O território foi delimitado por sua representatividade na rede, por sua extensão, número elevado de usuários, variedade de serviços e número de atendimentos, presença de muitas instituições e mesmo conselhos de saúde. Do ponto de vista metodológico trata-se de um estudo exploratório e qualitativo, que utilizou dados secundários para a caracterização da rede, do território e identificação de serviços, e envolveu a utilização de cinco ferramentas de pesquisa dentre as quais destacamos levantamento de perfil populacional no território, a realização de entrevistas semiestruturadas, além de outras estratégias de trabalho detalhadas na metodologia. Os resultados alcançados apontaram significativas e importantes diferenças entre a percepção dos usuários e demais atores investigados quanto ao acesso. Barreiras e aspectos facilitadores são evidenciados. Mas também sinalizaram a necessidade de maior adequação às necessidades dos usuários e de ampliar a 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 has been a national challenge. Provided by law since the implementation of SUS 20 years ago, access to health care is a constitutional right that involves numerous and complex problems, ranging from the expansion of the supply of services in the basic health network to the appropriate meeting an increasingly growing and needy demand. Thus, the population's access to health services is a fundamental prerequisite for efficient assistance and universalization of services of this nature. In Brazil, the theme has been extensively studied, sometimes with a greater emphasis on the user's perspective, and sometimes on geographic accessibility to services. There are few studies with a more systemic view that identifies the access problems faced not only from the perspective of the user, health professionals and managers of institutions involved. In this study, the theme is analyzed, as public policies, seeking a comprehensive view on the subject in the perception of users, health professionals and managers. The term access is understood not only in its most specific sense, that is, entry, or problems with the user's access to the system, but is seen from a broader point of view as a path, trajectory, legal or institutional actions proposed by public policies that facilitate or hinder the act of arriving, or approaching. In the context defined for the present study, we sought to ask: do citizens have access to the health actions and services necessary to solve their problems, or are there still important restrictions and barriers of access? What is the role of the network in facilitating access? What are the limits and vulnerabilities to access? For the elaboration of the study, the health network "Território Cidade Tiradentes" was delimited, which is part of the "Santa Marcelina Health Care Network", located in the East of São Paulo. The territory was delimited by its representativeness in the network, by its extension, high number of users, variety of services and number of services, presence of many institutions and even health councils. From a methodological point of view, this is an exploratory and qualitative study, which used secondary data to characterize the network, the territory and the identification of services, and involved the use of five research tools, among which we highlight profile survey population in the territory, semi-structured interviews, and other work strategies detailed in the methodology. The results achieved pointed out significant and important differences between the perception of users and other stakeholders with regard to access. Barriers and facilitating aspects are highlighted. But they also signaled the need to better adapt to the needs of users and to expand social participation in local management to keep up with 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.



## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> – Mapa das Áreas Geográficas das Redes Assistenciais das Supervisões Técnicas de Saúde do município de São Paulo. ....	25
<b>Figura 2</b> - Limite territorial da organização espacial sob a gestão da subprefeitura Cidade Tiradentes. ....	37
<b>Figura 3</b> - Território da Cidade Tiradentes, caderno de propostas dos planos regionais das subprefeituras. ....	37
<b>Figura 4</b> - Cadastro nacional de Estabelecimentos de Saúde: Cidade de Tiradentes. ....	41
<b>Figura 5</b> - Total de colaboradores, Cidade de Tiradentes. ....	41
<b>Figura 6</b> - Estabelecimento e serviços de Saúde por Rede no Município de São Paulo de 2000 .....	82
<b>Figura 7</b> - A lógica de desenho dos componentes das redes de atenção à saúde nos territórios sanitários. ....	91
<b>Figura 8</b> - Fachada do Hospital Municipal Cidade Tiradentes, perspectiva interna. ....	95
<b>Figura 9</b> - Organização dos serviços, AMA´s e UBS, no território das RASTS 10. ....	102
<b>Figura 10</b> - Total Geral dos Serviços, por modalidades, no território das RASTS 10. ....	103
<b>Figura 11</b> - Organização dos serviços, AMA´s e UBS, no território das RASTS 11. ....	103
<b>Figura 12</b> - Detalhamento do Perfil dos Serviços, por modalidades, no território das RASTS 11. ....	104
<b>Figura 13</b> - Total Geral dos Serviços, por modalidades, no território das RASTS 11. ....	104
<b>Figura 14</b> - Modalidade de Serviços de atuação dos Gestores e Profissionais. ....	114
<b>Figura 15</b> - Setores / áreas operacionais nas quais Gestores e profissionais atuam. ....	114
<b>Figura 16</b> - Análise sobre a resolutividade das modalidades de serviços em relação às. ....	115
<b>Figura 17</b> - Avaliação relativa às dimensões do acesso à saúde na visão de gestores .....	116
<b>Figura 18</b> - Entendimento dos profissionais e gestores sobre a frequência da ocorrência de problemas de acesso onde atuam. ....	116
<b>Figura 19</b> - Avaliação do grau de satisfação quanto ao acesso à saúde nas modalidades de serviços segundo a percepção de profissionais e gestores. ....	117
<b>Figura 20</b> - Avaliação do acesso às diferentes modalidades e complexidades de serviços, na percepção de usuários e profissionais. ....	118
<b>Figura 21</b> - Proporção de acesso aos serviços de saúde quanto às consultas, exames e procedimentos. ....	120
<b>Figura 22</b> - Sobre a existência ou não de movimentação de usuários provenientes de outras regiões e de serviços menos estruturados. ....	120
<b>Figura 23</b> - Sobre a avaliação dos fatores garantidores da integralidade do cuidado. ....	122
<b>Figura 24</b> - Sobre a empatia / rivalidade entre profissionais de saúde e categorias envolvidas na percepção de gestores e dos próprios profissionais. ....	123
<b>Figura 25</b> - Sobre a avaliação da implantação e operacionalização de instrumentos de gestão, assistencial e administrativo. ....	124
<b>Figura 26</b> - Tempo de espera para o paciente ser atendido após o agendamento, na percepção de profissionais e gestores. ....	125
<b>Figura 27</b> - Tempo médio de espera para consulta/exame/procedimento, na fila de espera para o paciente ser atendido. ....	125

<b>Figura 28</b> - Quanto ao nível de facilidade e dificuldade para o usuário acessar procedimentos e modalidades de serviços. ....	<b>126</b>
<b>Figura 29</b> - Sobre a possibilidade de usuário custear o complemento dos atendimentos ofertados pelo SUS. ....	<b>126</b>
<b>Figura 30</b> - Sobre o entendimento e o papel do usuário na participação do Sistema Único de Saúde. ....	<b>128</b>
<b>Figura 31</b> - A respeito dos maiores problemas enfrentados pelos usuários, na percepção dos profissionais e gestores. ....	<b>129</b>
<b>Figura 32</b> - No que se refere a qualidade dos atendimentos, considerando os principais problemas encontrados. ....	<b>130</b>
<b>Figura 33</b> - A respeito do meio de transporte usado para acessar os serviços de saúde. ....	<b>130</b>
<b>Figura 34</b> - Local em que ocorre o primeiro atendimento ao acessar o sistema único. ....	<b>131</b>
<b>Figura 35</b> - Tempo médio gasto para chegar até o local de atendimento em que se encontra. ....	<b>131</b>
<b>Figura 36</b> - Número de vezes em que foi atendido pelo Sistema Único. ....	<b>132</b>
<b>Figura 37</b> - Número de vezes que o usuário teve uma consulta desmarcada utilizando o SUS nos últimos 12 meses. ....	<b>133</b>
<b>Figura 38</b> - Sobre o número de faltas, em média o usuário teve uma consulta / exame / procedimento marcada pelo SUS. ....	<b>134</b>
<b>Figura 39</b> - Sobre o tempo de espera para ser atendido na recepção. ....	<b>134</b>
<b>Figura 40</b> - Sobre o fato de o atendimento estar agendado ao comparecer em determinado serviço. ....	<b>135</b>
<b>Figura 41</b> - Sobre os motivos de escolha que justificam o comparecimento àquele determinado serviço. ....	<b>135</b>
<b>Figura 42</b> - Sobre ouvir menções ou expressões no âmbito do SUS. ....	<b>136</b>
<b>Figura 43</b> - Sobre a percepção acerca do maior e mais relevante problema de acesso ao SUS, atualmente. ....	<b>136</b>
<b>Figura 44</b> - Dificuldade de localização do estabelecimento de atenção à saúde em que se deu o atendimento. ....	<b>137</b>
<b>Figura 45</b> - Sobre o tipo de deslocamento e meio de transporte utilizado, considerando distância, trânsito e modal até o serviço de saúde. ....	<b>138</b>
<b>Figura 46</b> - Sobre a possibilidade de atendimento no estabelecimento de saúde, independente de região de moradia ou cadastro. ....	<b>138</b>
<b>Figura 47</b> - A respeito do horário de seu atendimento estar adequado às normas / rotinas diárias do usuário. ....	<b>139</b>
<b>Figura 48</b> - Quanto à preocupação à respeito do futuro do SUS, na percepção dos usuários. ....	<b>139</b>
<b>Figura 49</b> - Quanto a usar e usufruir de plano de assistência à saúde privado. ....	<b>140</b>
<b>Figura 50</b> - Diante da hipótese de possuir ou adquirir plano de saúde e ainda continuar procurando atendimento no SUS. ....	<b>140</b>
<b>Figura 51</b> - Avaliação sobre a adequação deste estabelecimento de saúde para a acessibilidade e mobilidade. ....	<b>141</b>
<b>Figura 52</b> - Sobre o número de vezes em que nos últimos 12 meses foi usado pelo usuário o estabelecimento de saúde em que foi atendido. ....	<b>142</b>

<b>Figura 53</b> - Sobre atendimento negado para si ou acompanhante neste estabelecimento de atenção à saúde. ....	<b>142</b>
<b>Figura 54</b> - A respeito de o estabelecimento de atenção à saúde possuir equipamentos adequados para realização de consultas, exames e procedimentos. ....	<b>143</b>
<b>Figura 55</b> - A respeito de considerar adequado o espaço físico e a privacidade quando do seu atendimento neste estabelecimento de saúde. ....	<b>144</b>
<b>Figura 56</b> - Sobre a assistência farmacêutica, especificamente no que se refere ao status de oferta de medicamentos prescritos e disponíveis para retirada. ....	<b>144</b>
<b>Figura 57</b> - Quanto à percepção sobre a falta de material durante o atendimento no Sistema Único de Saúde. ....	<b>144</b>
<b>Figura 58</b> – Visão sobre os meios de sinalização e comunicação interna e externa nos estabelecimentos de nos quais ocorreram os atendimentos. ....	<b>145</b>
<b>Figura 59</b> - Sobre o nível de compreensão e entendimento das mensagens e informações fornecidas pelos profissionais do serviço de saúde, quando da assistência prestada. ....	<b>146</b>
<b>Figura 60</b> - Sobre a imediatidade e certeza do atendimento no estabelecimento de saúde no mesmo dia em que surge a necessidade de procurar a assistência. ....	<b>146</b>
<b>Figura 61</b> - Sobre a possibilidade de conseguir retorno à origem para mostrar resultados de exames solicitados. ....	<b>147</b>
<b>Figura 62</b> - Sobre o fornecimento e disponibilidade de material informativo (folders, folhetos, painéis), com assuntos relacionados a saúde. ....	<b>148</b>
<b>Figura 63</b> - Sobre a existência e disponibilidade e acessibilidade por meio de painel de chamada de fila de espera com número de senha por prioridade, ordem de chegada e contagem de tempo (em horas e minutos). ....	<b>148</b>
<b>Figura 64</b> - A percepção e avaliação do acesso quanto às modalidades de assistência e oferta nos serviços de saúde. ....	<b>149</b>
<b>Figura 65</b> – Avaliação das condições do acesso e atendimento pelos seguintes profissionais desde serviço de saúde. ....	<b>150</b>
<b>Figura 66</b> - Percepção geral sobre a avaliação dos serviços prestados neste estabelecimento. ....	<b>150</b>

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> - Divisão Territorial por Prefeitura Regionais e Distritos de São Paulo.....	<b>77</b>
<b>Tabela 2</b> - Dados de população dos territórios das Redes de Saúde 10 e 11, em 2017.....	<b>97</b>
<b>Tabela 3</b> - Dados de produção das unidades com Estratégia Saúde da Família.....	<b>98</b>
<b>Tabela 4</b> - Dados de produção das unidades AMA/UBS .....	<b>99</b>
<b>Tabela 5</b> - Dados de produção das unidades de Urgência e Emergência .....	<b>100</b>
<b>Tabela 6</b> - Dados de produção das unidades de saúde mental – CAPS, somatória do período de Janeiro a Dezembro de 2017.....	<b>101</b>
<b>Tabela 7</b> - Dados de produção das unidades de Especialidades Médicas.....	<b>102</b>
<b>Tabela 8</b> - Recursos Humanos, Médicos e Não Médicos alocados nas modalidades de serviços da atenção primária à saúde (APS).....	<b>105</b>
<b>Tabela 9</b> - Recursos Humanos não médicos, alocados nas modalidades de serviços hospitalares.....	<b>107</b>
<b>Tabela 10</b> - Recursos Humanos de mão de obra médica, alocados nas modalidades de serviços hospitalares.....	<b>108</b>
<b>Tabela 11</b> - Dados de produção das unidades de Especialidades Odontológicas - CEO .....	<b>109</b>
<b>Tabela 12</b> - Produção das unidades de atendimento domiciliar, de acompanhamento das pessoas portadoras de deficiência e de idosos, (de janeiro a dezembro de 2017). .....	<b>111</b>
<b>Tabela 13</b> - Dados de acompanhamento das unidades do programa de acompanhamento do idoso. ....	<b>112</b>

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1</b> - Leis e decretos sobre o uso dos serviços de saúde.....	<b>19</b>
<b>Quadro 2</b> - Universo da pesquisa.....	<b>34</b>
<b>Quadro 3</b> - Informação sobre os documentos de deferência das coletas.....	<b>39</b>
<b>Quadro 4</b> - Lacunas de assistência e entraves clássicos e históricos no SUS. ....	<b>74</b>
<b>Quadro 5</b> - Consultas Médicas Especializadas.....	<b>83</b>
<b>Quadro 6</b> - Rede Física própria de equipamentos – Secretaria Municipal de Saúde. ....	<b>84</b>
<b>Quadro 7</b> - Projeção Populacional, por Coordenadoria Regional de Saúde.....	<b>86</b>
<b>Quadro 8</b> - Projeção Populacional, por Coordenadoria Regional de Saúde.....	<b>87</b>
<b>Quadro 9</b> - Notificação compulsória por Prefeitura Regional.....	<b>88</b>
<b>Quadro 10</b> - Análise do perfil populacional e de densidade demográfica das prefeituras regionais que compõem a RASTS 11.....	<b>94</b>
<b>Quadro 11</b> - Série Histórica de Produção do Hospital Cidade Tiradentes, de 2008 ao terceiro trimestre de 2018. ....	<b>95</b>
<b>Quadro 12</b> - Série Histórica de Exames de imagem do Hospital Cidade Tiradentes, de 2008 ao terceiro trimestre de 2018. ....	<b>96</b>
<b>Quadro 13</b> - Produção Hospitalar da Rede de Atenção à Saúde Santa Marcelina. ....	<b>112</b>
<b>Quadro 14</b> – Percepção do acesso à saúde, pelos usuários do Sistema Único de Saúde, na Zona Leste de São Paulo. ....	<b>152</b>
<b>Quadro 15</b> - Percepção do acesso à saúde, pelos gestores do Sistema Único de Saúde, Zona Leste de São Paulo.....	<b>153</b>
<b>Quadro 16</b> - Percepção do acesso à saúde, pelos profissionais da saúde do Sistema Único de Saúde, Zona Leste de São Paulo.....	<b>154</b>
<b>Quadro 17</b> -Resultados de pesquisa: acolhimento do usuário, segundo a perspectiva de JESUS; ASSIS (2010). ....	<b>156</b>
<b>Quadro 18</b> - Resultados de pesquisa: aspectos e elementos geográficos dos serviços segundo a perspectiva de UNGLERT (1990). ....	<b>157</b>
<b>Quadro 19</b> - Resultados de pesquisa: aspectos e elementos econômicos e de condição social segundo a perspectiva de UNGLERT (1990).....	<b>158</b>
<b>Quadro 20</b> - Resultados de pesquisa: aspectos e elementos da operacionalização e produção, segundo a perspectiva de HORTALES; PEDROZA, (2000). ....	<b>161</b>
<b>Quadro 21</b> - Resultados de pesquisa: aspectos e elementos culturais, crenças e valores, segundo a perspectiva de RAMOS, LIMA (2003). ....	<b>161</b>
<b>Quadro 22</b> - Resultados de pesquisa: aspectos da percepção da população com relação ao sistema de saúde, segundo a perspectiva de FEKETE (1995).....	<b>162</b>
<b>Quadro 23</b> - Resultados de pesquisa: aspectos da percepção da população com relação a dimensão técnica, segundo a perspectiva de FEKETE (1995). ....	<b>163</b>

## **LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS**

**AIS** - Ações Integradas em Saúde

**ADIS** - Centro de Armazenamento e Distribuição de Insumos de Saúde

**AVD's** - Atividades de Vida Diárias

**AME**- Ambulatórios Médicos de Especialidade

**AMA** - Assistência Médica Ambulatorial

**APD** - Acompanhamento da Pessoa com Deficiência

**APA** - Agentes de Promoção Ambiental

**APS** - Atenção Primária à Saúde

**CAPs** - Caixas de Aposentadorias e Pensões

**CGCSS** - Coordenadoria de Gestão e Contratos de Serviços de Saúde

**CIB** - Comissão de Inter Gestores Bipartite

**CIT** - Comissão de Inter Gestores Tripartite

**CEADIS** - Centro de Armazenamento e Distribuição de Insumos de Saúde

**CES** - Conselho Estadual de Saúde

**CEAC** - Centros Estaduais de Análises Clínicas

**CONASS** - Conselho Nacional de Secretários de Estado de Saúde

**CRI** - Centro de Referência do Idoso

**COHAB's** - Companhia Metropolitana de Habitação de São Paulo

**CONASEMS** - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde

**CROSS** - Central de Regulação de Ofertas de Serviços de Saúde

**DCT** - Disposições Constitucionais Transitórias

**EMAD /EMAP** - Equipe Multidisciplinar de Acompanhamento Domiciliar

**FUNRURAL** - Fundo de Assistência e Previdência do Trabalhador Rural

**IAPs** - Institutos de Aposentadorias e Pensões

**IBGE** - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

**INPS** - Instituto Nacional de Previdência Social

**INAMPS** - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

**NOAS** - Norma Operacional de Assistência à Saúde

**NOB-SUS** - Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde

**OMS** - Organização Mundial da Saúde

**OSS** - Organizações Sociais de Saúde

**PSF** - Programa de Saúde da Família

**PACS** - Programa de Agentes Comunitários de Saúde

**PA** - Pronto Atendimento

**PAIS** - Programa de Ações Integradas de Saúde

**PAI** - Programa de Acompanhamento do Idoso

**PEA** - População Economicamente Ativa

**PSM** - Pronto Socorro Municipal

**RAS** - Rede de Atenção e Assistência à Saúde Santa Marcelina

**RASTS** - Redes Assistenciais das Supervisões Técnicas de Saúde

**SIMPAS** - Sistema Nacional de Assistência e Previdência Social

**SIA** - Sistema de Informação Ambulatorial

**SES** – Secretaria de Estado da Saúde

**SEDI** - Serviços de Diagnóstico por Imagem

**SUS** - Sistema Único de Saúde

**STS** - Supervisão Técnica de Saúde

**TCG** - União ao Termo de Compromisso de Gestão

**UBS** – Unidade Básica de Saúde

**UPA** - Unidade de Pronto Atendimento

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>17</b>
1.1	Definindo conceitos e posicionando a pesquisa.....	23
1.1.1	Estrutura e caminhos teóricos seguidos na tese.....	29
<b>2</b>	<b>METODOLOGIA</b> .....	<b>32</b>
2.1	Sujeito da pesquisa.....	33
2.2	Espaço da Pesquisa.....	36
2.3	Descrição dos procedimentos metodológicos utilizados na coleta de dados.....	38
2.4	Tratamento dos Dados.....	43
<b>3</b>	<b>POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL</b> .....	<b>46</b>
3.1	A formação das políticas de saúde no Brasil.....	47
3.2	O Sistema Único de Saúde – SUS: desafios da implementação.....	59
3.3	A saúde da população no Brasil.....	62
3.4	O modelo de saúde pública no Estado de São Paulo.....	62
<b>4</b>	<b>ACESSO À SAÚDE: UMA QUESTÃO DE POLÍTICA PÚBLICA</b> .....	<b>67</b>
4.1	Conceitos e questões envolvidas.....	67
4.2	As perspectivas sobre acesso e acessibilidade.....	70
4.3	O acesso à saúde da perspectiva legal: arcabouço jurídico, limitações e avanços ....	75
<b>5</b>	<b>RAS “SANTA MARCELINA”: CARACTERIZAÇÃO E OFERTA DE SERVIÇOS</b> .....	<b>77</b>
5.1	Caracterização da saúde no Município de São Paulo.....	77
5.2	RAS “Santa Marcelina”: histórico e atuação.....	89
5.3	Caracterização da saúde na RAS Santa Marcelina: equipamentos, programas e demandas.....	93
5.3.1	Atendimento aos principais programas de Atenção Básica de Saúde no território em estudo.....	96
<b>6</b>	<b>RECURSOS HUMANOS (MÉDICOS E NÃO MÉDICOS), PROGRAMAS E UNIDADES DE SAÚDE</b> .....	<b>107</b>
6.1	Pessoal não médico.....	107
6.2	Pessoal médico.....	108
6.2.1	AMA/UBS integrada.....	109
6.2.2	Atenção especializada.....	109
6.2.3	Serviços Especializados em Reabilitação.....	110
6.2.4	Programas de Acompanhamentos Domiciliares.....	110
<b>7</b>	<b>ACESSO À SAÚDE NO TERRITÓRIO TIRADENTES</b> .....	<b>113</b>
7.1	O acesso à saúde: as percepções dos gestores e profissionais da saúde.....	113
7.2	O acesso à saúde: a percepção dos usuários.....	127
7.3	Virtudes e fragilidade do acesso a saúde na rede Santa Marcelina.....	150
<b>8</b>	<b>ANÁLISE DOS DADOS DE PESQUISA À LUZ DA LITERATURA</b> .....	<b>155</b>
<b>9</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>167</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>170</b>
	<b>APÊNDICES</b> .....	<b>181</b>
	<b>APÊNDICE 1</b> .....	<b>181</b>
	<b>APÊNDICE 2</b> .....	<b>185</b>



## 1 INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a regionalização dos serviços de saúde, assim como a existência de os hospitais regionais e territoriais, têm relevante papel na assistência de alta complexidade, pois apresentam forte envolvimento com atividades diversificadas de serviços locais e regionais com alta concentração de recursos de saúde (físicos, humanos e financeiros), e exercem papel político importante nas comunidades em que se inserem (LOBO et al., 2014).

No Brasil, a Constituição de 1988 direciona a política pública de saúde nos princípios da universalidade e equidade, estabelecendo como direito de todos os cidadãos, a universalidade 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).

A questão do papel do Estado ganhou destaque nesse debate, sendo que a universalização do acesso aos serviços de saúde como direito de cidadania e a dominância dos fundos públicos no financiamento dos sistemas de saúde têm sido objeto de críticas, no processo de busca por alternativas, supostamente mais eficientes e efetivas, pregando-se a retirada do Estado da provisão direta de serviços e o reforço de sua função reguladora (VIACAVA, 2010).

As políticas públicas de saúde integram o campo de ação social e são orientadas para a melhoria das condições de vida da população, envolvendo os ambientes natural, social e de trabalho. Sua tarefa específica é a de promover a proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da coletividade (SOUSA, 2006; DRAIBE, 2001).

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2010, o Brasil tem uma população de 202.768.562 habitantes, publicados no Diário Oficial da União (IBGE 2018), e sabe-se que diante da realidade econômica brasileira, cerca de 75% desta população depende, exclusivamente do sistema único de saúde.

A partir desse cenário, cabe indagar: os cidadãos brasileiros têm acesso às ações e serviços de saúde necessários para a resolução de seus problemas, ou ainda, existem restrições e barreiras importantes de acesso? As ações e serviços estão sendo planejados e programados de acordo com as necessidades de saúde da população e com as condições de saúde da realidade local? Os recursos que estão sendo utilizados para o enfrentamento dos problemas de saúde, estão sendo mobilizados da forma adequada? Se estão, são suficientes? É possível identificar

ganhos de equidade e qualidade no atendimento ao cidadão? A atuação setorial e articulação entre os atores e instituições envolvidos nos serviços de saúde têm produzido impactos significativos na melhoria das condições de acesso à saúde da população? Estas questões mais gerais, ainda que de difícil respostas em virtude da variedade de fatores que as influenciam direta ou indiretamente, perpassam o contexto mais geral do presente estudo.

O presente estudo está focado na questão do acesso à saúde. Para isso entende que o acesso à saúde não é apenas um problema dos usuários, mas uma questão da universalização de políticas públicas, e por isso, compreende que tais políticas precisam ser investigadas, tanto da perspectiva dos usuários, quanto dos profissionais da saúde e dos gestores. Parte-se do pressuposto de que a percepção sobre o tema e a integração entre as instituições e os diferentes atores envolvidos nas estratégias de execução da política de saúde, colaboram para a 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 contribuir para:

- Reduzir as desigualdades sociais, cada vez mais evidenciadas no país; fortalecer o exercício ético e eficaz da gestão governamental na busca de novas formas de organização administrativo-institucional da ação do Estado, com maior participação social;
- Criar mecanismos de coordenação entre setores envolvidos, eficientes para incorporar todos os cidadãos excluídos dos benefícios sociais disponíveis; promover a harmonia entre políticas econômicas e sociais e estabelecer parcerias intersetoriais para a realização de iniciativas que produzam impacto sobre as condições de saúde da população;
- Fortalecer a competência dos diversos atores sociais para uma atuação orgânica e consistente nos processos de definição, implementação e avaliação da agenda de prioridades governamentais e na formulação de projetos alternativos, sobretudo daqueles com responsabilidade direta sobre a condução da política setorial, como são os gestores da saúde.

Laokri (2017) mostra que políticas efetivas para a cobertura de cuidados de saúde só podem emergir através de serviços de alta qualidade prestados por burocratas capacitados, por meio de sistemas locais fortes, integrados e ancorados na visão sistêmica. 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 deve-se adotar oportunidades inovadoras em práticas centradas no paciente e na promoção da colaboração, é necessário também otimizar o conhecimento local e relevantes, e deve-se buscar a integração das redes e da tecnologia existentes no território. Pontua-se, por consequência, que

a execução das políticas públicas em saúde exige instrumentos e estratégias de integração, para que se tenha uma resposta integral ao cidadão (COSTA, 2018). Nota-se que a abordagem do tema, que já foi estritamente geográfica, hoje evoluiu para um estudo social e cultural das áreas de atuação. Esta delimitação vai ao encontro da nova abordagem de implementação da política, visto que, atualmente no Brasil, a metodologia da territorialização tem sido adotada amplamente (MENDES; AKERMAN, 2007).

No cenário jurídico brasileiro, considerando que é caracterizado pelo contexto atual, 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, os quais são editados (Quadro 1), em complemento e execução a legislação federal vigente, buscando evidenciar a garantia do acesso.

**Quadro 1** - Leis e decretos sobre o uso dos serviços de saúde.

Diploma Legal	Ente Público Responsável	Descrição Sucinta Assunto
Leis 8080 e 8142, ambas de 1990.	União	Regulamenta o Sistema Único de Saúde e a participação popular na gestão da Saúde.
Lei 13.460 de 26/06/2017.	União	Dispõe sobre participação, proteção e defesa dos direitos do usuário dos serviços públicos da administração pública.
Lei 10.241 de 17/03/ 1999.	Estado	Dispõe sobre os direitos dos usuários dos serviços de saúde.
Lei 10.294, de 20/04 1999.	Estado	Dispõe sobre a proteção e a defesa do usuário do serviço público do Estado de São Paulo com a criação das Ouvidorias.
Decreto 60.399, de 29 de abril de 2014.	Estado	Substituiu o Decreto 44.074 de 1999 - que regulamenta a composição e estabelece a competência das Ouvidorias dos Serviços Públicos, instituídas pela Lei 10.294.
Decreto n. 51.433, de 28 de dezembro de 2006.	Estado	Seção II, Art. 11, § IV define que cabe aos Departamentos Regionais de Saúde tornar disponíveis as análises e os dados sobre qualidade de vida, capacidade instalada, produção de serviços e outras informações que contribuam para a atuação intergovernamental, intersetorial e para o exercício do controle social.
Portaria MS 2416, de 07/11/2014.	União	Estabelece diretrizes para a organização e funcionamento dos serviços de Ouvidoria do Sistema Único de Saúde - SUS e suas atribuições. - Art. 4º Os serviços de Ouvidoria serão estruturados nos âmbitos Federal, Distrital, Estadual e Municipal.

**Fonte:** Elaborado pelo autor, 2019.

O acesso à saúde no território nacional pode ser considerado como um dos mais sérios problemas, não apenas do ponto de vista específico da saúde, o que, por si só, já seria de extrema relevância, mas também pelos aspectos políticos, sociais, organizacionais, técnicos e até mesmo simbólicos envolvidos. O tema tem sido estudado por muitos autores e sob diversas perspectivas e em amplo espectro de temas, abrangendo desde aspectos legais e institucionais, até recortes de gênero e empoderamento por doenças crônicas, dificuldades específicas para o usuário, dentre muitas outras, como se verá mais detalhadamente mais à frente (ALMEIDA et al., 2010; BARRADAS, MENDES, 2006; CAMPOS; CARROS; CASTRO. 2004; CECÍLIO et al., 2007; CUNHA; VIEIRA-DA-SILVA, 2010; CONILL, 2002; FAUSTO, 2007; GIOVANELLA; FLEURY, 1996; DI GIOVANI, 2001; FEKETE, 1995; FRENKJ, 1985; JUNQUEIRA, 1998; OLIVEIRA et al., 2012; PINHEIRO et al., 2002; TADDEO et al., 2012; TRAVASSOS; VIACAVA, 2007).

Contudo, há poucos estudos sobre o acesso que analisam o assunto a partir de uma perspectiva sistêmica ou mais ampla, envolvendo a percepção dos usuários, gestores e profissionais de saúde (VIEGAS et al., 2010). Ao assumir o presente estudo espera-se, ampliar o leque de possibilidades para a compreensão dos entraves e oportunidades para a elaboração de políticas de melhoria do acesso.

Ao tratar a temática do acesso à saúde, segundo as percepções dos usuários, profissionais e gestores; visa conhecer as condições em que ocorrem os desafios, as vulnerabilidades, as barreiras e os fatores facilitadores. Portanto, o presente estudo, se propõe avaliar e categorizar o acesso a estes serviços / modalidades existentes, a partir de visão sistêmica, longitudinal e hierarquizada. Considera-se que a natureza dos serviços é multiprofissional que recebe influência dos modos como a rede de serviços se organiza.

Além das referências já citadas, buscou-se conhecer outros trabalhos, a exemplo de autoria de (OLIVEIRA et. al., 2009) que destacavam o acesso, sem considerar a perspectiva de percepção destes sujeitos-objeto, mas que pudessem sugerir uma trajetória de entendimento com segurança, isenção e risco reputacional capaz de considerar a importância e a preocupação com o acesso dos usuários, principalmente do ponto de vista de conscientizá-los quanto aos recursos disponibilizados.

Além disso, mudanças recentes em relação às demandas e necessidades da população sugerem a importância de novas concepções e, neste sentido, justifica-se o estudo dos limites ou vulnerabilidades do sistema a partir da perspectiva dos diferentes atores que vivenciam o

problema. Assim, o acesso dos usuários ao Sistema de Saúde, avaliado sob as diversas dimensões torna-se uma preocupação objetiva, compondo-se como objeto da presente pesquisa, a partir da compreensão do cenário em que o problema é investigado.

Para o presente estudo foi selecionado o “Território Cidade Tiradentes”, parte importante da “Rede de Atenção e Assistência à Saúde Santa Marcelina” (RAS) Santa Marcelina, situada na zona Leste de São Paulo. Tal escolha se justifica por sua representatividade na rede, por sua extensão, variedade de serviços e número de atendimentos, presença de muitas instituições, inclusive, de conselhos de saúde. Cabe esclarecer que a RAS Santa Marcelina, em virtude de contrato celebrado com o poder público, dividiu seu território em Redes Assistenciais das Supervisões Técnicas de Saúde – denominadas de RASTS. Trabalharemos com as 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)<sup>1</sup>, bem como Itaquera, Guaianases e Cidade Tiradentes (RASTS 11)<sup>2</sup>.

O território de estudo – Cidade Tiradentes, dentro das fronteiras limítrofes da Rede de Atenção à Saúde Santa Marcelina, apresenta uma rede de 17 serviços, diante do total de 25 existentes na Supervisão e população coberta pelos mesmos. Existem no território aproximadamente 230.610 usuários, além de 11 tipos de serviços com natureza assistencial diversificada e específica (modalidades). No total, entre as RASTS 10 e 11, são cobertos cerca de 1.815.438 usuários, apresentando um total de 157 unidades de saúde, em 49 tipos/ modalidades, (PLACAR DA SAÚDE, 2018). Apresenta, assim, elevada significação, quer pela densidade demográfica e condições sociais da população, quer no que se refere ao atendimento à saúde, diante dos elementos anteriores já mencionados.

Frente a essa realidade o estudo aqui apresentado teve como objetivo geral identificar o acesso e a utilização dos serviços de saúde, a partir de uma visão abrangente envolvendo as percepções de gestores, profissionais, além dos usuários do sistema de saúde, acerca de suas experiências, de modo a oferecer subsídios para o planejamento e a implementação das RAS no país.

Considerando o fato de que até o momento poucas publicações nas áreas de políticas públicas de saúde analisaram o estágio referente ao acesso de três dimensões, dificuldades e as virtudes do acesso sob o ponto de vista da complementação da formação acadêmica. Portanto,

---

<sup>1</sup> Disponível em: <<http://www.aps.santamarcelina.org/rasts-10/>>. Acesso em 10 ago. de 2019.

<sup>2</sup> Disponível em: <<http://www.aps.santamarcelina.org/rasts-11/>>. Acesso em 10 ago. de 2019.

este estudo se apresenta com uma proposta inovadora, aponta as dificuldades e as virtudes proporcionadas pelo acesso para diferentes atores envolvidos nas práticas de saúde pública e atividade nos serviços de saúde: usuários, profissionais e gestores.

Como objetivos específicos delimitou-se:

- A caracterização da estrutura da Rede Assistencial das Supervisões Técnicas de Saúde- RASTS 11, sob investigação, com ênfase na: evolução e número de usuários e instituições e serviços médicos hospitalares, gestores existentes no território.
- A identificação das condições de saúde da população do território.
- A análise do acesso sob o prisma da oferta, demanda e condições de atenção diante dos serviços assistenciais de atenção primária, hospitalar e ambulatorial na rede, o que equivale dizer o estudo do acesso às baixas, médias e altas complexidades;
- A identificação e a avaliação das condições de atenção e acesso à saúde, da perspectiva dos usuários, gestores e profissionais da saúde, sistematizando por meio da matriz *Swot*, a percepção dos facilitadores e barreiras ao acesso no território estudado e para o SUS em geral.

Tendo então, como cenário de investigação os diferentes serviços e características do “Território Cidade Tiradentes” foram elaboradas algumas perguntas para nortear o presente estudo:

- Como está constituída a rede de atenção à saúde no Território Cidade Tiradentes, aqui representativo da Rede de Atenção à Saúde Santa Marcelina?
- Há integração entre as unidades da rede? Como ela se evidencia? Há integração horizontal e vertical na rede?
- O acesso aos serviços pode ser considerado adequado segundo os usuários, gestores, instituições e profissionais da saúde?
- Como os resultados se evidenciam para o cidadão? Como se dão as relações entre a assistência técnica e social das políticas públicas de saúde de forma a atender plenamente as necessidades do cidadão?
- Como os usuários, gestores, instituições e profissionais da saúde avaliam o acesso aos serviços?
- Quais os aspectos facilitadores e barreiras ao acesso à saúde no território, indicados pelos gestores e profissionais da saúde? E o que pode ser considerado subsídio às políticas públicas de acesso?

Em síntese, o presente estudo buscou avaliar o acesso dos usuários e a utilização no sistema SUS, identificando os elementos estruturais que fortalecem ou dificultam a concretização desse papel no “Território Cidade Tiradentes”, parte da Rede Santa Marcelina, confrontando a visão de gestores, profissionais e usuários para identificar convergências e divergências.

Salienta-se que estudos sobre o acesso aos serviços de saúde e identificação de seus limites e vulnerabilidades são fundamentais para a garantia da universalidade da atenção. É necessário conhecer como os serviços se inter-relacionam. É fundamental também, questionar e avaliar as características do sistema de prestação de serviço, com ênfase na utilização dos serviços e satisfação das necessidades do cidadão. A tese também contribuiu para o complementar o acesso no sentido de jornada, de experiência, única, rica e valiosa para o usuário, o gestor e o profissional de saúde.

### **1.1 Definindo conceitos e posicionando a pesquisa**

É válido destacar que este estudo se enquadra no âmbito das políticas públicas, que podem ser definidas como conjuntos de disposições, medidas e procedimentos que traduzem a orientação política do Estado e regulam as atividades governamentais relacionadas às tarefas de interesse público. São também definidas como todas as ações e omissões de governo, divididas em atividades diretas de produção de serviços, as quais são tuteladas pelo próprio Estado, e em atividades de regulação, executados por outros agentes econômicos (SOUSA, 2006; DRAIBE, 2006). Dentre o extenso rol de políticas públicas destacam-se as de interesse e promoção da saúde.

Observa-se que as políticas públicas em saúde integram o campo de ação social, são orientadas para a melhoria das condições de vida da população, envolvendo os ambientes natural, social e de trabalho. Sua tarefa específica seria promover a proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da coletividade (AZEVEDO; PELICION; WESTPHAL, 2012).

As políticas de saúde com tratamento territorializado apontam para a importância do conceito de rede como potencial de integração e funcionamento mais racional e adequado ao funcionamento dos elementos constituintes. Conceitualmente, e de uma maneira geral, redes são 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).

As RAS são sistematizadas para responder às condições específicas em saúde, por meio de um ciclo completo de atendimentos (PORTER; TEISBERG, 2007), o que implica a

continuidade e a integralidade da atenção à saúde nos diferentes níveis da Atenção Primária, Secundária e Terciária (MENDES, 2000).

Atualmente, no município de São Paulo, existem 23 Redes Assistenciais<sup>3</sup>, geridas por meio de contratos de gestão celebrados entre o público e as instituições parceiras. O ponto de partida para a organização da rede de atenção à saúde é a definição da população, observa-se suas condições de vida, de ambiente e de acesso aos serviços de saúde, definindo, assim, o território em uma Região de Saúde, que ficará sob responsabilidade da rede. A análise do território permite a coleta dos dados que irão apontar as situações problemáticas, as necessidades e a situação em saúde da população em uma determinada região.

A Região de Saúde é formada por agrupamentos de municípios limítrofes, considerando identidades culturais, econômicas e sociais, de 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).

O objeto deste trabalho remete à questão principal que é a avaliação do acesso a uma rede local, em determinado território, pautado pelo aspecto legal-normativo, que em parte já anuncia um dos problemas principais a ser resolvido com o acesso, que é aspecto da integralidade.

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). Eis o desafio. Como assegurar os preceitos e diretrizes do SUS, à vista dos diversos entraves e desacordos promovidos pelo acesso, ou a falta dele?

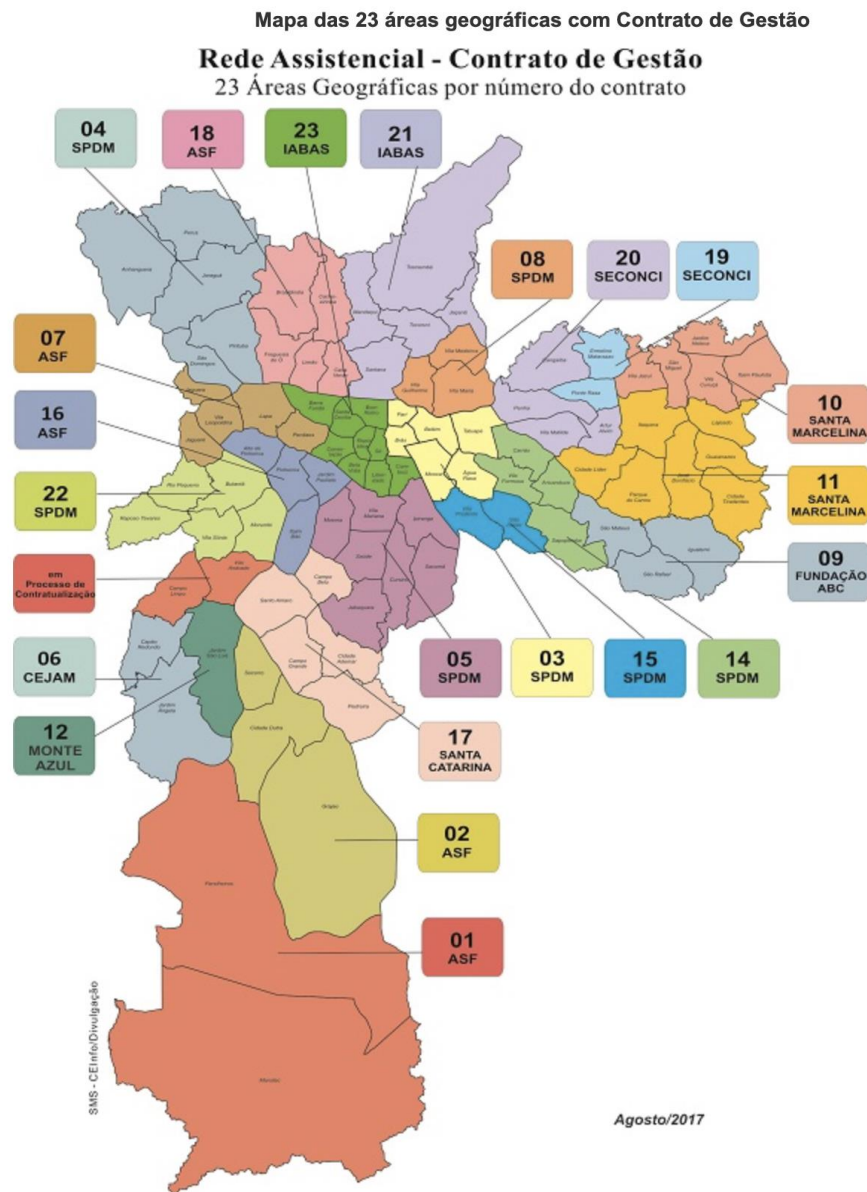
Os dados a seguir (Figura 1) configura a dimensão sobre as áreas geográficas das Redes Assistenciais (RA) por número de contrato de gestão.

---

<sup>3</sup> Disponível em: [https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/acesso\\_a\\_informacao/index.php?p=178347](https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/acesso_a_informacao/index.php?p=178347)>. Acesso em 12 ago. de 2019.



**Figura 1** – Mapa das Áreas Geográficas das Redes Assistenciais das Supervisões Técnicas de Saúde do município de São Paulo.



**Fonte:** Secretária Municipal de Saúde. Elaboração: SMS – Ceinfo/Divulgação, 2017.

Cabe também delimitar o conceito de acesso, aqui concebido de um ponto de vista mais amplo como caminho, trajetória, ações legais ou institucionais propostas por políticas públicas que facilitam ou dificultam o ato de chegar ou de se aproximar. Parte-se do pressuposto que o problema ou as dificuldades ao 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 (BINDMAN et al., 1995; MATHEWS; EDWARDS, 2004; MATHEWS; EDWARDS, 2004; MARIOLIS, et al., 2004; MENDONZA-

SASSI et al., 2003; PINHEIRO et al., 2002; IBGE, 2005; 2010; RAMOS; LIMA, 2003; STEIN, 1998; TRAVASSOS; VIACAVA, 2007).

Outra questão que merece destaque no âmbito da justificativa da escolha do tema é a diferença entre os termos acesso e acessibilidade. A acessibilidade possibilita que as pessoas cheguem aos serviços. Ou seja, este é um aspecto da estrutura de um sistema ou unidade de saúde necessário 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). Empregase o termo acessibilidade como caráter ou qualidade do que é acessível e também utiliza-se ambos os termos como sinônimos com o propósito de indicar o grau de facilidade com que as pessoas obtêm cuidados de saúde (DONABEDIAN, 1993). Neste estudo, os termos acesso e acessibilidade são empregados como sinônimos.

Também é preciso compreender melhor o significado de que a melhoria das condições de acesso aos serviços deve ser permeada pelo aumento do vínculo entre o profissional e a comunidade assistida, tendo em vista que o usuário se identifica com os profissionais, com o aspecto do acolhimento e a partir da confiabilidade do serviço, sendo este resolutivo. Estes laços são aspectos importantes, educativos e que podem promover com maior regularidade o fortalecimento das políticas de acesso (RAMIREZ et al., 2008).

Não é demais salientar que adota-se, para fins de entendimento do presente trabalho, a seguinte conceituação e posicionamento quanto do termo usuário, em que:

"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. Podendo 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).

Assim, estabelecidas as relações entre os usuários, os profissionais dos serviços de saúde e os gestores, cabe ainda destacar o papel do Estado regulador e de certa forma, liberal, especialmente no âmbito do sistema único de saúde. Isto porque as vulnerabilidades e o acesso à saúde são problemas crônicos ainda que consideremos a lógica de organização dos territórios. Se um lado, temos os usuários solicitando o legítimo direito à assistência, de outro as instituições, com seus valores, tradições e expertises, e entre eles, o Estado com a mão pesada do financiamento, da 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. O estudo buscou avaliar os limites e as vulnerabilidades ao acesso e a universalização, identificando os elementos estruturais que fortalecem ou dificultam o acesso aos serviços de saúde no território confrontando a visão de gestores, profissionais e usuários para identificar convergências e divergências. A complexidade do tema, a diversidade de opiniões e a necessidade de maiores informações sobre os aspectos do acesso e uso de serviços de atenção à saúde, somadas a escassez de trabalhos que considerassem simultaneamente a perspectiva de gestores, profissionais e usuários, foram determinantes para a escolha do objeto da tese. Espera-se com o estudo deste tema obter subsídios para a maior resolutividade do acesso, e contribuir para rever o tema das políticas públicas de acesso à saúde, a partir do estudo realizado (BINDMAN et al., 1995; MATHEWS; EDWARDS, 2004; MARIOLIS et al., 2008; MENDONZA-SASSI et al., 2003; PINHEIRO et al., 2002; IBGE, 2005; 2010; RAMOS; LIMA, 2003; STEIN, 1998; TRAVASSOS; VIACAVA, 2007).

Faz-se necessário esclarecer alguns aspectos com relação à gestão em saúde, segundo o trabalho de Cecílio e Lecco (2007), a gestão/administração em saúde pode ser definida como o conhecimento aplicado no manejo do complexo das organizações de saúde, envolvendo a gerência de redes, esferas públicas de saúde, hospitais, laboratórios, clínicas e demais instituições e serviços de saúde. Abrange três grandes dimensões altamente complexas: os espaços dos cuidados diretos - singulares e multiprofissionais; as diversas instituições de saúde; e a exigência da formação e operação de redes de serviços de saúde para uma assistência universal, integral, equânime, de qualidade e eficiente para as necessidades de saúde da população.

Contudo, evidencia-se no presente estudo a relação de proximidade do objeto da tese com o universo da gestão, considerando as políticas públicas de saúde.

Neste diapasão, é importante a referência estabelecida para a análise de políticas públicas voltado para o Diagnóstico de Problemas e Recomendação de Soluções (SECCHI, 2016). Este é justamente o caminho que a tese, uma vez posicionada, pretende percorrer, reafirmando o escopo de política pública, pois a perspectivas de usuários, profissionais e gestores apontarão, os elementos do diagnóstico que permitirão, nas considerações finais propor as recomendações para os problemas de acesso, quanto para às barreiras e seus elementos facilitadores.

Conceitualmente, a análise de políticas públicas é encarada como “a atividade e o campo de conhecimento teórico e metodológico voltados para a geração e a sistematização de conhecimentos aplicados ao enfrentamento de problemas públicos” (SECCHI, 2016). Eis aqui o ponto de contato com o tema do acesso, que atualmente pode ser encarado como um dos prin-

cipais gargalos operacionais, estruturais e técnicos do sistema único de saúde- SUS, tais características demonstram a importância da produção do estudo em tela. O acesso compreende assim, um problema de política pública de saúde. A política pública, envolve a análise de problemas (*problem analysis*) e análise de soluções (*solution analysis*) “para auxiliar na estruturação de políticas, leis, programas, campanhas, projetos ou ações públicas” (op. cit.).

Considerando que a análise de políticas públicas auxilia no aperfeiçoamento da formulação, decisão e posterior implementação de uma ação pública (SECCHI, 2016, p. 1), é possível que os resultados deste trabalho, possam levar os sujeitos nele envolvidos a repensar as suas práticas.

A escolha do território Cidade Tiradentes, apoia-se na afirmação de que “Nos estudos de políticas públicas, a dimensão espacial é traduzida como o contexto institucional. As políticas públicas se desenvolvem em um cenário político e o conjunto das instituições é esse cenário” (SECCHI, 2014, p. 61).

A tese ao olhar tanto para os sujeitos da pesquisa, quanto para as peculiaridade dos serviços e modalidades presentes no rede assistencial da supervisão técnica de saúde – RASTS 11 (que abrange o recorte territorial estudado), contempla o contexto institucional em que serão avaliadas as barreiras e facilitadores do acesso, segundo a visão de Secchi (2014), este autor compreende a políticas públicas tanto como macrodiretrizes estratégicas que respondem por políticas de Estado para a sociedade geral, quanto diretrizes intermediárias e operacionais, direcionadas a sub-regiões como municípios ou políticas administrativas e de organização governamental local.

Derradeiramente, o problema público está para a doença, assim como a política pública está para o tratamento. 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) (SECCHI, 2016).

A gestão, envolve então o acesso, suas condições, sujeitos e a política pública, que juntos são panos de fundo para a compreensão da hipótese, dos problemas e dos resultados encontrados, que darão impulso e alavancarão outros estudos, relevantes em políticas públicas de saúde.

Então, para fins de compreensão deste estudo, serão ouvidos os gestores – aqueles que são responsáveis pelo gerenciamento de algum departamento, serviço ou modalidade de prestação de atividade assistencial em saúde, bem como os demais integrantes das categorias das

equipes multiprofissionais, compostas nuclearmente pelos profissionais de enfermagem (auxiliares, técnicos e enfermeiros), administrativos, médicos, agentes de saúde (quando a atenção primária à saúde), gerentes de serviços, administrativos e/ou assistenciais, ainda considerando também os responsáveis técnicos. Enquadram-se também neste conceito, os profissionais que atuam exercendo cargos diretivos.

### **1.1.1 Estrutura e caminhos teóricos seguidos na tese**

O trabalho, dentro de um encadeamento lógico, foi organizado em sete seções que se entrelaçam e se completam. A primeira constitui em uma introdução, a qual comportam a apresentação e definição dos objetivos e as justificativas adotadas, bem como a exposição dos principais conceitos para posicionar a teoria e metodologia da pesquisa. Sua concepção teve como orientação apontar algumas referências fundamentais para a problematização do tema, ou seja, a questão do acesso à saúde, não apenas como um problema vistos pelos usuários, mas também como um problema reconhecido pelos gestores e profissionais da saúde.

Na segunda seção apresenta-se a metodologia utilizada na condução da pesquisa. Delineia-se que foi utilizada uma estratégia metodológica explicitada nas seguintes expressões: pesquisa com objetivo exploratório, viabilizada pelo método qualitativo, de acordo com a lógica indutiva e delimitada como estudo de caso único (o território Cidade Tiradentes). Operacionalmente, indica-se que esta pesquisa foi realizada com base na articulação de cinco procedimentos técnicos de pesquisa: pesquisa documental, aplicação de questionário em larga escala (tipo survey) em gestores e profissionais da saúde, realização de entrevistas semi estruturadas em gestores e profissionais da saúde selecionados, aplicação de questionários para usuários e os resultados obtidos, que por sua vez, foram analisados à luz de uma estratégia de pesquisa que buscou identificar (1) aspectos internos e externos ao sistema de acesso e experiências prévias e expectativas dos entrevistados; (2) possíveis vantagens do sistema de acesso; (3) possíveis desvantagens, riscos ou prejuízos associados; (4) opiniões dos entrevistados sobre as dificuldades físicas, legais ou institucionais do acesso; (5) barreiras e aspectos facilitadores da perspectiva dos atores envolvidos; e (6) sugestões dos entrevistados sobre o que precisaria ser feito para a conformação de melhorias ao acesso.

Esta seção foi construída com o objetivo de evidenciar o percurso, as decisões e as orientações adotadas ao longo dos 48 meses do doutorado. Nota-se que uma combinação de fatores tornaram-se estímulos para a realização do estudo. A concepção deste texto teve como orientação primeira a observação da dinâmica no lócus onde se desenvolve a política pública de saúde,

em áreas de acentuada vulnerabilidade social, acirramento de conflitos de interesses e escassez de recursos. Tais fatos demonstram a importância das instituições privadas e filantrópicas, que permitidas pelo ente Estado, assumem o protagonismo na execução das diretrizes propostas para área da saúde. A prática de mais de 20 anos na execução de saúde pública e privada, somada ao conhecimento sobre a realidade dos serviços, acerca das questões operacionais mais complexas e do cotidiano dos arranjos espaciais locais em que o SUS, contribuíram para o amadurecimento e para a escolha do acesso como tema da tese.

Na terceira seção buscou-se contemplar a discussão teórica sobre o tema políticas públicas de saúde no Brasil, com ênfase especial na formação das políticas de saúde, SUS, na saúde da população brasileira e no modelo de saúde pública na Cidade de São Paulo. O objetivo desta seção foi evidenciar como se relacionam a política no território e as diretrizes do SUS. Sua concepção teve como orientação apresentar um quadro referencial da história das políticas públicas no Brasil e as especificidades para o Estado de São Paulo.

A quarta seção promove uma discussão ontológica, conceitual e prática do tema acesso à saúde. Além disso, evidencia se o acesso é ou não uma questão de política pública. Procura contextualizar também os diferentes atores e os papéis por eles desempenhados para efetivar o acesso à política e apresenta as diferentes perspectivas dos diferentes autores sobre acesso e acessibilidade. Sua concepção teve como orientação encontrar os determinantes de inclusão ou exclusão dos atores pesquisados dentro da lógica do acesso, a fim de dirimir antíteses clássicas como número de vagas x demanda, absenteísmo x capacidade instalada, cobertura x produção, dentre outros. Esta seção contribui para a tese pois, apurar o olhar e torná-lo mais próximo de evidências que possam responder a estas perguntas, resumidamente, reduz de forma substancial os questionamentos sobre acesso na lógica do SUS.

A quinta seção apresenta o objeto de investigação da pesquisa. Promove uma caracterização da saúde no “TERRITÓRIO CIDADE TIRADENTES” na RAS “Santa Marcelina”, especificamente a Rede Assistencial da Supervisão Técnica de Saúde 11 – (RASTS 11), de forma que elucida os recursos disponíveis na rede e apresenta dados sobre o acesso: com ênfase nas questões de gênero, raça, urbano e rural. A partir dos dados coletados, é efetivada uma discussão dos resultados apresentando as virtudes e vulnerabilidades do acesso nas diferentes percepções. Sua concepção teve como orientação a construção de um cenário propício a elaboração do perfil administrativo e assistencial do território. O presente estudo, contribui tanto para a pesquisa como apresenta contribuições valiosas para a academia pois, tratar o acesso a partir das perspectivas dos usuários, trabalhadores e gestores, oportuniza e dá concretude à participação popular preconizada pelo SUS.

Por fim, na última seção, orientando-se pelo modelo de análise e todo o arcabouço conceitual, são apresentadas as avaliações dos gestores e profissionais, as quais, quase sempre divergem da avaliação dos usuários. Barreiras e aspectos facilitadores são evidenciados. Mas também aponta a necessidade de maior adequação às necessidades dos usuários e a ampliação de importância do fortalecimento da participação social na gestão local para acompanhar as necessidades, dirimir as divergências entre os atores sociais e melhorar a qualidade do acesso.

## 2 METODOLOGIA

Para alcançar o objetivo desta tese foi utilizada a seguinte estratégia metodológica: pesquisa com objetivo exploratório, viabilizada pelo método qualitativo, de acordo com a lógica indutiva e delineada como estudo de caso único (o Território Cidade Tiradentes).

Partindo da ideia de que a pesquisa é uma investigação, é um estudo deliberado, uma busca pela compreensão (STAKE, 2011). As metodologias qualitativas de investigação são uma designação genérica de um conjunto de estratégias e métodos de pesquisa que apresentam características similares entre si, baseadas em enfoques diversos. Esta definição representa um modo interativo de obtenção e análise dos dados e o recurso a variadas fontes através de uma combinação de métodos que procuram captar a dimensão subjetiva dos fenômenos sociais (SILVA, 2013).

A escolha de abordagem qualitativa de investigação deveu-se ao potencial descritivo, interpretativo e compreensivo do método e das ferramentas de pesquisa de natureza qualitativa, que permitem analisar o social, valorizando o significado da ação social e o papel dos sujeitos na construção da realidade. Seus instrumentos permitem conhecer as especificidades dos contextos investigados na medida em que valorizam a contextualização e a perspectiva dos atores sociais. Assim, buscou-se entender a realidade mediante os significados atribuídos pelos sujeitos em ação, reconhecendo a subjetividade inerente à produção do conhecimento cuja validade se reporta ao grau e ao modo como se produz uma leitura plausível do real (SILVA, 2013).

A pesquisa exploratória é realizada quando existem poucos estudos anteriores, e quando seu objetivo é procurar padrões, ideias ou hipóteses, em vez de testar ou confirmar uma hipótese. O foco deste tipo de metodologia é obter insights e familiaridade com o tema em estudo (COLLIS; HUSSEY, 2005).

Salienta-se que a pesquisa de caráter exploratório foi adotada porque possibilita ao pesquisador se familiarizar com o problema estudado. Segundo Piovesan e Temporini (1995) tal estratégia pode ser realizada através de diversas técnicas e permite ao pesquisador definir o seu problema de pesquisa e formular a sua hipótese com mais precisão. Segundo Gil (1999), um trabalho de natureza exploratória é indicado quando envolve levantamento bibliográfico, entrevistas com pessoas que tiveram (ou tem) experiências práticas com o problema pesquisado e análise de exemplos que estimulem a compreensão. Estas características estão presentes nesta pesquisa, o que justifica, portanto, o uso dessas metodologias.



Gil (1999) acentua ainda que pesquisas exploratórias possuem a finalidade básica de desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias para a formulação de abordagens posteriores. “Dessa forma, este tipo de estudo visa proporcionar um maior conhecimento para o pesquisador acerca do assunto, a fim de que esse possa formular problemas mais precisos ou criar hipóteses que possam ser pesquisadas por estudos posteriores” (GIL, 1999, p.46). Também é importante acentuar que o objetivo deste tipo de metodologia não é provar determinada hipótese, mas sim procurar padrões, ideias ou soluções.

Com base na revisão bibliográfica, nos autores referenciados, nas categorias-sujeito do estudo, lança-se, então, diante das perspectivas analisadas, a hipótese de que o SUS, pautado pelos princípios norteadores e pela grande diversidade de sujeitos, tem oferecido serviços de maneira satisfatória a ponto de garantir a equidade e a integralidade da atenção assistencial, sendo o acesso uma importante ferramenta para a efetividade dos cuidados prestados em saúde. Compreende-se que um caminho para responder a questão de pesquisa, consiste em identificar as barreiras e facilitadores na prestação de serviços diante da universalidade da atenção e da satisfação dos usuários pelo que lhes é ofertado.

Ao entender que a pesquisa também ser caracterizada pelos processos a partir dos quais ela é conduzida. O método qualitativo, este é mais subjetivo e envolve o exame e a reflexão das percepções, para obter um entendimento de atividades sociais e humanas (COLLIS; HUSSEY, 2005). Sua escolha se justifica pela necessidade da tese manter a consistência de seus objetivos.

No que tange à lógica da metodologia, indica-se que a pesquisa indutiva é um estudo no qual a teoria se forma a partir da observação da realidade empírica, isto é, como produto da investigação em campo; portanto as inferências gerais são propostas a partir dos casos particulares Partindo da observação individual e transformando-a em afirmações de padrões ou leis gerais, diz-se que o método indutivo vai do específico para o geral (COLLIS; HUSSEY, 2005).

## **2.1 Sujeito da pesquisa**

Uma breve caracterização e categorização dos sujeitos, destacando o perfil das unidades, as fontes de dados e o total de entrevistados que serão apresentados no (Quadro 2).

**Quadro 2 – Universo da pesquisa.**

<b>Sujeitos da pesquisa</b>	<b>Perfil das Unidades / serviços de realização da Pesquisa no território Cidade Tiradentes</b>	<b>Fonte de dados</b>	<b>Total de entrevistados</b>
Gestores de serviços, responsáveis administrativos, técnicos ou agentes públicos cedidos para o gerenciamento das unidades de negócio / modalidades.	Unidade Básicas de Saúde (UBS), Pronto Atendimento (PA), Hospital Municipal Cidade Tiradentes (HMCT), Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), Centro de Acompanhamento Psicossocial (CAPS) , Serviços de Residência Terapêutica (SRT), CASA SER – Maria Auxiliadora Lara Barcelos	Survey Entrevistas semiestruturadas	7
Médicos e pessoal técnico multiprofissional de nível superior ou técnico	Unidade Básicas de Saúde (UBS), Pronto Atendimento (PA), Hospital Municipal Cidade Tiradentes (HMCT), Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), Centro de Acompanhamento Psicossocial (CAPS) , Serviços de Residência Terapêutica (SRT), CASA SER – Maria Auxiliadora Lara Barcelos	Survey Entrevista semiestruturadas	59
Usuários do Sistema único de saúde com perfil SUS dependente ou que tenham plano de saúde suplementar e utilizem as políticas públicas de saúde.	Unidade Básicas de Saúde (UBS), Pronto Atendimento (PA), Hospital Municipal Cidade Tiradentes (HMCT), Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), Centro de Acompanhamento Psicossocial (CAPS) , Serviços de Residência Terapêutica (SRT), CASA SER – Maria Auxiliadora Lara Barcelos	Survey Entrevistas semiestruturadas	60
<b>Total:</b>	26 equipamentos		<b>126</b>

**Fonte:** Elaborado pelo autor, 2019.

Destaca-se que no território objeto de estudo - Cidade Tiradentes, cerca de 1.166 funcionários atuam no Hospital Municipal Cidade Tiradentes, sendo este equipamento integrante de tal rede Santa Marcelina – SP, vale destacar que na atenção primária à saúde, na qual está inserida a RASTS 11, levando em conta o recorte territorial, há cerca de 1289 funcionários em

atividade nos diversos serviços e modalidades de responsabilidade e sob gestão do Santa Marcelina, presentes em Cidade Tiradentes, totalizando um universo de 2455 profissionais<sup>4</sup> envolvidos na força de trabalho.

- **Gestores**

Estão caracterizados 26 serviços<sup>5</sup>, incluindo as modalidades de atendimento na atenção primária, conforme descritos na coluna “Perfil das Unidades / serviços de realização da pesquisa no território Cidade Tiradentes”, além da unidade hospitalar de referência – Hospital Municipal Cidade Tiradentes, que estão ambos sob a gestão da organização social de saúde Santa Marcelina.

- **Médicos e pessoal técnico**

O total<sup>6</sup> 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 que correspondem então 80% da mão de obra total (1.289) alocada na RASTS 11 contratados com vínculo direto para atuar nas demandas do território.

- **Usuários**

O total de usuários presentes no território Cidade Tiradentes, que corresponde à população coberta pela instituição que faz a gestão das políticas públicas de saúde, chega a cerca de 233.110 habitantes<sup>7</sup>.

---

<sup>4</sup> População Total de profissionais das Regiões cobertas pela APS Santa Marcelina, SMS/TAB Net, Disponível em <<http://200.221.194.64/>>, acesso em: 10 jan. 2020.

<sup>5</sup> Indicadores do RASTS 11 – Itaquera, Guaianases e Cidade Tiradentes, APS/CSSM, Disponível em <<http://www.aps.santamarcelina.org/rasts-11/>>, acesso em: 10 jan. 2020.

<sup>6</sup> Indicadores do RASTS 11 – Itaquera, Guaianases e Cidade Tiradentes, APS/CSSM, Disponível em <<http://www.aps.santamarcelina.org/rasts-11/>>, acesso em: 10 jan. 2020.

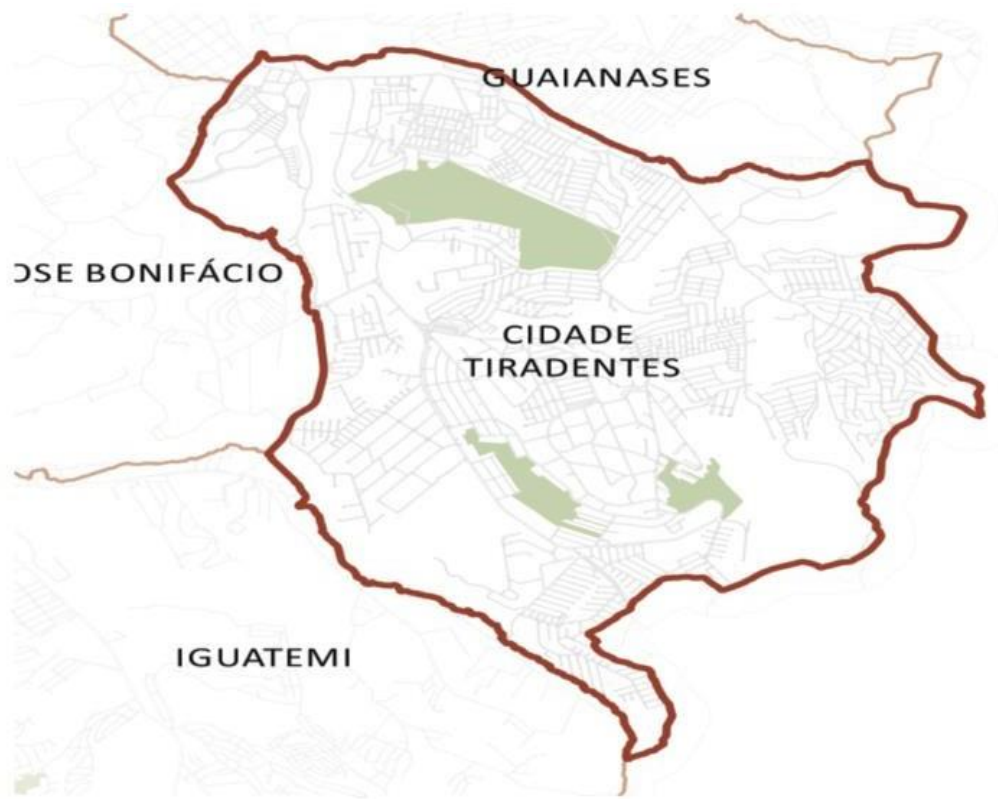
<sup>7</sup> População Total da Regiões cobertas pela APS Santa Marcelina, SMS/TAB Net, Disponível em <<http://200.221.194.64/>>, acesso em: 10 jan. 2020.

Entende-se que um estudo de caso é um exame extensivo de um único exemplo de um fenômeno de interesse e é também uma pesquisa que foca no entendimento da dinâmica presente dentro de um único ambiente (COLLIS; HUSSEY, 2005). Dado o caráter desta pesquisa, o ineditismo da iniciativa e a necessidade de se analisar uma grande gama de variáveis, esta opção pareceu a mais indicada para a tese. Costuma-se descrever estudos de caso como pesquisa exploratória, usada em áreas nas quais há poucas teorias ou um conjunto deficiente de conhecimento, como já evidenciado, este foi o caso desta pesquisa, que trata de avaliar o acesso no território Cidade Tiradentes.

## **2.2 Espaço da Pesquisa**

O território de Cidade Tiradentes, conforme divisão geopolítica do Município de São Paulo (Figuras 2 e 3) e sua região metropolitana, está situado dentro da Macrorregião Leste 2, subdivisão que organiza os espaços na Zona Leste de São Paulo, fragmentada devido a elevada densidade populacional e extensão territorial. O mesmo vale também para os serviços de saúde, que são geridos por diversos parceiros da Secretaria Municipal de Saúde, dentre os quais a Casa de Saúde Santa Marcelina, qualificada como organização social de saúde, tendo em vista os requisitos da legislação vigente.

**Figura 2** - Limite territorial da organização espacial sob a gestão da subprefeitura Cidade Tiradentes.



Fonte: CIDADE TIRADENTES, 2019.

**Figura 3** - Território da Cidade Tiradentes, caderno de propostas dos planos regionais das subprefeituras.



Fonte: CIDADE TIRADENTES, 2019.

### 2.3 Descrição dos procedimentos metodológicos utilizados na coleta de dados

Como visto, para realização do trabalho foi utilizada metodologia exploratória, investigativa, de natureza qualitativa, por proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito (SILVEIRA; CÓRDOVA, 2009). Em termos práticos, foram utilizados cinco procedimentos técnicos, buscando-se articulação de resultados.

O primeiro procedimento foi a pesquisa documental. Este tipo de pesquisa busca identificar, verificar e apreciar documentos com uma finalidade específica (SOUZA; KANTORSKI; LUIS, 2012). Neste caso, o objetivo foi avaliar o acesso sob a ótica descritiva. Foram consultados documentos e informações disponibilizados pelo 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.

Observa-se que foram usados dados de fontes secundárias, tais como relatórios e documentos que identificaram e mostraram a atuação das instituições, serviços em sua amplitude de modalidades e unidades de saúde existentes na rede, bem como a oferta e a demanda por serviços médicos realizadas pela atenção à saúde. Essa dimensão de dados possibilitou a criação de algumas séries temporais que permitiram uma visão mais geral da saúde no território analisado, bem como uma primeira visão dos gargalos nos serviços de saúde, frente ao tamanho da população.

Observa-se que a análise documental extraiu um reflexo objetivo da fonte original, permitiu a localização, identificação, organização e avaliação das informações contidas nos documentos, e contextualizou os fatos em determinados momentos, tal como sintetizado no Quadro 3.

**Quadro 3** - Informações sobre os documentos de deferência das coletas.

Informação	Documento de referência	Período do dado coletado	Data de coleta do dado
Organizações da rede de atenção à saúde local.	Documentos oficiais de Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde.	Julho de 2018 até o Primeiro Semestre de 2019.	Do início do primeiro Semestre, até o mês de agosto 2019.
Gestores que atuam em serviços na rede de atenção à saúde.	Questionário aplicado no lócus do vínculo de trabalho.	Julho de 2018 até o Primeiro Semestre de 2019.	Do início do primeiro Semestre, até o mês de agosto 2019.
Profissionais da saúde atuando na rede de atenção à saúde.	Questionário aplicado no lócus do vínculo de trabalho.	Julho de 2018 até o Primeiro Semestre de 2019.	Do início do primeiro Semestre, até o mês de agosto 2019.
Serviços executados pela rede de atenção à saúde.	Relatórios institucionais e dados oficiais disponibilizados via web.	Julho de 2018 até o Primeiro Semestre de 2019.	Do início do primeiro Semestre, até o mês de agosto 2019.
Recursos disponíveis na rede de atenção à saúde.	Relatórios institucionais e dados oficiais disponibilizados via web.	Julho de 2018 até o Primeiro Semestre de 2019.	Do início do primeiro Semestre, até o mês de agosto 2019.
Convênios e contratos que a instituição / rede estabeleceu.	Relatórios institucionais e dados oficiais disponibilizados via web.	Julho de 2018 até o Primeiro Semestre de 2019.	Do início do primeiro Semestre, até o mês de agosto 2019.
Atendimentos efetuados pela rede de atenção à saúde.	Relatórios institucionais e dados oficiais disponibilizados via web.	Julho de 2018 até o Primeiro Semestre de 2019.	Do início do primeiro Semestre, até o mês de agosto 2019.
Serviços executados pela rede de atenção à saúde.	Relatórios institucionais e dados oficiais disponibilizados via web	Julho de 2018 até o Primeiro Semestre de 2019.	Do início do primeiro Semestre, até o mês de agosto 2019.
Cidadãos cadastrados na rede de atenção à saúde.	Questionário aplicado no lócus do vínculo de adesão à área de influência e abrangência.	Julho de 2018 até o Primeiro Semestre de 2019.	Do início do primeiro Semestre, até o mês de agosto 2019.

**Fonte:** Elaborado pelo autor, 2019.

Este conjunto de informações foi analisado, levando em consideração o contexto diante do qual está aplicado, tendo em vista a realidade dos serviços, suas características e perfis conforme modalidade de assistência e atividades dos atores que são parte do objeto deste estudo.

O segundo procedimento constitui na elaboração de uma pesquisa tipo *survey* com questionários voltados para a percepção dos gestores e profissionais da área de saúde. Nesta etapa da pesquisa os questionários foram aplicados para os gestores da rede e os profissionais de saúde vinculados ao atendimento da rede. A *surveys* (método quantitativo de estatística) de larga escala, foi viabilizada pela ferramenta *Google Docs*, que possibilitou a criação de questionários *online*. Collis e Hussey (2005) acentuam que um *survey* é uma metodologia, na qual uma amostra de sujeitos é retirada de uma população e estudada para se fazerem inferências sobre essa população.

Esse segundo procedimento constituiu-se em uma técnica que teve por objetivo identificar diferenças de percepção, organização e ação entre os participantes e para explorar os consensos ou divergências sobre o assunto que, no caso da pesquisa, refere-se ao acesso aos serviços de saúde da perspectiva dos gestores e dos profissionais da saúde. Buscou-se fazer

emergir uma multiplicidade de pontos de vista e processos, pelo próprio contexto de interação criado, permitindo a captação de significados que, em outros meios, poderiam ser difíceis de se manifestar (SOUZA; MINAYO, 2005). Indica-se que o questionário é uma lista de perguntas cuidadosamente estruturada, escolhidas após a realização de vários testes, tendo em vista extrair respostas confiáveis de uma amostra escolhida, sendo o objetivo deste método, descobrir o que um grupo selecionado de participantes faz, pensa ou sente (COLLIS; HUSSEY, 2005). Chama-se a atenção para o fato de que a etapa inicial e mais crítica da *survey* foi a seleção da amostra. É importante garantir que a amostra não tenha viés e seja representativa da população da qual é retirada. A literatura indica que, em média, 7% dos questionários enviados são respondidos. Desse modo, para se alcançar representatividade, o questionário foi enviado para a maior quantidade possível de gestores e profissionais da saúde cadastrados na rede (COLLIS; HUSSEY, 2005).

Por fim, é necessário ressaltar que os questionários passaram por um processo de validação e teste de conceito quando de sua elaboração, pois foram realizadas no mês de Junho de 2019, cerca de 10 % de intervenções do total da amostra, para fins de verificar a interpretação quanto às finalidades pretendidas com a coleta de material, a integridade das respostas e a viabilidade de tempo para dedicação dos usuários, gestores e profissionais na leitura e resposta do conteúdo ofertado.

No território Cidade Tiradentes são 1.289 funcionários que participam de tal rede Santa Marcelina - SP, considerando a atenção primária e cerca de 1.166 colaboradores no Hospital Municipal de Cidade Tiradentes, totalizando um universo de 2455 pessoas. (Figuras 4 e 5). Nesse sentido, calculou-se uma amostra e identificou-se a quantidade de indivíduos que precisaria responder ao questionário, de forma que se conseguisse inferir seus resultados para a população indicada.

Observa-se que o tamanho da amostra foi calculado pela fórmula:

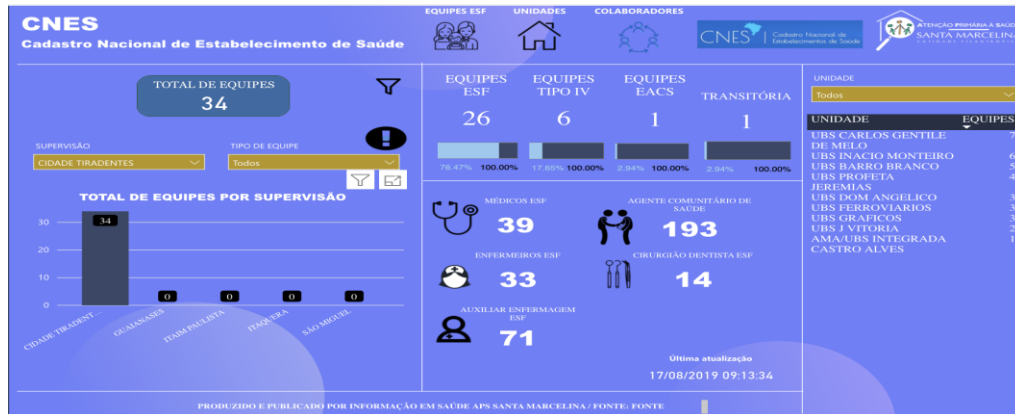
$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p(1 - p)}{(N - 1)e^2 + p(1 - p)}$$

Onde, N, segundo Cochran (1977), representa o universo da pesquisa (2455 pessoas); Z indica o intervalo de confiança, segundo o valor de t student, especificado para esta pesquisa em 90%; o p indica a proporção da pesquisa, sendo que em estudos iniciais convencionou-se a utilização da taxa de 50%, valor esse inserido na fórmula por ser o caso em tela; e, o e representa o erro admitido sendo que, no caso, foi instituído uma tolerância de 10%. Sendo que a amostra



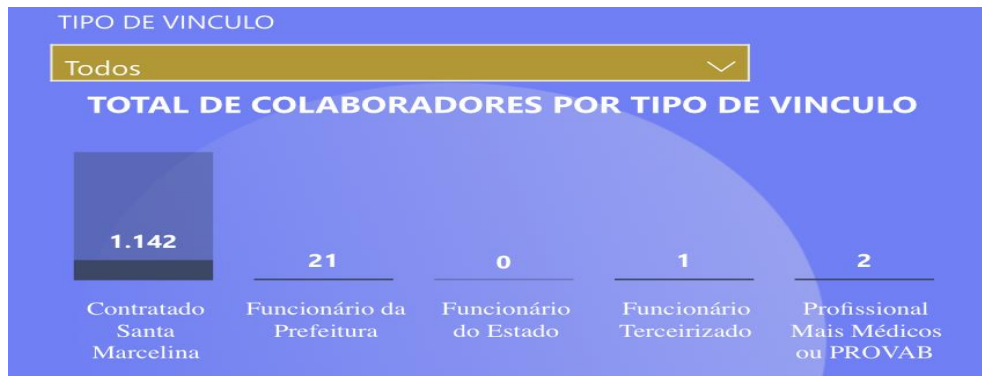
necessária deveria ser de no mínimo 41 indivíduos. Observa-se na seção de resultados que houve uma adesão superior ao mínimo estabelecido. Como a quantidade de respondentes foi superior a esse número, maior confiabilidade e menor margem de erro foram aferidas aos resultados. Situação que foi vivenciada nos resultados desta tese.

**Figura 4** - Cadastro nacional de Estabelecimentos de Saúde: Cidade de Tiradentes.



Fonte: BRASIL, 2019.

**Figura 5** - Total de colaboradores, Cidade de Tiradentes.



Fonte: BRASIL, 2019.

Para a elaboração do questionário, conforme (Apêndice 1) buscou-se usar palavras e expressões que pudessem ser compreensíveis a todos. A intenção foi de cobrir as seguintes questões mais gerais: experiências prévias sobre os problemas e funcionamento da rede e condições do acesso aos usuários.

O questionário foi validado previamente, tendo sido testado com um grupo multidisciplinar composto por profissionais da saúde, usuários e gestores de serviços (estratégicos e alta direção), em que puderam fazer atentamente a leitura dos itens em destaque, além do que notou-se a adesão às questões dirigidas. Depois de validado, os questionários foram enviados por e-mail ao universo da pesquisa, 2455 sujeitos. Ao todo foram recebidas 126 devolutivas.

Um terceiro procedimento foi aplicação de questionários (Apêndice 2), com roteiros estruturados, aos usuários do sistema. Foi realizada de forma presencial, junto aos pacientes que aguardavam tratamento, nas salas de espera do SUS. Buscou-se usar palavras e expressões que pudessem ser compreensíveis para diferentes perfis e que permitissem a abordagem dos tópicos da pesquisa. O total de entrevistas foi definido baseando-se no alcance da saturação teórica, referindo-se ao fato de a entrada de dados de novas entrevistas não acarretar a identificação de novas categorias de análise. A pesquisa sobre os usuários foi aplicada em 60 pacientes. O roteiro de entrevistas foi pensado para cobrir os seguintes aspectos:

- a) Facilidades e dificuldades encontradas para acessar o atendimento primário.
- b) Marcação de consulta, horário de funcionamento das unidades, disponibilidade de telefone para informações, tempo de espera, medicamentos e equipamentos, e necessidade de pagamento para obtenção de atendimento;
- c) Se os casos agudos e casos graves ou crônicos são tratados da mesma maneira e o tempo médio de atendimento.
- d) Qual o tempo médio de espera.
- e) Presença constante de médicos de especialidades? Dificuldades em conseguir consulta com os especialistas;
- f) Definição da qualidade do acesso aos serviços médicos de atenção primária e de especialidades
- g) Problemas enfrentados pelos usuários para o acesso aos serviços de atendimento médico.
- h) Aspectos de melhoria do acesso para o usuário. (Leis, integração entre as instituições, informatização).

O quarto procedimento foi a realização de entrevistas semiestruturadas, aplicadas em alguns representantes do segmento de gestores dos serviços de saúde, da Supervisão de Saúde e da SMS – Secretaria Municipal de Saúde e em profissionais da saúde que trabalham na rede. Teve por objetivo compreender processos de construção da realidade, entender as práticas cotidianas, as ações e as reações a fatos, eventos, comportamentos e atitudes, revelando-se técnica importante para o conhecimento das representações, percepções, crenças, hábitos, valores, restrições, preconceitos, linguagens e simbologias prevalentes no trato de uma dada questão por pessoas que partilham alguns traços em comum.

Considerando que as representações são construídas socialmente e explicitam as relações do conhecimento do senso comum com as informações científicas, as representações sociais podem ser consideradas matéria-prima para a análise do social e para a ação pedagógica

e política de transformação, uma vez que são definidas como categorias de pensamento, ação e sentimentos que expressam a realidade e explicam-na, justificando-a ou questionando (MOSCOVICI, 2003).

Deste modo, as opiniões dos gestores e dos profissionais de saúde de referência do território Cidade Tiradentes permitiram conhecer a representação particular dos mesmos sobre o acesso dos serviços de saúde por parte deste recorte da população, a fim de aprofundar as informações obtidas pelo inquérito. Os resultados das entrevistas, somados à observação, permitiram ao pesquisador conseguir uma boa quantidade de informações em um período de tempo mais curto, com o auxílio do roteiro das questões.

A seleção dos entrevistados deu-se por entender quais os papéis que estrategicamente estes exerciam diante da natureza do estudo, inclusive, se tinham uma participação ativa no cenário de tomada de decisão.

Um quinto procedimento foi o da sistematização dos resultados anteriores por meio da construção de uma matriz de resultados mais gerais para organizar as características da percepção e do desempenho dos serviços de atenção básica à saúde e as condições de acesso aos serviços: (1) experiências prévias e expectativas dos entrevistados; (2) possíveis vantagens da rede; (3) possíveis desvantagens, riscos ou prejuízos associados ligados à rede; (4) opiniões dos entrevistados sobre o funcionamento da rede; (5) barreiras e facilitadores para a implementação do acesso à rede; e (6) sugestões dos entrevistados sobre o que precisaria ser feito para a melhoria no acesso à rede.

## **2.4 Tratamento dos Dados**

As questões qualitativas foram analisadas buscando identificação das palavras que mais refletiam as forças, fraquezas, dificuldades, vulnerabilidades e necessidades de adequação para melhorar o acesso aos serviços, as quais permitiram a elaboração de quadro sintético. Os resultados foram aplicados na matriz *Swot*, por sua possibilidade de organização das informações segundo suas forças e fraquezas ou vulnerabilidades. Trata-se de uma ferramenta de análise desenvolvida por Kenneth Andrews e Roland Christensen, docentes da Harvard Business School, a qual tem sido amplamente utilizada para a gestão empresarial e para o mapeamento entre oportunidades e ameaças dos ambientes externos à organização com seu ambiente interno, que contém os pontos fortes e fracos (ANDREWS, 2001). Mais recentemente esta ferramenta também vem sendo utilizada na análise de políticas públicas, o que permite destacar os pontos

fortes, corrigir os pontos fracos (CHIAVENATO; SAPIRO, 2003). A análise do ambiente externo visa identificar possíveis oportunidades e ameaças, que existem fora da rede, segundo Ferrell e Hartline (2009).

As forças são as vantagens internas, como os recursos humanos e financeiros, a gestão, as competências, a eficácia da arquitetura operacional, a aderência ao marco legal e a qualidade do serviço oferecido. As fraquezas são as desvantagens internas, como recursos humanos e financeiros inadequados ou insuficientes, assim como o não atendimento ao marco legal. As oportunidades abrangem os aspectos externos positivos como inovações na utilização do programa pelos gestores e pelas unidades da rede para o melhor desenvolvimento dos serviços. As ameaças são os aspectos negativos, que podem colocar em risco as vantagens, acentuando as fraquezas, como as dificuldades encontradas para implementação do acesso aos serviços. Esses parâmetros foram utilizados com adaptações para avaliar os atores pesquisados. Sendo assim, o ambiente interno compreende as capacidades internas da rede, ou seja, seus pontos fortes e fracos. A identificação das forças e fraquezas está diretamente ligada às opiniões dos atores sociais envolvidos.

Estes fatores geralmente estão relacionados com as questões econômicas, políticas, tecnológicas e sociais e desvendam as condições fatores que podem auxiliar de forma positiva no desenvolvimento de processos e da rede e acesso, promovendo cenários favoráveis na gestão. Outro ponto do ambiente externo são as ameaças, que representam cenários desfavoráveis que podem atrapalhar a execução das metas estabelecidas, e não podem ser controladas (FERRELL; HARTLINE, 2009). Desta maneira, a matriz *Swot* é um importante instrumento gerencial, mas que possibilita uma dimensão bastante abrangente na análise e gerenciamento de políticas públicas, por meio de um estudo preciso e detalhado que pode auxiliar no processo de tomada de decisão e controle das atividades (SANTOS; MONTEIRO; BEZERRA, 2017).

Além disso, a referida matriz *Swot* permite compreender quais das áreas possuem maiores competências e forças, bem como as maiores fraquezas para que assim possam ser desenvolvidos os recursos necessários. Rezende (2012) afirma que os pontos fortes ou as forças são variáveis internas controláveis que proporcionam condições favoráveis. Por outro lado, expõe o autor, que os pontos fracos ou fraquezas são variáveis internas controláveis que proporcionam condições negativas em relação ao ambiente (OLIVEIRA, 2012).

Ainda, com a aplicação da matriz *Swot*, pretende-se demonstrar a possibilidade de sua utilização para a análise de políticas públicas, buscando a compreensão dos principais fatores impactantes e influenciadores produtivos e assistenciais, assim como a interferência no processo de trabalho, na lógica predominante desde a criação do SUS. Neste caso, as

oportunidades convergem para a análise do acesso, dos limites e das vulnerabilidades.

Por fim, buscou-se apresentar os resultados da utilização da matriz *Swot*, uma experiência já utilizada em outros estudos para a análise de políticas públicas (KUMMER; SILVEIRA, 2016), proporcionando a compreensão dos principais fatores impactantes e influenciadores produtivos e assistenciais, assim como a interferência no processo de trabalho, na lógica predominante no sistema de saúde atual.

Neste caso, as oportunidades convergiram para a análise do acesso, dos limites e das vulnerabilidades, tendo em vista que os limites são impeditivos que, segundo a perspectiva dos usuários, profissionais e gestores apresentam-se como barreiras à equidade e à universalidade no SUS, enquanto que as vulnerabilidades são vistas, no âmbito do trabalho como os fatores que fragilizam o aspecto relacional, da produção, econômico, social, psicológico, territorial e técnico, relativos ao acesso, uma vez que juntos, compõem os resultados segundo as perspectivas estudadas nesta tese.

As informações oriundas das matrizes de resultados, foram sistematizadas em 7 (sete) dimensões de análises as quais foram elaboradas a partir dos principais estudos sobre o tema a fim de melhor caracterizar os resultados da pesquisa.

São as seguintes:

1. O acolhimento ao usuário (JESUS; ASSIS, 2010);
2. Os limites geográficos ao acesso (UNGLERT, 1990);
3. As dimensões econômicas e sociais do acesso (UNGLERT, 1990);
4. dimensões simbólicas e culturais do acesso (RAMOS; LIMA, 2003);
5. As dimensões operacionais e de produção ao acesso (HORTALES; PEDROZA, 2000);
6. A percepção do usuário com relação ao sistema de saúde (FEKETE, 1995);
7. A percepção sobre a dimensão técnica do acesso (FEKETE, 1995).

### 3 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL

As políticas públicas de saúde são programas e ações feitas pelo Estado que têm a função de colocar em prática os serviços de saúde que são previstos na lei. As políticas públicas podem ser definidas como conjuntos de disposições, medidas e procedimentos que traduzem a orientação política do Estado e regulam as atividades governamentais relacionadas às tarefas de interesse público. São também definidas como todas as ações de governo, divididas em atividades diretas de produção de serviços pelo próprio Estado e em atividades de regulação de outros agentes econômicos. As políticas públicas em saúde integram o campo de ação social do Estado orientado para a melhoria das condições de saúde da população e dos ambientes natural, social e do trabalho. Sua tarefa específica em relação às outras políticas públicas da área social consiste em organizar as funções públicas governamentais para a promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da coletividade (SOUSA, 2006; DRAIBE, 2001).

No Brasil, as políticas públicas de saúde orientam-se, desde 1988, conforme a Constituição Federal promulgada neste ano, pelos princípios de universalidade e equidade no acesso às ações e serviços e pelas diretrizes de descentralização da gestão, de integralidade do atendimento e de participação da comunidade, na organização de um sistema único de saúde no território nacional. A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, ao adotar o modelo de seguridade social para assegurar os direitos relativos à previdência, saúde e assistência social determina que a saúde é direito de todos e dever do Estado.

No período pós-Constituição, as políticas de saúde no Brasil vêm sendo formuladas no contexto de uma reforma setorial abrangente, que opera mudanças institucionais de grande magnitude, ao tempo em que cria novos espaços de interlocução permanente entre Estado e sociedade na gestão pública. Com as mudanças introduzidas a partir do texto constitucional, e da Lei Orgânica da Saúde (Leis 8.140 e 8.142) em 1990, as decisões em matéria de saúde pública passaram a envolver novos e múltiplos atores, impondo modificações significativas no desenho e formulação das políticas de saúde, com importantes inovações institucionais em termos da estrutura e dinâmica do processo decisório. A nova concepção do sistema de saúde, descentralizado e administrado democraticamente e com a participação da sociedade organizada, prevê mudanças significativas nas relações de poder político e na distribuição de responsabilidades entre o Estado e a sociedade, e entre os distintos níveis de governo – nacional, estadual e municipal, cabendo aos gestores setoriais papel fundamental na concretização dos princípios e diretrizes da reforma sanitária brasileira. Nesta perspectiva, foram instituídos as Con-

ferências de Saúde e os Conselhos de Saúde em cada esfera de governo, como instâncias colegiadas para a participação social na gestão do SUS. Foram criadas a Comissão Inter gestores Tripartite na direção nacional do SUS e as Comissões Inter gestores Bipartistes na direção estadual; além do fortalecimento dos órgãos colegiados nacionais de representação política dos gestores das ações e serviços nos estados e municípios – a exemplo o CONASEMS (Conselho Nacional de Secretários de Estado de Saúde) e o CONASS (Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde). Pode-se dizer, portanto, que os canais de participação dos gestores públicos e da sociedade nas definições das políticas e da ação governamental setorial foram ampliados.

Mendes, 1996, explica que os grandes desafios no debate político no campo da saúde para a sociedade brasileira nos próximos anos, destacam-se:

1. Garantir a coexistência de diferentes soluções institucionais na organização descentralizada do SUS que possam contemplar a heterogeneidade de problemas regionais e a diversidade cultural do país, sem colocar em risco a unidade doutrinária e operacional do sistema nacional de saúde, necessária para assegurar a efetivação dos princípios constitucionais;
2. encontrar o equilíbrio ótimo entre regulação, responsabilidade e autonomia na gestão compartilhada do sistema pelas três esferas político-administrativas do Estado Brasileiro (União, estados e municípios), no contexto de novas relações intergovernamentais e de recomposição do pacto federativo inaugurado pela Constituição de 1988;
3. estabilizar o financiamento setorial e interferir no processo de alocação dos recursos dos orçamentos públicos para a saúde, com vistas à equidade;
4. construir novas formas de responsabilização dos governantes e cidadãos, dos gestores e dos usuários, no acompanhamento e avaliação do desempenho e dos resultados das políticas setoriais.

### **3.1 A formação das políticas de saúde no Brasil**

As políticas públicas de saúde no Brasil devem ser pensadas no contexto da cidadania regulada<sup>8</sup>. Tais políticas caracterizam pela atuação em busca da redução das desigualdades e ampliação da democracia nacional (EVANS, 1993; CARVALHO, 2002; SANTOS, 1979).

---

<sup>8</sup> "**Cidadania regulada**" é um termo proposto por Wanderley Guilherme dos Santos e, em linhas gerais, significa um tipo de **cidadania** que a todo momento é vigiada e **regulada** pelo Estado.

Buscando maior compreensão dos processos de formulação, decisão e implementação da política de saúde e do ambiente sociopolítico-institucional que contextualizou a ação do SUS, são apresentadas neste item algumas informações que abordam a saúde como política pública; a gestão pública setorial em suas relações intergovernamentais e as políticas de saúde como dimensão do desenvolvimento social. Um conjunto de eventos marcou o longo caminho da constituição do SUS como a principal política pública de saúde brasileira. As datas aqui mencionadas são marcadas por momentos de definição de políticas governamentais, traduzidas em legislações específicas, que de alguma forma ajudaram na constituição do SUS (CAMPOS, BARROS, CASTRO, 2004; DI GIOVANI, 2001; AZEVEDO; PELICIONI; 2012; REIS; ARAÚJO; CECÍLIO, 2012).

O primeiro evento que merece destaque é a promulgação da Lei Eloy Chaves, que em 1923 cria as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP). Em um contexto de rápido processo de industrialização e acelerada urbanização, esta lei surge para apenas conferir estatuto legal a iniciativas já existentes de organização dos trabalhadores por fábricas, visando garantir pensão em caso de algum acidente ou afastamento do trabalho por doença, e uma futura aposentadoria. Com as “caixas”, surgem as primeiras discussões sobre a necessidade de se atender à demanda dos trabalhadores. Nasce nesse momento complexas relações entre os setores público e privado que persistirão no futuro Sistema Único de Saúde. (REIS; ARAÚJO; CECÍLIO, 2012).

Com a criação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs) ocorreu em 1932 no Governo Getúlio Vargas. Os institutos podem ser vistos como resposta, por parte do Estado, às lutas e reivindicações dos trabalhadores no contexto de intensificação dos processos de industrialização e urbanização brasileiros. Acentua-se o componente de assistência médica, em parte por meio de serviços próprios, mas, principalmente, por meio da Criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Este último resultou da unificação dos IAPs, no contexto do regime autoritário de 1964, mesmo diante das resistências das categorias profissionais que tinham institutos mais ricos. O INPS consolida o componente assistencial, com marcada opção de compra de serviços assistenciais do setor privado, concretizando o modelo assistencial hospitalocêntrico, curativista e médico centrado, que terá uma forte presença no futuro do SUS (REIS; ARAÚJO; CECÍLIO, 2012).

Em 1977 foi criado o Sistema Nacional de Assistência e Previdência Social (SINPAS), e, dentro dele, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), que passa a ser o grande órgão governamental prestador da assistência médica – basicamente à custa de compra de serviços médico-hospitalares e especializados do setor privado. É possível



sugerir que tal lógica do INAMPS, que sobreviveu como órgão até a criação do SUS, ainda se reproduz no interior do Sistema Único, mesmo passados mais de 20 anos desde sua criação.

Em 1982 foi implementado o Programa de Ações Integradas de Saúde (PAIS), que dava particular ênfase à Atenção Primária, sendo a rede ambulatorial pensada como a “porta de entrada” do sistema. O PAIS visava a integração das instituições públicas de saúde mantidas pelas diferentes esferas de governo, em rede regionalizada e hierarquizada. Propunha a criação de sistemas de referência e contra referência e a atribuição de prioridade para a rede pública de serviços de saúde, com complementação pela rede privada, após sua plena utilização; previa a descentralização da administração dos recursos, a simplificação dos mecanismos de pagamento dos serviços prestados por terceiros e seu efetivo controle, a racionalização do uso de procedimentos de custo elevado, e o estabelecimento de critérios racionais para todos os procedimentos. Viabilizou a realização de convênios trilaterais entre Ministério da Saúde, Ministério da Previdência e Assistência Social e Secretarias de Estado de Saúde, com o objetivo de racionalizar recursos utilizando capacidade pública ociosa. Cabe reconhecer nas AIS os principais pontos programáticos que estarão presentes quando da criação do SUS (REIS; ARAÚJO; CECÍLIO, 2012).

A realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, com intensa participação social, deu-se logo após o fim da ditadura militar iniciada em 1964, e consagrou uma concepção ampliada de saúde e o princípio da saúde como direito universal e como dever do Estado, atributos seriam plenamente incorporados na Constituição de 1988. A VIII CNS consistiu no grande marco da história das conferências de saúde no Brasil. Foi a primeira vez que a população participou das discussões de uma conferência. Suas propostas foram contempladas tanto no texto da Constituição Federal/1988 como nas leis orgânicas da saúde, nº 8.080/90 e nº 8.142/90. Participaram dessa conferência mais de 4 mil delegados, impulsionados pelo movimento da Reforma Sanitária, os quais propuseram a criação de uma ação institucional correspondente ao conceito ampliado de saúde, que envolve promoção, proteção e recuperação (REIS; ARAÚJO; CECÍLIO, 2012).

Em 1988 foi aprovada a “Constituição Cidadã”, que estabelece a saúde como “Direito de todos e dever do Estado” e apresenta, na sua Seção II, como pontos básicos: “as necessidades individuais e coletivas são consideradas de interesse público e o atendimento um dever do Estado; a assistência médico-sanitária integral passa a ter caráter universal e destina-se a assegurar a todos o acesso aos serviços; esses serviços devem ser hierarquizados segundo parâmetros técnicos e a sua gestão deve ser descentralizada”. Estabelece ainda, que o custeio do Sistema deverá ser essencialmente de recursos governamentais da União, estados e municípios, e as

ações governamentais submetidas a órgãos colegiados oficiais, os Conselhos de Saúde, com representação paritária entre usuários e prestadores de serviços (BRASIL, 1988).

A Criação do SUS se deu através da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes”. A referida lei detalha os objetivos e atribuições; os princípios e diretrizes; A primeira lei orgânica a organização, direção e gestão, a competência e atribuições de cada nível (federal, estadual e municipal); a participação complementar do sistema privado; recursos humanos; financiamento e gestão financeira e planejamento e orçamento. Logo em seguida, a Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990, dispõe sobre a participação da comunidade, de na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros. Institui os Conselhos de Saúde e confere legitimidade aos organismos de representação de governos estaduais (CONASS – Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde) e municipais (CONASEMS – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde). Assim foi instituído o arcabouço jurídico do Sistema Único de Saúde aprimoramentos ainda seriam necessários, mas novas lutas e aprimoramentos ainda seriam necessários alguns aprimoramentos (BRASIL, 1990).

Constituída em 1991, a Comissão de Inter gestores Tripartite (CIT) é composta pela representação do Ministério da Saúde, das Secretarias Estaduais de Saúde e das Secretarias Municipais de Saúde e da primeira norma operacional básica do SUS, e a Comissão de Inter gestores bipartite (CIB), para o acompanhamento da implantação e da operacionalização do recém-criado SUS. As duas comissões, ainda atuantes, tiveram um papel importante para o fortalecimento da ideia de gestão colegiada do SUS, compartilhada entre os vários níveis de governo (REIS; ARAÚJO; CECÍLIO, 2012).

A NOB-SUS 93, foi criada com o compromisso de restaurar a implantação do SUS e estabelecer o princípio da municipalização, tal como havia sido desenhada progressistas da gestão local do SUS. Tal norma estabelece um conjunto de estratégias que consagra a descentralização político-administrativa na saúde. Também define diferentes níveis de responsabilidade e competência para a gestão do novo sistema de saúde (incipiente, parcial e semiplena, a depender das competências de cada gestor) e consagra ou ratifica os organismos colegiados com grau elevado de autonomia: as Comissões Intergestoras (Tripartite e Bipartite) (BRASIL, 1993).

A população foi a grande beneficiada com a incorporação de itens de alta complexidade, que antes eram restritos aos contribuintes da previdência. Com a grande extensão de programas de saúde pública e serviços assistenciais, deu-se o início efetivo do processo de descentralização política e administrativa, que pode ser observado pela progressiva municipalização do sistema

e pelo desenvolvimento de organismos colegiados intergovernamentais. A participação popular trouxe a incorporação dos usuários do sistema ao processo decisório, com a disseminação dos conselhos municipais de saúde, ampliando as discussões das questões de saúde na sociedade (LEVCOVITZ et al., 2001).

O Programa Saúde da Família (PSF) no Brasil, conhecido hoje como “Estratégia Saúde da Família”, por não se tratar mais apenas de um “programa”, teve início em 1994 como um dos programas propostos pelo governo federal aos municípios para implementar a Atenção Primária. A Estratégia Saúde da Família visa à reversão do modelo assistencial vigente, em que predomina o atendimento emergencial ao doente, na maioria das vezes em grandes hospitais. A família passa a ser o objeto de atenção, no ambiente em que vive, permitindo uma compreensão ampliada do processo saúde-doença. O programa inclui ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes. No âmbito da reorganização dos serviços de saúde, a Estratégia Saúde da Família vai ao encontro dos debates e análises referentes ao processo de mudança do paradigma que orienta o modelo de Atenção à Saúde vigente e que vem sendo enfrentado, desde a década de 1970, pelo conjunto de atores e sujeitos sociais comprometidos com um novo modelo que valorize as ações de promoção e proteção da saúde, prevenção das doenças e atenção integral às pessoas. Esses pressupostos, tidos como capazes de produzir um impacto positivo na orientação do novo modelo e na superação do anterior – calcado na supervalorização das práticas da assistência curativa, especializada e hospitalar, e que induz ao excesso de procedimentos tecnológicos e medicamentosos e, sobretudo, na fragmentação do cuidado – encontram, em relação aos recursos humanos para SUS, outro desafio. Tema também recorrente nos debates sobre a reforma sanitária brasileira, verifica-se que, ao longo do tempo, tem sido unânime o reconhecimento acerca da importância de se criar um “novo modo de fazer saúde”.

No Brasil, a origem do PSF remonta à criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1991, como parte do processo de reforma do setor da saúde desde a Constituição, com a intenção de aumentar a acessibilidade ao sistema de saúde e incrementar as ações de prevenção e promoção da saúde. Em 1994, o Ministério da Saúde lançou o PSF como política nacional de Atenção Básica, com caráter organizativo e substitutivo, fazendo frente ao modelo tradicional de assistência primária baseada em profissionais médicos especialistas focais. Percebendo a expansão do Programa Saúde da Família que se consolidou como estratégia prioritária para a reorganização da Atenção Básica no Brasil, o governo emitiu a Portaria nº. 648, de 28 de março de 2006, na qual ficava estabelecido que o PSF é a estratégia prioritária do Ministério da Saúde para organizar a Atenção Básica – que tem como um dos

seus fundamentos possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade, reafirmando os princípios básicos do SUS: universalização, equidade, descentralização, integralidade e participação da comunidade – mediante o cadastramento e a vinculação dos usuários.

Em 2011, a portaria GM nº 2.488/2011 revogou a portaria GM nº 648/2006 e demais disposições em contrário ao estabelecer a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica e aprovar a Política Nacional de Atenção Básica para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

A edição da Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde- NOB-SUS/96 representou a aproximação mais explícita com a proposta de um novo modelo de Atenção, pois acelerava a descentralização dos recursos federais em direção aos usuários. Para isso, estados e municípios, consolidando a tendência à autonomia de gestão das esferas descentralizadas, criaram incentivos explícitos às mudanças na lógica assistencial, rompendo com o produtivíssimo (pagamento por produção de serviços, como era o modelo adotado pelo INAMPS que usava os recursos para comprar serviços do setor privado) e implementando incentivos aos programas dirigidos às populações mais carentes, como o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), e às práticas fundadas numa nova lógica assistencial, como o Programa de Saúde da Família (PSF).

As principais inovações da NOB 96 foram: a) a concepção ampliada de saúde a qual considera a concepção determinada pela Constituição englobando a promoção, a prevenção, as condições sanitárias, ambientais, o emprego, a moradia etc. e o fortalecimento das instâncias colegiadas e da gestão pactuada; b) a descentralização – consagrada na prática com as Comissões Inter gestores e os Conselhos de Saúde; c) as transferências fundo a fundo (do Fundo Nacional de Saúde direto para os fundos municipais de saúde, regulamentados pela NOB 96), com base na população e em valores per capita previamente fixados; d) os novos mecanismos de classificação que determinam os estágios de habilitação para a gestão, nos quais os municípios são classificados em duas condições: gestão plena da Atenção Básica e gestão plena do sistema municipal (BRASIL, 1996). Na gestão plena da Atenção Básica, os recursos são transferidos.

Em 2002 foi editada a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS-SUS), cuja ênfase maior compreende o processo de regionalização do SUS, a partir de uma avaliação de que a municipalização da gestão do sistema de saúde, regulamentada e consolidada pelas normas operacionais, estava sendo insuficiente para a configuração do sistema de saúde por não permitir uma definição mais clara dos mecanismos regionais de organização da prestação de serviços.

Outra questão relevante no histórico das políticas de saúde no Brasil foi o Pacto pela Vida, que tem sua grande força, exatamente em um novo ordenamento dos processos de regionalização do SUS (BRASIL, 2002).

Deixamos de mencionar diversas políticas, como as de combate às endemias por estarem fora do foco deste estudo. Mas é inegável a importância das mesmas como, por exemplo, a polêmica campanha contra a febre amarela conduzida por Oswaldo Cruz e outras medidas mais amplas de saneamento, vacina e educação sanitária, muito menos do que assistência médica propriamente dita.

Em 2016, o Pacto pela Saúde foi um conjunto de reformas institucionais pactuado entre as três esferas de gestão (União, estados e municípios) do SUS, com o objetivo de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão. Sua implementação se deu por meio da adesão de municípios, estados e União ao Termo de Compromisso de Gestão (TCG), que, renovado anualmente, substitui os anteriores processos de habilitação e estabelece as metas e os compromissos para cada ente da federação. As transferências dos recursos também foram modificadas, passando a ser divididas em seis grandes blocos de financiamento (Atenção, Básica, Média e Alta Complexidade da Assistência, Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica, Gestão do SUS e Investimentos em Saúde).

Apesar dos seus inegáveis avanços, a construção do SUS encontra vários entraves, entre os quais destacamos, para os propósitos do presente texto, apenas dois, até porque eles com certeza impactam diretamente no seu trabalho como membro de uma equipe de Saúde da Família: a) o subfinanciamento e as insuficiências da gestão local do SUS. O subfinanciamento, isto é, os recursos destinados à operacionalização e ao financiamento do SUS, fica muito aquém de suas necessidades.

Para Santos, (2007), a atualização do financiamento federal, segundo a variação nominal do PIB, não vem sequer acompanhando o crescimento populacional, a inflação na saúde e a incorporação de tecnologias. O autor mostra que o financiamento público anual per capita está abaixo do investido no Uruguai, Argentina, Chile e Costa Rica. Sendo cerca de 15 vezes menor que a média do praticado no Canadá, países europeus, Austrália e outros. Também é fundamental ter presente que a indicação de 30% do Orçamento da Seguridade Social para a Saúde, como era previsto nas Disposições Constitucionais Transitórias (DCT) da Constituição, era o mínimo para iniciar a implementação do SUS com Universalidade, Igualdade e Integralidade. Se tivesse sido implementada tal medida, hoje haveria R\$ 106,6 bilhões para o financiamento do sistema, e não aos R\$ 48,5 bilhões aprovados para o orçamento federal de 2008.

O autor mostra ainda que o financiamento do SUS é marcadamente insuficiente, a ponto de impedir não somente a implementação progressiva/incremental do sistema, mas principalmente, de avançar na reestruturação do modelo e procedimentos de gestão em função do cumprimento dos princípios constitucionais (SANTOS, 2007). Para quem trabalha na Estratégia Saúde da Família, tal insuficiência é sentida, particularmente, quando há necessidade de se acessar os outros níveis de maior complexidade do sistema, cuja oferta parece sempre aquém das demandas.

O SUS transformou-se no maior projeto público de inclusão social em menos de duas décadas: 110 milhões de pessoas atendidas por agentes comunitários de saúde em 95% dos municípios e 87 milhões atendidas por 27 mil equipes de Saúde de Família. Em 2007, 2,7 bilhões de procedimentos ambulatoriais, 610 milhões de consultas, 10,8 milhões de internações, 212 milhões de atendimentos odontológicos, 403 milhões de exames laboratoriais, 2,1 milhões de partos, 13,4 milhões de ultrassons, tomografias e ressonâncias, 55 milhões de sessões de fisioterapia, 23 milhões de ações de vigilância sanitária, 150 milhões de vacinas, 12 mil transplantes, 3,1 milhões de cirurgias, 215 mil cirurgias cardíacas, 9 milhões de seções de rádio quimioterapia, 9,7 milhões de sessões de hemodiálise e o controle mais avançado de aids no terceiro mundo. São números impressionantes para a população atual, em marcante contraste com a população excluída antes dos anos 1980, somente uma pequena fração era atendida eventualmente pela caridade das Santas Casas (SANTOS, 2007).

Esses avanços foram possíveis graças à profunda descentralização de competências com ênfase na municipalização, com a criação e o funcionamento das Comissões Inter Gestores (Tripartite nacional e Bipartites estaduais); dos fundos de saúde com repasses fundo a fundo, com a extinção do INAMPS, unificando a direção em cada esfera de governo; com a criação e o funcionamento dos conselhos de saúde, e fundamentalmente, com o belo contágio e a influência dos valores éticos e sociais da política pública do SUS perante a população usuária, os trabalhadores de saúde, os gestores públicos e os conselhos de saúde, levando às grandes expectativas de alcançar os direitos sociais e decorrente força e pressão social (SANTOS, 2007).

Por outro lado, Santos (2007) destacou que houve também a opção dos governos pela participação do orçamento federal no financiamento indireto das empresas privadas de planos e seguros de saúde por meio da dedução do IR, do cofinanciamento de planos privados dos servidores públicos incluindo as estatais, do não ressarcimento ao SUS pelas empresas do atendimento aos seus afiliados, pelas isenções tributárias e outros, que totalizava mais de 20% do faturamento do conjunto dessas empresas (SANTOS, 2007).

Cecílio et al. (2007), explicam que a gestão municipal dos recursos do SUS vem funcionando apenas em parte – sem desconsiderar que os recursos para o SUS são insuficientes. A gestão municipal é idealizada pelo projeto da Reforma Sanitária Brasileira como mais eficaz, porque “estaria mais próxima dos cidadãos” e mais sensível aos seus anseios. O SUS denomina como “gestão local” o conjunto de atividades desenvolvidas pelos gestores municipais, visando à operacionalização, na prática e em seus contextos sociopolítico-institucionais singulares, das grandes diretrizes políticas do Sistema Único de Saúde. Pesquisadores do Departamento de Medicina Preventiva da Universidade Federal de São Paulo realizaram uma pesquisa em 20 pequenos municípios de duas regiões de saúde próximas a São Paulo. Por serem municípios pequenos, estes funcionaram como um verdadeiro “laboratório” de observação das reais condições de operacionalização em muitos municípios brasileiros, já que pouco mais de 80% dos municípios do país têm menos de 20 mil habitantes (CECÍLIO et al., 2007).

Dentre os principais dados sobre a operacionalização real do SUS mostrados pelo estudo, se destacaram: a) a baixa resolutividade da rede básica de serviços montada no país desde a década de 1980, mas acelerada nos anos de 1990, fruto de uma gestão do cuidado desqualificada, em particular pela realização de uma clínica degradada, pela baixa capacidade de construção de vínculo e produção de autonomia dos usuários. Tem havido grande dificuldade de produção de alternativas de cuidado ao modelo biomédico e sua poderosa articulação com o complexo médico-industrial tem acelerado o processo de incorporação tecnológica. Isso tem resultado em encaminhamentos desnecessários e excessivos e alimentado as filas de espera em todos os serviços de média e alta complexidade, além de resultar: na fragmentação dos cuidados prestados; na repetição desnecessária de meios complementares de diagnóstico e terapêutica; numa perigosa poli prescrição medicamentosa; na confusão e no isolamento dos doentes; e, inclusive, na perda de motivação para o trabalho por parte dos clínicos da rede básica; b) os modelos assistenciais e consequentes modos de organização de processos de trabalho adotados na rede básica de saúde têm resultado, quase sempre, em pouca flexibilidade de atendimento das necessidades das pessoas e em dificuldade de acesso aos serviços em seus momentos de maior necessidade, fazendo aumentar a demanda desordenada pelos serviços de urgência/emergência; c) a deficiência na formação dos profissionais de saúde, ainda muito centrada em práticas curativas e hospitalares, com consequente dificuldade de desenvolvimento de práticas mais integrais e resolutivas de cuidado, incluindo a capacidade de trabalhar em equipe, implementar atividades de promoção e prevenção em saúde e ter uma postura mais ética e cuidadora dos usuários do SUS (CECÍLIO et al., 2007).

Do ponto de vista das deficiências na gestão dos sistemas locais e regionais de saúde, o trabalho supracitado destaca a baixa capacidade de fazer uma adequada regulação do acesso aos serviços de saúde voltada para seu uso mais racional e produtivo; a baixíssima ou quase nula capacidade de gestão do trabalho médico, em particular, a avaliação e o acompanhamento; e a baixa capacidade de planejamento/programação de serviços a partir de indicadores epidemiológicos e estabelecimento de prioridades para alocação de recursos; pouca ou nenhuma prática de priorização de “gestão de casos” em situação de alta vulnerabilidade dos pacientes com o objetivo de garantir o uso dos múltiplos recursos necessários para o cuidado de forma mais racional e integrada; o forte protagonismo dos usuários, que ainda fazem uma clara valorização do consumo de serviços médico-hospitalares; a garantia de acesso ao atendimento mais rápido em serviços de urgência/emergência; e a busca por segurança e satisfação na utilização de tecnologias consideradas mais potentes, em particular, a utilização de fármacos; a realização de exames sofisticados; e o acesso a especialistas.

Tais percepções seriam componentes importante da explicação da demanda sem fim por atendimento médico que desqualifica todos os parâmetros de programação e planejamento dos serviços de saúde. Todas essas explicações talvez pudessem ser dispostas na forma de uma complexa rede causal que, mesmo tendo seus “nós críticos”, acabam todas, de uma forma ou de outra, contribuindo para a formação de filas, demora no acesso e longas esperas. Em última instância, reforçando a reconhecida insuficiência de recursos necessários para o atendimento às necessidades das pessoas.

Sobre as dificuldades do SUS, Santos (2007) argumenta que:

- a) a atenção básica expande-se às maiorias pobres da população, mas na média nacional estabiliza-se na baixa qualidade e resolutividade, não consegue constituir-se na porta de entrada preferencial do sistema, nem reunir potência transformadora na estruturação do novo modelo de atenção preconizado pelos princípios constitucionais;
- b) os serviços assistenciais de média e alta complexidade cada vez mais congestionados reprimem as ofertas e demandas (repressão em regra iatrogênica e frequentemente letal);
- c) os gestores municipais complementam valores defasados da tabela do SUS na tentativa de aliviar a repressão da demanda nos serviços assistenciais de média e alta complexidade;
- d) com o enorme crescimento das empresas de planos privados, e conseqüente agressividade de captação de clientela, as camadas médias da sociedade, incluindo os servidores públicos, justificam e reforçam sua opção pelos planos privados de saúde;
- e) as diretrizes da integralidade e equidade pouco ou nada avançam;



f) a judicialização do acesso<sup>9</sup> a procedimentos assistenciais de médio e alto custo às camadas média-média e média-alta da população aprofunda a iniquidade e a fragmentação do sistema;

g) o modelo público de atenção à saúde é 80% voltado para a população pobre e 20% aos compradores de planos privados.

Apesar do acesso a medicamentos e procedimento de alto custo de ser, em princípio, a realização de um preceito constitucional, vários gestores e autores espoem as distorções provenientes da articulação entre os interesses das indústrias de medicamentos e equipamentos e alguns médicos que fariam a “justificativa” de suas indicações sem critérios técnicos bem definidos. Outro problema apontado é que os estratos mais pobres da população, com menos acesso a um advogado, acabam sendo preteridos em relação àqueles com melhores condições econômicas, resultando em iniquidade segundo Santos (2007).

De acordo com Santos (2007), ao lado dos inestimáveis avanços da inclusão, com a expansão dos serviços públicos, atendendo as necessidades e os direitos da população, permanece ainda um inaceitável percentual de ações e serviços evitáveis ou desnecessários, bem como de tempos de espera para procedimentos mais sofisticados, geradores de profundos sofrimentos com agravamento de doenças e mortes evitáveis. No Brasil, só de hipertensos temos 13 milhões e de diabéticos, 4,5 milhões na espera de agravamento com insuficiência renal, doenças vasculares e outras, mais de 90 mil portadores de câncer sem acesso oportuno à radioterapia, 25% dos portadores de tuberculose, hansenianos e de malária sem acesso oportuno e sistemático ao sistema, incidências anuais de 20 mil casos novos de câncer ginecológico e 33 mil casos novos de AIDS, entre dezenas de exemplos de repressão de demandas.

Segundo este autor, os gestores municipais e estaduais do SUS, os trabalhadores de saúde e os prestadores de serviços encontram-se na angústia de atender os sofrimentos e urgências de “hoje e ontem”, obrigados a reprimir demandas, sabendo penosamente que ações preventivas e de diagnósticos precoces impediriam o surgimento da maior parte de casos graves e urgentes, no entanto, são pressionados a priorizar os casos de maiores sofrimentos e urgências devido à insuficiência de recursos. A reprodução do complexo médico-industrial, os casos de corporativismos antissociais e até mesmo de prevaricações e corrupções encontram terreno fértil nesse sufoco. Este contexto extremamente adverso e desgastante não justifica, contudo, passividades e conivências com irresponsabilidades sanitárias perante os princípios e diretrizes constitucio-

---

<sup>9</sup> Entende-se como judicialização do acesso a utilização de ações judiciais, amparadas no princípio constitucional da saúde como direito de todos e dever do Estado, para garantir o acesso a medicamentos e procedimentos de alto custo.

nais, na gestão descentralizada do SUS seja em qualquer nível. O modo de financiar e institucionalizar a política pública com base no direito à igualdade e à vida é ainda marginal, e muito cuidado e dedicação devem ser tomados para que as imprescindíveis inovações de gestão permaneçam vinculadas à visão e ao compromisso de futuro e de sociedade pautados por esse direito. O Pacto pela Saúde tem se apresentado como um instrumento para buscar saídas para tais problemas e impasses.

Nesta breve recuperação dos fatos históricos das políticas de saúde no país, observou-se que muitas iniciativas foram tomadas para a implementação do SUS, a partir de 1990, com forte ênfase na descentralização e municipalização das ações de saúde. Tal processo de descentralização ampliou o contato de gestores e profissionais da saúde com a realidade social, política e administrativa do país. Evidenciaram-se, com maior clareza, as diferenças regionais, tornando mais complexa a organização de uma rede de serviços que atendesse às diferentes necessidades dos brasileiros. Em princípio, a responsabilidade pela gestão do SUS era dos três níveis de governo, e as normas operacionais vinham regulamentando as relações e responsabilidades dos diferentes níveis até 2006, momento em que se instituiu o Pacto pela Saúde, um conjunto de reformas nas relações institucionais e no fortalecimento da gestão do SUS. O pacto introduziu mudanças nas relações entre os entes federados, inclusive nos mecanismos de financiamento, significando, portanto, um esforço de atualização e aprimoramento do SUS. Para a adesão dos gestores ao pacto, foi assinado um termo de compromisso, no qual se estabeleceram os compromissos entre os gestores em três dimensões: Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão.

No Pacto pela Vida são firmados compromissos em torno de medidas que resultem em melhorias da situação de saúde da população brasileira. A partir dele, definem-se prioridades e metas a serem alcançadas seja nos municípios, regiões e estados, seja nacionalmente.

Desde 2009 são seis as prioridades em vigência:

1. Saúde do idoso;
2. Controle do câncer do colo do útero e da mama;
3. Redução da mortalidade infantil e materna;
4. Fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza;
5. Promoção da saúde;
6. Fortalecimento da Atenção Básica.

O Pacto em Defesa do SUS firma-se em torno de ações que contribuam para aproximar a sociedade brasileira deste sistema, estabelecendo as seguintes diretrizes: 1. A repolitização da

saúde, como movimento que retoma a Reforma Sanitária Brasileira, atualizando as discussões em torno dos desafios do SUS. 2. Promoção da cidadania como estratégia de mobilização social tendo a questão da saúde como direito e 3. Garantia de financiamento de acordo com as necessidades do Sistema.

Já o Pacto de Gestão contempla os seguintes direcionamentos: 1. A regionalização; 2. A qualificação do processo de descentralização e ações de planejamento e programação; 3. Mudanças no financiamento. Na adesão ao pacto, os gestores assinam em conjunto o Termo de Compromisso, no qual consta, nos eixos prioritários, as metas a serem atingidas anualmente ou bianualmente.

O que se conclui com este breve histórico do SUS e que sem a atuação concreta dos gestores municipais e do controle social e, principalmente do aperfeiçoamento do trabalho de cada equipe, o SUS permanecerá “no papel”, sem ter relevância de fato no cuidado aos brasileiros. Esse é o desafio ao se pensar o SUS como política (SANTOS, 2007).

### **3.2 O Sistema Único de Saúde – SUS: desafios da implementação**

O Sistema Único de Saúde – SUS, é a organização estatal de gestão e resposta à multifacetada manifestação das necessidades de saúde da população brasileira, prevista constitucionalmente e suportada por complexo processo administrativo, obedecendo atualmente a uma lógica descentralizada e local, obedecendo aos arranjos e participação de seus múltiplos atores.

Este sistema é a configuração estruturadora do direito à saúde, normatizado como um direito de todos e um dever do Estado. A concretização de tal direito está pautada pelos princípios da universalidade do acesso, da integralidade das práticas e dos processos e da equidade na distribuição dos diferentes recursos, segundo as especificidades e diferenças dos indivíduos, dos grupos e das regiões em suas necessidades. Porém, o que se firma como efetivação do direito à saúde, e da concretização dos princípios constitucionais do SUS, é o acesso aos diferentes serviços, modalidades assistenciais e recursos. Este acesso é entendido como um conceito ampliado de atenção resolutiva às necessidades de saúde de uma determinada população e território (OLIVEIRA; LORENZO, 2018).

A participação social foi uma das marcas emblemáticas da Reforma Sanitária Brasileira e de inúmeros outros movimentos dos anos 1970 e 1980, que ensejaram um processo social de cunho pluralista e supra partidário pela consagração da “saúde como direito de todos e dever

no Estado” em nossa Constituição Federal. As leis orgânicas da saúde que a seguir vieram regulamentar o texto constitucional - leis 8.080/90 (BRASIL, 1990a) e 8.142/90 (BRASIL, 1990b). Tais leis definiram não apenas a estrutura e organização do SUS (Sistema Único de Saúde), mas também os mecanismos de participação popular e controle social nas três esferas de governo (federal, estadual e municipal).

Diante do exposto, o acesso pode ser conceituado como uma construção social, à medida que é determinado pelo contexto sociocultural que configura as necessidades em saúde em suas dimensões percebidas, demandadas e ofertadas (PINHEIRO; MATTOS, 2001). Enquanto construção social abrange e é constituído por uma multiplicidade de dimensões, conforme apontam Giovanella e Fleury (1996): são elas a dimensão política, a econômica, a técnica e a simbólica. Tais dimensões são analisadas por intermédio de quatro modelos teóricos de explicação da categoria de acesso: economicista; sanitarista pacificador; político sanitarista, e o das representações sociais.

A tese situa o acesso num quadro teórico mais amplo que aponta para a necessidade de compreendê-lo a partir do modelo de assistência que configura o próprio Sistema. O modelo assistencial, também definido como modelo de atenção à saúde, confere sua “razão de ser” a racionalidade e preconiza modos tecnológicos de intervenção em saúde resultantes da equalização entre necessidades, determinantes, demanda e oferta de serviços (PAIM, 1999).

É necessário ainda, introduzir as reflexões de Mendes (2008) sobre as redes de atenção como um caminho para explicar os dilemas e polêmicas instituídos em torno do acesso. O mesmo autor apresenta em seus escritos, uma avaliação interessante acerca da ineficiência do sistema de saúde para funcionar em rede.

Após a redemocratização do Brasil, com a Constituição de 1988, inúmeras vias de implementação das políticas sociais (consagração dos direitos sociais) foram criadas pelo Estado. Neste contexto, foram pleiteados direitos à educação, à saúde, entre outros, entendidos como conjunto dos direitos de cidadania. No setor da saúde, as possibilidades abertas pela referida Constituição fizeram avançar as propostas veiculadas pelo Movimento Sanitário Brasileiro – que já nos anos de 1970 preconiza democratizar o acesso à saúde (BARBIANI et al., 2014). No que se refere à área de saúde, personagens centrais desse movimento – a exemplo de Sérgio Arouca, – apontariam a inovação contida no processo constituinte de 1987, que foi estabelecida a democratização da saúde como democratização da sociedade. Além de diversas iniciativas que se estendem por quase toda década de 1970, os resultados da VIII Conferência Nacional de Saúde realizada em 1986 configuraram pontos importantes de decisão e de mudança na consolidação das políticas de saúde, que são emblemas do aprimoramento da

democracia participativa. A idéia central dirigida pelo chamado partido sanitário era a de que a democratização da saúde deveria corresponder à inclusão da participação da sociedade nas arenas de deliberação política.

A intenção era, em verdade, além da implementação de um sistema único, promover a extensão e a veiculação do conceito ampliado de saúde, o que comporta-se a ideia segundo o qual a situação de saúde de uma população não se verificaria somente pelo acesso ao atendimento biomédico; a saúde de um povo dependeria de outros fatores, tais como: o acesso à escola, ao mercado de trabalho, as condições de usufruir práticas de lazer, as condições de participação nos processos democráticos, etc. Dentre essas condições essenciais, a da participação social nos processos de formulação, implementação e avaliação das políticas de saúde possibilitou a edição das leis orgânicas da saúde, a exemplo da Lei 8142, de 28 de dezembro de 1990, que consagrou o que consta no inciso III do artigo 198 da Constituição de 1988, ou seja, a participação da comunidade nas ações e serviços de saúde. Nesta lei tal diretriz constitucional implicou a criação e institucionalização dos Conselhos e Conferências de Saúde – nos três níveis da federação (União, estados e municípios) – como espaços públicos de deliberação, onde o princípio da paridade emprestaria maior aderência às mobilizações e demandas societárias nas arenas decisórias das políticas de saúde. Compõe a chamada representação paritária nos Conselhos de Saúde, o conjunto dos seguintes atores: representantes dos usuários (doravante chamados de sociedade); os representantes dos profissionais de saúde, e os gestores e prestadores de serviços. A ênfase na participação social seria uma das vias principais para a construção de um espaço da Sociedade no Estado e para criação de práticas concernentes ao controle social. Na sociedade política contemporânea, a idéia de controle social ganha força através da inserção das ações e mobilizações societárias na propositura de *accountability*, ou seja, de prestação de contas e de transparência das ações do Estado.

No Brasil, a atenção à saúde é reconhecida como dever do Estado, isto é, todos têm direito à atenção à saúde gratuita, ao acesso universal e de qualidade. O Artigo 196 da Constituição de 1988, estabelece que : “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. Conforme a artigo 2º da Lei Complementar nº 8080, do 19 de Setembro de 1990, - “A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício”. O SUS foi formulado para garantir a todos os brasileiros essa qualidade no serviço de saúde a partir de três princípios básicos: 1- Universalidade; 2- Integralidade e 3- Equidade. Sobre o SUS, a mesma Lei nº 8080, em seu Artigo 4º - “O conjunto

de ações e serviços de saúde, prestados por órgão e instituições públicas federais, estaduais e municipais, de Administração Direta e Indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde – SUS”. Ainda no Artigo 4º-§1º-“Estão incluídas no disposto neste artigo as instituições públicas federais, estaduais e municipais, de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, inclusive do sangue e hemoderivados, e de equipamentos para a saúde”. § 2º - “A iniciativa privada poderá participar do SUS, em caráter complementar”. O brasileiro vive, assim, amparado por uma legislação que lhe garante o direito à atenção à saúde. A luta pela conquista deste direito ainda em objeto de debate e pesquisa em vários foros de discussão.

### **3.3 A saúde da população no Brasil**

Visando contribuir para uma maior compreensão dos processos de formulação, decisão e implementação da política de saúde e do ambiente sociopolítico-institucional que contextualiza a ação do SUS, são oferecidas algumas fontes de informação que abordam a saúde como política pública; a gestão pública setorial em suas relações intergovernamentais e as políticas de saúde como dimensão do desenvolvimento social (LUCCHESI, 2004). Como iniciativa pioneira e de caráter experimental, esta primeira aproximação a temas relevantes para a gestão pública será aperfeiçoada em novas versões, a partir dos resultados obtidos com o presente estudo, considerando sobretudo o ponto de partida da análise do modelo de saúde vigente no Estado de São Paulo.

### **3.4 O modelo de saúde pública no Estado de São Paulo**

O Estado de São Paulo adota a potencialidade da nova figura de organização social dentro das medidas de gestão estratégica e modernização do serviço público, compreendendo o programa de privatizações, o estímulo à demissão voluntária, a adoção do contrato de gestão nas descentralizadas, o programa de aumento da produtividade e qualidade, entre outros.

A proposta de organização social do governo do Estado, em (1996-1997), abrangia, inicialmente, as áreas de saúde, agricultura e cultura, conforme minuta de anteprojeto de lei complementar. Porém, a necessidade premente de incorporar à rede de serviços de saúde dez hospitais gerais em condições de operação restringiu tal proposta exclusivamente à área de

saúde, configurando as Organizações Sociais de Saúde (OSS).

Atualmente no sítio do Governo do Estado de São Paulo, que trata da transparência na aplicação de recursos públicos existe a conceituação do modelo de gestão à saúde e sua operacionalização, bem como a forma de avaliação e as modalidades de serviços gerenciadas pelo modelo de OSS.

O crescimento vertiginoso dos custos de assistência à saúde tem gerado diversas propostas de mudança na organização de equipamentos financiados com recursos públicos. A parceria com as OSS é uma alternativa concreta para obtenção de maior qualidade e produtividade com menores custos, pois estas auxiliam na consolidação do SUS, conforme previsto em sua lei orgânica – Lei Federal nº 8080/1990.

No modelo de gestão em parceria com OSS, a Coordenadoria de Gestão e Contratos de Serviços de Saúde (CGCSS) da Secretaria de Estado da Saúde (SES) é responsável pela contratação, avaliação e controle de serviços de saúde. O projeto assistencial é elaborado pelas áreas de planejamento dos Departamentos Regionais de Saúde e pelas Coordenadorias das Regiões de Saúde da SES que, a partir das necessidades regionais em saúde definem as metas e o perfil assistencial para o contrato de gestão. Por meio de indicadores de qualidade, de produtividade e também a avaliação econômico-financeira, a CGCSS gerencia e monitora o cumprimento das metas e pactuações previamente definidas em contrato. Assim, a responsabilidade direta pela administração da unidade é das Organizações Sociais, mas o serviço de saúde continua sendo público – isto é, bens, mobiliários e equipamentos pertencem ao Estado cabendo a este o papel de planejador, administrador e fiscalizador das atividades.

Os resultados alcançados são supervisionados e avaliados por uma comissão específica, integrada dentre outros, por representantes da Comissão de Saúde da Assembleia Legislativa de São Paulo e representantes do Conselho Estadual de Saúde, que verifica o cumprimento das metas estipuladas no contrato de gestão. Além disso, os hospitais sob gerenciamento de OSS devem publicar anualmente as suas contas no Diário Oficial do Estado, para a revisão do Tribunal de Contas do Estado, que deve aprovar a sua execução. A auditoria hospitalar do SUS e a avaliação fiscal pela Secretaria da Fazenda completam o quadro de avaliação e controle.

Os serviços de saúde gerenciados por OSS em São Paulo, por meio de contrato de gestão, incluem Hospitais, Ambulatórios Médicos de Especialidade (AME) Centro de Referência do Idoso (CRI), Unidades da Rede de Reabilitação Lucy Montoro, Centros Estaduais de Análises Clínicas (CEAC), Serviços de Diagnóstico por Imagem (SEDI), Centro de Armazenamento e Distribuição de Insumos de Saúde (ADIS), e a operacionalização da Central de Regulação de Ofertas de Serviços de Saúde (CROSS).

O artigo 1º da lei 9.637/98, ainda vigente, dispõe que o Poder Executivo poderá qualificar como organizações sociais pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, que desempenhem atividades ligadas ao ensino, pesquisa, desenvolvimento tecnológico, proteção ambiental, cultura e saúde.

Da mesma forma, o artigo 1º da lei complementar estadual nº 846/98 e o art. 1º da lei municipal nº 14.132/2006 dispõem que o poder Executivo poderá qualificar como organizações sociais pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, cujas atividades sejam dirigidas a determinados setores caros ao legislador, uma vez atendidos os requisitos previstos nesta lei.

Na literatura é possível encontrar definições mais explícitas, também centradas na idéia de qualificação ou título, como proposta dada por Di Pietro (2012), para quem organização social “é a qualificação jurídica dada a pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, instituída por iniciativa de particulares, e que recebe delegação do Poder Público, mediante contrato de gestão, o para desempenhar serviço público de natureza social”.

Nesse mesmo sentido, Mendonça (2014) sugere que ser uma organização social é possuir um título jurídico especial, atribuído a entes que nascem como associações ou fundações privadas, os quais ao aderir a requisitos legais recebem o título conferido pelo poder público.

A obtenção desta titulação está, assim, condicionada ao preenchimento de determinadas condições, presentes na lei, relativas à natureza da pessoa jurídica, seu objetivo social, a finalidade e a estrutura de seus órgãos deliberativos. Tais são os caracteres que habilitam uma determinada pessoa jurídica a requerer, perante a administração pública, o reconhecimento da qualidade de organização social.

Uma dupla definição de organização social foi ressaltada por Modesto (1997) num dos primeiros trabalhos jurídicos sobre o tema. Ao se atentar para a inexistência na lei nº 9.637/98 de um conceito sintético, facilmente identificável, do que sejam as organizações sociais. Este autor apresenta uma primeira definição: Organizações sociais são “pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, voltadas para atividades de relevante valor social, que independem de concessão ou permissão do poder público, criadas por iniciativa de particulares segundo modelo previsto em lei, reconhecidas, fiscalizadas e fomentadas pelo Estado”.

A segunda definição de Organização Social proposta por Modesto (1997) no qual chama de “abrangente”, designa uma forma de parceria entre Estado e entidades do Terceiro Setor ou ainda, “uma forma de participação popular na gestão administrativa”. Alinhado a esse segundo aspecto definidor, os Cadernos do MARE, coleção de publicações datadas do final da década de 1990 e destinadas à discussão da Reforma do Aparelho do Estado, apresentam as organizações sociais como:



(...) um modelo de parceria entre o Estado e a sociedade. O Estado continuará a fomentar as atividades publicizadas e exercerá sobre elas um controle estratégico: demandará resultados necessários ao atingimento dos objetivos das políticas públicas. O contrato de gestão é o instrumento que regulará as ações das OS (BRASIL, 1998a, p. 13).

Segundo o mesmo documento, a outorga de uma qualificação seria apenas uma etapa do processo de construção do modelo. A ele se sucederia substituição de uma congênere, membro da Administração Pública. Flávio Lobo (2014), apresenta as organizações sociais como “um novo modelo de prestação de serviços públicos” e acrescenta:

O novo modelo propiciaria parcerias entre o poder público e instituições sem fins lucrativos do chamado Terceiro Setor, que prestariam serviços públicos não exclusivos do Estado. Formalizadas por contrato, essas parcerias permitiram o repasse de recursos públicos às instituições sem fins lucrativos, que, por sua vez, assumiriam o compromisso de cumprir obrigações e metas (LOBO, 2014, p. 30).

A mesma construção conceitual pode ser verificada na obra de Gustavo Justino de Oliveira (2008), que considera a lei federal nº 9.637/98 uma iniciativa do legislador voltada para o “realinhamento das funções estatais”. Assim, nos parece seguro afirmar que a expressão “organização social” apresenta para o direito ao menos dois sentidos: O primeiro é uma qualificação, um título, conferido pelo Poder Executivo a pessoas jurídicas de direito privado sem fins lucrativos – designando também a própria entidade qualificada. O segundo se refere a um modelo de gestão, ou seja, uma forma de administrar serviços públicos.

Em seu primeiro sentido, uma determinada pessoa jurídica de direito privado, que preenche os requisitos exigidos por lei, pode solicitar o título e assim se tornar uma organização social. Juridicamente, essa entidade pode ser uma fundação ou uma associação, regida pelo Direito Civil, que, ao receber a titulação de organização social, passa a gozar de alguns benefícios previstos na lei, dentre o quais destacamos a possibilidade de celebrar contrato de gestão com a Administração Pública, o recebimento de recursos orçamentários e a administração bens e equipamentos do Estado. Sob este aspecto, a denominação “organização social” se aproxima dos títulos de utilidade pública, que estabelecem regimes jurídicos especiais e mecanismos de controle específicos previstos em lei para as entidades que o possuam.

Uma vez outorgado o título, a organização social não vê alterada sua natureza jurídica. Conforme ressaltado por Gustavo Justino de Oliveira, muito embora de uma determinada entidade seja condição necessária para que a mesma possa celebrar um contrato de gestão com a Administração Pública, aponta que a vida da organização segue seu rumo próprio como

entidade privada que é, podendo, inclusive, firmar ajustes e contratos com outras entidades privadas, não ficando adstritas em suas relações e atividades, na prestação de serviços para órgãos integrantes da Administração Pública Federal.

O segundo aspecto, ou seja, de que a expressão “organização social” designa uma forma de firmar parcerias com o Poder Público, coloca em evidencia uma discussão maior acerca dos papéis do Estado na contemporaneidade. Discorrer sobre que fazem as organizações sociais é, em certa medida, problematizar até que ponto o Estado fomenta, produz e regula os serviços e atividades consideradas essenciais a seus cidadãos.

No Município de São Paulo, a qualificação de instituição como organização social foi disciplinada pela Lei nº 14.132 de 24/01/2006, que posteriormente foi regulamentada pelo Decreto nº 52.858 de 20/12/2011, estabelecendo que o Poder Executivo poderá qualificar como organizações sociais pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, cujas atividades sociais sejam dirigidas às áreas da saúde, e cultura e de esportes, lazer e recreação, atendidos os requisitos previstos nesse mesmo diploma.

A exemplo dos requisitos legais para a qualificação das organizações sociais habilitadas, segundo normativa seguida pela Secretaria de Estado da Saúde, aplica-se também, em legislação própria, a qualificação de organizações sociais de saúde, no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), na cidade de São Paulo. Seus contratos de gestão são de fiscalização e controle legal a partir da Secretaria Municipal de Gestão, as informações foram aduzidas dos sítios oficiais que publicam os dados sobre as entidades, coberturas e respectivos territórios. Tais sites para caracterização tanto da Rede de Saúde Santa Marcelina dentre outras também relevantes no contexto do presente estudo.

## 4 ACESSO À SAÚDE: UMA QUESTÃO DE POLÍTICA PÚBLICA

### 4.1 Conceitos e questões envolvidas

Dentre as variáveis que atuam na dificultando a efetiva consolidação do SUS, se destaca a de acesso aos serviços de saúde. Neste sentido, a necessidade de se analisar problemas encontrados pelo usuário que busca por este serviço. É na unidade de relação do usuário com os serviços que buscam conhecer como o direito à saúde se expressa concretamente no cotidiano das pessoas. A categoria principal para analisar essas inter-relações é a de acesso (GIOVANELLA; FLEURY, 1996).

O próprio Estado brasileiro vem traduzindo o dever em relação à saúde como necessidade de ampliação do acesso à atenção (GIOVANELLA; FLEURY, 1996) Cohn et al. (1991) enfatizam que a garantia do acesso da população aos serviços de saúde é função do Estado e das políticas que ele formula para viabilizá-lo. A acessibilidade possibilita que as pessoas cheguem aos serviços, ou seja, ela não é uma característica apenas da atenção primária, uma vez que todos os níveis de atenção devem estar acessíveis. Entretanto, os requisitos específicos para a acessibilidade diferem na atenção primária porque esta é a porta de entrada do sistema de serviços de saúde (STARFIELD, 2002). Em texto publicado no jornal Folha de São Paulo no dia 06 de julho de 2003, na sessão “Tendências/Debates”, o ex- ministro da saúde, Humberto Costa, comemorava os 15 anos de existência do SUS, contudo ressaltando “os problemas de acesso e mesmo da qualidade de alguns serviços oferecidos à população”. Desta forma, as políticas do Estado, na área de atenção à saúde, têm sido formuladas dando ênfase à questão do acesso. Embora, o tema tenha sido abordado com frequência, do ponto de vista estritamente geográfico, de proximidade, deixando de lado questões de inter-relação do usuário com o serviço, como se poderá perceber adiante.

A história do acesso aos serviços de saúde é a história das políticas públicas de saúde. Estas, por sua vez, refletem o momento histórico, são determinantes para este reflexo: as condições econômicas, os avanços do conhecimento científico e a capacidade das classes sociais de se organizarem negociando com cada governo. Apenas com o início do capitalismo o Estado passa a intervir na saúde e isto ocorre na Europa, com a Revolução Industrial, quando grandes massas de trabalhadores e suas famílias migraram para os centros urbanos à procura de trabalho. Na Inglaterra, após a Segunda Guerra Mundial, a criação do Serviço Nacional de Saúde Inglês, sobre as bases de regionalização, foi uma nova forma de abordar as questões

relacionadas à saúde coletiva. No Brasil, como já colocado, a Constituição de 1988 declara que: “a saúde é um direito de todos e um dever do Estado”. Para que o Estado se organizasse a ponto de poder conferir, ou afirmar conferir, este direito ao cidadão, muitos foram os passos. Ao pensarmos o tema da acessibilidade, são importantes alguns fatos que marcaram a saúde no Brasil no século XX. Na década de 1920, a criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), organizadas pelas empresas e administradas com a participação dos trabalhadores, regulamentadas por lei, sendo esta a primeira participação do Estado brasileiro na assistência individual à saúde. Entretanto, a acessibilidade e o alcance social dessas CAPs era limitado a algumas empresas ligadas ao comércio exportador, os ferroviários, marítimos e bancários (CARPINTERO, 2000). Por intermédio de um processo de concentração e substituição das CAPs, a partir do início dos anos 1930, foram constituídos os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) sendo, então, organizados por categoria profissional e administrados pelo governo. O Ministério da Saúde esteve, desde sua origem, ligado às ações preventivas por meio de campanhas sanitárias, assumindo, na área de assistência médica, apenas as funções de criação e manutenção de grandes hospitais para enfermidades crônicas (OIKAWA, 2001).

Após o golpe militar de 1964, os institutos de previdência foram unificados no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), sob controle estatal. A criação do Fundo de Assistência e Previdência do Trabalhador Rural (FUNRURAL) em 1971, incluiu os trabalhadores rurais no sistema previdenciário. Posteriormente, mediante contribuição individual, os benefícios foram estendidos aos empregados domésticos e trabalhadores autônomos. Desta forma, ampliou-se o acesso à assistência médica da população brasileira, porém apenas uma fração da sociedade tinha o direito ao acesso aos serviços: aqueles que contribuíam previamente à previdência. Na década de 1970, desde o seu início, vários estudos e pesquisas foram sendo publicados, demonstrando que o modelo de desenvolvimento que o Brasil tinha adotado concentrava renda, não distribuía benefícios sociais e, portanto, tratava mal a saúde de sua população. Na área da saúde inicia-se uma luta que foi chamada na época de “Movimento Sanitário”, que utilizando as informações destes estudos, começa a denunciar os efeitos do modelo econômico sobre a saúde da população e a ineficiência do sistema de saúde implantado naquele momento. Este movimento não se caracterizou apenas por denúncias e críticas, mas também por apresentar propostas construtivas e alternativas ao modelo vigente (RODRIGUEZ NETO, 1994). Em 1986, acontece a VIII Conferência Nacional de Saúde, com a participação de amplos setores da sociedade civil, de trabalhadores, de gestores do setor da saúde. Este encontro foi importante para legitimar as propostas de unificação do sistema no Ministério da Saúde e de garantia, pelo

Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, em todos os seus níveis a todos os habitantes do território nacional (BRASIL, 1986). O SUS, só foi regulamentado em 1990 com a Lei Orgânica da Saúde de nº 8080 e nº 8.142, como já indicado no início deste trabalho. Assim, o Estado adotou uma política de ampliação do acesso à atenção, promovendo para um maior número de pessoas um leque mais diversificado de ações e serviços de saúde. Esta universalização do acesso à atenção vem sendo implementada, desde a década de 1990, por uma série de mecanismos legais, institucionais e organizacionais, objetivando unificar e descentralizar a atenção à saúde (OIKAWA, 2001).

Dentro do universo das experiências que foram surgindo, seja em nível local ou regional, a Saúde da Família distinguiu-se como uma estratégia de real implantação do SUS e de seus princípios doutrinários e organizacionais. No Brasil, a Estratégia de Saúde da Família emergiu em um cenário favorável, apoiado por um sistema nacional de saúde que oferece condições substantivas e operacionais adequadas ao sucesso de sua formulação e implantação (DI GIOVANI et al., 2001). Do ponto de vista substantivo, as condições favoráveis aos programas que concretizam a Estratégia de Saúde da Famílias e caracterizam pelas diretrizes de universalização e integração dos diferentes níveis de complexidade do atendimento (atenção básica, média a alta) (DI GIOVANI et al., 2001). Do ponto de vista operacional destacam-se: as orientações de regionalização da rede de serviços; de descentralização do gerenciamento; provisão das ações de assistência, com prioridade da atenção básica; de inovação da lógica do financiamento dos serviços de saúde, introduzida pelo pagamento percapita das ações ampliadas do atendimento básico (PAB fixo) e pela cobertura de programas especiais (PAB variável) e, finalmente de concepção de indicadores e metas de avaliação (portaria 393/GMS de março de 2001). Tanto as diretrizes para descentralização do sistema, quanto as inovações dos mecanismos de financiamento, se ancoram na Norma Operacional Básica (NOB) 01/96, expandida em sua concepção pela Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS) 01/2001 (DI GIOVANI, et al., 2001). Sendo assim, a Estratégia da Saúde da Família está sendo implementada em grande escala em todas as regiões do Brasil, em alguns municípios de formação muito bem estruturada. Porém, não se pode negar a mudança ocorrida no modelo de atenção básica, que se deu desde o início deste processo de implementação.

Porém, o modelo de implantação e operacionalização do SUS e o de organização das modalidades de assistência à saúde, varia conforme o ente público, por sua capacidade político-organizacional, rede de serviços, estrutura e capacidade instalada, e ainda, recursos disponíveis

e modelos de arranjo local, considerando o perfil e características territoriais.

## 4.2 As perspectivas sobre acesso e acessibilidade

É oportuno destacar alguns dos principais estudos sobre o acesso aos serviços de saúde. Contudo, é preciso fazer uma ressalva acerca da diversidade de abordagens sobre acesso na formulação e implementação de políticas públicas de saúde e o potencial para as mudanças na organização do sistema de saúde.

Para Donabedian (1993), o acesso, tomado como acessibilidade aos serviços de saúde, é a capacidade de um sistema de atenção à saúde responder às necessidades de saúde de uma população. O autor distinguiu dois tipos de acessibilidade: a sócio-organizacional, que inclui características da oferta de serviços, e a geográfica que se relaciona ao espaço e que pode ser medida pela distância e tempo de locomoção, custos de transporte, etc.

Penchansky e Thomas (1981) definiram o acesso como o ajuste entre as pessoas usuárias e os sistemas de atenção à saúde, e identificaram várias dimensões do acesso são elas: a disponibilidade dos serviços; a acessibilidade geográfica; o grau de acolhimento; a capacidade de compra dos usuários; a aceitabilidade recíproca entre os profissionais de saúde e os usuários.

Frenk (1985) desenvolveu o conceito de acesso através da complementaridade entre as características da oferta e da população, onde a acessibilidade é uma relação formal entre um conjunto de obstáculos para buscar e obter atenção (resistência) e as capacidades da população para processar e alcançar essa atenção (poder de uso), assumindo que vários ajustes entre o poder de uso da população e as resistências da oferta são possíveis, num mesmo nível de acessibilidade.

Para o *Institute of Medicine* (1993) a importância do acesso centra-se no uso de procedimentos de saúde com potencial para alterar, positivamente, o estado de saúde das pessoas. O acesso refere-se ao uso, no momento adequado, de serviços/tecnologias de reconhecida efetividade, interessando saber se oportunidades de bons resultados (alteração positiva nas condições de saúde) estão sendo perdidas por problemas de acesso.

Andersen (1995) considerou o acesso como um elemento do sistema de atenção à saúde que se refere às entradas nos serviços e à continuidade da atenção. Acesso é definido por fatores individuais como: os fatores predisponentes que são anteriores aos problemas de saúde, como gênero; os fatores capacitantes, os meios pelos quais as pessoas obtêm os cuidados de saúde; e as necessidades de saúde, as condições de saúde percebidas pelas pessoas ou por diagnósticos

de profissionais de saúde.

Para Carr-Hill et al. (1997), o acesso aos serviços de saúde pode ser interpretado a partir de quatro variáveis: o custo de oportunidade da utilização dos serviços de saúde; a severidade percebida da condição que gera a necessidade de busca dos serviços; a efetividade esperada dos serviços de saúde; e a distância dos serviços de saúde. Desse modo, quanto maior o custo de oportunidade, menor a severidade da condição, menos clara a percepção da efetividade e maior a distância, menor será o acesso aos serviços de saúde. Uma revisão sobre o acesso aos serviços de saúde mostrou algumas evidências: a utilização da Atenção Primária à Saúde (APS) é sensível à distância, tanto para populações urbanas quanto rurais, sendo isso é particularmente importante para os serviços preventivos e para o manejo de doenças em estágios não sintomáticos. Também há evidência de uma associação negativa ao considerar a distância para os serviços de urgência e emergência. Não há evidência de associação entre distância e utilização de serviços de radioterapia e de acompanhamento de câncer de mama; tampouco foi observada realação entre distância e acessibilidade a serviços hospitalares agudos.

A Organização Mundial da Saúde propôs um conceito de acesso baseado na cobertura efetiva, entendida como a proporção da população que necessita de um determinado procedimento de saúde e que o consegue efetivamente (WHO, 2001).

Travassos e Martins (2004) argumentaram que o conceito de acessibilidade é mais comum que o de acesso, e que prevalece a idéia de que o acesso é uma dimensão do desempenho dos sistemas de atenção à saúde associada à oferta. Quanto à abrangência do conceito tais autores observaram uma tendência de ampliação do escopo, com deslocamento dos eixos de entrada dos serviços para os resultados dos cuidados recebidos.

Não obstante a tendência recente de empregar-se o conceito baseado em resultados, esses estudiosos ressaltaram a importância de manterem-se as distinções entre acesso e uso de serviços de saúde; acesso e continuidade do cuidado; e acesso de efetividade dos cuidados prestados. A principal razão é que cada um desses processos corresponde a um modelo explicativo distinto. Muito além disso, reconhece-se que a maior parte desses entraves se constitui em desdobramentos de desafios que devem ser enfrentados pelo SUS na atualidade. Certamente todos eles impactam no acesso.

Diante de tantas demandas presentes no SUS, deve-se considerar a superação da fragmentação da oferta de ações e serviços de saúde como prioridade, para que se possa responder adequadamente às necessidades de saúde dos brasileiros que vivem um momento difícil complexo de desequilíbrio pela oferta de serviços que não atendem em demanda e

complexidade, a realidade da maior parte das localidades em que o SUS atua de forma adscrita, justamente pela restrição imposta.

Um dos grandes questionamentos do acesso ao serviço de saúde no país, é o fato de que o mesmo não se deve restringir apenas a UBS e respectivas modalidades de assistência. É necessário que tais serviços ocorram também nos domicílios e espaços comunitários permitindo maior contato com os indivíduos, família e comunidade de forma a contribuir para ações efetivas (MARTINS et al., 2010). Esta é uma posição que conflita com a atuação dos Conselhos de Saúde nos territórios.

É inquestionável a identificação de limites ao acesso ocorrendo em todos os níveis de atenção, desde a porta de entrada até os serviços especializados e de alta complexidade. Em geral os limites são associados às relações de acolhimento e vínculo, conformando-se uma visão panorâmica dos desacertos do sistema, de seus desafios, das expectativas dos usuários, como também das contradições de ambos, isto é, do sistema e dos usuários. O modelo de saúde é uma realidade mais invisível ao nível das estruturas do sistema, só perceptível a uma análise mais acurada que muitas vezes nem todos os gestores, profissionais e usuários estão em condições de fazer. Daí a importância e legitimidade da representação dos conselhos de saúde nas frentes em que atuam.

A existência dos Conselhos de Saúde na realidade brasileira é oriunda de um longo processo de construção contra-hegemônico à prática assistencial dominante (curativa e hospitalocêntrica), que ainda persiste no cenário das políticas governamentais. Eles resultam de um processo de luta incorporado pelo projeto da Reforma Sanitária brasileira que defendia, dentre outros, que o Estado deveria aproximar-se da sociedade usuária e permeabilizar suas demandas.

Parte da literatura (OJEDA, 2016; ASSIS et al., 2003) sugere a existência de algumas barreiras tradicionais para a coordenação da atenção, entre elas: a separação entre administração *management* e *governance*, sendo os cuidados em saúde e os serviços de assistência social localizados em diferentes partes do setor público; a existência de diferentes proprietários dos serviços de saúde (público/privado); a atomização e competição entre prestadores; as rivalidades entre profissionais e entre categorias; e em problemas relativos à implantação e operacionalização de instrumentos de coordenação como prontuários, comunicação entre equipes, etc.

Ojeda (2016) e Assis et al. (2003) destacam ainda que existem lacunas de assistência e entraves clássicos e históricos no SUS, quer na atenção primária quer na assistência hospitalar.



Há inúmeras as dificuldades para se alcançar a cooperação e o trabalho em equipe, a realização desse tipo de trabalho tem sido inclusive, como um dos principais entraves à coordenação/regulação dos cuidados entre a Atenção Primária, a Assistência Hospitalar e o acesso. Ainda que tenham alta capacidade técnica, as organizações de saúde não conseguem absorver as demandas, não sendo raras as ocorrências noticiadas na imprensa de erros de diagnósticos e tratamentos, com conseqüências graves para o paciente, principalmente para aqueles que sofrem de patologias crônicas. Tudo isso contribui para promover uma visão negativa acerca do funcionamento do sistema de saúde.

Quando não há um *continuum* na atenção oferecida ao paciente, a eficiência é comprometida, particularmente ao nível hospitalar com a constituição de longas filas de espera e repercussões negativas para o sistema em seu conjunto. Para os médicos, a ausência de coordenação também impede a visão do sistema como um único prestador, capaz de resolver os problemas de saúde dos pacientes de forma integral (OJEDA et al., 2016).

O respeito mútuo entre os prestadores também favorece a melhor utilização do potencial dos profissionais e, conseqüentemente colabora para a coordenação dos cuidados. No Brasil, e, especialmente nos grandes centros, existem questões culturais relacionadas ao exercício da profissão que são intervenientes no processo do cuidar. Um exemplo disso é a existência de fortes restrições e pré-conceitos no processo de comparação na valorização dos profissionais que atuam em meios de baixo avanço tecnológico com aqueles que lidam com alta tecnologia. A valorização dos profissionais que lidam com alta tecnologia reacende a dicotomia entre atenção básica e assistência hospitalar, o que se constitui como um grande problema (GERVAS; RICO, 2005).

É importante quebrar este paradigma, pois a capacidade de coordenação é facilitada quando o profissional generalista goza de alto prestígio em função de sua proximidade do paciente e de seu contexto social e familiar. Por fim, a capacidade de coordenação é fortemente afetada pela “integração entre os níveis assistenciais” e pela relação entre os prestadores, principalmente em função da existência de barreiras que dificultam o trânsito no interior do sistema de saúde (GERVAS; RICO, 2005).

A maior parte dos modelos de saúde é caracterizada por forte separação administrativa na provisão da atenção ambulatorial e hospitalar em saúde, que opera sob diferentes orçamentos. No entanto, para efetivar a garantia do cuidado em saúde, torna-se fundamental a constituição de redes integradas, cuja construção seja capaz de reconhecer a interdependência e também os conflitos entre os atores sociais e as organizações distintas em situações de poder

compartido (Quadro 4) .

**Quadro 4** - Lacunas de assistência e entraves clássicos e históricos no SUS.

<b>Autores</b>	<b>Avanços e Limites</b>	<b>Categoria de problemas</b>
JESUS;ASSIS (2010).	Destaca o local de acolhimento do usuário no momento da expressão de sua necessidade	Avalia as barreiras e os entraves com relação a dimensão psicológica do acesso.
UNGLERT (1990).	Estabelece conceituação de acesso geográfico caracterizado pelo tempo de deslocamento e distância entre a residência do usuário e o serviço de saúde	Avalia as barreiras e entraves com relação a dimensão territorial do acesso.
UNGLERT (1990).	Categoriza o acesso econômico caracterizado a partir de facilidades e dificuldades que o usuário encontra para obter o atendimento como forma e custos de deslocamento, de procedimentos e obtenção de medicamentos e condição social atual.	Avalia as barreiras e entraves com relação a dimensão econômica do acesso.
HORTALE; PEDROZA (2000).	Relaciona a operação como categoria de acesso, abrangendo os vários planos de produção dos serviços (subsistema de decisão, operacionalização de informação e retroalimentação), associando com as diferentes instâncias dos serviços.	Avalia as barreiras e entraves com relação a dimensão operacional do acesso.
UNGLERT (1990)	Aborda a dinâmica relacional, envolvendo a compreensão do processo saúde-doença, cultura, crenças e valores de sujeitos e grupos sociais que vivem em diferentes territórios nas áreas onde os serviços se organizam.	Avalia as barreiras e entraves com relação a dimensão relacional do acesso.
FEKETE (1995)	Acesso como resultado da análise da percepção da população e do próprio sistema de saúde.	Avalia as barreiras e entraves com relação a Dimensão SócioCultural do acesso.

**Fonte:** Elaborado pelo autor, 2019.

Então, diante destas diferentes dimensões teóricas, nas abordagens trazidas por Unglert (1990), Jesus; Assis (2010), Ramos; Lima (2003) e Fekete (1995), entende-se que o modelo de saúde brasileiro, aplicável ao território Cidade Tiradentes, por analogia, apresenta um desenho estratificado num sistema hierarquizado. A análise destas teorias por meio da presente tese, na prática, poderá demonstrar inicialmente um rico campo para percebermos como a Rede de Saúde Santa Marcelina encontra-se alinhada, expondo questões a respeito de como está construída a questão do acesso, envolvendo a triangulação (usuários, gestores e profissionais de saúde), permitindo indagar sobre a predominância de diretrizes e princípios operativos, que atestam ser o sistema único incondicional quanto a sua forma universal e equânime, tal como se propõe à vista das condições legais ; e avaliar como se garante o acesso e quais as estratégias para assegurá-lo.

Contudo, a intensidade e diversidade das necessidades pelas quais os indivíduos mais pobres passam, relacionadas às imensas desigualdades sociais, típicas de um país capitalista, com severas diferenças e agravos que o tornam cada vez mais desigual (com recursos públicos

escassos e mal utilizados), não são levadas em conta na operacionalização desse sistema; Este último aparenta ser “hermeticamente isolado” pela norma, sem considerar suas diversas dimensões, o que por si só já vulnerabiliza, enfraquece e problematiza seu caráter sistêmico e sua “unicidade”.

### **4.3 O acesso à saúde da perspectiva legal: arcabouço jurídico, limitações e avanços**

É de se saber que os dispositivos legais que são determinantes para o estudo do acesso e da regulação das ações têm, como marcoS a publicação da NOAS 2001/2002, que , dentre outras funções, define a regulação assistencial; e, a publicação da Portaria SAS/MS n. 729/2002, que estabelece os indicadores destinados tanto a orientar a elaboração, quanto a avaliar a implementação dos Planos de Regulação, Controle e Avaliação de estados e municípios.

A Portaria GM/MS nº 399/2006, por sua vez, estabelece as diretrizes operacionais do Pacto pela Vida em defesa do SUS e de Gestão; e a Portaria GM/MS nº 699/2006 regulamenta a implantação dos Pactos pela Vida e de Gestão do SUS e institui o termo de Compromisso de Gestão.

O planejamento do sistema de saúde utiliza um arsenal de mecanismos jurídicos e normativos que visa a garantir e ampliar o acesso aos serviços e aos procedimentos necessários ao atendimento dentro do SUS. Esses mecanismos compreendem a atenção básica resolutiva, os encaminhamentos responsáveis e adequados, e os protocolos assistenciais e complexos reguladores, entre outros aspectos. Uma política de regulação pautada pelo cuidado integral deve programar ações-meio que facilitem a boa terminalidade das ações de atenção, tais como: assegurar o acesso aos exames dos usuários da atenção básica; agilizar o processo de autorizações; e garantir o acesso dos usuários às consultas médicas, terapias ou exames.

Somam-se a essas ações, encontram-se ainda as de regulação da atenção à saúde, que são responsáveis por disponibilizar, nos casos de internação, os leitos referenciados na medida da gravidade/emergência do problema, da complexidade tecnológica e da resposta exigida (BRASIL, 2004).

A regulação do acesso à assistência tem como objetos a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS. A assistênciaé efetivada pela disponibilização da alternativa mais adequada à necessidade do cidadão, por meio de atendimentos às urgências, consultas, exames, leitos e outros que se

fizerem necessários (BRASIL, 2007).

À medida que a regulação assistencial busca organizar a oferta de serviços, ela exige que sua interface vá além dos sujeitos envolvidos na ação, perpassando a pactuação com os serviços públicos e também com os privados. Estes últimos são identificados como necessários para a complementaridade assistencial. Nesse contexto, deve-se pontuar que a regulação assistencial, na abordagem deste estudo, é avaliada a partir de perspectivaspor: o olhar dos gestores, dos trabalhadores na sua ação cotidiana e dos usuários que buscam os serviços. Tais perspectivas evidenciam um sistema contraditório e repleto de tensões, próprio de um cenário complexo que contempla diferentes sujeitos nos cursos de suas ações.

Essa rede de forças e de relações acaba por determinar o melhor ou o pior resultado, ora privilegiando os interesses individuais (privados), ora os coletivos (públicos), em função da rede de tensões que se estabelece.

Portanto, na ampliação do acesso, um dos grandes desafios a ser vencido pelo SUS no território Cidade Tiradentes consiste por intermédio da apreensão da lógica comum, baseada nas representações sociais construídas por profissionais e gestores, atuando em serviços diversos e nas mais variadas centrais de regulação em saúde, bem como na sua inter-relação com as práticas profissionais e institucionais.

## **5 RAS “SANTA MARCELINA”: CARACTERIZAÇÃO E OFERTA DE SERVIÇOS**

O objetivo desta pesquisa foi estudar o acesso e a utilização dos serviços de saúde a partir de uma visão abrangente envolvendo as percepções de gestores, profissionais, além dos usuários do sistema de saúde, acerca de suas experiências, de modo a oferecer subsídios para o planejamento e implementação das RAS no país.

Neste capítulo apresenta uma caracterização do objeto de investigação da pesquisa, o “Território Cidade Tiradentes” na RAS “Santa Marcelina”, especificamente a RASTS 11. As seções a seguir evidenciam os recursos disponíveis na rede e apresentam os seguintes recortes para analisar e caracterizar o acesso, de gênero, raça, urbano e rural.

O capítulo foi organizado em três seções, sendo a primeira norteia a discussão em torno da caracterização da saúde no Município de São Paulo. A segunda apresenta um detalhamento da RAS “Santa Marcelina”, com ênfase no histórico e atuação. E a terceira seção caracteriza a saúde na RAS Santa Marcelina: a partir da abordagem de seus equipamentos, programas e demandas. Sua concepção teve como orientação a construção de um cenário que seja propício a construção do perfil administrativo e assistencial do território Cidade Tiradentes.

### **5.1 Caracterização da saúde no Município de São Paulo**

O território de Cidade Tiradentes, Zona Leste de São Paulo, apresenta uma rede de atenção à saúde constituída, principalmente, pelos serviços de baixa, média e alta complexidade nas diversas modalidades e equipamentos pertencentes ao SUS, geridos diretamente pelo responsável pela operacionalização e consolidação do Sistema, a saber: a Secretaria Municipal de Saúde e Autarquias, bem como por diversas instituições parceiras da Prefeitura do Município de São Paulo, entre elas a Casa de Saúde Santa Marcelina.

Neste contexto, evidencia-se que cerca de 4,6 milhões de pessoas moram na Zona Leste o que corresponde a (33% do total paulistano e 17,76% da população da Região Metropolitana de São Paulo), cuja administração está sob a responsabilidade de 11 prefeituras regionais, sendo uma região com IDH médio, em torno de 0,478, segundo os dados da prefeitura de São Paulo (PORTAL PMSP28, 2018).

Enfatiza-se que esta territorialização ganha relevância no âmbito da pesquisa pois, a população economicamente ativa que vive na Zona Leste é composta por 1.704.858, o que

representa 31% da População economicamente ativa (PEA) do município de São Paulo. De outro modo, estima-se em 904.089 os trabalhadores desempregados na metrópole. Deste montante, 358.282 vivem na Zona Leste, ou seja, 40% dos trabalhadores desempregados do município. Entre os empregados com vínculo formal da Zona Leste, 33% estão na indústria de transformação e 41% no setor de serviços (PMSP, 2018).

De acordo com as informações apresentadas acima, a Zona Leste se caracteriza por uma elevada parcela de sua população estar vivendo em áreas de ocupações de terrenos e também em áreas clandestinas e/ou irregulares. Trata-se de uma população de baixa renda e excluída socialmente. Este quando sinaliza que tais pessoas estão às margens das providências pretendidas pelo poder público com políticas públicas. Logo, estas têm se mostrado o que torna tal região importante “laboratório” para o estudo da questão proposta.

Em virtude das ações desenvolvidas nos cenários de conflitos, enfrentamentos e vulnerabilidades também se encontram mais evidentes e contribuindo para a observação das dimensões que caracterizam o acesso. Tais aspectos dos conflitos serão confirmados ou respeitados por meio de coleta de dados, entrevistas e revisão de literatura. Na Zona Leste de São Paulo, no território Cidade Tiradentes, foram identificados os atores que produzem e executam as políticas públicas em saúde e seus correspondentes institucionais, como é o caso da Supervisão Técnica de Saúde (STS) (Tabela 1).

**Tabela 1 - Divisão Territorial por Prefeitura Regionais e Distritos de São Paulo.**

<b>Regiões</b>	<b>Prefeituras Regionais</b>	<b>Distritos</b>	<b>Área (ha)</b>	<b>Área (km²)</b>
Centro	Sé	Bela Vista	271,77	2,72
		Bom Retiro	420,54	4,21
		Cambuci	392,42	3,92
		Consolação	381,51	3,82
		Liberdade	365,07	3,65
		República	239,67	2,40
		Santa Cecília	375,92	3,76
		Sé	219,36	2,19
Leste	Aricanduva/Formosa/Carrão	Aricanduva	695,83	6,96
		Carrão	790,12	7,90
		Vila Formosa	747,18	7,47
	Cidade Tiradentes	Cidade Tiradentes	1.493,39	14,93
	Ermelino Matarazzo	Ermelino Matarazzo	938,66	9,39
		Ponte Rasa	659,52	6,60
	Guaianases	Guaianases	894,52	8,95
		Lajeado	881,43	8,81
	Itaim Paulista	Itaim Paulista	1.214,09	12,14
		Vila Curuçá	946,19	9,46
	Itaquera	Cidade Líder	1.035,51	10,36
		Itaquera	1.473,69	14,74
		José Bonifácio	1.454,71	14,55
		Parque do Carmo	1.545,14	15,45
	Mooca	Água Rasa	717,60	7,18
		Belém	604,59	6,05
Brás		362,93	3,63	
Moóca		794,78	7,95	
Pari		272,96	2,73	
Tatuapé		851,29	8,51	
Penha	Artur Alvim	650,69	6,51	
	Cangaíba	1.659,52	16,60	
	Penha	1.147,98	11,48	
	Vila Matilde	876,73	8,77	
São Mateus	Iguatemi	1.957,46	19,57	
	São Mateus	1.281,79	12,82	
	São Rafael	1.307,78	13,08	
São Miguel	Jardim Helena	914,38	9,14	
	São Miguel	863,15	8,63	
	Vila Jacuí	827,74	8,28	
Sapopemba	Sapopemba	1.362,40	13,62	
Vila Prudente	São Lucas	967,36	9,67	
	Vila Prudente	958,34	9,58	

		Cachoeirinha	1.354,33	13,54
	Casa Verde/Cachoeirinha	Casa Verde	720,30	7,20
		Limão	645,64	6,46
	Freguesia/Brasilândia	Brasilândia	2.107,93	21,08
		Freguesia do Ó	1.101,70	11,02
	Jaçanã/Tremembé	Jaçanã	826,02	8,26
		Tremembé	5.706,40	57,06
Norte	Perus	Anhanguera	3.354,86	33,55
		Perus	2.366,37	23,66
	Pirituba	Jaraguá	2.832,98	28,33
		Pirituba	1.712,17	17,12
		São Domingos	988,70	9,89
	Santana/Tucuruvi	Mandaqui	1.324,65	13,25
		Santana	1.309,02	13,09
		Tucuruvi	943,97	9,44
	Vila Maria/Vila Guilherme	Vila Guilherme	719,96	7,20
		Vila Maria	1.184,30	11,84
Vila Medeiros		785,51	7,86	
Oeste	Butantã	Butantã	1.295,20	12,95
		Morumbi	1.148,88	11,49
		Raposo Tavares	1.244,12	12,44
		Rio Pequeno	953,53	9,54
		Vila Sônia	999,07	9,99
	Lapa	Barra Funda	585,31	5,85
		Jaguara	457,56	4,58
		Jaguare	652,87	6,53
		Lapa	1.028,22	10,28
		Perdizes	633,73	6,34
Sul	Pinheiros	Vila Leopoldina	699,24	6,99
		Alto de Pinheiros	746,11	7,46
		Itaim Bibi	1.002,56	10,03
		Jardim Paulista	618,61	6,19
		Pinheiros	831,86	8,32
	Campo Limpo	Campo Limpo	1.260,01	12,60
		Capão Redondo	1.376,87	13,77
		Vila Andrade	1.030,65	10,31
	Capela do Socorro	Cidade Dutra	2.796,42	27,96
		Grajaú	9.269,82	92,70
Socorro		1.196,49	11,96	
Cidade Ademar	Cidade Ademar	1.234,18	12,34	
	Pedreira	1.832,63	18,33	
	Cursino	1.202,43	12,02	
Ipiranga	Ipiranga	1.100,56	11,01	
	Sacomã	1.455,77	14,56	
	Jabaquara	1.401,09	14,01	
M'Boi Mirim	Jardim Ângela	3.741,13	37,41	
	Jardim São Luís	2.604,72	26,05	
Parelheiros	Marsilac	20.818,52	208,19	
	Parelheiros	15.260,75	152,61	
Santo Amaro	Campo Belo	876,98	8,77	
	Campo Grande	1.295,08	12,95	
	Santo Amaro	1.603,53	16,04	
Vila Mariana	Moema	907,87	9,08	
	Saúde	931,12	9,31	
	Vila Mariana	859,56	8,60	
<b>Município de São Paulo</b>			<b>152.753,58</b>	<b>1.527,54</b>

Fonte: PMS, 2019.



A Tabela 1 nos deixa observar que a Coordenadoria Regional de Saúde Leste possui mais territórios que a Zona Sul, embora esta última possua dimensão territorial bem superior ao objeto de estudo.

Há que se observar também que deve haver, no âmbito do gerenciamento dos serviços nos territórios em que atua, realização das atividades enquanto protagonista das políticas públicas, vez que o compartilhamento e a co-gestão são traços marcantes, e que a Rede de Atenção à Saúde Santa Marcelina, como co-executora, com o poder público, das diretrizes é corresponsável pela organização dos serviços, processos de trabalho, resultados e gestão de pessoas; também deve se reconhecer como parte no processo de identificação das vulnerabilidades, conhecimento de entraves e barreiras aos processos de melhoria do acesso. Tal reconhecimento implica em responsabilidades para o aperfeiçoamento do modelo no âmbito do SUS, devendo oferecer ações e prestar serviços de qualidade na entrega cada vez mais efetiva, integral, consistente e substancial para o atendimento das necessidades dos usuários.

A gestão realizada pela instituição baseia-se no modelo de parceria público-privada, efetivamente por estabelecer com o poder público, notadamente, os limites numa porção de abrangência – território, determinado por condições previamente estabelecidas em instrumento jurídico - contrato de gestão, celebrado entre o ente público e a organização de saúde, qualificada por atender aos requisitos legais dispostos em diploma legal específico. Este modelo pressupõe o ajuste de metas e indicadores para acompanhamento da cobertura daquelas prioridades impostas como pontos de atenção assistencial, epidemiológica e administrativa no território transformando-se assim em prioridade.

A cidade de São Paulo, em virtude de sua grande extensão territorial, foi dividida pela Secretaria Municipal de Saúde em subsecretarias que passaram a chamar de Coordenadorias. No que tange a Cidade Tiradentes, a responsabilidade foi imputada à Coordenadoria Regional de Saúde Leste (CRS – Leste).

A CRS Leste que acompanha de perto a execução do contrato de gestão e dos indicadores e metas estabelecidas para a realização dos programas de saúde no território objeto de estudo.

Na série histórica apresentada na Figura 06, nota-se que existe uma tendência crescente na oferta de serviços de saúde, o que por sua vez amplia a presença de profissionais, número de consultas, exames, procedimentos e atendimentos à população, de maneira que a rede física tem estado mais ao alcance do cidadão.

**Figura 6 - Estabelecimento e serviços de Saúde por Rede no Município de São Paulo de 2000 a 2017.**

Anos	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
<b>MSP</b>	<b>165</b>	<b>147</b>	<b>150</b>	<b>172</b>	<b>197</b>	<b>214</b>	<b>237</b>	<b>225</b>	<b>284</b>	<b>352</b>	<b>369</b>	<b>376</b>	<b>390</b>	<b>380</b>	<b>380</b>	<b>299</b>	<b>292</b>	<b>288</b>
<b>Rede Municipal</b>	<b>89</b>	<b>92</b>	<b>92</b>	<b>114</b>	<b>149</b>	<b>158</b>	<b>177</b>	<b>167</b>	<b>229</b>	<b>297</b>	<b>310</b>	<b>317</b>	<b>330</b>	<b>325</b>	<b>327</b>	<b>248</b>	<b>235</b>	<b>230</b>
Ambulatório de Especialidades	17	20	20	19	22	20	25	23	27	24	26	26	20	18	20	18	16	12
Assistência Médica Ambulatorial (AMA) (1)	0	0	0	0	0	12	24	16	63	115	116	117	120	118	117	37	29	28
Assistência Médica Ambulatorial de Especialidades	0	0	0	0	0	0	0	0	5	10	15	16	19	16	16	16	13	12
Centro de Atenção Psicossocial (2)	0	0	0	24	44	43	45	45	49	61	65	69	79	80	84	84	84	84
Centro de Convivência e Cooperativa	14	16	16	16	20	20	20	20	21	21	21	21	21	21	22	23	23	23
Centro de Referência em Saúde do Trabalhador	5	5	5	5	5	5	5	5	5	6	6	6	6	6	6	6	6	6
DST/AIDS (3)	19	19	18	18	22	22	22	22	22	22	21	22	25	26	26	27	26	26
Hospital	15	15	14	15	15	15	15	16	17	18	19	19	19	18	18	19	19	19
Pronto Atendimento	3	2	2	2	5	5	5	4	4	4	4	4	4	4	6	6	7	8
Pronto-Socorro	12	12	13	11	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12
<b>Rede Estadual</b>	<b>73</b>	<b>52</b>	<b>56</b>	<b>55</b>	<b>45</b>	<b>53</b>	<b>57</b>	<b>55</b>	<b>52</b>	<b>54</b>	<b>58</b>	<b>58</b>	<b>59</b>	<b>54</b>	<b>52</b>	<b>51</b>	<b>57</b>	<b>58</b>
Ambulatório de Especialidades	25	11	6	6	5	5	5	5	3	5	5	7	7	5	6	6	9	11
Centro de Referência	0	0	0	0	2	7	8	8	6	8	8	7	9	7	7	6	9	8
Clínica de Especialidades	7	3	6	10	0	2	2	2	2	2	5	5	7	6	6	6	6	6
Hospital	33	32	37	33	33	34	35	34	35	34	35	35	34	33	33	33	33	33

**Fonte:** Secretaria Municipal da Saúde (2019).

A participação das instituições privadas, considerando o número de vagas ofertadas na rede é bastante significativa, e em alguns casos é maior levando-se em conta as especialidades que demandam tecnologia e pesquisa se comparadas aos serviços geridos diretamente pela Secretarias de Estado da Saúde e Municipal de Saúde, como se vê na demonstração (Quadro 5). Ainda assim, esta soma evidencia as grandes oportunidades de acesso proporcionadas pelos gestores do SUS para a sua população assistida (Quadro 6).

**Quadro 5 - Consultas Médicas Especializadas.**

Profissional/CBO	SMS		Total SMS	Total SES	Total
	Administração Pública	Entidades sem Fins Lucrativos e Empresariais			
Oftalmologia	202.605	373.047	575.652	438.921	1.014.573
Cardiologia	239.044	21.011	260.055	483.449	743.504
Ortopedia e traumatologia	335.784	107.926	443.710	273.376	717.086
Psiquiatria	359.285	1.578	360.863	186.870	547.733
Cirurgia geral	122.473	229.421	351.894	188.303	540.197
Dermatologia	182.706	5.729	188.435	249.200	437.635
Otorrinolaringologia	150.335	35.328	185.663	218.513	404.176
Endocrinologia	178.749	5.786	184.535	164.200	348.735
Urologia	162.234	23.609	185.843	162.427	348.270
Neurologia	178.299	6.936	185.235	142.075	327.310
Infectologia	88.672	1.058	89.730	160.989	250.719
Oncologia clínica	22	95.119	95.141	137.672	232.813
Gastroenterologia	71.646	4.664	76.310	134.280	210.590
Pneumologia	79.898	6.605	86.503	111.486	197.989
Reumatologia	93.452	756	94.208	87.559	181.767
Cirurgia plástica	15.362	4.576	19.938	113.268	133.206
Mastologia	22.816	22.730	45.546	81.394	126.940
Angiologia	104.511	210	104.721	17.051	121.772
Anestesiologia	19.638	10.476	30.114	86.937	117.051
Hematologia	10.493	5.551	16.044	90.857	106.901
Cirurgia vascular	39.156	9.231	48.387	58.250	106.637
Nefrologia	9.221	9.635	18.856	79.663	98.519
Acupuntura	57.768	1	57.769	35.357	93.126
Neurocirurgia	8.736	2.338	11.074	52.900	63.974
Geriatria	25.089	41	25.130	33.879	59.009
Fisiatria	-	14.391	14.391	35.741	50.132
Alergia e imunologia	5.025	-	5.025	41.762	46.787
Proctologia	17.050	2.296	19.346	22.064	41.410
Homeopatia	22.810	1.934	24.744	5.807	30.551
Genética médica	887	2.223	3.110	10.841	13.951
Outros	324.483	308.455	632.938	1.108.810	1.741.748
<b>Total</b>	<b>3.128.249</b>	<b>1.312.661</b>	<b>4.440.910</b>	<b>5.013.901</b>	<b>9.454.811</b>

Fonte: Sistema de Informação Ambulatorial - SIA/ Ministério da Saúde - MS

(1) A partir da competência 11/2015 o CNES passou a trabalhar exclusivamente com a Natureza Jurídica proveniente das informações do CNPJ na Receita Federal para identificar a constituição jurídico-administrativa dos estabelecimentos de saúde (Port. Nº 1.319/SAS/MS/2014). A Tabela de Natureza Jurídica organiza estes códigos segundo cinco grandes categorias: Administração pública; Entidades empresariais; Entidades sem fins lucrativos; Pessoas físicas e organizações internacionais; e Outras instituições extraterritoriais; (2) Dados sujeitos a atualizações tabulados em 09/05/17 com arquivos disponibilizados pelo MINISTÉRIO DA SAÚDE/DATASUS em 08/05/17

Fonte: SIA/MS, 2017.

**Quadro 6 - Rede Física própria de equipamentos – Secretaria Municipal de Saúde.**

CRS/Prefeitura Regional	Atenção Básica				Atenção Especializada								Urgência/Emergência <sup>(9)</sup>	Hospital	Outros Estab/Serviços <sup>(10)</sup>
	UBS	AMA/UBS Integrada	AMA 12 h <sup>(2)</sup>	Assist. Domiciliar	Amb. Espec. <sup>(3)</sup>	Hospital Dia	CAPS <sup>(4)</sup>	Outros Saúde Mental <sup>(5)</sup>	Saúde Bucal <sup>(6)</sup>	DST/AIDS	Reabilitação <sup>(7)</sup>	Outros <sup>(8)</sup>			
<b>Centro</b>	<b>8</b>	<b>-</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>
Sé	8	-	2	1	1	2	4	3	2	2	1	3	2	2	2
<b>Leste</b>	<b>88</b>	<b>24</b>	<b>1</b>	<b>15</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>19</b>	<b>18</b>	<b>7</b>	<b>7</b>	<b>10</b>	<b>6</b>	<b>8</b>	<b>4</b>	<b>9</b>
Cidade Tiradentes	10	2	-	2	-	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2
Ermelino Matarazzo	9	3	-	3	1	-	2	3	1	1	1	1	1	1	1
Guaianases	12	1	1	2	1	-	3	3	1	1	2	1	1	-	1
Itaim Paulista	13	2	-	2	-	1	3	4	1	1	2	-	1	-	1
Itaquera	15	8	-	3	2	-	4	3	1	1	2	1	2	1	1
São Mateus	17	5	-	1	-	1	3	2	1	1	1	2	1	-	1
São Miguel	12	3	-	2	-	1	3	2	1	1	1	-	1	1	2
<b>Norte</b>	<b>70</b>	<b>19</b>	<b>1</b>	<b>6</b>	<b>8</b>	<b>4</b>	<b>15</b>	<b>21</b>	<b>6</b>	<b>3</b>	<b>9</b>	<b>3</b>	<b>6</b>	<b>4</b>	<b>10</b>
Casa Verde/Cachoeirinha	11	2	-	-	1	1	3	1	1	-	1	-	1	1	1
Freguesia/Brasilândia	14	3	1	1	1	1	3	6	1	1	2	1	1	-	2
Jaçanã/Tremembé	10	1	-	2	-	-	1	1	-	-	1	1	-	1	1
Perus	5	2	-	-	2	-	2	1	-	-	1	-	1	-	-
Pirituba/Jaraguá	14	6	-	-	2	-	2	6	1	1	2	-	1	1	1
Santana/Tucuruvi	6	2	-	1	1	-	3	5	2	1	1	-	1	-	3
Vila Maria/Vila Guilherme	10	3	-	2	1	2	1	1	1	-	1	1	1	1	2
<b>Oeste</b>	<b>23</b>	<b>5</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>-</b>	<b>2</b>	<b>8</b>	<b>10</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>3</b>
Butantã	11	3	1	2	-	1	2	4	1	1	2	-	1	1	1
Lapa	7	2	-	-	-	1	4	3	-	1	1	1	1	-	-
Pinheiros	5	-	-	1	-	-	2	3	1	-	-	-	1	-	2
<b>Sudeste</b>	<b>70</b>	<b>22</b>	<b>3</b>	<b>11</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>20</b>	<b>20</b>	<b>10</b>	<b>6</b>	<b>9</b>	<b>4</b>	<b>8</b>	<b>6</b>	<b>9</b>
Aricanduva/Formosa/Carrão	6	3	-	1	-	-	1	3	1	-	1	-	-	-	1
Ipiranga	15	3	-	1	1	1	4	4	3	1	1	1	2	-	2
Jabaquara	5	4	-	-	-	1	3	4	1	-	-	-	2	2	2
Mooca	5	3	-	2	1	1	2	1	1	1	2	2	2	2	-
Penha	16	5	1	3	-	1	3	3	1	1	2	-	2	1	1
Sapopemba	13	2	1	1	1	-	3	1	1	1	1	-	-	1	-
Vila Mariana	4	-	1	1	1	-	2	1	2	1	1	1	-	-	1
Vila Prudente	6	2	-	2	1	1	2	3	-	1	1	-	-	-	2
<b>Sul</b>	<b>108</b>	<b>16</b>	<b>4</b>	<b>9</b>	<b>7</b>	<b>6</b>	<b>17</b>	<b>18</b>	<b>7</b>	<b>5</b>	<b>7</b>	<b>4</b>	<b>8</b>	<b>2</b>	<b>6</b>
Campo Limpo	26	2	1	1	1	1	4	4	1	1	1	-	3	-	1
Capela do Socorro	18	3	-	2	3	1	3	6	1	1	2	1	1	-	1
Cidade Ademar	16	5	1	2	1	1	2	2	1	-	1	1	-	-	1
M'Boi Mirim	26	5	2	3	1	3	3	2	2	1	1	-	1	2	1
Parelheiros	17	1	-	1	-	-	2	2	1	-	1	-	2	-	1
Santo Amaro	5	-	-	-	1	-	3	2	1	2	1	2	1	-	1
<b>Município de São Paulo</b>	<b>367</b>	<b>86</b>	<b>12</b>	<b>45</b>	<b>25</b>	<b>23</b>	<b>83</b>	<b>90</b>	<b>34</b>	<b>25</b>	<b>39</b>	<b>21</b>	<b>35</b>	<b>19</b>	<b>39</b>

Fonte: SIA/MS, 2017.

Segundo as informações oficiais, a Região leste, na qual situa-se o território Cidade Tiradentes, é a segunda regional de saúde da Cidade de São Paulo, em número de equipamentos (EAS -Estabelecimentos de Atenção à Saúde), o que condiz com a sua cobertura e demanda já que é a segunda região com maior densidade populacional a ser coberta. No Quadro 6, no entanto, Cidade Tiradentes se comparadas aos demais distritos da Zona Leste, ainda apresenta um deficit de unidades de saúde, que vem sendo reduzido nos últimos anos. Isso justifica a falta de investimentos quanto ao desenvolvimento no lócus, que historicamente foi

negligenciado pelas políticas públicas durante várias décadas, sendo objeto de grande atenção com o advento do SUS e se marcante movimento popular de saúde.

De maneira direta, os dados do Quadro 7, nos mostra uma maior compreensão, para a análise dos resultados envolvendo o acesso, tendo em vista que a projeção populacional do território de Cidade Tiradentes alcança cerca de 9,5 % da população da região, no entanto, como a Rede ofertada e a capacidade instalada são reduzidas, o que dificulta as condições de acesso dos usuários, conforme busca observar a presente tese.

**Quadro 7 - Projeção Populacional, por Coordenadoria Regional de Saúde.**

CRS/Prefeitura Regional	CONSULTAS MÉDICAS, DE ENFERMEIROS E PRIMEIRA CONSULTA ODONTOLÓGICA <sup>(1)</sup>															
	Consulta Médica na Atenção Básica			Consulta Médica na Atenção Especializada			Consulta Médica/Atendimento em Urgência/Emergência Especializada			Total Consultas Médicas			Consulta/Atendimento Enfermeira(o)			Primeira Consulta Odontológica SMS
	Não Urgência SMS	Urgência SMS	Total	Gestão SMS	Gestão SES	Total	Gestão SMS	Gestão SES	Total	Gestão SMS	Gestão SES	Total	Gestão SMS	Gestão SES	Total	
<b>Centro</b>	177.443	229.149	406.592	432.653	613.104	1.045.757	259.705	260.882	520.587	1.098.950	873.986	1.972.936	177.492	209.277	386.769	
Sé	177.443	229.149	406.592	432.653	613.104	1.045.757	259.705	260.882	520.587	1.098.950	873.986	1.972.936	177.492	209.277	386.769	6.704
<b>Leste</b>	<b>2.031.980</b>	<b>1.557.730</b>	<b>3.589.710</b>	<b>605.038</b>	<b>314.723</b>	<b>919.761</b>	<b>1.530.384</b>	<b>432.207</b>	<b>1.962.591</b>	<b>5.725.132</b>	<b>746.930</b>	<b>6.472.062</b>	<b>980.673</b>	<b>89.715</b>	<b>1.070.388</b>	<b>118.412</b>
Cidade Tiradentes	200.679	70.666	271.345	33.974	-	33.974	301.170	-	301.170	606.489	-	606.489	115.278	-	115.278	19.821
Ermelino Matarazzo	199.104	170.851	369.955	100.568	-	100.568	370.421	-	370.421	840.944	-	840.944	80.125	-	80.125	11.294
Guaianases	251.287	97.856	349.143	33.350	13.602	46.952	137.344	199.786	337.130	519.837	213.388	733.225	144.231	79.621	223.852	17.259
Itaim Paulista	274.773	82.664	357.437	55.161	20.657	75.818	108.446	108.581	217.027	521.044	129.238	650.282	145.214	1.874	147.088	18.304
Itaquera	399.675	435.105	834.780	220.117	227.143	447.260	353.339	59.940	413.279	1.408.236	287.083	1.695.319	212.303	3.253	215.556	18.812
São Mateus	386.645	353.407	740.052	71.150	41.392	112.542	118.936	63.874	182.810	930.138	105.266	1.035.404	141.777	30	141.807	21.080
São Miguel	319.817	347.181	666.998	90.718	11.929	102.647	140.728	26	140.754	898.444	11.955	910.399	141.745	4.937	146.682	11.842
<b>Norte</b>	<b>1.793.001</b>	<b>1.212.377</b>	<b>3.005.378</b>	<b>782.283</b>	<b>467.619</b>	<b>1.249.902</b>	<b>1.030.704</b>	<b>625.738</b>	<b>1.656.442</b>	<b>4.818.365</b>	<b>1.093.357</b>	<b>5.911.722</b>	<b>838.310</b>	<b>55.500</b>	<b>893.810</b>	<b>106.516</b>
Casa Verde/Cachoeirinha	249.833	312.613	562.446	166.216	56.592	222.808	57.853	163.128	220.981	786.515	219.720	1.006.235	100.198	-	100.198	17.805
Freguesia/Brasilândia	392.240	286.290	678.530	142.455	25.507	167.962	123.498	59.292	182.790	944.483	84.799	1.029.282	179.410	19	179.429	21.184
Jaçanã/Tremembé	202.897	56.980	259.877	49.026	-	49.026	163.771	-	163.771	472.674	-	472.674	112.919	-	112.919	10.172
Perus	126.522	157.302	283.824	79.991	-	79.991	111.187	-	111.187	475.002	-	475.002	69.000	-	69.000	5.497
Pirituba/Jaraguá	342.939	283.742	626.681	106.983	35.843	142.826	243.288	250.804	494.092	976.952	286.647	1.263.599	147.061	772	147.833	19.188
Santana/Tucuruvi	115.609	108.960	224.569	135.918	304.552	440.470	7.841	152.514	160.355	368.328	457.066	825.394	96.356	48.663	145.019	10.205
Vila Maria/Vila Guilherme	362.961	6.490	369.451	101.694	45.125	146.819	323.266	-	323.266	794.411	45.125	839.536	133.366	6.046	139.412	22.465
<b>Oeste</b>	<b>521.381</b>	<b>344.645</b>	<b>866.026</b>	<b>286.324</b>	<b>1.746.742</b>	<b>2.033.066</b>	<b>312.526</b>	<b>384.706</b>	<b>697.232</b>	<b>1.464.876</b>	<b>2.131.448</b>	<b>3.596.324</b>	<b>228.926</b>	<b>491.046</b>	<b>719.972</b>	<b>15.722</b>
Butantã	291.354	156.792	448.146	68.612	125.954	194.566	155.942	167.856	323.798	672.700	293.810	966.510	130.630	113.580	244.210	5.994
Lapa	161.856	187.853	349.709	117.352	197	117.549	26.998	-	26.998	494.059	197	494.256	49.381	-	49.381	6.255
Pinheiros	68.171	-	68.171	100.360	1.620.591	1.720.951	129.586	216.850	346.436	298.117	1.837.441	2.135.558	48.915	377.466	426.381	3.473
<b>Sudeste</b>	<b>1.696.852</b>	<b>1.416.939</b>	<b>3.113.791</b>	<b>1.300.903</b>	<b>1.513.959</b>	<b>2.814.862</b>	<b>1.299.289</b>	<b>860.182</b>	<b>2.159.471</b>	<b>5.713.983</b>	<b>2.374.141</b>	<b>8.088.124</b>	<b>670.147</b>	<b>185.050</b>	<b>855.197</b>	<b>86.444</b>
Aricanduva/Formosa/Carrão	158.398	136.320	294.718	9.621	-	9.621	14	-	14	304.353	-	304.353	37.210	-	37.210	6.901
Ipiranga	358.468	267.506	625.974	218.711	290.924	509.635	120.409	153.978	274.387	965.094	444.902	1.409.996	83.777	45.613	129.390	16.116
Jabaquara	166.725	159.693	326.418	26.553	741	27.294	326.356	-	326.356	679.327	741	680.068	70.873	713	71.586	9.511
Mooca	171.736	121.028	292.764	543.567	202.086	745.653	468.519	166.126	634.645	1.304.850	368.212	1.673.062	65.296	45.015	110.311	7.710
Penha	332.114	457.079	789.193	191.095	-	191.095	181.995	-	181.995	1.162.283	-	1.162.283	103.920	-	103.920	16.213
Sapopemba	284.251	162.796	447.047	64.467	17.981	82.448	174.765	34.369	209.134	686.279	52.350	738.629	160.313	21.625	181.938	18.268
Vila Mariana	54.800	46.960	101.760	148.448	982.895	1.131.343	27.231	337.647	364.878	277.439	1.320.542	1.597.981	85.300	69.410	154.710	3.304
Vila Prudente	170.360	65.557	235.917	98.441	19.332	117.773	-	168.062	168.062	334.358	187.394	521.752	63.458	2.674	66.132	8.421
<b>Sul</b>	<b>2.834.883</b>	<b>1.599.652</b>	<b>4.434.535</b>	<b>1.033.709</b>	<b>357.754</b>	<b>1.391.463</b>	<b>1.071.334</b>	<b>597.659</b>	<b>1.668.993</b>	<b>6.539.578</b>	<b>955.413</b>	<b>7.494.991</b>	<b>1.663.988</b>	<b>40.266</b>	<b>1.704.254</b>	<b>122.583</b>
Campo Limpo	728.639	539.050	1.267.689	161.887	8.678	170.565	133.842	93	133.935	1.563.418	8.771	1.572.189	410.625	5.295	415.920	34.522
Capela do Socorro	479.930	175.357	655.287	136.852	129.806	266.658	199.627	160.381	360.008	991.766	290.187	1.281.953	265.886	3.330	269.216	20.376
Cidade Ademar	538.132	303.409	841.541	109.314	-	109.314	111	-	111	950.966	-	950.966	206.122	-	206.122	25.354
M'Boi Mirim	800.785	414.543	1.215.328	283.125	-	283.125	443.112	-	443.112	1.941.565	-	1.941.565	559.164	-	559.164	27.411
Parelheiros	199.464	167.280	366.744	30.289	-	30.289	140.366	-	140.366	537.399	-	537.399	90.918	-	90.918	8.740
Santo Amaro	87.933	13	87.946	312.242	219.270	531.512	154.276	437.185	591.461	554.464	656.455	1.210.919	131.273	31.641	162.914	6.180
<b>Município de São Paulo</b>	<b>9.055.540</b>	<b>6.360.492</b>	<b>15.416.032</b>	<b>4.440.910</b>	<b>5.013.901</b>	<b>9.454.811</b>	<b>5.503.942</b>	<b>3.161.374</b>	<b>8.665.316</b>	<b>25.360.884</b>	<b>8.175.275</b>	<b>33.536.159</b>	<b>4.559.536</b>	<b>1.070.854</b>	<b>5.630.390</b>	<b>456.381</b>

Fonte: Sistema de Informação Ambulatorial - SIA/ Ministério da Saúde - MS

(1) Quantidade apresentada ao Ministério da Saúde; (2) A rede SUS é composta por estabelecimentos de saúde da esfera administrativa federal, estadual, municipal e privada conveniada / contratada e encontra-se sob gestão da Secretaria Estadual (SES) ou Municipal de Saúde (SMS); (3) Dados sujeitos a atualizações tabulados em 09/05/17 com arquivos disponibilizados pelo MINISTÉRIO DA SAÚDE/DATASUS em 08/05/17.

**Fonte: SIA/MS, 2017.**

A produção assistencial, condiz também com o quadro de projeção populacional, tendo em vista que o número de consultas e exames realizados no território tem o seu volume

compatível e proporcional aos serviços instalados no território. É de se observar ainda que o (Quadro 8) evidencia não haver no território nenhum serviço gerido diretamente pela Secretaria de Estado da Saúde (SES).

**Quadro 8 - Projeção Populacional, por Coordenadoria Regional de Saúde.**

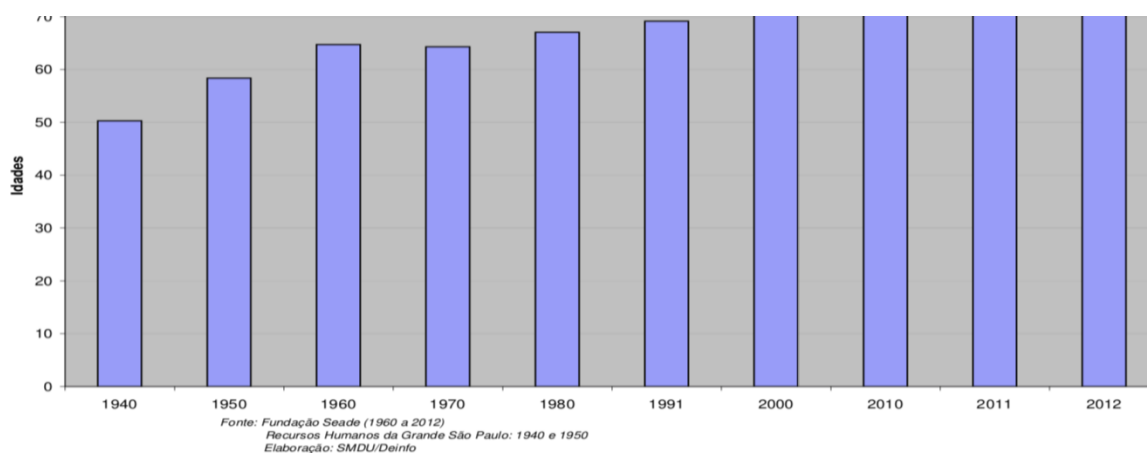
<b>DOENÇAS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA</b>																	
Número de casos, coeficientes de incidência (CI) e taxas de detecção (TD) de alguns agravos de notificação compulsória por Coordenadoria Regional de Saúde e Prefeitura Regional de residência. Município de São Paulo, 2016 <sup>(1)</sup> .																	
CRS/Prefeitura Regional	Coeficiente de incidência/100.000 habitantes								Número de casos e coeficiente de incidência/1.000 nascidos vivos		Número de casos e taxa de detecção/100.00 habitantes				Número de contatos registrados e proporção de examinados		
	Tuberculose		Leptospirose		Dengue		Doença Meningocócica		Sífilis Congênita		Aids		Hanseníase		Nº	%	
	Nº	CI	Nº	CI	Nº	CI	Nº	CI	Nº	CI	Nº	TD	Nº	TD			
<b>Centro</b>	<b>246</b>	<b>54,6</b>	<b>5</b>	<b>1,1</b>	<b>641</b>	<b>142,2</b>	<b>7</b>	<b>1,6</b>	<b>30</b>	<b>6,2</b>	<b>231</b>	<b>51,2</b>	<b>3</b>	<b>0,7</b>	<b>4</b>	<b>75,0</b>	
Sé	246	54,6	5	1,1	641	142,2	7	1,6	30	6,2	231	51,2	3	0,7	4	75,0	
<b>Leste</b>	<b>1.396</b>	<b>56,9</b>	<b>49</b>	<b>2,0</b>	<b>5.113</b>	<b>208,3</b>	<b>44</b>	<b>1,8</b>	<b>219</b>	<b>5,6</b>	<b>395</b>	<b>16,1</b>	<b>30</b>	<b>1,2</b>	<b>47</b>	<b>100,0</b>	
Cidade Tiradentes	149	66,0	10	4,4	311	137,8	8	3,5	27	7,1	42	18,6	6	2,7	7	100,0	
Ermelino Matarazzo	91	43,7	3	1,4	219	105,2	2	1,0	13	4,4	42	20,2	6	2,9	6	100,0	
Guaianases	212	76,4	4	1,4	1.632	588,2	8	2,9	29	5,8	37	13,3	4	1,4	9	100,0	
Itaim Paulista	233	61,0	9	2,4	676	177,1	4	1,1	24	3,9	59	15,5	2	0,5	5	100,0	
Itaquera	293	53,9	5	0,9	1.266	233,0	13	2,4	46	5,6	104	19,1	4	0,7	-	-	
Sao Mateus	213	47,4	7	1,6	355	79,0	5	1,1	60	8,6	56	12,5	2	0,4	7	100,0	
Sao Miguel	205	55,6	11	3,0	654	177,3	4	1,1	20	3,4	55	14,9	6	1,6	13	100,0	
<b>Norte</b>	<b>1.087</b>	<b>47,8</b>	<b>28</b>	<b>1,2</b>	<b>1.692</b>	<b>74,4</b>	<b>35</b>	<b>1,5</b>	<b>381</b>	<b>11,4</b>	<b>416</b>	<b>18,3</b>	<b>39</b>	<b>1,7</b>	<b>94</b>	<b>78,7</b>	
Casa Verde/Cachoeirinha	171	55,1	3	1,0	194	62,5	4	1,3	62	11,9	65	20,9	5	1,6	-	-	
Freguesia/Brasilândia	263	63,2	3	0,7	348	83,6	8	1,9	84	12,3	83	19,9	10	2,4	21	81,0	
Jaçanã/Tremembé	143	46,2	6	1,9	199	64,4	8	2,6	92	20,2	44	14,2	5	1,6	12	50,0	
Perus	56	34,2	2	1,2	94	57,5	2	1,2	14	5,9	9	5,5	5	3,1	23	100,0	
Pirituba/Jaraguá	215	46,9	8	1,7	286	62,4	4	0,9	53	8,2	74	16,1	8	1,8	16	56,3	
Santana/Tucuruvi	89	27,7	2	0,6	232	72,2	3	0,9	27	8,0	66	20,5	2	0,6	15	80,0	
Vila Maria/Vila Guilherme	150	50,8	4	1,4	339	114,8	6	2,0	49	10,8	75	25,4	4	1,4	7	100,0	
<b>Oeste</b>	<b>289</b>	<b>27,3</b>	<b>14</b>	<b>1,3</b>	<b>1.130</b>	<b>106,7</b>	<b>9</b>	<b>0,9</b>	<b>49</b>	<b>3,7</b>	<b>143</b>	<b>13,5</b>	<b>11</b>	<b>1,0</b>	<b>33</b>	<b>75,8</b>	
Butanta	158	35,2	11	2,5	507	113,0	6	1,3	34	5,1	66	14,7	7	1,6	17	94,1	
Lapa	76	24,0	1	0,3	263	83,0	2	0,6	11	2,9	44	13,9	2	0,6	15	53,3	
Pinheiros	55	18,7	2	0,7	360	122,5	1	0,3	4	1,4	33	11,2	2	0,7	1	100,0	
<b>Sudeste</b>	<b>907</b>	<b>33,7</b>	<b>16</b>	<b>0,6</b>	<b>4.695</b>	<b>174,5</b>	<b>31</b>	<b>1,2</b>	<b>194</b>	<b>5,7</b>	<b>435</b>	<b>16,2</b>	<b>20</b>	<b>0,7</b>	<b>39</b>	<b>92,3</b>	
Aricanduva/Formosa/Carrão	81	30,4	3	1,1	297	111,6	3	1,1	17	5,6	30	11,3	2	0,8	-	-	
Ipiranga	173	36,0	2	0,4	816	169,9	2	0,4	51	7,9	64	13,3	5	1,0	3	100,0	
Jabaquara	90	39,6	-	0,0	222	97,7	3	1,3	11	3,6	38	16,7	1	0,4	8	100,0	
Mooca	145	40,8	2	0,6	511	143,8	5	1,4	37	7,8	101	28,4	3	0,8	-	-	
Penha	193	40,7	4	0,8	2.020	426,3	8	1,7	53	8,3	69	14,6	7	1,5	7	57,1	
Sapopemba	112	38,9	3	1,0	337	136,1	4	1,4	15	3,6	58	20,2	-	0,0	21	100,0	
Vila Mariana	57	16,2	1	0,3	247	85,8	1	0,3	3	0,9	48	13,6	1	0,3	-	-	
Vila Prudente	56	22,6	1	0,0	245	69,5	5	2,0	7	2,4	27	10,9	1	0,4	-	-	
<b>Sul</b>	<b>1.242</b>	<b>45,9</b>	<b>36</b>	<b>1,3</b>	<b>2.988</b>	<b>110,3</b>	<b>55</b>	<b>2,0</b>	<b>258</b>	<b>6,0</b>	<b>402</b>	<b>14,8</b>	<b>25</b>	<b>0,9</b>	<b>123</b>	<b>90,2</b>	
Campo Limpo	307	46,6	12	1,8	788	119,7	13	2,0	63	6,0	92	14,0	4	0,6	19	100,0	
Capela Do Socorro	261	42,5	7	1,1	350	56,9	13	2,1	58	5,8	97	15,8	6	1,0	39	89,7	
Cidade Ademar	239	55,2	9	2,1	756	174,5	7	1,6	79	11,6	73	16,9	3	0,7	24	95,8	
M'Boi Mirim	300	49,5	7	1,2	635	104,9	15	2,5	39	4,0	82	13,5	8	1,3	34	79,4	
Parelheiros	60	39,2	1	0,7	81	52,9	2	1,3	9	3,3	22	14,4	3	2,0	7	100,0	
Santo Amaro	75	30,8	-	0,0	378	155,4	5	2,1	10	3,5	36	14,8	1	0,4	-	-	
Endereço Ignorado	421	-	10	-	24	-	-	-	38	-	315	-	-	-	-	-	
<b>Município de São Paulo</b>	<b>5.588</b>	<b>48,0</b>	<b>158</b>	<b>1,4</b>	<b>16.283</b>	<b>139,9</b>	<b>181</b>	<b>1,6</b>	<b>1.169</b>	<b>7,0</b>	<b>2.022</b>	<b>17,4</b>	<b>128</b>	<b>1,1</b>	<b>340</b>	<b>87,1</b>	

**Fonte:** Sistema de Informação Ambulatorial – SIA/Ministério da Saúde, 2017.

Cidade de Tiratendes consiste em bairro-dormitório, isto fica evidenciado quando se considera muitos daqueles que ocupam suas residências somente o fazem quando retornam de suas atividades formais ou informais, diariamente. No entanto, a chegada da rede de serviços oficial, marcada pela implantação recente de atividades voltadas à educação, saúde, assistência social e condições de moradia, por meio de programas habitacionais, tem criado um aumento da densidade populacional, o que já é possível de ser constatado em razão do fluxo migratório percebido entre as regiões que fazem divisa com o território de Cidade Tiradentes.

Um fator positivo quanto à assistência prestada no território de Cidade Tiradentes é o formato voltado para a análise de indicadores do acesso em situação de saúde, como em casos diante dos quais há necessidade de notificação compulsória, (Quadro 9) ou seja, obrigatória pelo histórico epidemiológico ou por algum tipo de situação emergencial a ser acompanhada. É de se observar que há uma melhor cobertura, na série histórica, do território Cidade Tiradentes, se comparadas dos demais territórios, e ainda ao se estabelecer a comparação entre a Zona Leste e as demais regiões da cidade de São Paulo.

**Quadro 9 - Notificação compulsória por Prefeitura Regional.**



**Fonte:** SEADE, 2016.

É possível apontar que o adensamento populacional existente no território Cidade Tiradentes, é causado pela melhoria da assistência prestada e também em virtude de fatores exógenos, como a tendência do aumento da esperança de vida ao nascer, segundo os dados colhidos para consulta junto ao SEADE, retratando os indicadores da cidade e do Estado de São Paulo.



## 5.2 RAS “Santa Marcelina”: histórico e atuação

A Casa de Saúde Santa Marcelina fundada pela "Congregação das Irmãs de Santa Marcelina", a missão é formar através da convivência, personalidades humanas, profissionalmente maduras, dando assistência aos doentes e pessoas carentes de qualquer idade e condição, sempre com enfoque educativo, tem se caracterizado como uma instituição voltada para a melhoria da sociedade.

Sua história se inicia em Itaquera, em 1958, quando as irmãs adquiriram uma propriedade, num lugar cercado por bosques de eucaliptos e ar puro, com o propósito de construir uma casa de repouso para irmãs idosas e convalescentes. Por ser então um lugar pobre e desprovido de serviços de Saúde, a Irmã Sophia Marchetti, pioneira da fundação das obras Marcelinas no Brasil, idealizou a construção de um hospital e mobilizou a clientela de seus colégios para gerar recursos para esta obra. Depois de três anos de trabalho, em 5 de agosto de 1961, o hospital foi inaugurado na presença do bispo Dom Paulo Rolim Loureiro, de autoridades e também representantes da população local, que então contava com cerca de 60.000 habitantes.

O hospital possuía 150 leitos, um pequeno laboratório de análises clínicas, uma sala de radiologia, duas salas de cirurgia, uma de parto e duas de emergência. Contava na ocasião com um corpo clínico de 7 médicos e 30 funcionários que ajudados pelas irmãs e dirigidos pela diretora e fundadora, Ir. Sophia Marchetti, atendiam àquela população (SANTA MARCELINA, 2015).

Com o crescimento acelerado da cidade, em virtude da migração em massa oriunda do interior do Estado de São Paulo, de Minas Gerais, do Nordeste e do Paraná, Itaquera e os demais bairros vizinhos sofreram tumultuada e vultosa expansão. O Grande número de COHAB's - Companhia Metropolitana de Habitação de São Paulo, hoje existentes, 2 em Itaquera e 6 em Guaianases, transformaram esta faixa da Zona Leste, na área de maior taxa de crescimento populacional. Em 2015, a Zona Leste contava com 3,8 milhões de habitantes (SANTA MARCELINA, 2015).

Atenta ao crescimento populacional e à correspondente demanda por serviço público de saúde, a Congregação das Irmãs de Santa Marcelina, ampliou as instalações físicas do Hospital Santa Marcelina, construindo um novo prédio anexo àquele inaugurado em 1961 (SANTA MARCELINA, 2015). O novo prédio, com 23.945 m<sup>2</sup> de área construída, aumentou significativamente a capacidade de atendimento. A ampliação de 720 leitos de internação, além de ter criado 93 leitos de UTI, um Centro Cirúrgico com 17 salas cirúrgicas, centro obstétrico

com 6 salas obstétricas, bem como ter instalado os seguintes serviços especializados: Radioterapia, Quimioterapia, Hemodinâmica, Medicina Nuclear e etc. Por fim, o Hospital Santa Marcelina possui também um serviço de emergência preparado para receber casos graves e referenciados pelo próprio poder público. Conta ainda com o apoio de um Heliponto, construído em 2003, que possibilita ao Serviço de Resgate Aéreo da Polícia Militar do Estado de São Paulo direcionar parte significativa dos resgates aéreos ao referido Hospital.

A expansão física e tecnológica do Hospital, aliada à consolidação do SUS, garantido pela Constituição de 1988, e a forte vocação das Irmãs de Santa Marcelina para atender a população de forma universal e igualitária fizeram com que o Hospital Santa Marcelina se consolidasse como um dos pilares do SUS, na Cidade de São Paulo, compartilhando tal condição com instituições renomadas como o Hospital das Clínicas de São Paulo, a Santa Casa de Misericórdia de São Paulo e o Hospital São Paulo.

Atualmente, o Hospital Santa Marcelina é classificado como Hospital de Referência Quartenária, apto a realizar atendimentos de alta complexidade em diversas áreas da medicina, e destina cerca de 87% de sua capacidade operacional aos pacientes do SUS.

Em 1996, o Hospital foi convidado a ampliar sua atuação no SUS, aceitando o desafio de, em parceria com o Governo do Estado de São Paulo, implantar o Programa de Saúde da Família (PSF), naquela ocasião denominado “QUALIS”. Semelhante desafio atendia ao anseio das Irmãs de Santa Marcelina de atuar, não apenas na área hospitalar, mas também na atenção primária à saúde, como meio de reduzir os agravos à saúde e proporcionar à população melhor qualidade de vida.

Tal convênio foi o início de uma promissora e exitosa parceria com o poder público. Em 1998, com a aprovação da Lei Complementar nº 846, de 04 de junho de 1998, o Hospital foi qualificado como Organização Social de Saúde pelo Estado de São Paulo. Esta qualificação possibilitou a celebração de contratos de gestão e a ampliação das atividades no SUS. O primeiro contrato de gestão foi celebrado em junho de 1998 e teve como objeto a gestão do Hospital Geral de Itaim Paulista, hoje denominado Hospital Geral Santa Marcelina de Itaim Paulista. Desde então, outros dois contratos de gestão já foram celebrados e a gestão do referido hospital está sob a responsabilidade da Associação há dezenove anos, e vem sendo executada em conformidade com as diretrizes e metas estabelecidas no contrato de gestão. No ano de 2000, foi a vez do Hospital Geral de Itaquaquecetuba, cuja gestão foi confiada à Associação mediante a celebração de contrato de gestão, o que vem ocorrendo até os dias atuais. Por fim, no ano de 2007, o então ambulatório do Hospital Santa Marcelina de Itaquera, foi transformado

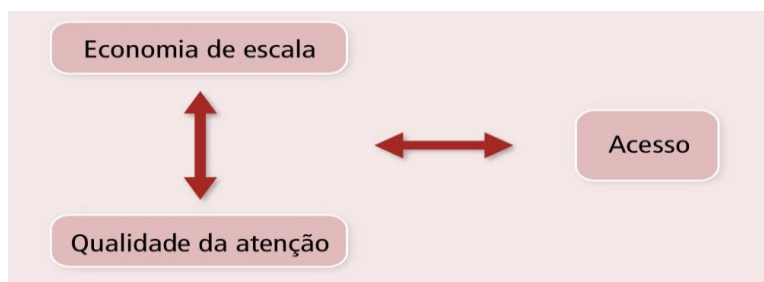
no Ambulatório Estadual de Especialidades Médicas da Zona Leste – AME, passando a ser gerido em parceria com o Governo Estadual, mediante contrato de gestão.

Com o Município de São Paulo, a partir de 2001 a Associação celebrou vários convênios que possibilitaram a ampliação do Programa de Saúde da Família – PSF, e com a aprovação da Lei Municipal nº 14.132 de 24 de janeiro de 2006, a Associação foi qualificada como Organização Social, o que possibilitou a celebração dos contratos de gestão que têm como objeto as seguintes unidades de saúde: Hospital Cidade Tiradentes, Microrregião Cidade Tiradentes/Guaianases, Microrregião Itaim Paulista e o Lote III composto pelo Pronto Atendimento Dra. Glória Rodrigues Santos Bonfim, Pronto Atendimento Atualpa Girão Rabelo e Pronto Socorro Municipal Julio Tupy. Além disso, foram celebrados convênios para as unidades de Assistência Médica Ambulatorial – AMA e Residência Terapêutica (SANTA MARCELINA, 2015).

Em parceria com o Governo Federal, em novembro de 2011, iniciou o Programa SOS Emergência do Ministério da Saúde. Este programa consiste em uma ação estratégica para qualificação da gestão e do atendimento em grandes hospitais que atendem pelo SUS. A iniciativa integra a Rede Saúde Toda Hora com o objetivo de promover o enfrentamento das principais necessidades dos hospitais selecionados a saber: qualificar a gestão; ampliar o acesso aos usuários em situações de urgências, e garantir atendimento ágil, humanizado e com acolhimento (SANTA MARCELINA, 2017).

Observa-se que no território Cidade Tiradentes as RASs têm de incorporar, como um ponto central, o critério do acesso. Assim, o desenho das redes de atenção à saúde faz-se combinando, dialeticamente, de um lado, a economia de escala e a qualidade dos serviços e, de outro, o acesso aos serviços de saúde, conforme Figura 07.

**Figura 7** - A lógica de desenho dos componentes das redes de atenção à saúde nos territórios sanitários.



Fonte: MENDES, 2008.

A situação ótima nas redes de atenção à saúde é dada pela concomitância de economias de escala e de serviços de saúde de qualidade e acessíveis prontamente aos cidadãos. Quando ocorrer como costuma acontecer em regiões de baixa densidade demográfica, o conflito entre escala e acesso, prevalecerá, sempre, o critério do acesso. Desse modo do ponto de vista prático, em determinadas algumas regiões brasileiras, alguns territórios sanitários estarão definidos por populações subótimas. Inclusibe, certos serviços operarão em deseconomias de escala porque não se pode sacrificar o direito do acesso aos serviços de saúde a critérios econômicos.

O desenho da RAS Santa Marcelina obedece especificamente aos dois conceitos básicos, conforme nos ensina Borzel (1997). As redes são relações não hierárquicas de compartilhamento de objetivos comuns entre vários atores, com troca de recursos entre si, no suposto de que a cooperação é a melhor forma de alcançar esses objetivos.

Nas Redes de Atenção a Saúde, a concepção de hierarquia é substituída pela de poliarquia e o sistema organiza-se sob a forma de uma rede horizontal de atenção à saúde. Assim, nas redes de atenção à saúde não há uma hierarquia entre os diferentes pontos de atenção à saúde, mas a conformação de uma rede horizontal de pontos de atenção à saúde de distintas densidades tecnológicas e seus sistemas de apoio, sem ordem e sem grau de importância entre eles (OLIVEIRA et al., 2004).

Todos os pontos de atenção à saúde são igualmente importantes para que se cumpram os objetivos das redes de atenção à saúde; apenas se diferenciam pelas densidades tecnológicas que os caracterizam. Vistas de outra forma, as organizações hierárquicas ou piramidais corresponderiam às redes em árvore que se caracterizam pela limitação das conexões entre seus diversos ramos e onde predominam os fluxos hierárquicos, de um centro menor para seu superior e, não havendo caminhos alternativos, podem ocorrer pontos de estrangulamento, impedindo o acesso da população aos níveis superiores da hierarquia. Ao contrário, as redes poliárquicas ou redes em malha, em que cada nó se liga a vários outros, permitem percorrer caminhos variados entre esses nós de forma que os diversos ramos estão interconectados (OLIVEIRA et al., 2004).

Além da Casa de Saúde Santa Marcelina, os demais serviços que compõem a Rede de Atenção à Saúde Santa Marcelina e que estão relacionados ao modelo organizacional do SUS são explorados e terão suas características e padrões de atuação e efetividade abordados, seja para análise da perspectiva de acesso do usuário junto à entrada do sistema, isto é, na Atenção Primária a Saúde, bem como nas unidades em que se é realizada a assistência hospitalar, ambulatorial ou ainda integradas aos serviços de urgência e emergência.

A preocupação do poder público com o tema acesso, especialmente no território da Cidade Tiradentes, está consignado no trecho adiante descrito, considerando se tratar de fonte que retrata o perfil socio-político demográfico da região por meio da Prefeitura do Município de São Paulo, sobre o território em análise:

“De maneira geral, o Acesso a Serviços e Equipamentos Públicos na Subprefeitura é precário, insuficiente frente às necessidades de Cidade Tiradentes, tendo sido constatadas demandas específicas por unidades básicas de saúde (UBS), creches (CEI), equipamentos de lazer e esportes e, em especial, por atividades e programas referentes à assistência social, principalmente por tratar-se de território em que considerável parcela populacional encontra-se em situação de alta vulnerabilidade social. Um dos aspectos positivos referentes ao tema é a existência de equipamentos culturais e parques distribuídos e a homogeneidade com que os mesmos estão distribuídos pelo território. Contudo, é importante a ampliação de sua capacidade de atendimento, pela melhoria nas condições de acesso, por exemplo, pela melhoria na conectividade viária e sistema de transporte público, adequação de calçadas, implantação de mobiliários urbanos, iluminação pública de qualidade e arborização de vias” (CIDADE TIRADENTES, 2016, p. 16).

Assim pelo rol de serviços que mantém sob sua gestão, pela clientela que está sob sua responsabilidade epidemiológica com conhecimento do território em sua área de influência e abrangência, em setembro de 2015, as antigas Microrregiões deram lugar às RASTS10 e RASTS11 –que simbolizam as Redes Assistenciais dos Supervisões Técnicas de Saúde de São Miguel Paulista e do Itaim Paulista, bem como de Itaquera, Cidade Tiradentes e Guaianases, onde estão as 49 modalidades de serviços.

### **5.3 Caracterização da saúde na RAS Santa Marcelina: equipamentos, programas e demandas**

A Rede de Atenção à Saúde Santa Marcelina, reconhecida por sua experiência e importância, diante dos serviços prestados e pela *expertise* técnica comprovada e acumulada ao longo dos mais de 58 anos de atuação, encontra-se habilitada, credenciada e definitivamente aprovada pelo poder público nas três esferas governamentais federal, municipal e estadual, para realizar as ações em parceria para o desenvolvimento dos serviços de saúde nas localidades em que atua.

Para o estudo foram considerados os pontos principais da pesquisa apenas os serviços situados, especificamente na Cidade de São Paulo, Zona Leste II e no território de Cidade Tiradentes, pertencentes à Rede de Atenção a Saúde Santa Marcelina, que conforme demonstrado, situa-se contratualmente na RASTS11 (Quadro 10), para o que devemos

considerar inicialmente as prefeituras regionais da própria Cidade Tiradentes, Guaianases e Itaquera, com a composição de área a população, adiante descritos, o quadro evidencia o perfil populacional e de densidade demográfica das prefeituras regionais que compõem a RASTS 11.

**Quadro 10** - Perfil populacional e de densidade demográfica das prefeituras regionais que compõem a RASTS 11.

<b>Prefeituras Regionais</b>	<b>Distritos</b>	<b>Área (km<sup>2</sup>)</b>	<b>População (2016)</b>	<b>Densidade Demográfica (Hab/km<sup>2</sup>)</b>
Cidade Tiradentes	Cidade Tiradentes	15,00	211.501	14.100
Guaianases	Lajeado	9,20	103.996	12.093
	Guaianazes	8,60	164.512	17.882
	<b>TOTAL</b>	<b>17,80</b>	<b>268.508</b>	<b>15.085</b>
Itaquera	Cidade Líder	10,20	126.597	12.411
	Itaquera	14,60	204.871	14.032
	José Bonifácio	14,10	124.122	8.803
	Parque do Carmo	15,40	68.258	4.432
	<b>TOTAL</b>	<b>54,30</b>	<b>523.848</b>	<b>9.647</b>

**Fonte:** Elaborado pelo Autor, 2019.

Segundo o caderno de propostas dos planos regionais das SubPrefeituras confeccionada pela (Prefeitura do Município de São Paulo e publicado em 2018), sobre os Serviços de Saúde, Cidade Tiradentes possui 1 Unidade Básica de Saúde (UBS) para cada 20.000 habitantes.

A Subprefeitura Cidade Tiradentes, desde 2000, tem buscado superar o índice apresentado pelo Município (1UBS/25.000habitantes). Contudo, ainda há a necessidade de novas UBSs na Subprefeitura, em especial em setores de maior densidade evulnerabilidade social. Sobre os serviços oferecidos pelo SUS, a Subprefeitura apresentou o índice de 1,05 leito SUS/1.000 habitantes, em 2010, um valor muito abaixo da quando comparada a média apresentada pelo Município no mesmo ano (1,61 leito SUS/1.000 habitantes). O Hospital Municipal Cidade Tiradentes (Figura 8), inaugurado em 2007, é o principal equipamento público de saúde da região. Ele é gerido por meio de contrato de gestão pela Casa de Saúde Santa Marcelina (Quadros 12 e 13) que pertence ao território em destaque.

**Figura 8** - Fachada do Hospital Municipal Cidade Tiradentes, perspectiva interna.

**Fonte:** CIDADE TIRADENTES, 2007.

Nota-se que, na maioria dos indicadores que evidenciam o acesso (Quadro 11), conforme exposto na produção hospitalar, houve o aumento do contato dos usuários com os serviços disponibilizados pelo Hospital, o que demonstra um elevado índice de resolutividade do serviço no território, de forma a absorver a demanda. Tendência semelhante pode ser observada para os serviços especializados de imagem, que em grande parte elevou sua participação junto aos usuários, de acordo com o Quadro 12.

Nesta seara, o que é prejudicial à manutenção das metas e indicadores é o absenteísmo, ou seja, as ausências, as faltas às consultas, aos exames e aos procedimentos previamente agendados.

**Quadro 11** - Série Histórica de Produção do Hospital Cidade Tiradentes, de 2008 ao terceiro trimestre de 2018.

Produção	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018 Jan a Set
Internação	10.465	14.611	15.189	13.280	13.962	14.082	13.784	13.898	16.035	16.168	13.006
Ambulatório	**	20.418	19.510	13.398	11.842	10.235	9.085	6.962	12.248	20.747	15.943
Pronto Socorro	240.899	234.690	234.774	199.359	192.784	198.681	182.134	183.056	180.777	195.308	152.953
Cirurgias	3.406	5.585	5.552	4.427	4.167	4.232	4.248	3.466	5.526	5.756	4.868
Partos	2.780	3.203	3.743	3.005	3.448	3.744	3.860	4.041	3.791	3.663	2.783

**Fonte:** Elaborado pelo Autor, 2019.

**Quadro 12 - Série Histórica de Exames de imagem do Hospital Cidade Tiradentes, de 2008 ao terceiro trimestre de 2018.**

SADT	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018 Jan a Set
<b>Patologia Clínica</b>	268.561	380.388	408.980	376.893	396.180	428.116	420.884	440.182	485.559	490.082	398.499
<b>Anatomia Patológica</b>	1.604	3.101	3.432	2.008	1.510	1.326	1.812	1.947	3.042	2.962	2.338
<b>Radiologia</b>	81.719	96.313	93.521	86.076	82.120	84.379	71.340	68.685	82.095	84.769	63.487
<b>Tomografia</b>	5.626	8.780	8.717	10.811	12.012	13.123	13.008	14.067	13.245	15.893	13.262
<b>Ultrassonografia</b>	14.855	17.888	17.322	17.232	18.913	17.213	17.259	17.905	19.270	20.176	14.584
<b>Ecocardiograma</b>	2.190	2.737	3.326	3.397	3.218	3.349	3.493	3.331	3.448	3.381	2.541
<b>Mamografia</b>	5.933	5.076	6.237	5.302	5.673	5.300	4.631	4.530	4.329	4.200	3.278
<b>Endoscopia</b>	5.663	6.743	7.191	7.137	6.951	6.397	6.043	6.290	6.379	6.020	5.074

**Fonte:** Elaborado pelo Autor.

Embora consiga congrega grande parte dos exames disponibilizados para a realização pelos pacientes do próprio serviço e, portanto, também pertencentes à Rede de Saúde Santa Marcelina, o território possui grande característica de fluxo migratório entre os serviços, fazendo com o que o plano de continuidade para garantia da integralidade da assistência esteja desarticulado. O fluxo migratório, ocorre quando a tentativa de acesso do usuário no serviço originário é frustrada, de maneira que o mesmo inicia sua busca por outro serviço, de mesma modalidade ou não, até que seja alcançado o intento de ser atendido.

### **5.3.1 Atendimento aos principais programas de Atenção Básica de Saúde no território em estudo**

A produção da rede de atenção para as unidades geridas pela Organização Social de Saúde Santa Marcelina mostrou, para o ano de 2017, o seguinte quadro resumido por tipo de serviço (Tabela 2). A Atenção Básica presta atendimento à população do entorno das Unidades dentro dos limites compreendidos como área de abrangência; ainda que não seja restritiva esta delimitação, pois moradores de outras áreas acabam utilizando o acesso a todos os serviços, esta circunscrição territorial serve como base de apoio para o planejamento e instalação de modalidades de atendimentos e dimensionamento da capacidade a ser ofertada para a população.



**Tabela 2** - Dados de população dos territórios das Redes de Saúde 10 e 11, em 2017.

Supervisão Técnica		Mulheres	Homens	Total	Área Km <sup>2</sup>	Habitantes por Km <sup>2</sup>
RASTS 10	Itaim Paulista	108.164	98.369	206.533	21,60	9.562
	São Miguel Paulista	78.225	70.325	148.550	26,05	5.702
	<b>Subtotal</b>	<b>186.389</b>	<b>168.694</b>	<b>355.083</b>	<b>47,65</b>	<b>15.264</b>
RASTS 11	Itaquera	60.345	54.269	114.614	55,07	2.081
	Guaianases	66.483	60.964	127.447	17,78	7.168
	Cidade Tiradentes	61.403	54.772	116.175	14,93	7.781
	<b>Subtotal</b>	<b>188.231</b>	<b>170.005</b>	<b>358.236</b>	<b>87,78</b>	<b>17.030</b>
<b>TOTAL</b>		<b>374.620</b>	<b>338.699</b>	<b>713.319</b>	<b>135,43</b>	<b>32.294</b>

**Fonte:** Ministério da Saúde / DATASUS / Sistema de Informação Ambulatorial.

Um dado importante, considerando que a população de Cidade Tiradentes é de cerca de 200 mil habitantes, cerca de 32 % dos usuários presentes ao território são cadastrados em unidades com estratégia saúde da família e os demais estão assistidos por outros serviços, cujas modalidades apesar de também estarem presentes no território, estão relacionadas a consultas, exames e procedimentos por meio de geração de demanda espontânea (aquela não agendada previamente), o que justifica o fluxo migratório entre os serviços e a possibilidade de grande parte da população deste território, não obedecer a hierarquização imposta pelo Sistema Único de Saúde.

Entre os programas de saúde e ações decorrentes das políticas públicas preconizadas pelo Ministério da Saúde e executadas no âmbito da municipalidade, há a Atenção Básica prestada por meio da Estratégia de Saúde da Família, que tem a proposta de atuar no território realizando planejamento e programação com base no diagnóstico situacional e tendo como foco a família e a comunidade. A proposta do modelo de atenção é seguir realizando periodicamente o cadastramento domiciliar; diagnóstico situacional, e as ações dirigidas aos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade onde atua, buscando o cuidado dos indivíduos e das famílias ao longo do tempo, mantendo sempre postura pró-ativa frente aos problemas de saúde-doença da população.

As unidades de saúde com as equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) realizam, ações de promoção ao meio ambiente junto à comunidade por meio de atividades desenvolvidas por Agentes de Promoção Ambiental (APA).

Observam-se a tabela abaixo os dados de produção das unidades com ESF (Tabela 3).

**Tabela 3** - Dados de produção das unidades com Estratégia Saúde da Família (Janeiro a Dezembro de 2017).

Supervisão Técnica		Atendimentos	Procedimentos	Grupo	Visita ACS
RASTS 10	Itaim Paulista	388.215	493.126	26.820	768.656
	São Miguel Paulista	234.435	224.532	9.964	407.360
	<b>Subtotal</b>	<b>622.650</b>	<b>717.658</b>	<b>36.784</b>	<b>1.176.016</b>
RASTS 11	Itaquera	261.511	271.903	11.304	378.254
	Guaianases	225.861	220.088	8.258	437.006
	Cidade Tiradentes	188.566	267.825	7.647	389.564
	<b>Subtotal</b>	<b>675.938</b>	<b>759.816</b>	<b>27.209</b>	<b>1.204.824</b>
<b>TOTAL</b>		<b>1.298.588</b>	<b>1.477.474</b>	<b>63.993</b>	<b>2.380.840</b>

**Fonte:** Ministério da Saúde / DATASUS / Sistema de Informação Ambulatorial.

Tratando-se de números absolutos, é relevante observar o volume de consultas, exames e procedimentos realizados no território Cidade Tiradentes, pois tal informação confirma a produção e realização das políticas públicas de saúde a partir das unidades de saúde com clientela adscrita, isto é, restrita. Proporcionalmente ao número de atendimentos realizados, se comparados aos outros territórios, é expressiva a quantidade de grupos de atendimento coletivo e visitas realizadas pelos agentes comunitários de saúde, como se observa na Tabela 3.

Outro programa é o AMA/UBS integrada. Nota-se que com a extinção do modelo das Amas (Assistência Média Ambulatorial) pelo município houve a integração destes serviços nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) tradicionais que passaram a ter uma nova nomenclatura: AMA / UBS Integrada. Além do atendimento das demandas do dia, procedimento típico das Amas extintas, o novo modelo passa a desenvolver ações e atividades nas linhas de cuidado, segundo o ciclo de vida: saúde da criança e do adolescente, saúde do adulto, saúde da mulher e saúde da pessoa idosa. Dessa forma, são ofertados os atendimentos básicos em Pediatria, Ginecologia, Clínica Geral, Enfermagem e Odontologia.

No ano de 2017 foram realizados um total de 1.142.014 atendimentos, sendo 910.910 procedimentos e 41.301 de Grupos de atendimento coletivo (Tabela 4).

**Tabela 4** - Dados de produção das unidades AMA/UBS  
(Janeiro a Dezembro de 2017).

	Supervisão Técnica	Atendimentos	Procedimentos	Grupo
RASTS 10	Itaim Paulista	21.317	2.950	2.950
	São Miguel Paulista	104.971	53.372	216
	<b>Subtotal</b>	<b>126.288</b>	<b>56.322</b>	<b>3.166</b>
RASTS 11	Itaquera	194.424	83.733	2.030
	Guaianases	321.582	364.651	4.144
	Cidade Tiradentes	499.720	406.164	31.961
	<b>Subtotal</b>	<b>1.015.726</b>	<b>854.588</b>	<b>38.135</b>
	<b>TOTAL</b>	<b>1.142.014</b>	<b>910.910</b>	<b>41.301</b>

**Fonte:** Ministério da Saúde / DATASUS / Sistema de Informação Ambulatorial.

Em números absolutos, a produção das unidades básicas de saúde situadas no território de Cidade Tiradentes acompanha uma tendência de crescimento, pois em média responde por cerca de 49% do total na RASTS 11, bem maior que nos outros distritos que a compõem. E somente ela, é cerca de quatro vezes maior que o total da RASTS 10, o que reflete uma grande adesão, assim como se verificou nos serviços com Estratégia Saúde da Família (ESF), com a única diferença que, na tabela acima, estamos tratando de clientela espontânea.

As unidades de pronto atendimento são estabelecimentos de saúde de complexidade intermediária entre as Unidades Básicas e as Unidades Hospitalares que integram a Rede de Urgência e Emergência e tem funcionamento de 24 horas, de segunda a domingo. São estruturados para prestar atendimento às situações de urgência e emergência, devendo garantir todas as manobras de sustentação à vida, com condições de dar continuidade à assistência no local, ou em outro nível de atendimento referenciado, segundo as diretrizes dos órgãos reguladores da Urgência.

Para as ações e procedimentos do atendimento de urgência, as de Pronto Atendimento dispõem de serviços de apoio diagnóstico (SADT): raio-X, eletrocardiografia, exames de laboratório clínico, leitos para observação, sala de emergência.

No ano de 2017 foram realizados 677.312 atendimentos e 738.569 procedimentos nas unidades de Urgência e Emergência (Tabela 5) entre janeiro e dezembro de 2017.

**Tabela 5** - Dados de produção das unidades de Urgência e Emergência, (de Janeiro a Dezembro de 2017).

<b>RASTS 10 e 11</b>	<b>Atendimentos</b>	<b>Procedimentos</b>
UPA III 26 de Agosto	194.153	249.821
PA Glória Rodrigues dos Santos Bonfim	168.579	150.884
Pronto Socorro Municipal Júlio Tupy	171.791	131.789
PA Municipal Dr. Atualpa Girão Rabelo	142.789	206.075
<b>TOTAL</b>	<b>677.312</b>	<b>738.569</b>

**Fonte:** Ministério da Saúde / DATASUS / Sistema de Informação Ambulatorial.

Exatamente cerca de 50% do total de atendimentos realizados nas RASTS 10 e 11, são de responsabilidade das demandas oriundas do Pronto Atendimento Glória Rodrigues dos Santos Bonfim e Pronto Socorro Municipal Júlio Tupy, ambas situadas no território de Cidade Tiradentes, o que caracteriza a força e representatividade destes serviços junto a seu público de interesse.

O terceiro programa avaliado no âmbito desta pesquisa foi a Atenção Psicossocial Especializada e o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são serviços de saúde de caráter aberto e comunitário constituídos por equipe multiprofissional que atua sob a ótica interdisciplinar e realiza prioritariamente atendimento às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e às pessoas com sofrimento ou transtorno mental em geral, incluindo aquelas com necessidades de correntes do uso de crack, álcool e outras drogas, em sua área territorial, sejam em situações de crise ou nos processos de reabilitação psicossocial substituindo o modelo asilar.

As práticas dos CAPS são realizadas em ambiente de “portas abertas”, acolhedor e inserido nos territórios das cidades, dos bairros, acompanhando o usuário, em sua história, cultura, projetos, e vida cotidiana, ultrapassam, necessariamente, o espaço do próprio serviço, implicando as redes de suporte social e os saberes e recursos dos territórios.

Algumas das ações dos CAPS são realizadas em coletivos, em grupos, outras são individuais, outras destinadas às famílias, outras são comunitárias, e podem acontecer no espaço do CAPS e/ou nos territórios, nos contextos reais de vida das pessoas.

No ano de 2017 foram realizados um total de 57.179 de atendimentos e 32.735 procedimentos nas unidades de saúde mental (Tabela 6).

**Tabela 6 -** Dados de produção das unidades de saúde mental – CAPS, somatória do período de Janeiro a Dezembro de 2017.

	<b>Unidade</b>	<b>Atendimentos</b>	<b>Procedimentos</b>
<b>RASTS 10</b>	CAPS Adulto II Itaim Paulista	12.439	9.335
	CAPS Infantil II Itaim Paulista	1.741	239
<b>RASTS 11</b>	CAPS AD II Guaianases	9.620	6.016
	CAPS Adulto II Guaianases Artur Bispo	8.467	--
	CAPS II Adulto Cidade Tiradentes	17.146	15.454
	CAPS Infantil II Cidade Líder	1.655	274
	CAPS Infantil II Guaianases	6.111	1.417
<b>TOTAL</b>		<b>57.179</b>	<b>32.735</b>

**Fonte:** Ministério da Saúde / DATASUS / Sistema de Informação Ambulatorial.

O acesso aos pacientes de saúde mental no território de Cidade Tiradentes, corresponde a 30% do total de vagas disponibilizadas e atendimentos prestados, confirmando sua relevância, no que se refere ao acesso dessa clientela aos procedimentos, estes correspondem a cerca de 47 % do total daquilo que é mensalmente realizado, em média.

Em relação à atenção especializada, foram analisadas os programas do Ambulatório de Especialidades –AE, do Centro de Especialidades Odontológicas –CEO, do Centro de Reabilitação –CER, e do Núcleo Integrado de Reabilitação –NIR e o Núcleo Integrado de Saúde Auditiva –NISA. Nota-se que os Ambulatórios de Especialidades (AE) e AMA-E são unidades de saúde que prestam atendimento em especialidades médicas, específicas para cada território, referenciados da rede básica ambulatorial, e, ocasionalmente, da rede hospitalar. Compõem em conjunto com as demais unidades da rede, os arranjos organizativos das 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. As ações e serviços do ambulatório de especialidades consistem em primeiro atendimento e em consultas subsequentes nas especialidades definidas e procedimentos de baixa/média complexidade, bem como exames específicos das áreas. Esses serviços utilizarão os sistemas de agendamento definidos por SMS (Serviço de Mensagem Curta), além de atender aos sistemas de regulação central e regional.

No ano de 2017 foram realizados 141.436 atendimentos e 41.476 de procedimentos nas Unidades Médicas (Tabela 7).

**Tabela 7** - Dados de produção das unidades de Especialidades Médicas (Janeiro a dezembro de 2017).

<b>RASTS 10 e 11</b>	<b>Atendimentos</b>	<b>Procedimentos</b>
AE São Carlos CEO	47.177	29.379
AMA Especialidades Itaquera	50.366	7.066
Hora Certa Itaim Paulista	43.893	5.031
<b>TOTAL</b>	<b>141.436</b>	<b>41.476</b>

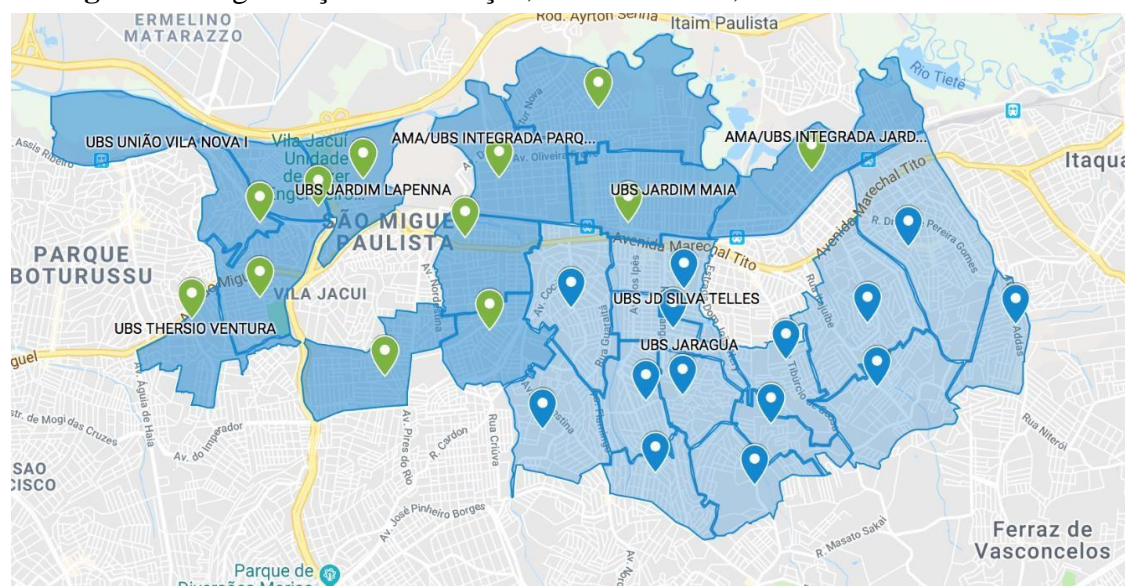
**Fonte:** Ministério da Saúde / DATASUS / Sistema de Informação Ambulatorial.

O ambulatório de especialidades, centro de especialidades odontológicas em Cidade Tiradentes, responde por 33% do total das vagas disponibilizadas aos usuários o que é relevante do ponto de vista da caracterização do acesso.

Os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) são estabelecimentos de saúde que prestam atenção especializada em odontologia. Tais centros de Especialidades Odontológicas oferecem à população serviços como detecção do câncer de boca, atendimento a portadores de necessidades especiais, prótese odontológica, entre outros serviços.

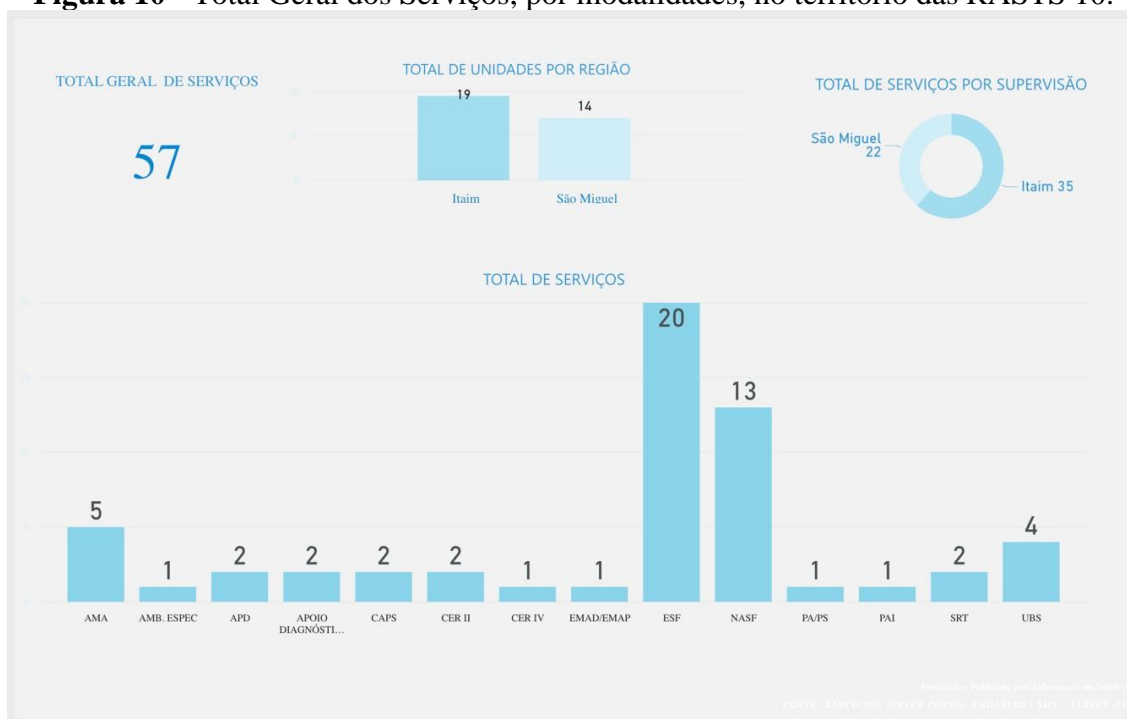
De um modo geral, todos os programas e serviços são territorializados tal como distribuído nas (Figuras 9, 10, 11, 12 e 13).

**Figura 9** - Organização dos serviços, AMA's e UBS, no território das RASTS 10.



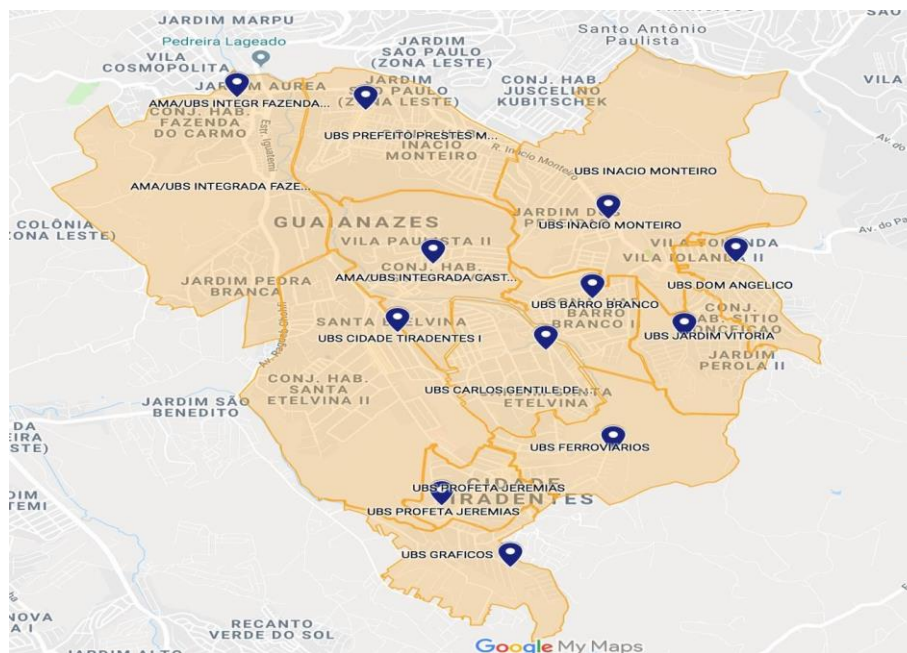
**Fonte:** SANTA MARCELINA, 2018.

**Figura 10 - Total Geral dos Serviços, por modalidades, no território das RASTS 10.**



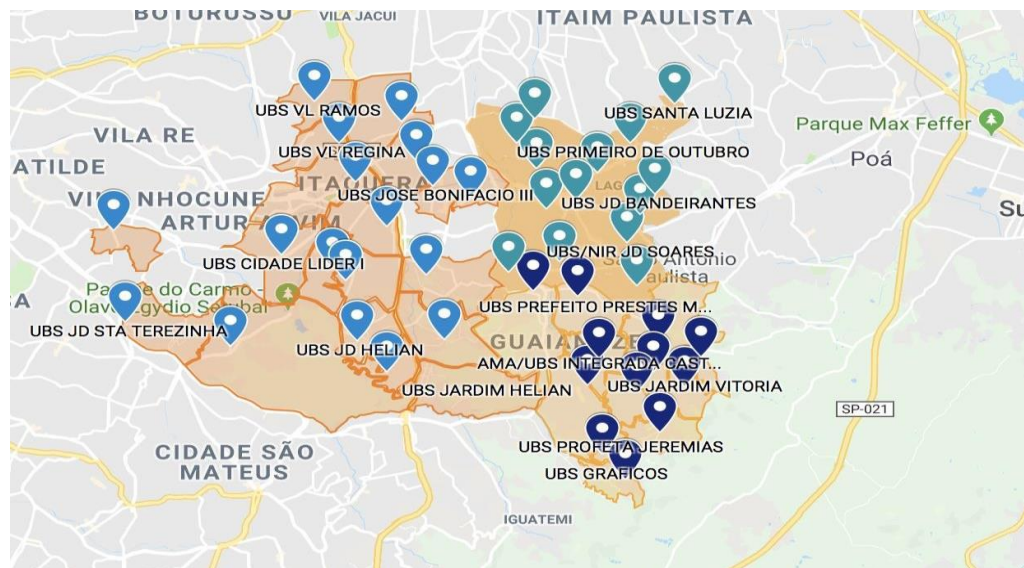
Fonte: SANTA MARCELINA, 2018.

**Figura 11 - Organização dos serviços, AMA's e UBS, no território das RASTS 11.**



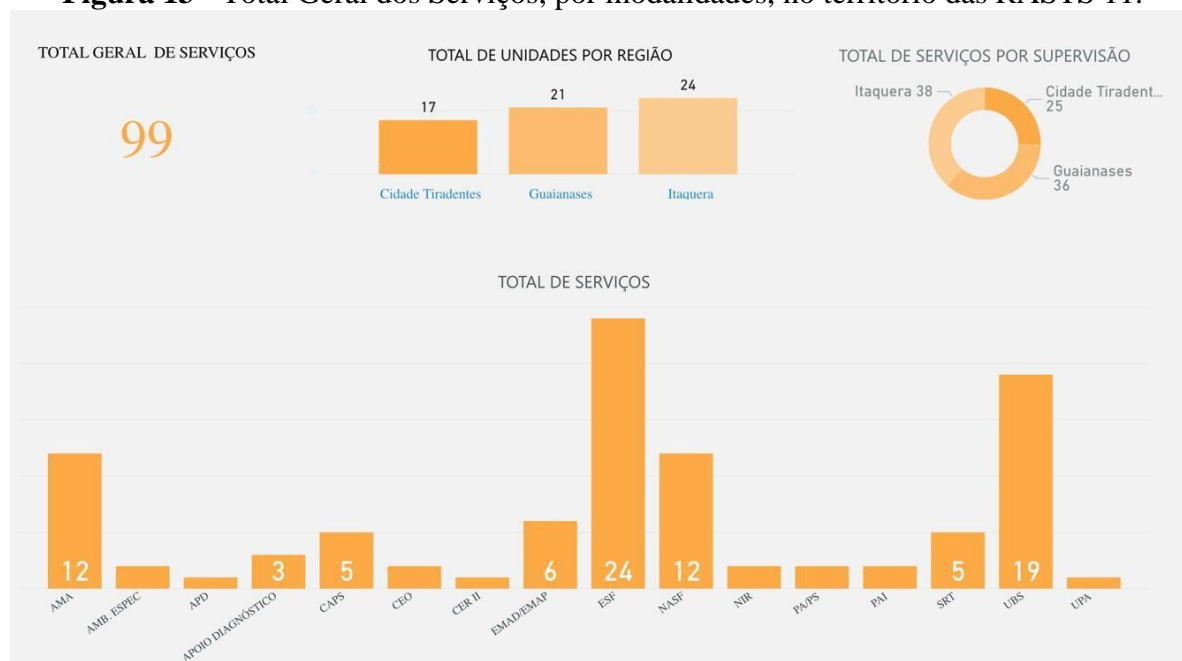
Fonte: SANTA MARCELINA, 2018.

**Figura 12 - Detalhamento do Perfil dos Serviços, por modalidades, no território das RASTS 11.**



Fonte: SANTA MARCELINA, 2018.

**Figura 13 - Total Geral dos Serviços, por modalidades, no território das RASTS 11.**



Fonte: SANTA MARCELINA, 2018.

A tabela 8 demonstra alocação de mão de obra em serviços e outras informações que são relevantes como fonte secundária para a caracterização do território Cidade Tiradentes.



**Tabela 8** - Recursos Humanos, Médicos e Não Médicos alocados nas modalidades de serviços da atenção primária à saúde (APS).

Descrição	RASTS 10 são Miguel e Itaim Paulista	RASTS 11 Itaquera, Cidade Tiradentes e Guaianases	Total
Ama 12 horas	330	653	<b>983</b>
Ama Especialidades	-	80	<b>80</b>
Ambulatório de Especialidades	-	60	<b>60</b>
Centro de Atenção Psicossocial	75	160	<b>235</b>
Centro Especializado em Odontologia	0	49	<b>49</b>
Centro Especializado em Reabilitação	90	-	<b>90</b>
Equipe Multidisciplinar de Atenção Domiciliar	10	81	<b>91</b>
Estratégia Saúde da Família	1.131	1.121	<b>2.252</b>
Hospital Dia Rede Hora Certa	100	-	<b>100</b>
Institucional	138	181	<b>319</b>
Mista	369	432	<b>801</b>
Núcleo de Apoio à Saúde da Família	93	87	<b>180</b>
Núcleo Integrado de Reabilitação	-	25	<b>25</b>
Núcleo Integrado em Saúde Auditiva	-	16	<b>16</b>
Programa de Atenção ao Idoso	17	34	<b>51</b>
Pronto Atendimento	153	169	<b>322</b>
Pronto Socorro	-	212	<b>212</b>
Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico	9	8	<b>17</b>
Serviço de Atenção ao Portador de Deficiência	33	21	<b>54</b>
Serviço Residencial Terapêutico	25	61	<b>86</b>
Tradicional	53	762	<b>815</b>
Unidade de Pronto Atendimento	-	247	<b>247</b>
<b>TOTAL GERAL</b>	<b>2.626</b>	<b>4.459</b>	<b>7.085</b>

**Fonte:** Ministério da Saúde / DATASUS / Sistema de Informação Ambulatorial.

Se comparados aos recursos humanos alocados fora do território (RASTS 10), no computo geral a mão de obra trabalhadora dedicada à atenção primária à saúde na região de Cidade Tiradentes, equivale a 63% do total das modalidades que compõem a APS, isto é, grande parte dos profissionais está contratado pelo parceiro Casa de Saúde Santa Marcelina e labora na execução de políticas públicas no território diante da modalidade dos serviços prestados. Embora todos os recursos humanos acima listados correspondam aos respectivos vínculos de funcionários da Rede de Saúde Santa Marcelina, observa-se no quadro 8, que na região RASTS11, é que há a maior concentração de força de trabalho para atendimento a demanda do

Sistema Único de Saúde no território objeto de estudo. Assim, complementa-se também, o rol de justificativas diante das quais evidenciou-se a possibilidade de realizar uma análise mais detalhada e rica quanto aos dados e informações a serem evidenciadas, para fins do objeto de estudo na presente tese.

## 6 RECURSOS HUMANOS (MÉDICOS E NÃO MÉDICOS), PROGRAMAS E UNIDADES DE SAÚDE

### 6.1 Pessoal não médico

Para o pessoal médico e não médico (Tabelas 9 e 10) alocado no Hospital da região, também sob a gestão da instituição Casa de Saúde Santa Marcelina, a mão de obra, embora proporcionalmente menor que as demais obras, absorve a demanda em virtude do preparo e capacitação para esse perfil de serviço.

**Tabela 9** - Recursos Humanos não médicos, alocados nas modalidades de serviços hospitalares.

Hospital	Cidade Tiradentes
Administração	41
Enfermeiros	101
Técnico de Enfermagem	234
Auxiliar de Enfermagem	228
Outros de Enfermagem	20
SADT	74
Serviço de Nutrição	50
Limpeza e Higienização	78
Processamento de Roupa	28
Serviço de Manutenção	15
Serviço de Apoio	40
Serviço de Farmácia/ Almox.	54
Serviço de Faturamento	8
Serviço Prontoário Paciente	8
Serviços Administrativos e Recepção	166
<b>Total</b>	<b>1.145</b>

**Fonte:** Ministério da Saúde / DATASUS / Sistema de Informação Ambulatorial.

**Tabela 10** - Recursos Humanos de mão de obra médica, alocados nas modalidades de serviços hospitalares.

Hospital	Cidade Tiradentes
Médico CLT	209
Médico Autônomo	44
Médico Residente	-
Médico Terceiro	81
Estagiários	-
Internato 6 <sup>o</sup> Ano de Medicina	-
<b>Total</b>	<b>334</b>

**Fonte:** Ministério da Saúde / DATASUS / Sistema de Informação Ambulatorial.

## 6.2 Pessoal médico

A produção da rede de atenção para as unidades geridas pela Organização Social de Saúde Santa Marcelina mostrou para o ano de 2017 que a Atenção Básica propicia atendimento à população do entorno das Unidades dentro dos limites compreendidos como área de abrangência; ainda que não seja restritiva esta delimitação pois moradores de outras áreas acabam utilizando o acesso a todos os serviços, esta circunscrição territorial serve como base de apoio para o planejamento e instalação de modalidades de atendimentos e dimensionamento da capacidade a ser ofertada para a população.

O outro programa analisado foi a Estratégia Saúde da Família (ESF). A Atenção Básica prestada por meio da Estratégia de Saúde da Família, tem a proposta de atuar no território realizando planejamento e programação, desenvolvidos com base no diagnóstico situacional e tendo como foco a família e a comunidade. A proposta do modelo de atenção é seguir realizando periodicamente cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional, ações dirigidas aos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade onde atua, buscando o cuidado dos indivíduos e das famílias ao longo do tempo, mantendo sempre postura proativa frente aos problemas de saúde-doença da população.

As unidades de saúde com equipes de ESF realizam também, ações de promoção ao meio ambiente junto à comunidade por meio de atividades desenvolvidas por Agentes de Promoção Ambiental (APA).

### 6.2.1 AMA/UBS integrada

Com a extinção do modelo das AMAS (Assistência Média Ambulatorial) pelo município de São Paulo houve a integração destes serviços nas Unidades Básicas de Saúde(UBS) tradicionais que passaram a ter uma nova nomenclatura AMA / UBS Integrada.

Além de atendimento de demandas do dia, típica das AMAS extintas, o modelo desenvolve ações e atividades nas linhas de cuidado: saúde da criança e do adolescente, saúde do adulto, saúde da mulher e saúde da pessoa idosa. São ofertados atendimentos básicos em Pediatria, Ginecologia, Clínica Geral, Enfermagem e Odontologia.

### 6.2.2 Atenção especializada

#### 6.2.3.2 Centro de Especialidades Odontológicas - CEO

Os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) são estabelecimentos de saúde que prestam atenção especializada em odontologia e oferecem à população serviços como detecção do câncer de boca, atendimento a portadores de necessidades especiais, prótese odontológica, entre outros serviços.

Em especial na região de Cidade Tiradentes há composição física no mesmo espaço do serviço de CEO e do Núcleo Integrado de Reabilitação (NIR) que estão descritos e quantificados na Tabela 11.

As especialidades odontológicas têm sido uma das políticas públicas de inclusão e acesso à saúde, com grande satisfação entre os usuários, considerando a oferta quanto a atendimentos e procedimentos, porém, a demanda, oriunda da observação e registro por parte de cada serviço, acerca da existência de diversas fila de espera para os agendamentos que evidenciam os casos reprimidos, é muito superior à capacidade instalada e disponibilizada atualmente na Rede.

**Tabela 11** - Dados de produção das unidades de Especialidades Odontológicas - CEO, (Janeiro a Dezembro de 2017).

RASTS 11	Tipo	Atendimentos	Procedimentos
CEO II Cidade Tiradentes	Centro de Especialidades Odontológicas	30.453	17.225
CEO NIR Cidade Tiradentes	Centro de Especialidades Odontológicas / NIR	40.637	19.514
<b>TOTAL</b>		<b>71.090</b>	<b>36.739</b>

**Fonte:** Ministério da Saúde / DATASUS / Sistema de Informação Ambulatorial.

### 6.2.3 Serviços Especializados em Reabilitação

Os serviços especializados em reabilitação são serviços regulados, de base territorial, que se caracterizam como lugar de referência no cuidado e proteção para usuários, familiares e acompanhantes nos processos de reabilitação auditiva, física, intelectual, visual e múltiplas deficiências.

Os Centros Especializados em Reabilitação – CER (Tabela 12), criados pela Portaria 793/12, são constituídos por meio da implantação, ampliação e implementação dos Núcleos Integrados de Reabilitação (NIR) e de Saúde Auditiva (NISA) municipais, que fortalecem as ações de reabilitação física, auditiva, intelectual e visual.

Outra demanda de assistência especializada que atende à inclusão de casos novos no território diz respeito a saúde auditiva. O serviço correspondente a essa demanda age de maneira a promover o acolhimento e tratamento referenciado para os casos identificados pelas unidades básicas de saúde, fazendo parte da integralidade a ser promovida, conforme preconiza o SUS.

### 6.2.4 Programas de Acompanhamentos Domiciliares

Os programas específicos para atendimento domiciliar são:

- **Acompanhamento da Pessoa com Deficiência –APD**
- **Equipe Multidisciplinar de Acompanhamento Domiciliar – EMAD /EMAP**
- **Programa de Acompanhamento do Idoso –PAI**

O Programa de acompanhamento de saúde da Pessoa com Deficiência (APD) é uma estratégia de intervenção diferenciada voltada ao cuidado em saúde das pessoas com deficiência intelectual e suas famílias, buscando promover o protagonismo, a autonomia e a independência, e, assim, evitar o abrigamento/internação.

As equipes do programa de APD realizam a articulação entre os serviços de saúde e a comunidade para o atendimento e participação da pessoa com deficiência, intervindo no domicílio, na comunidade e em unidades de saúde de modo a favorecer a manutenção e o fortalecimento de vínculos familiares, o aprimoramento do cuidado, a prevenção de agravos e o desenvolvimento de potencialidades.

A Atenção Domiciliar (AD) constitui uma nova modalidade de atenção à saúde, substitutiva ou complementar às já existentes. Ela é oferecida no domicílio e é caracterizada

por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação, com garantia da continuidade do cuidado e integrada às Redes de Atenção à Saúde.

Desse modo, a AD configura-se como uma atividade a ser realizada para atender pessoas incapacitadas ou com dificuldade de locomoção. O processo do cuidar está ligado diretamente aos aspectos referentes à estrutura familiar, à infraestrutura do domicílio e à estrutura oferecida pelos serviços para esse tipo de assistência.

O PAI contempla a assistência integral à saúde de população idosa dependente e socialmente vulnerável, que apresenta dificuldade de acesso ao sistema de saúde com isolamento ou exclusão social devido à insuficiência de suporte familiar ou social. É uma modalidade de cuidado domiciliar biopsicossocial para pessoas idosas em situação de fragilidade clínica e vulnerabilidade social, que disponibiliza a prestação dos serviços de profissionais da saúde e de acompanhantes de idosos, para o apoio e o suporte nas Atividades de Vida Diárias (AVD's) (Tabelas 13 e 14) e para suprir outras necessidades de saúde e sociais. Dentre as atividades previstas no programa temos: garantir a inclusão e o acompanhamento das pessoas idosas matriculadas na Unidade de Saúde de referência; propiciar a inserção social da pessoa idosa atendida na comunidade e a sua participação social; incentivar a autonomia e a independência da pessoa idosa atendida, entre outras.

**Tabela 12** - Produção das unidades de atendimento domiciliar, de acompanhamento das pessoas portadoras de deficiência e de idosos, (de janeiro a dezembro de 2017).

<b>Unidade</b>	<b>Serviço</b>	<b>Paciente em Acompanhamento</b>
AMA/UBS Integrada Jardim Brasília	Atenção Domiciliar - EMAD/EMAP	<b>751</b>
AMB Espec Jardim São Carlos		<b>775</b>
UBS Jardim Robru - Guaianases		<b>797</b>
UBS Jardim São Pedro - Francisco Antonio Cesaroni		<b>784</b>
UBS Prefeito Prestes Maia		<b>791</b>
UBS Vila Regina		<b>780</b>
AMA/UBS Integrada Jardim Nélia		<b>799</b>
CER II Jardim Campos	APD Acompanhante Comunitário de Pessoa com Deficiência	<b>1.252</b>
CER IV São Miguel		<b>1.568</b>
UBS Vila Nossa Senhora Aparecida		<b>1.676</b>
<b>TOTAL</b>		<b>9.973</b>

**Fonte:** Relatório de Atividades da Rede de Saúde Santa Marcelina, 2018.

**Tabela 13** - Dados de acompanhamento das unidades do programa de acompanhamento do idoso.

Unidade	Serviço	Paciente em Acompanhamento
UBS GUAIANASES I	PAI Programa de Acompanhamento do Idoso	<b>1.382</b>
UBS Jardim Nossa Senhora do Carmo		<b>1.373</b>
UBS VILA JACUÍ		<b>1.416</b>
<b>TOTAL</b>		<b>4.171</b>

Fonte: WEBSAASS – SMS/SP.

Se a produção do Hospital Cidade Tiradentes for comparada aos demais hospitais da Rede de Atenção à Saúde Santa Marcelina, evidencia-se que, excetuando a Matriz em Itaquera (Quadro 13), aquela unidade possui números superiores de pronto socorro (para os casos de urgência e emergência) bem como de internações, e já que no que se refere a assistência ambulatorial, as vagas são geradas para dar conta das consultas internas e dos encaminhamentos necessários diante dos atendimentos prestados e que requerem especialistas existentes no corpo clínico do serviço, embora não sejam abertas vagas para os atendimentos ambulatoriais referidos externamente.

**Quadro 13** - Produção Hospitalar da Rede de Atenção à Saúde Santa Marcelina.

						Categoria		Totais		
Unidades		Porto Velho		Itaim	Itaquá	Tiradentes	SUS	Não SUS	2016	2017
Internações		2.111	395	15.387	13.637	16.168	74.705	7.323	73.687	82.028
Nº Leitos		93	14	305	247	228	1.436	155	1.605	1.591
Atendimentos e Consultas	Ambulatório	31.933	8.013	26.086	32.145	20.747	470.338	97.599	504.967	567.937
	Pronto Socorro	-	-	138.823	59.874	195.308	471.011	211.867	716.135	682.878

Fonte: Relatório de Atividades da Rede de Saúde Santa Marcelina, 2018.



## **7 ACESSO À SAÚDE NO TERRITÓRIO TIRADENTES**

O presente estudo além dos dados secundários, contou com uma pesquisa realizada por meio de questionários e entrevistas aplicadas junto aos gestores, profissionais da saúde e usuários, segundo metodologia de pesquisa explicitada anteriormente. Os entrevistados foram estimulados a apontar os aspectos positivos e negativos do acesso dos usuários ao SUS, segundo sua própria percepção. O estudo, de natureza qualitativa, procurou mostrar uma visão abrangente e também dar voz a cada uma das categorias de pesquisados para contemplar diversidade de fatores que podem influenciar o acesso à saúde, conforme seus diferentes pontos de vista. A pesquisa sinaliza a necessidade de que seja estabelecida uma melhor comunicação entre as partes interessadas e que as diferentes perspectivas e especificidades sejam consideradas nos níveis locais, regionais e nacionais.

### **7.1 O acesso à saúde: as percepções dos gestores e profissionais da saúde**

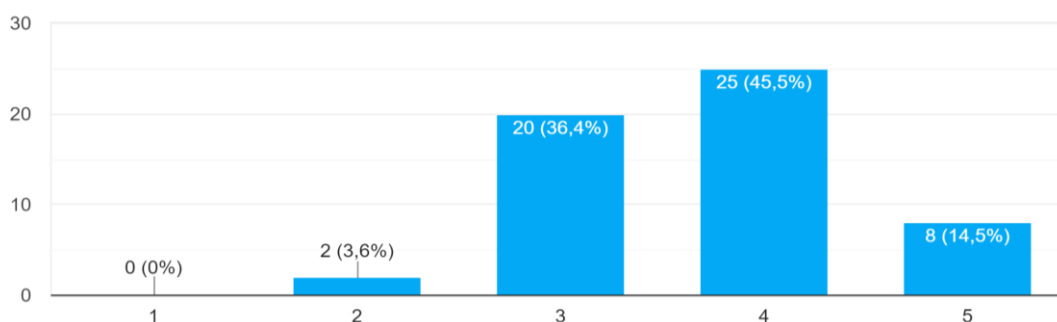
Aplicou-se ao longo dos meses de Julho e de Agosto de 2019, em 50% dos serviços da atenção primária à saúde, em suas distintas modalidades e no Hospital Municipal Cidade Tiradentes, um questionário (Apêndice 1) junto ao público que neste estudo compõe o universo de ofertantes, isto é, os gestores e os próprios trabalhadores, visto que eles são os responsáveis por oferecer o cuidado e a assistência àqueles que dependem da rede de serviços assistenciais do SUS.

Do resultado da aplicação do questionários é possível apontar que a maior parte dos profissionais e gestores é oriunda da atenção primária à saúde, fato que se explica em virtude da capilaridade da rede, devido ao expressivo número de serviços nesta modalidade presentes no território Cidade Tiradentes. Ressalta-se que nesta pesquisa o número de respondentes gestores superou em cerca de 30 % o total de serviços existentes, embora nem todas as categorias neste momento optaram por entregar o questionário até o fechamento do prazo estabelecido (Figura 14). Assim, supera-se o total de gestores, mas não a totalidade dos serviços existentes.



Com relação à terceira questão proposta no questionário, o objetivo era esclarecer se aquilo que estava sendo ofertado (Figura 16), segundo a percepção de gestores e trabalhadores era satisfatório. A maioria dos respondentes concordou com a afirmação de que o que era ofertado era satisfatório. Tais respostas permitem apontar que a rede de serviços é avaliada de forma positiva pelos gestores e profissionais da saúde. O que permite sugerir que a rede cumpre com seu papel diante do público do SUS que depende de seus serviços.

**Figura 16** - Análise sobre a resolutividade das modalidades de serviços em relação às necessidades.

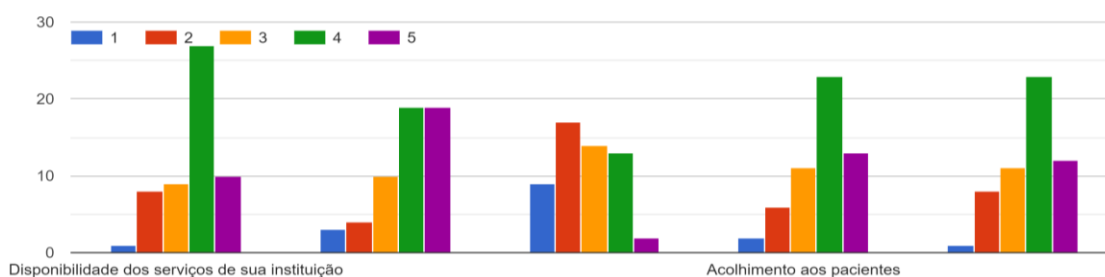


**Fonte:** Elaborado pelo autor, 2019.

A questão de número 4 (Figura 17) solicitava justificativas para as escolhas da questão anterior. A demora no atendimento e a excessiva demanda, que aparecem nas respostas já são previsíveis e conhecidas, por isso esperada neste contexto. No entender de um dos entrevistados:

*“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).*

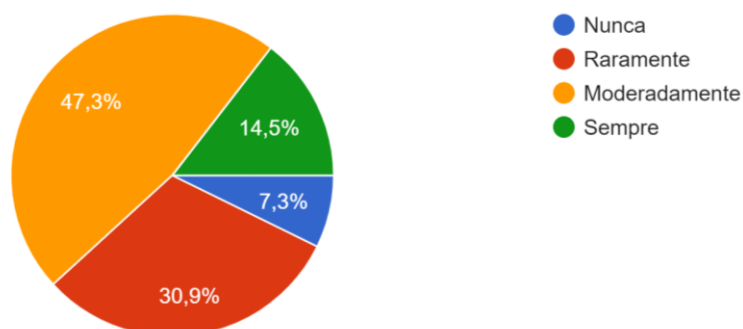
**Figura 17** - Avaliação relativa às dimensões do acesso à saúde na visão de gestores e profissionais.



**Fonte:** Elaborado pelo autor, 2019.

Quanto às dimensões do acesso perguntadas na questão 6 o entendimento dos entrevistados é sempre amplo e favorável. A maioria dos empregados e gestores reconhece que há a variedade de serviços; que existe proximidade e funcionalidade da rede diante de seus usuários; que há a correta aplicação dos recursos em suas finalidades, e ainda, destaca o bom acolhimento e respeito recíproco entre os profissionais (gestores ou trabalhadores) e seu público-alvo, conforme pode ser verificado na Figura 18.

**Figura 18** - Entendimento dos profissionais e gestores sobre a frequência da ocorrência de problemas de acesso onde atuam.

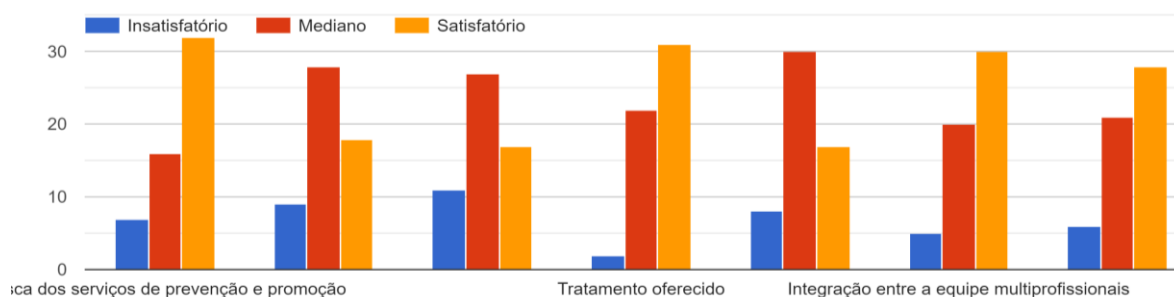


**Fonte:** Elaborado pelo autor, 2019.

No entanto, embora a rede seja diversificada e conte com uma pluralidade de serviços de baixa, média e alta complexidade, há uma percepção preocupante do acesso, no que tange a imediatidade, pois a maior parte dos respondentes, em razão da especificidade de sua demanda, é uníssono em reconhecer que é presente e maciço o convívio com os problemas relacionadas ao acesso, quando da sua necessidade (entraves) ( Figura 19). Isto nos leva a interpretar que a

demora do atendimento, do agendamento, no cuidado e nos procedimentos realizados é factível, pois, ao contrário os profissionais da saúde e gestores responderiam destacando sua quase inexistência.

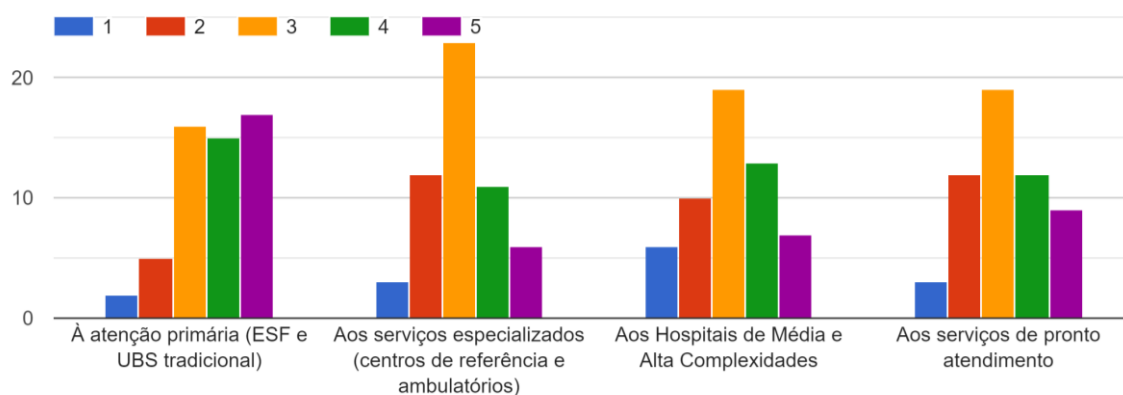
**Figura 19** - Quanto aos entraves ao acesso à saúde em sua unidade segundo a percepção de profissionais e gestores.



**Fonte:** Elaborado pelo autor, 2019.

Quanto aos entraves ao acesso, a maior parte dos entrevistados entendeu que eles podem ser considerados como medianos, isto é, podem ser superados, com o esforço e organização dos processos de trabalho. No entanto, entre os indicadores que estão em situação mais crítica se destacam os que tratam de integração, pois segundo os entrevistados falta uma coesão e um propósito lógico entre os profissionais, na regularidade dos tratamentos oferecidos, no acompanhamento e suporte da equipe multiprofissional e, principalmente, na resolutividade para com o paciente, uma vez que por mais que se permita o acesso, existem falhas intrínsecas no sistema que o tornam pouco eficaz. O acesso não é prejudicado apenas por barreiras exógenas, mas também endógenas (Figura 20).

**Figura 20** - Avaliação do acesso às diferentes modalidades e complexidades de serviços, na percepção de usuários e profissionais.



**Fonte:** Elaborado pelo autor, 2019.

O ponto central desta questão é a auto avaliação que gestores e profissionais da saúde devem fazer a respeito do acesso que observam, suas características e perfil de acolhimento administrativo e assistencial. Nenhuma das modalidades apresentadas tiveram avaliação máxima, restando-lhes o conceito mediano, isto é, que o acesso por elas oferecido é, de fato, mediano. A única modalidade que está próximo, da melhor avaliação, a atenção primária.

Há de se notar que 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, considerando que a oferta não proporciona organização dos serviços, pois destrói os elos de hierarquia construídos pelo SUS.

As questões 9, 10, 11 e 12 do questionário são “abertas” e demonstram, de maneira geral, a incidência de algumas respostas que traduzem os entraves à atenção primária, à assistência especializada, aos prontos atendimentos e aos pronto-socorros.

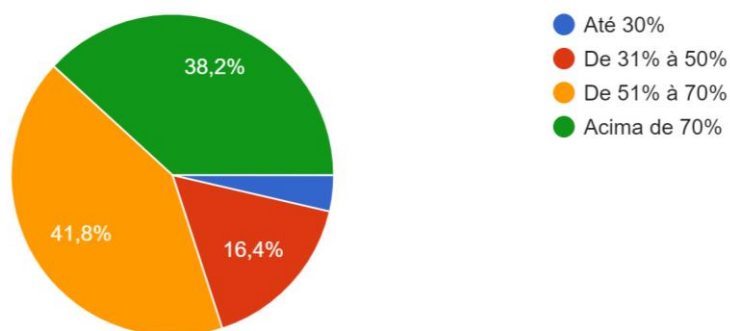
Sobre a atenção primária, como ocorre no programa ESF se observa que a questão de adscrição da clientela acaba levando a uma dicotomia entre a assistência aos pacientes agendados e o acolhimento daqueles que estão fora da área de abrangência. A verdade é que os gargalos não são resolvidos e acabam funcionando como um elemento de pressão, inclusive, oportunizam que o usuário, por falta de atendimento no momento de sua necessidade, “pule etapas”. Dentre as questões mais prevalentes estão a alta demanda, a falta de infra-estrutura, as barreiras de tempo (demora no agendamento das consultas) e a falta de agilidade no retorno dos exames. Além disso, a cultura ainda é hospitalocêntrica e a demora que não corresponde as expectativas de acesso e de atendimento às necessidades. Soma-se a este fato, o adensamento

dos territórios e a piora do estado de saúde geral da população. Circula como uma espécie de consenso entre os trabalhadores da saúde e os gestores que *“fatores como o desconhecimento da população sobre a lógica do sistema, o descomprometimento do profissional, a mercantilização da medicina, a excessiva preocupação com metas, a falta de coordenação integrada e de alinhamentos são fatores importantes para que se possa dar conta das demandas eventuais e espontâneas”*. Além da falta de profissionais dispostos a reduzir a resistência médica, o déficit e a alta rotatividade de mão de obra qualificada incrementam a dificuldade de propiciar acesso ao usuário.

No que se refere ao atendimento especializado, aparece com muita frequência nas respostas abertas a dificuldade causada pela regulação (o Estado ou município são responsáveis pela destinação das vagas a partir de uma central), acentuando 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, isto é, o encaminhamento, fora do protocolo, sem exames mínimos de acesso em quantidades desnecessárias (com pedidos repetidos de procedimentos e de exames especializados), engrossa as filas de espera de primeira vez, 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. Nesse sentido, os constantes pedidos de renovações de receitas/terapêuticas (não continuadas pela Atenção Primária) quando obtidas, geram retornos desnecessários aos especialistas para atualização. O absentismo da população nas consultas é um fator apurado como algo recorrente nas entrevistas.

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 colaboradores e gestores, enxergam a falta de cuidado integral do paciente (Figura 21). 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.

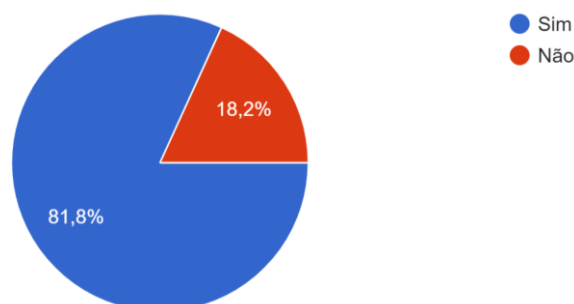
**Figura 21** - Proporção de acesso aos serviços de saúde quanto às consultas, exames e procedimentos.



**Fonte:** Elaborado pelo autor, 2019.

A considerar a análise de satisfação x acesso, a insatisfação é vista como uma consequência gerada junto aqueles que não conseguem proporcionar o acesso aos que necessitam. É coerente a afirmação de que para o total de respondentes apenas uma faixa intermediária obtém acesso, tendo em vista que parte expressiva continua sem a assistência devida. O tamanho e a pluralidade da rede não são suficientes quando a demanda não se vê adequadamente qualificada. Fato recorrente no SUS é que os usuários de serviços de urgência e emergência, por vezes, obtêm acesso mais qualificado que na Atenção Primária, considerando que este atendimento ainda é, com a Estratégia de Saúde da Família, eletivo (agendamentos) e restrito (cadastro e território), enquanto que aquele que procura a rede de urgência e emergência não está entre os que vivem no território, o que lhes confere maior liberdade para buscar um tratamento exitoso (Figura 22).

**Figura 22** – Sobre a existência ou não de movimentação de usuários provenientes de outras regiões e de serviços menos estruturados.



**Fonte:** Elaborado pelo autor, 2019.



Não constitui novidade a presença de usuários de outras regiões. O resultado desta questão evidencia pouca possibilidade de solução / resolutividade, dado que tem sua causa na sobrecarga de movimentação originária não apenas do entorno, mas até mesmo de regiões mais longinquas. Considerando que a Rede de Saúde não consegue cumprir um papel de excelência, pois não assegura pela regionalização a assistência prestada ao paciente SUS, se conclui que o cuidado ao invés de integralizado está fragmentado.

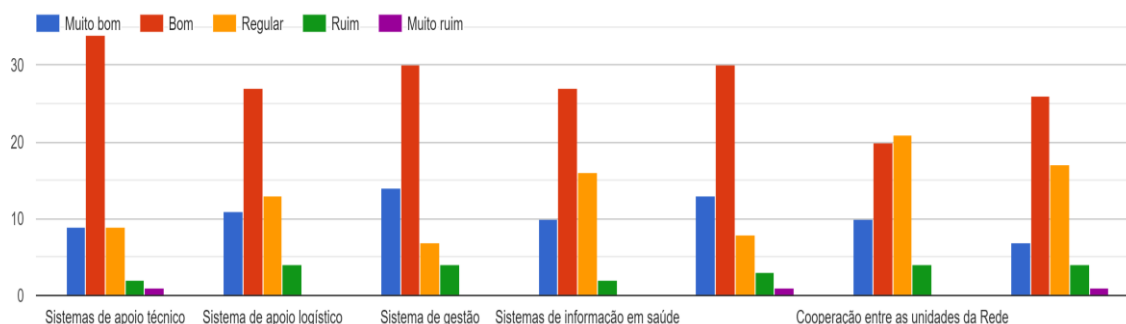
As perguntas 15 e 16 abordam os fatos que envolvem a sobrecarga e também as oportunidades de melhoria do atendimento. O desbalanceamento entre os serviços e o que ocasiona a sobrecarga na visão de trabalhadores da saúde e gestores. O senso de imediatidade na demanda espontânea, em crescente evoluções e problemas de credibilidade, gerados pela falta de resolutividade do serviço proporcionam uma demanda desordenada, isto é, em busca de quaisquer portas para atendimento. Esse fato também aponta para a intensa busca de pacientes, com problemas de baixa complexidade por serviços especializados para salvaguardar seu acesso.

Há também o aspecto psicológico do acesso, porque os pacientes são comumente dispensados e raramente acolhidos em suas necessidades, ainda que sejam por meio de simples oitivas. Mas quando as tem, os pacientes entendem que ali se encontram oportunidades efetivas de assistência. O ente governo e as políticas públicas insistem em multiplicar o número de portas, enquanto que trabalhadores da saúde insistem que elas precisam ser 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; e, ainda fidelizando profissionais bem formados e com compromisso social e assistencial. As políticas públicas de saúde, segundo profissionais e gestores, devem ser mais abrangentes, mas financiadas de forma a se manterem sustentáveis. A verdade é que a lógica de remuneração do SUS precisa ser modificada, desde o acesso até a alta complexidade, buscando ser mais assertivo e menos assistencialista.

De forma a privilegiar o objetivo de melhoria (Figura 23), a pesquisa aponta recursos físicos que atualmente são particularmente inadequados: a) necessidade de particularizar o acesso às especialidades com as prioridades mais prevalentes em cada território; b) redefinir as referências, ampliar e qualificar a oferta de vagas e consultas mais próximas da moradia, entorno e microrregião; c) melhorar a qualificação dos encaminhamentos das UBS para a especialidade, eliminando barreiras para que os pacientes não cheguem ao especialistas sem exames; d) fortalecer a conscientização sobre o absenteísmo da população às consultas; e)

promover a educação contínua e permanente, de qualidade a todos os níveis de formação no SUS, com ênfase na integração e na resolutividade do cuidado. Ou seja, os resultados da pesquisa mostram que profissionais da saúde têm clareza das dificuldades que existem e que podem melhorar o acesso da população aos serviços de saúde.

**Figura 23** - Sobre a avaliação dos fatores garantidores da integralidade do cuidado.

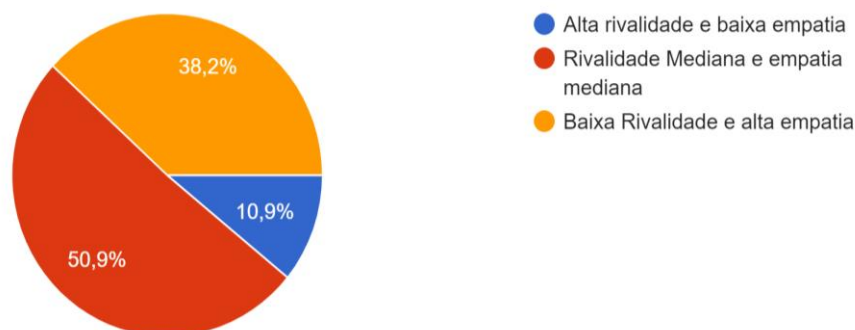


**Fonte:** Elaborado pelo autor, 2019.

No entanto, mesmo considerando que o cuidado não está privilegiado nas ações preventivas, que ainda são tímidas frente a necessidade, vê-se uma 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 bom, porém insuficiente. Isto nos permite perceber que o sistema está desorganizado, pois há uma constante movimentação dos usuários em busca de seu atendimento, para por fim à sua necessidade. 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 que a pesquisa apurou foi o impacto cultural, que vem de longa data, motivado pela rivalidade (Figura 24) entre os serviços e as categorias profissionais especialmente as categorias operacionais presentes nos centros de menor complexidade e\ou aporte tecnológico.

**Figura 24** - Sobre a empatia / rivalidade entre profissionais de saúde e categorias envolvidas na percepção de gestores e dos próprios profissionais.



**Fonte:** Elaborado pelo autor, 2019.

De fato, as categorias profissionais e as instituições envolvidas, além da elevada empatia formal entre os diferentes serviços oferecidos, deveriam exercer sobre si respeitabilidade recíproca e reduzir a rivalidade no sentido de tornar sua produção relevante. A pesquisa mostrou que a multiplicidade de atores no SUS estimulou o crescimento da competitividade e o destaque do profissional médico como protagonista do processo de solução da cura almejada pelo usuário. Embora fique claro que o foco da assistência, independentemente do serviço, está centrado no paciente no 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, de família ou comunidade, intensivista ou cirurgião.

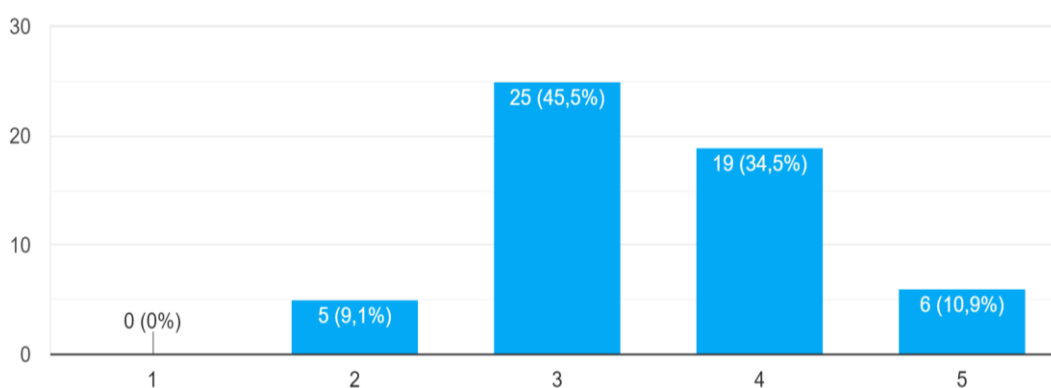
Outra séria causa da insatisfação do usuário é a demora, o que resulta em ineficiência do sistema, sendo que, por vezes, o usuário, de forma deliberada resolve faltar a um exame ou procedimento agendado. Novamente é preciso observar que há uma cultura com uma visão pouco assertiva do sistema de saúde e que esta contribui para o que o usuário, acredite que ele pode ter liberdade de escolha do locus onde será atendido, pois considera o atendimento uma obrigação do SUS.

Assim, o profissional de atenção primária está 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 ser atendido numa UPA, num Pronto Atendimento ou até mesmo no Pronto Socorro. O que resulta dessa situação é a ideia 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. Na busca de culpados se prejudicam a única vítima, ou seja, o usuário, que perambula e permanece de serviço em serviço, sem ser acolhido.

O papel dos gestores e colaboradores (Figura 25) para encontrar caminhos e alternativas viáveis para a solução dos problemas, sem agravar ou acirrar o relacionamento de forma a prejudicar os processos de trabalho consiste em outra problemática relevante abordada no questionário.

**Figura 25** - Sobre a avaliação da implantação e operacionalização de instrumentos de gestão, assistencial e administrativo.



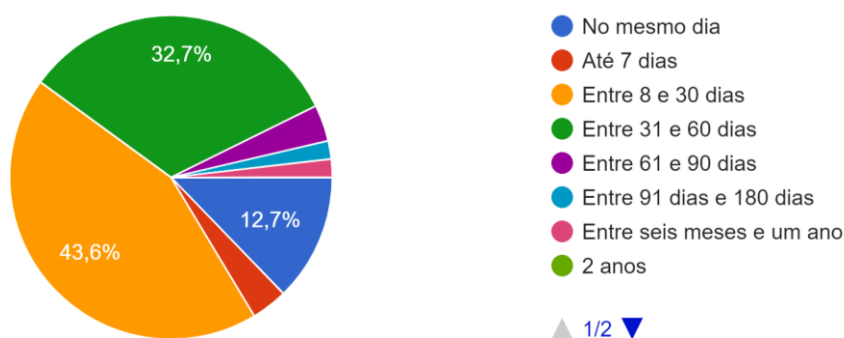
**Fonte:** Elaborado pelo autor, 2019.

Os trabalhadores da saúde do SUS estão alinhados com a gestão, quanto à percepção e observação dos meios de avanço das técnicas de gerenciamento e meios de controle assistencial, administrativos e no sentido de aperfeiçoar as práticas de comunicação em serviço. A grande maioria avalia tal adoção de medidas como necessárias para fins de eliminar os ruídos e conflitos, causados pela falta de entendimento, pela pressão dos usuários e até mesmo por rivalidades técnicas como já foi apontado anteriormente.

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 26), isto é, as demandas não atendidas rapidamente resultam de um duplo compasso: que é o atendimento 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 27).

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

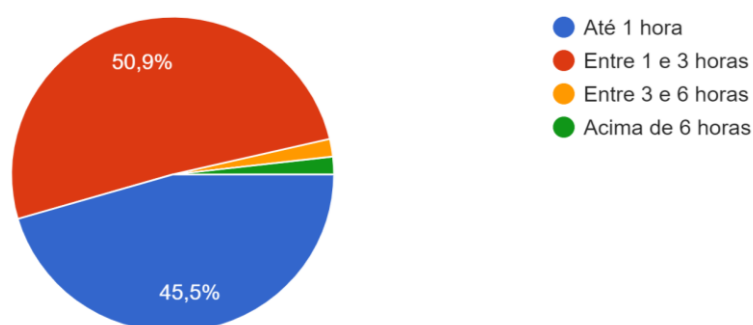


**Fonte:** Elaborado pelo autor, 2019.

Vem ganhando corpo no SUS, 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 1.988 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 27** - Tempo médio de espera para consulta/exame/procedimento, na fila de espera para o paciente ser atendido.

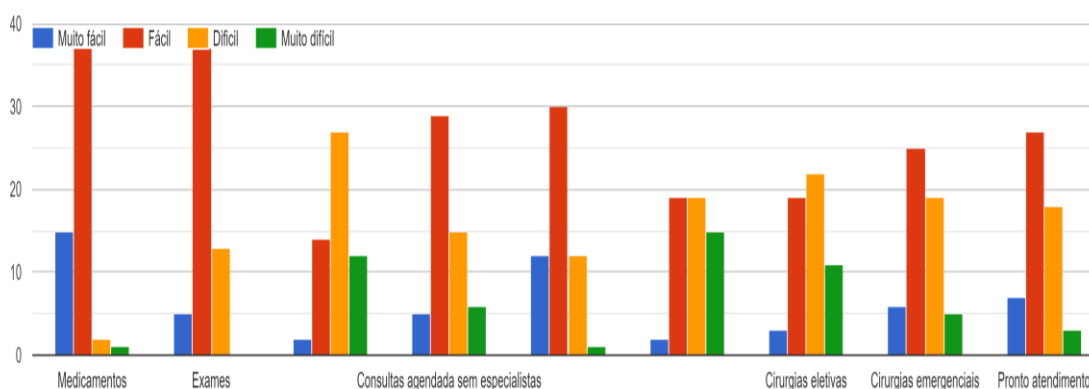


**Fonte:** Elaborado pelo autor, 2019.

Este resultado demonstra que ainda é longa a permanência e a espera do paciente até que possa finalmente ser acolhido e atendido pelo serviço.

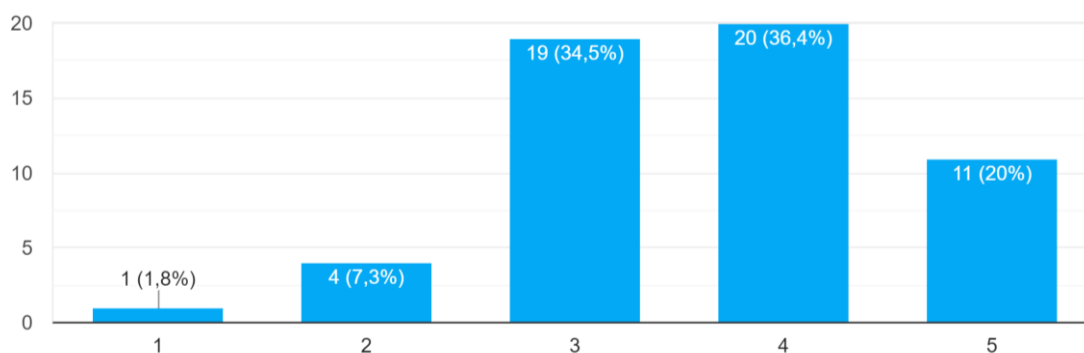
De maneira geral, o acesso a todos os níveis de entregas (consultas, exames, medicamentos, consultas com especialistas, cirurgias eletivas, emergenciais e pronto atendimento) no SUS (Figura 28 e 29) é avaliado, pelos colaboradores e gestores, como sendo algo viável, embora seja demorado e rivalizado. Os níveis de maior criticidade estão no atendimento especializado em ambulatórios e na realização de cirurgias não eletivas, considerando também os atendimentos de portas de pronto socorro.

**Figura 28** - Quanto ao nível de facilidade e dificuldade para o usuário acessar procedimentos e modalidades de serviços.



**Fonte:** Elaborado pelo autor, 2019.

**Figura 29** - Sobre a possibilidade de usuário custear o complemento dos atendimentos ofertados pelo SUS.



**Fonte:** Elaborado pelo autor, 2019.

Outra dimensão importante que despertou interesse no que se refere ao acesso, é o fato de que o paciente que hoje usa o SUS, na percepção dos gestores e colaboradores, pode também custear outras formas de atendimento, principalmente, se o acesso não satisfizer às 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 as mesmas se configuram 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.

As últimas três questões do questionário aplicado, receberam a numeração de 24 a 26 e buscaram retratar as relações de acolhimento, as condições de acesso e, por fim, o próprio conceito de acesso, segundo o entendimento dos gestores e trabalhadores.

De acordo com o entendimento dos respondentes referidos acima, os pacientes dentro da lógica da universalidade do acesso, são 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.

Então, de forma resumida, o acesso segundo a maioria dos entrevistados, gestores e trabalhadores, consiste em um *“atendimento humanizado, no momento em que cada um necessita, com resolutividade e eficiência, no uso da tecnologia a favor do paciente, prevalecendo os princípios da equidade, universalidade e integralidade, observando os critérios de organização da acessibilidade aos níveis primário, secundário e terciário, de forma não onerosa, ágil e não oneroso, estabelecendo ponto de atenção da rede com garantia dos direitos preconizados, exercendo a escuta qualificada, identificando o gestor do cuidado e proporcionando o monitoramento da resolutividade da demanda apresentada ou em investigação”* (esta definição compreende uma síntese das respostas obtidas a partir das questões abertas).

## **7.2 O acesso à saúde: a percepção dos usuários**

Considerando as perspectivas teóricas sobre o acesso, foi necessário estabelecer uma relação de aproximação com os usuários, no sentido de avaliar qual era a percepção destes

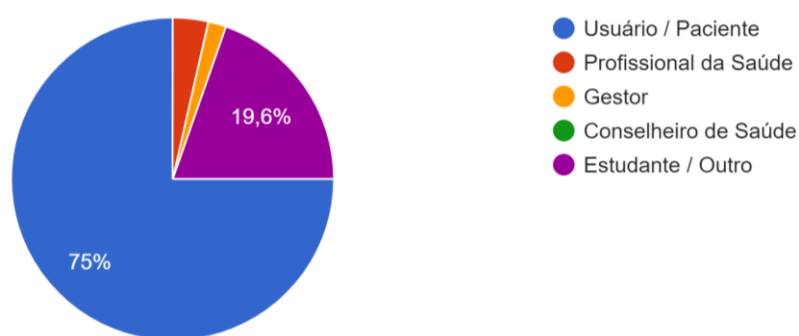
atores sobre o tema.

No período que compreendeu o mês de julho até a primeira semana de setembro de 2019, os questionários foram distribuídos junto às unidades pertencentes ao território Cidade Tiradentes, o segundo formulário comportou inúmeras questões que pudessem elucidar quais seriam as impressões dos usuários dos serviços de saúde na região, durante o momento em que aguardavam pelo atendimento, em que tentavam agendar consultas e/ou exames. ou mesmo, após o uso dos serviços.

O início dos questionamentos envolvia qual era o papel do ator entrevistado junto ao serviço e, nesse sentido, entender se tal ator se percebe como usuário, ou seja, como aquele que procura um estabelecimento de saúde por determinada demanda e o utiliza a fim de ver satisfeita sua relação assistencial. Entretanto, emergiram outros posicionamentos destes atores que não somente o de usuário, segundo termo que apareceu durante as entrevistas (Figura 30), e com relativa frequência, foi o de “dependente SUS”.

Assim, segue-se na questão seguinte, diante da qual assevera-se o entendimento dominante, de relação majoritária entre o paciente-cliente e o sistema-serviço, do qual depende assistencialmente. Ele se vê e percebe, seu papel, como usuário e por assim dizer, quase que exclusivamente como dependente.

**Figura 30** - Sobre o entendimento e o papel do usuário na participação do Sistema Único de Saúde.



**Fonte:** Elaborado pelo autor, 2019.

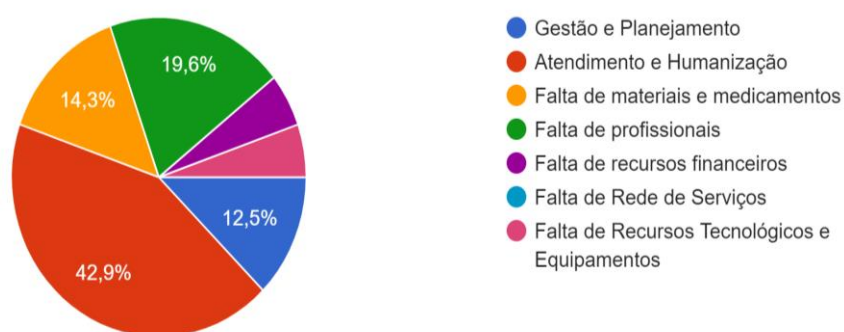
Observando-se os serviços diante dos quais o usuário estava na condição de paciente, entende-se que o principal problema do usuário é o atendimento e, principalmente, a humanização do atendimento, considerando que o tratamento dispensado aos usuários, na visão dos mesmos, é muito inadequado. Há seguidas reclamações quanto à postura de gestores e



profissionais diante da necessidade demonstrada pelo público SUS dependente. O segundo maior problema é a falta de profissionais, que está relacionada a baixa fidelização nas equipes e serviços, havendo um turn-over (rotatividade) excessiva.

Muitas queixas sobre à falta de humanização, estão relacionadas ao acolhimento e à ausência de itens que porporcionariam conforto aos usuários e seus acompanhantes (Figura 31).

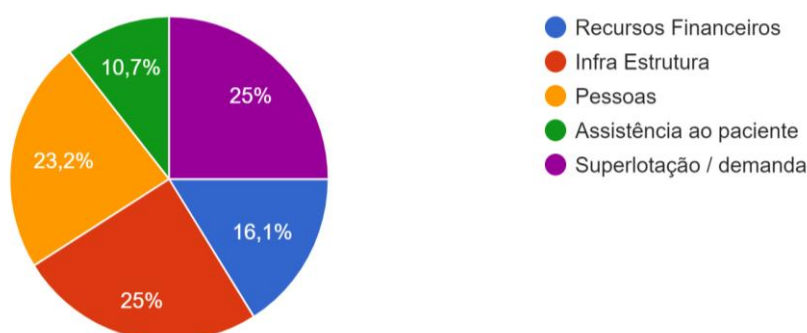
**Figura 31** - A respeito dos maiores problemas enfrentados pelos usuários, na percepção dos profissionais e gestores.



**Fonte:** Elaborado pelo autor, 2019.

A infraestrutura (Figura 32), principalmente na atenção primária, é o maior problema observado, pois as unidades mais antigas não têm sido adaptadas, sendo poucas as unidades que tiveram suas reformas e adequações atendidas parcial ou integralmente às RDC's 50 e 51, que tratam das normas técnicas para os estabelecimentos de atenção á saúde. Essas condições apontam que o Sistema Único de Saúde precisa de mudanças para alcançar a sua eficiência. Chamou a atenção a elevada proporção de respostas e manifestações de problemas, tais como a falta de um atendimento e acolhimento mais digno ao usuário. Tal acolhimento deixa a desejar tanto no trato das pessoas que trabalham no SUS, quanto o serviço médico, como já se observou na figura anterior.

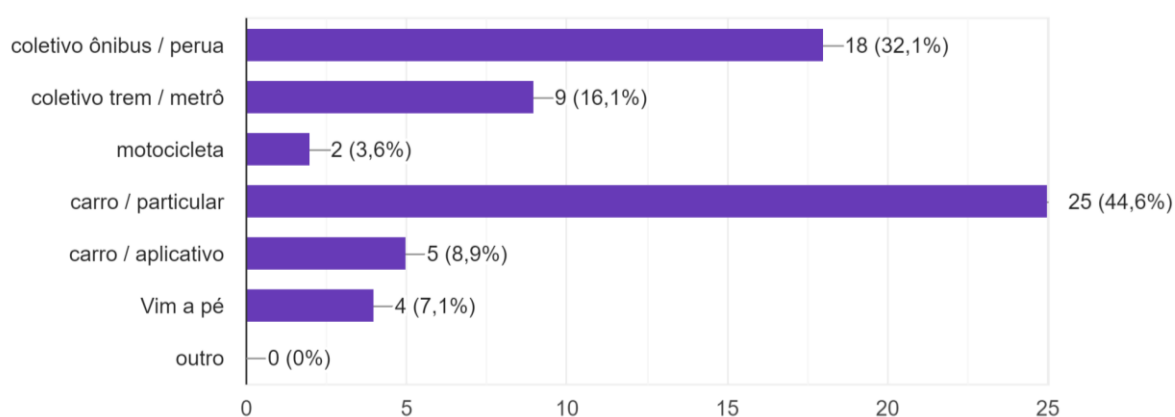
**Figura 32** - No que se refere a qualidade dos atendimentos, considerando os principais problemas encontrados.



**Fonte:** Elaborado pelo autor, 2019.

As categorias do acesso, presentes na literatura especializada sobre o tema, privilegiam o estudo do deslocamento do usuário em sua jornada na busca por atendimento (Figura 33). Ao contemplar os resultados desta questão no formulário surpreendeu o fato de que a maioria dos entrevistados fez uso de veículos particulares próprios (ou em sistema de carona). Isto impõe uma nova realidade sobre o perfil do usuário do SUS, que desloca-se de maneira rápida e próxima ao serviço de saúde a que está relacionado, ou ainda àquele de sua imediata preferência. É importante notar que a amostra nos traz uma questão reveladora: não é possível afirmar que somente os mais pobres é que hoje utilizam o SUS, considerando o nível de acesso.

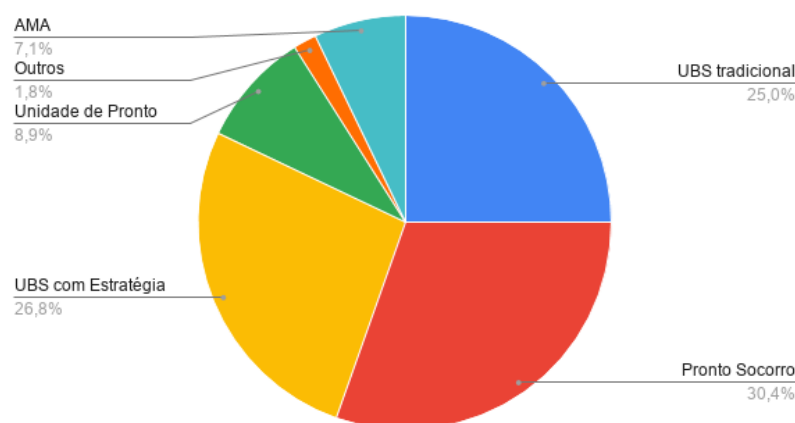
**Figura 33** - A respeito do meio de transporte usado para acessar os serviços de saúde.



**Fonte:** Elaborado pelo autor, 2019.

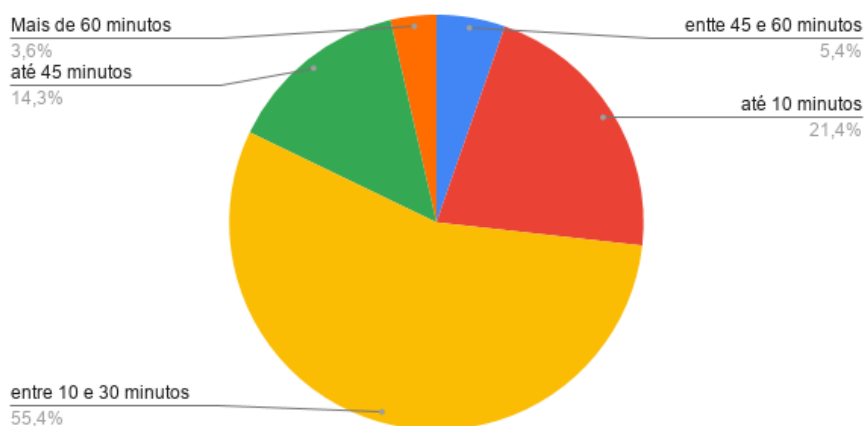
Quanto ao primeiro atendimento (Figura 34), chama a atenção na pesquisa o fato de que a procura pelo primeiro atendimento ocorre nos serviços hospitalares, isto é, nos tradicionais prontos-socorros e não nos postos de atendimento. Em segundo lugar, é interessante observar que a atenção primária, com ou sem estratégia de saúde da família, ocorre na rede de serviços, que embora extensa, não é aos olhos do usuário hierarquizada para o sentido de atendimento às suas necessidades. Outro fator que se destaca, além do modo de deslocamento, é o tipo/modal de transporte que os usuários utilizam, seguido ainda pelo serviço que os acolhe. São estes os fatores que influenciam a tomada de decisão do usuário do SUS com relação ao tempo de deslocamento até o serviço escolhido (Figura 35).

**Figura 34** - Local em que ocorre o primeiro atendimento ao acessar o sistema único de saúde.



**Fonte:** Elaborado pelo autor, 2019.

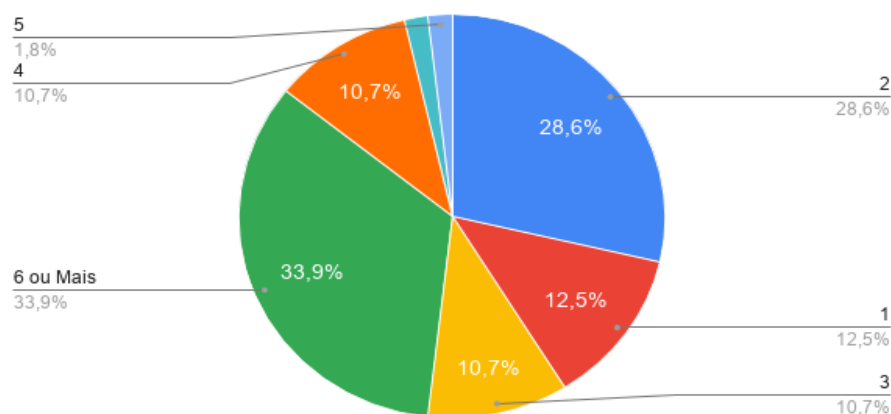
**Figura 35** - Tempo médio gasto para chegar até o local de atendimento em que se encontra.



**Fonte:** Elaborado pelo autor, 2019.

O território Cidade Tiradentes, conforme já sinalizado em outros momentos, está organizado pela lógica de complexidade dos serviços, assim a grande maioria dos usuários adota a preferência pelos serviços mais próximos e representativos do ponto de vista de atendimento de forma resolutiva aos seus problemas. Outra questão que precisa ser mencionada é que, sendo a Zona Leste um bairro dormitório, a procura pelos serviços de saúde aos finais de semana é expressiva. Este perfil do bairro colabora para direcionar o público aos prontos atendimentos e ao Hospital Municipal Cidade Tiradentes (Figura 36), já que as demais unidades não abrem aos finais de semana.

**Figura 36** - Número de vezes em que foi atendido pelo Sistema Único de Saúde nos últimos 12 meses.



**Fonte:** Elaborado pelo autor, 2019.

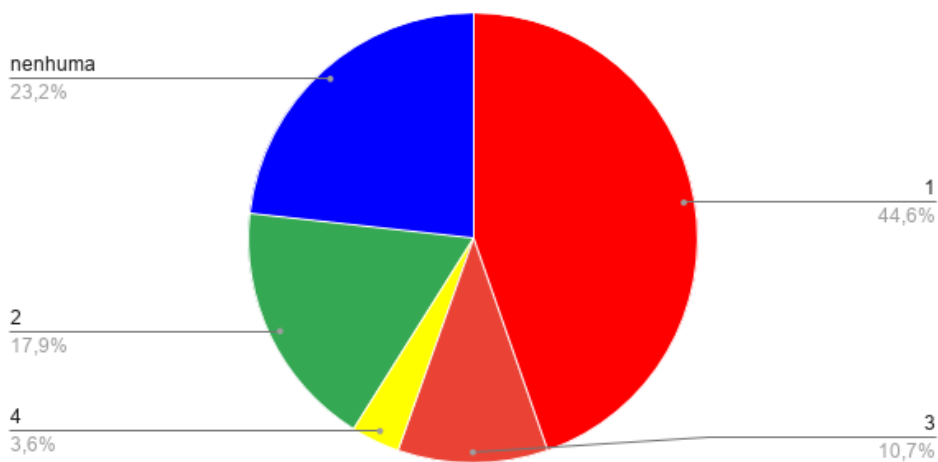
Com todos os problemas e falhas, a procura e utilização pelos serviços SUS é recorrente, sendo que a maioria dos entrevistados (33,9%) usam 6 ou mais vezes os diversos serviços prestados, independente da modalidade (Pronto Socorro, Unidade Básica de Saúde, Pronto Atendimento, etc). Seja na literatura referenciada na tese, seja nos resultados dos questionários há o entendimento que o SUS oferece uma liberdade grande a seus usuários, inclusive, no que tange a possibilidade do usuário faltar sem receber uma punição-sanção. Há também reclamações constantes sobre remarcações, reagendamentos e problemas de cancelamento de consultas, exames e procedimentos eletivos realizados pelo próprio sistema, pois o estabelecimento de uma nova agenda, quase nunca, vai ao encontro com as disponibilidades do usuário.

As Figuras 37 e 38 corroboram argumento de que há falhas operacionais importantes no processo de estabelecer as regras de acesso. O usuário não consegue ter o atendimento se o próprio serviço não o oferta. É revelador deste quadro que cerca de 44,6% dos entrevistados

tem tido pelo menos uma consulta desmarcada no ano.

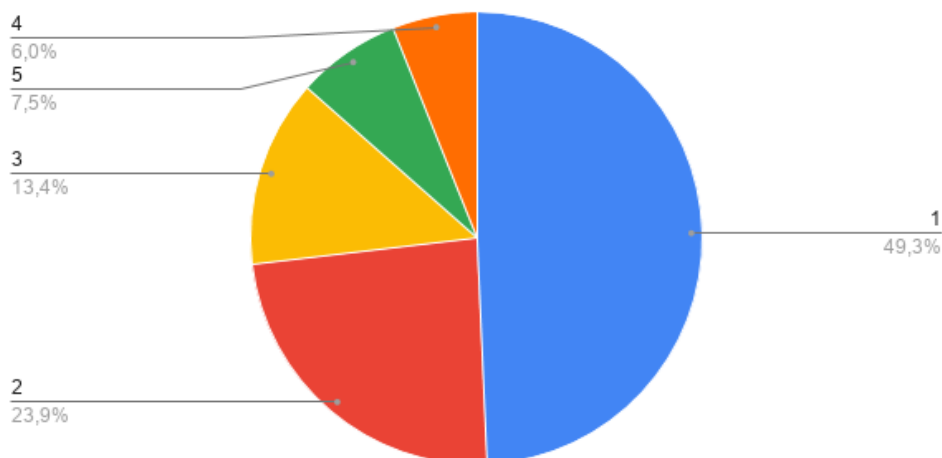
A maioria dos entrevistados vê no SUS uma crise de credibilidade, pois não se importam em deixar de comparecer aos exames, consultas e procedimentos, se algum fator impeditivo mínimo ocorrer. São apresentadas justificativas diversas como mudanças de clima, falta de tempo por ocupações diversas, baixa prioridade no atendimento que será prestado, dentre tantos outros (Figura 38). No entanto, vale ressaltar que, o que mais irrita os usuários é sentimento/sensação de “tempo perdido”, com fluxos confusos, retrabalho, desorganização e desinformação.

**Figura 37** - Número de vezes que o usuário teve uma consulta desmarcada utilizando o SUS nos últimos 12 meses.



**Fonte:** Elaborado pelo autor, 2019.

**Figura 38** - Sobre o número de faltas, em média o usuário teve uma consulta / exame / procedimento marcada pelo SUS.

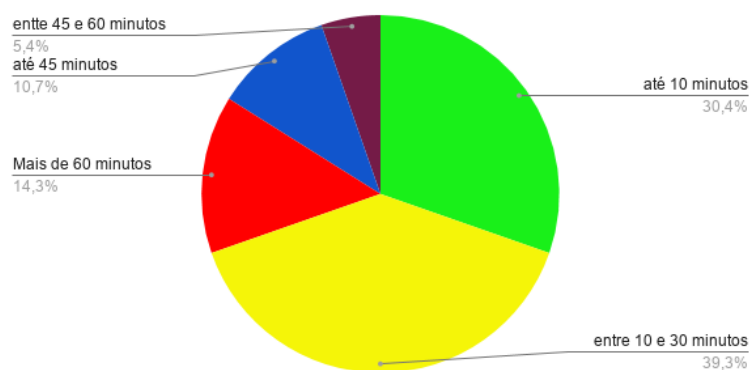


**Fonte:** Elaborado pelo autor, 2019.

Os usuários não vêem sentido na espera ao chegar às recepções (Figura 39), principalmente quando os atendimentos estão agendados (Figura 40). Muitos deles reclamam da ausência de aplicativos e meios eletrônicos que possam ajudar a fazer o acompanhamento do serviço. Reclamam da falta de investimento em tecnologia voltada para a organização dos serviços como um todo. E se reconhecem como vítimas destas falhas.

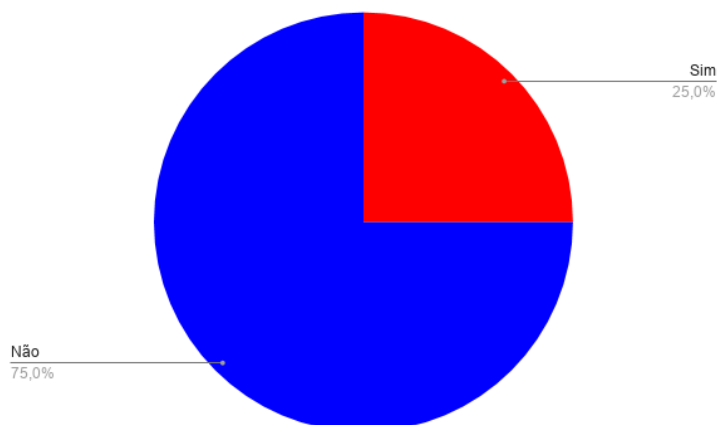
A falta de credibilidade no sistema organizativo e na governança do SUS hoje é tão grave, que a maioria das pessoas que busca o sistema não cumpre exatamente suas agendas, pois como já constatado, há um número substancial de faltas (Figura 41), o que incrementa a demanda por atendimentos espontâneos, eventuais e não agendados. O usuário não entende o sentido da divisão de horário da agenda, porque ele pode não cumpri-la. Desse modo para o usuário o acesso é aquilo que se consegue quando se precisa, e diante do que se precisa.

**Figura 39** - Sobre o tempo de espera para ser atendido na recepção.



**Fonte:** Elaborado pelo autor, 2019.

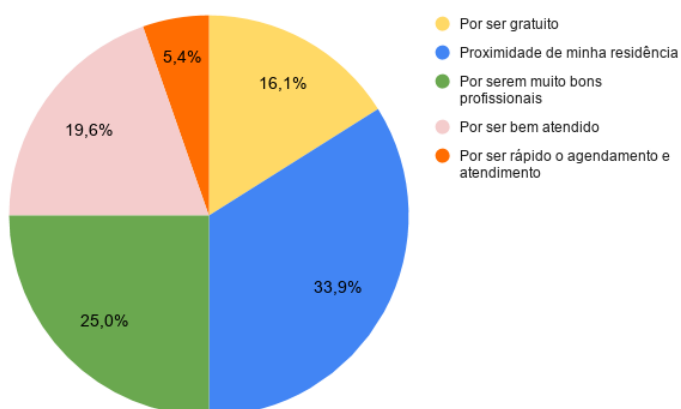
**Figura 40** - Sobre o fato de o atendimento estar agendado ao comparecer em determinado serviço.



**Fonte:** Elaborado pelo autor, 2019.

Um fato que corrobora com a comodidade do usuário SUS é o fato de que, mesmo não sendo o seu serviço de referência e mais próximo de sua residência (Figura 41), é nele que vê sentido o atendimento, ainda que não agendado. Nesta lógica, está o enquadramento da via de acesso da estratégia saúde da família, que falha em virtude do número restrito de atendimentos, principalmente aos não cadastrados. Ressalta-se que os usuários conhecem as regras, mas, de forma consciente, as descumprem em favor de seu benefício assistencial. Então, a melhor e mais efetiva forma de acesso ao SUS é privilegiar o atendimento com brevidade, proximidade da residência do usuário, de forma que possa proporcionar poucos incômodos, dentre eles, não haver remarcações ou cancelamentos. A regionalização para o usuário deve estar a poucos metros de cumprir sua satisfação.

**Figura 41** - Sobre os motivos de escolha que justificam o comparecimento àquele determinado serviço.

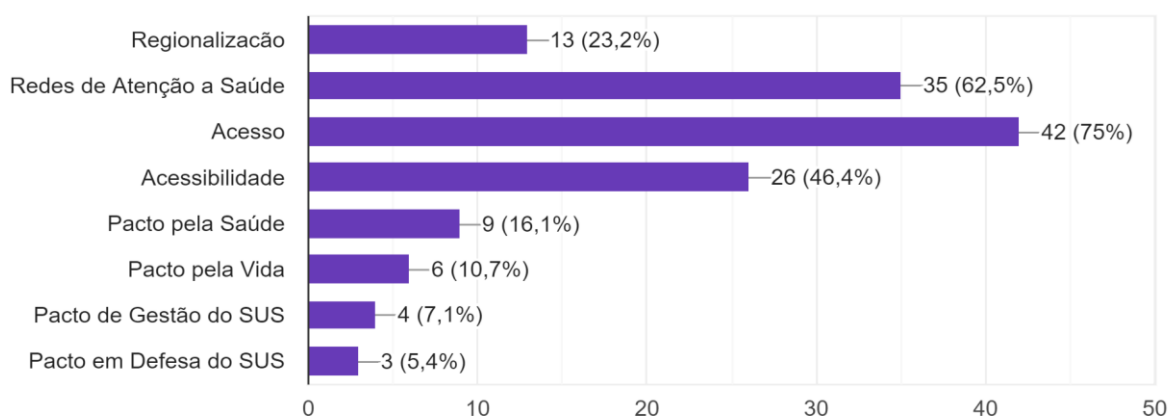


**Fonte:** Elaborado pelo autor, 2019.

Em complemento aos argumentos expostos anteriormente, o usuário não entende a regionalização (Figura 42) e por conseguinte ignora a regulação. Ainda que a mobilidade do usuário do SUS não esteja contemplado na presente pesquisa é inconcebível para o usuário o controle de sua mobilidade no SUS que, em sua opinião, “enfrenta e agride” a sua autonomia.

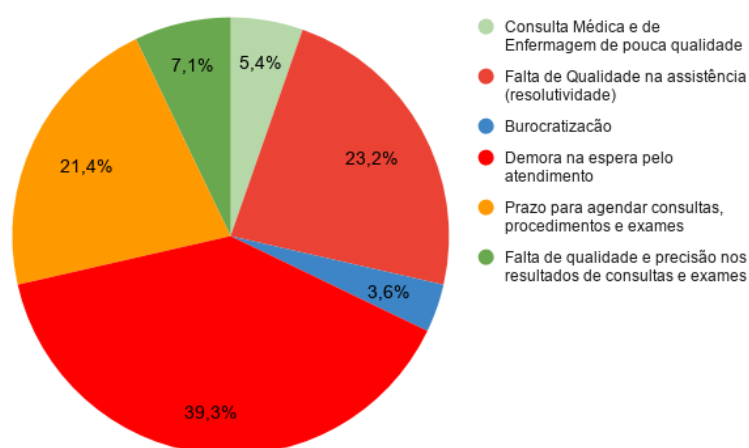
Os principais tópicos de referência, e que guardam relação com o acesso, são as sim, informações já ouvidas e até mesmo conhecidas, da grande maioria (Figura 43). Nesse sentido destacam-se como os dois principais conceitos já ouvidos no SUS, o de acesso (70%) e o de Rede de Atenção a Saúde (63,5%).

**Figura 42** - Sobre ouvir menções ou expressões no âmbito do SUS.



Fonte: Elaborado pelo autor, 2019.

**Figura 43** - Sobre a percepção acerca do maior e mais relevante problema de acesso ao SUS, atualmente.



Fonte: Elaborado pelo autor, 2019.

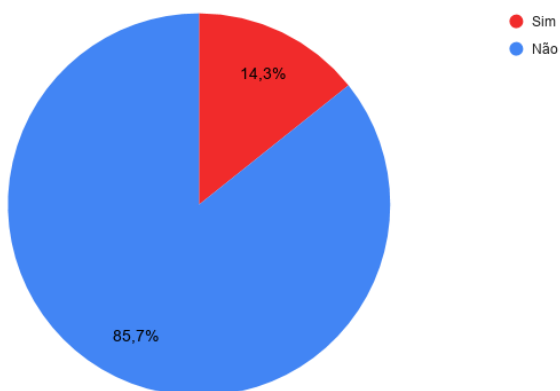
Como ficou evidenciado na pesquisa, o acesso não é um tema “ilustre desconhecido”.



Ele é discutido e analisado na sua lógica de resolutividade, a baixo esforço e alto grau de comodidade, e até mesmo independência, pois não existem fronteiras físicas que os usuários se façam demoverem da idéia de chegar até os serviços, onde pretendem ser atendidos. Há sempre uma busca prévia de localização e uso de recursos próprios para atingir seus objetivos.

As informações sobre o conhecimento do estabelecimento de saúde que o usuário pretende se dirigir, já estão estratificadas no nível de seu entendimento, que não hesita em procurar o estabelecimento de atendimento que tem em mente, sem nenhum tipo de restrição, de forma que cumpre com sua jornada. A Figura 44, é representativa quando afirma majoritariamente que os usuários sempre chegam onde desejam.

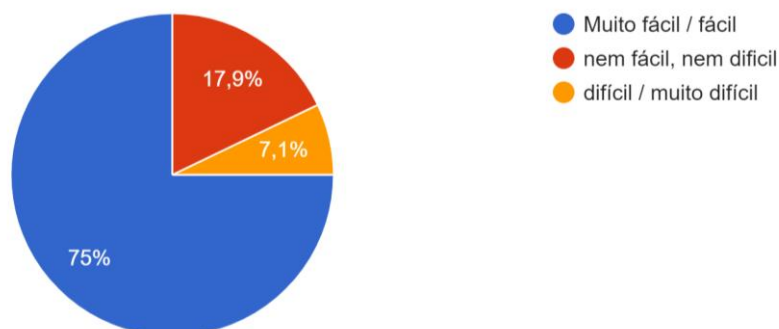
**Figura 44** - Dificuldade de localização do estabelecimento de atenção à saúde em que se deu o atendimento.



**Fonte:** Elaborado pelo autor, 2019.

Esta representação corrobora com as demais respostas, pois a facilidade de ultrapassar barreiras geográficas são decisivas quanto à tomada de decisão dos usuários. Eles sempre são assertivos quanto a usarem aquele serviço, pois a certeza da escolha está relacionada à segurança de conseguir atendimento, conforme apresenta a Figura 45.

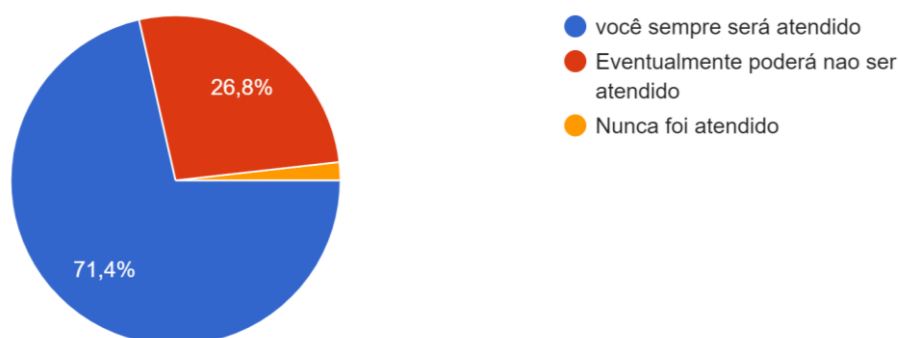
**Figura 45** - Sobre o tipo de deslocamento e meio de transporte utilizado, considerando distância, trânsito e modal até o serviço de saúde.



**Fonte:** Elaborado pelo autor, 2019.

A dúvida quanto a não ser atendido é quase inexistente, pelas características que o levaram até o serviço, promovendo confiança e reforçando o aspecto de resolutividade e efetividade, pois o SUS na visão dos usuários é pleno quando o usuário se vê na condição de acolhimento em contato com a equipe assistencial (Figura 46).

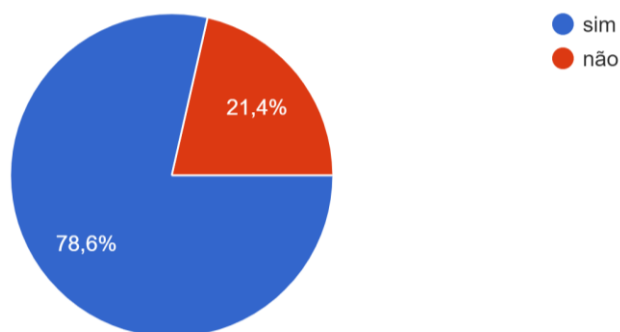
**Figura 46** - Sobre a possibilidade de atendimento no estabelecimento de saúde, independente de região de moradia ou cadastro.



**Fonte:** Elaborado pelo autor, 2019.

Os usuários vêem também vantagem na dinâmica de funcionamento das unidades, uma vez que os horários são amplos e flexíveis o que não limita sua itinerância, já que este é um fato decorrente do acesso, como desdobramento (Figura 47).

**Figura 47** - A respeito do horário de seu atendimento estar adequado às normas / rotinas diárias do usuário.

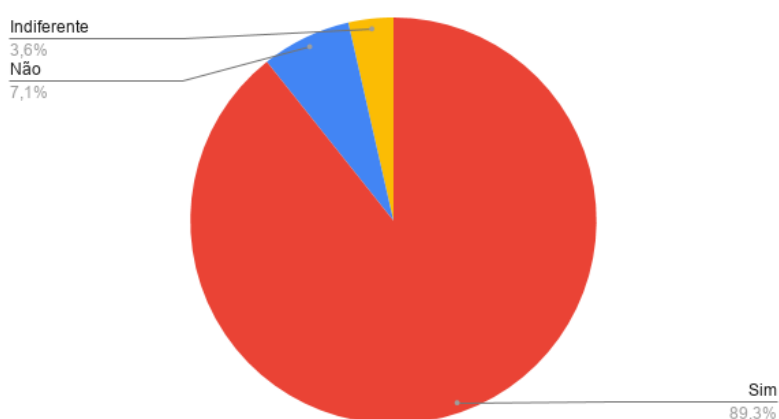


**Fonte:** Elaborado pelo autor, 2019.

Notou-se que a itinerância não ocorre somente em razão de aspectos assistenciais, pois não é rara a queixa de que isso ocorre com frequência devida à excessiva falha de fornecimento de medicamentos.

A existência do SUS (Figura 48), como poder-dever do Estado, é algo que na visão dos usuários está ameaçada. Eles não veem recursos suficientes para sua manutenção a longo prazo. A maioria dos entrevistados anuncia preocupação com o fim desta modalidade de assistência, em virtude das falhas recorrentes, dos problemas operacionais, do financiamento, da falta de continuidade das políticas públicas e também das alternativas, num futuro não tão distante.

**Figura 48** - Quanto à preocupação a respeito do futuro do SUS, na percepção dos usuários.

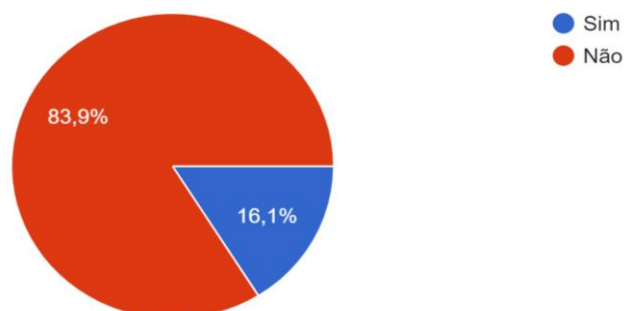


**Fonte:** Elaborado pelo autor, 2019.

A preocupação envolvendo a possível falta do SUS, da maneira como ele se apresenta hoje, isto é, como um sistema gratuito e universal, assusta o usuário, porque a grande maioria dos entrevistados não possui acesso a outra forma de assistência que não o modelo vigente, o

que se confirma quando 83,9% aponta não usufruir de plano de saúde privado. Ou seja, pela falta de plano de saúde contratado (Figura 49).

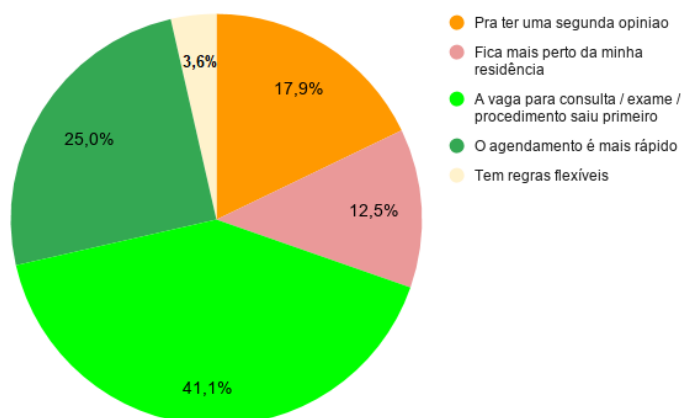
**Figura 49** - Quanto a usar e usufruir de plano de assistência à saúde privado.



**Fonte:** Elaborado pelo autor, 2019.

A confiança no SUS é inabalável, uma vez que os usuários entendem que a liberdade de optar pelo atendimento pode trazer benefícios diretos como conseguir atendimento longe de um sistema burocrático, rígido e impositivo como das operadoras que atuam em saúde suplementar (Figura 50).

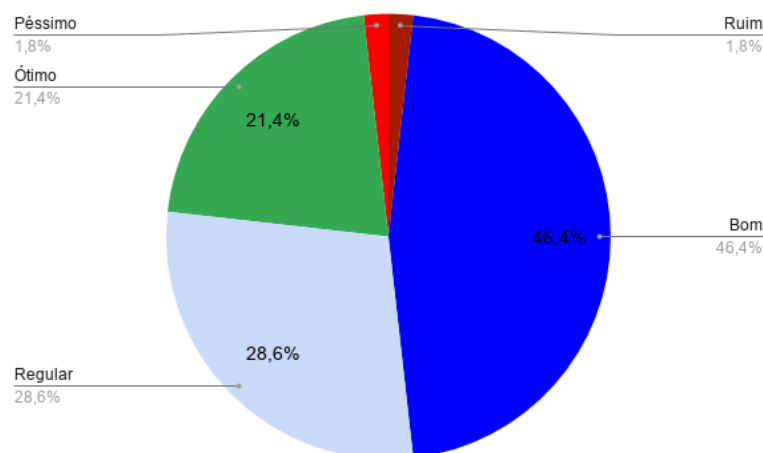
**Figura 50** - Diante da hipótese de possuir ou adquirir plano de saúde e ainda continuar procurando atendimento no SUS.



**Fonte:** Elaborado pelo autor, 2019.

Os serviços do SUS ainda devem passar por adequações e ajustes necessários, prova disso é o entendimento dos usuários que registram a falta de condições plenas para pacientes, acompanhantes e profissionais que estão em situação de portarem necessidades especiais (Figura 51), inexistindo o cumprimento integral das exigências legais e dos dispositivos de acessibilidade.

**Figura 51** - Avaliação sobre a adequação deste estabelecimento de saúde para a acessibilidade e mobilidade.

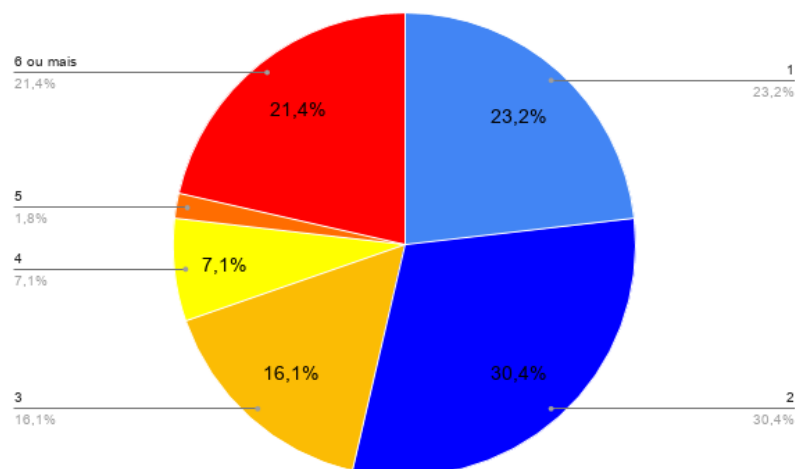


**Fonte:** Elaborado pelo autor, 2019.

Além de usarem de forma recorrente o SUS (Figura 52), os usuários via de regra, retornam aos mesmos serviços nos quais conseguem regular êxito e atenção no atendimento. A maioria dos entrevistados passou pelo menos duas vezes no mesmo serviço no período de 1 ano, o que confere aos usuários grande regularidade. Pode haver também substancial resultado quanto à recorrência, pois a diferença para o uso do serviço, em seis ou mais eventos é pequeno, o que sugere casos típicos e específicos de acompanhamento continuado, como prioridades em grupos de riscos (tais como Hipertensão, Diabetes e Tuberculose), ou ainda tratamentos preventivos e de promoção à saúde como a dinâmica de pré-natal.

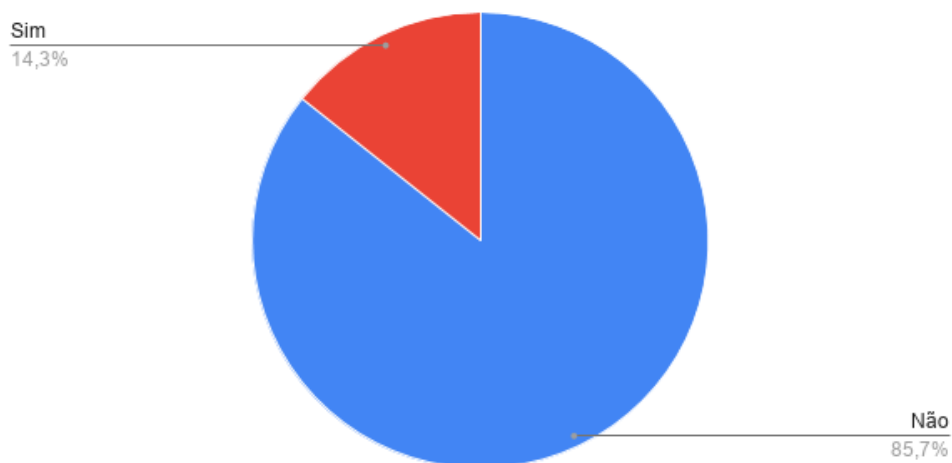
Os usuários frequentam com muita liberdade os serviços, buscando meios de estabelecer as condições favoráveis de acesso e provável uso ocorre por serem prontamente acolhidos, à vista de que, algumas vezes tem atendimento negado (Figura 53) para si ou para o acompanhante.

**Figura 52** - Sobre o número de vezes em que nos últimos 12 meses foi usado pelo usuário o estabelecimento de saúde em que foi atendido.



**Fonte:** Elaborado pelo autor, 2019.

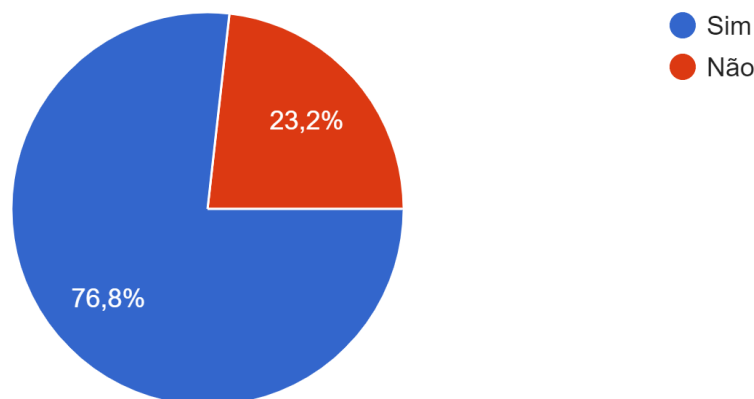
**Figura 53** - Sobre atendimento negado para si ou acompanhante neste estabelecimento de atenção à saúde.



**Fonte:** Elaborado pelo autor, 2019.

A aprovação dos usuários sobre o sistema é recorrente. Então, diante algumas negativas de atendimento, de todos os procedimentos, entregas e demandas quanto a coletas, exames e consultas realizadas, o que na visão dos mesmos constitui-se em razão suficientemente forte para o retorno e continuidade da assistência (Figura 54). Os mesmos se sentem também, quando atendidos, respeitados no que se refere ao Direito à saúde.

**Figura 54** - A respeito de o estabelecimento de atenção à saúde possuir equipamentos adequados para realização de consultas, exames e procedimentos.



**Fonte:** Elaborado pelo autor, 2019.

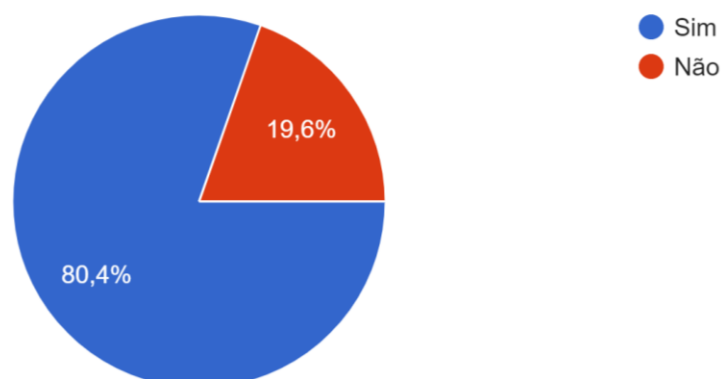
O senso de legitimidade do SUS, é elevado, pois não há, segundo o usuário, uma exposição ou desrespeito à condição de dignidade e honra por parte dos profissionais quando do atendimento ofertado. Os usuários também destacam a importância do sigilo, da confidencialidade e da ética, que são valores citados por eles ainda que sem uma definição conceitual precisa (Figura 55). Quando se vê atendido de forma privativa, o usuário valoriza a relação de confiança e resolutividade. Porém, existem questões coletivas que não são favoráveis, como a itinerância por busca de medicamentos (Figura 56).

Há instalada uma insatisfação no acesso aos medicamentos como forma de complementar os tratamentos estabelecidos. O usuário considera que as faltas não são justificadas e que, ocorrem de forma frequente e não sazonal. Esta é uma questão que abala a credibilidade do sistema, quanto a falta de continuidade e problemas que interferem nas soluções, independentemente de complexidade e procedimentos terapêuticos.

Existe também o relato quase que comum da falta de medicamentos para os pacientes com acompanhamento de doenças crônicas, o que lhes proporciona o agravamento (Figura 57).

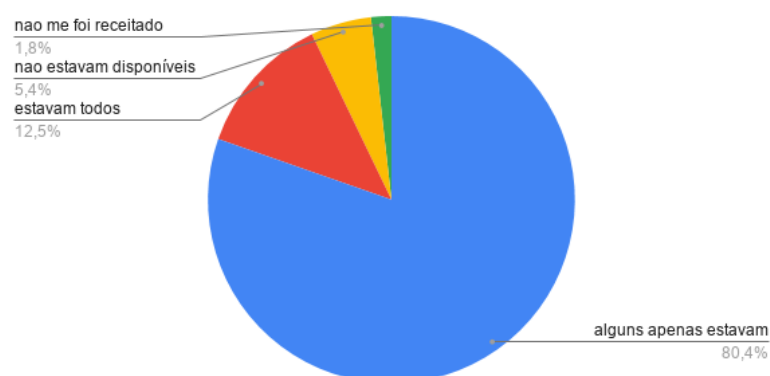
Já quanto aos materiais, a falta é menos sentida, e talvez desconhecida, já que estão relacionados em sua maioria às categorias profissionais que deles fazem uso.

**Figura 55** - A respeito de considerar adequado o espaço físico e a privacidade quando do seu atendimento neste estabelecimento de saúde.



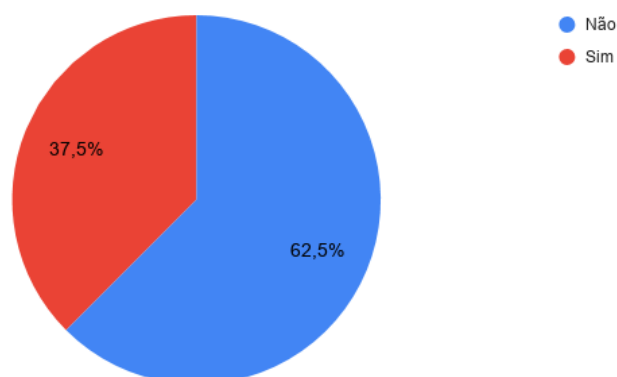
**Fonte:** Elaborado pelo autor, 2019.

**Figura 56** - Sobre a assistência farmacêutica, especificamente no que se refere ao status de oferta de medicamentos prescritos e disponíveis para retirada.



**Fonte:** Elaborado pelo autor, 2019.

**Figura 57** - Quanto à percepção sobre a falta de material durante o atendimento no Sistema Único de Saúde.

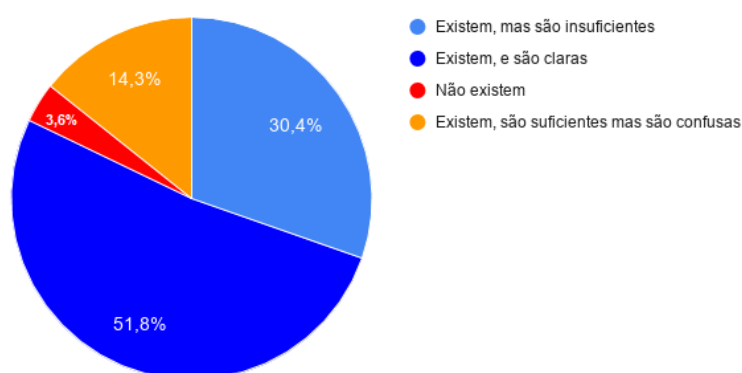


**Fonte:** Elaborado pelo autor, 2019.



Os pacientes ao acessarem os serviços são orientados e bem esclarecidos pela comunicação presente, por diversos recursos e meios usados para facilitar a interação com o usuário (Figura 58). O fato dos usuários não identificarem as informações e mensagens está relacionado com a dificuldade de compreensão do idioma, e com problemas educacionais, como por exemplo o analfabetismo, ainda que funcional, dado o baixo nível de escolaridade dos mesmos.

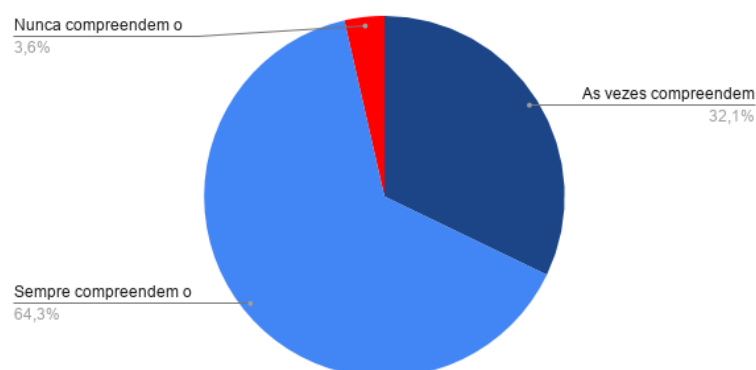
**Figura 58** – Visão sobre os meios de sinalização e comunicação interna e externa nos estabelecimentos de nos quais ocorreram os atendimentos.



**Fonte:** Elaborado pelo autor, 2019.

A percebida falta de recursos educacionais essenciais na formação dos usuários, é percebida no ato do atendimento. Primeiro porque eles consideram complexa a terminologia e a linguagem usadas pelos profissionais, segundo, assinalam o uso excessivo de nomes e expressões técnicas que inibem o acesso às formas mais usuais de entendimento. A consequência direta é que, às vezes, o usuário não é compreendido (Figura 59).

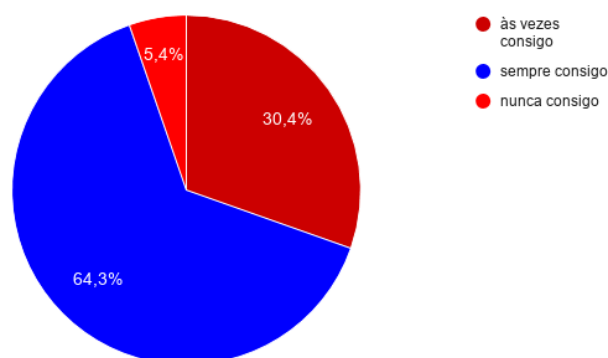
**Figura 59** - Sobre o nível de compreensão e entendimento das mensagens e informações fornecidas pelos profissionais do serviço de saúde, quando da assistência prestada.



**Fonte:** Elaborado pelo autor, 2019.

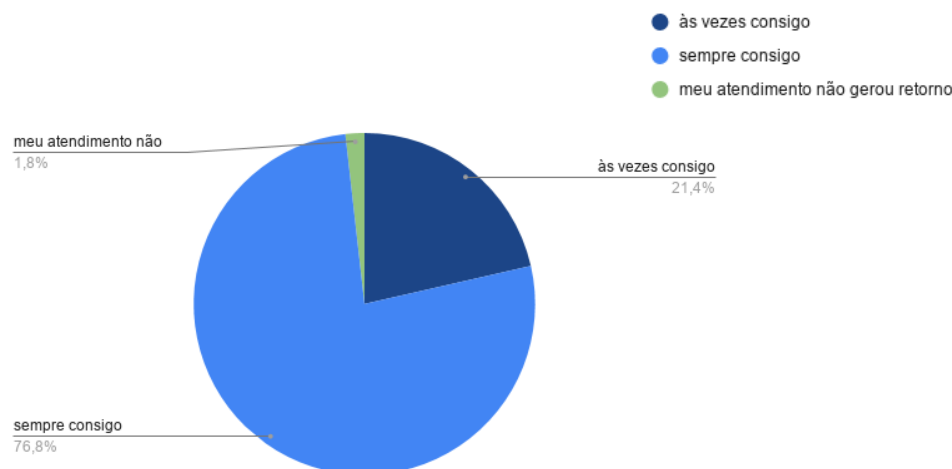
Fica claro também que a resolutividade dos serviços de pronto atendimento é um elemento chave para exercer a atração sobre os usuários, já que diante de alguma situação não prevista, a maioria dos respondentes afirma ser atendido em suas necessidades no mesmo dia em que elas são evidenciadas (Figura 60). Há dois mundos na percepção do usuário SUS. Um burocrático, sem muito sentido e lógica e outro imediato, resolutivo e de pronto atendimento às suas necessidades (Figura 61). Este é um relato presente em serviços de pronto atendimento e nas portas de urgência e emergência, que evidencia uma grande insatisfação daqueles que estão sujeitos à organização do território onde está presente a estratégia de saúde da família.

**Figura 60** - Sobre a imediatidade e certeza do atendimento no estabelecimento de saúde no mesmo dia em que surge a necessidade de procurar a assistência.



**Fonte:** Elaborado pelo autor, 2019.

**Figura 61** - Sobre a possibilidade de conseguir retorno à origem para mostrar resultados de exames solicitados.



**Fonte:** Elaborado pelo autor, 2019.

O fato é que os serviços, que se constituem com maior flexibilidade no acolhimento, tornam-se meios seguros de estabelecer vínculo com a assistência, daí a confiança pelo retorno, pois denota ser o caminho mais apto à solução dos problemas dos usuários. Via de regra, onde o paciente é atendido, há características essenciais para, na visão dele, ocorrer a continuidade da assistência. Ele associa a continuidade, aos retornos que fazem parte dos protocolos assistenciais e de segurança ao paciente, porém, não analisa o atendimento de especialistas, alta complexidade e uso de tecnologia médica, como algo que tenha valor se impactar no tempo de espera, que é um dos principais pontos de fragilidade do SUS.

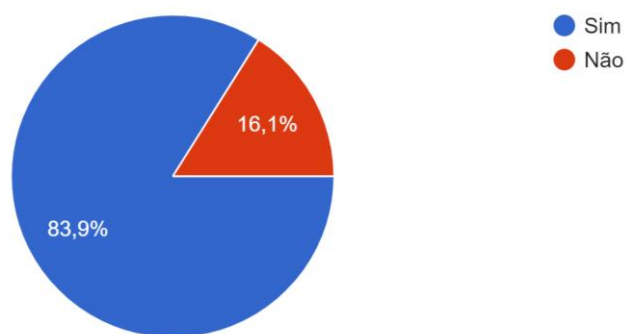
Mesmo recebendo orientação em educação continuada, em salas de espera, com a distribuição de conteúdo educativo, de maneira crescente, a cultura do usuário se sobrepõe à organização política do SUS e não se estabelece como prioridade se não houver a efetividade resumida em assistência direta proporcionada pela equipe.

A informação ao paciente é necessária e, às vezes é insuficiente (Figura 62), contudo, ela não é impeditiva para que o mesmo adote medidas de sua conveniência quanto à utilização do SUS. Ele está mais esclarecido, melhor posicionado, porém, mais crítico e menos conservador quanto à sua posição, de receber assistência na forma preconizada pelo Estado. No entanto, é preciso reconhecer que aqui reside uma dicotomia.

Quando o Estado atende ao usuário em suas necessidades imediatas, ele cumpre seu papel, mas quando falha na assistência farmacêutica, não organiza o sistema que deve ser, na visão dos usuários, mais flexível e presente. Ao organizar o fluxo de informações de comunicação, se estabelece um canal direto com o usuário para melhoria do sistema. Do

contrário, não colocando estas ideias em prática, remonta a ideia de difícil entendimento e participação. O Estado quer liberdade de expressão do usuário, participação popular, mas não encontra meios de atender as suas reivindicações por ineficiência do próprio sistema.

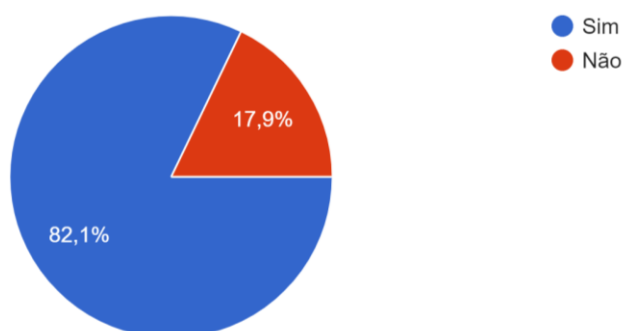
**Figura 62** - Sobre o fornecimento e disponibilidade de material informativo (folders, folhetos, painéis), com assuntos relacionados a saúde.



**Fonte:** Elaborado pelo autor, 2019.

Os painéis de chamada são iniciativas impessoais, transparentes e que, por serem visuais, são mais acessíveis aos usuários, de forma a permitir compreender e observar sua movimentação e dinâmica. O sistema visual e amplo, não favorece a desorganização escondida atrás da burocracia. A autonomia do usuário está, inclusive, na interpretação de sua relação com o sistema (Figura 63).

**Figura 63** - Sobre a existência e disponibilidade e acessibilidade por meio de painel de chamada de fila de espera com número de senha por prioridade, ordem de chegada e contagem de tempo (em horas e minutos).



**Fonte:** Elaborado pelo autor, 2019.

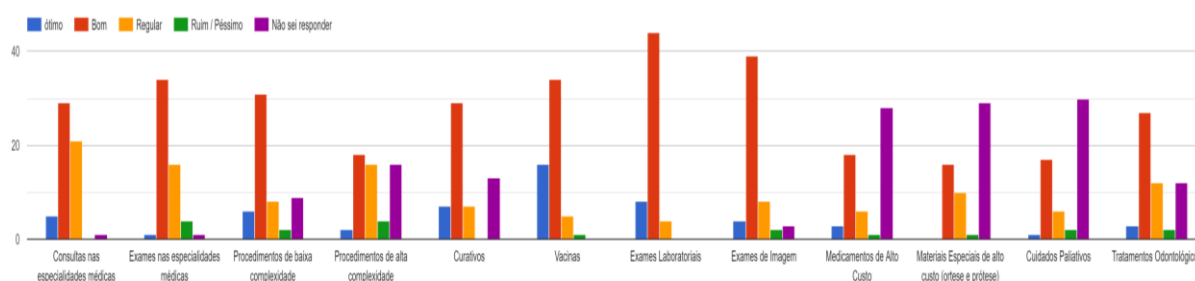
Em toda a cadeia de cuidados do SUS o acesso é tido como bom (Figura 64). Isto porque os problemas existem, mas os usuários conseguem ser atendidos serviços. Algumas práticas

recentes, e que se constituem em fatores positivos (ainda que estejam em desenvolvimento prematuro no SUS), são objeto de atenção, como a medicação de alto custo, que está sendo regulada pelo Estado. Porém com muita inconstância e falta de continuidade nos tratamentos, consultas e exames, eletivos ou emergenciais, oferecidos pelos serviços, prejudicando ainda mais assistências terapêuticas que devem intervir imediatamente, como a assistência ao paciente oncológico, mesmo com a legislação específica que somente incentivou o cenário de judicialização (Figura 65).

A estrutura e os meios físicos, tecnológicos e científicos, inclusive passando pela avaliação da equipe multiprofissional, que hoje atua no SUS resgatam o papel importante de acreditar nas oportunidades de melhoria do acesso, pois é forte a fala de que, quando consegue ser atendido, o usuário -privilegiado- recebe a assistência integral para sua recuperação ou redução dos danos. Ao contrário, a falta de acesso, inibe uma boa avaliação, pois não consegue receber nenhum tipo de assistência, fato que prejudica a avaliação. São fatores críticos a existência de sistemas especiais de atendimento dentro do SUS, o uso de materiais de órtese e prótese, os medicamentos especiais de alto custo e, por último, os cuidados paliativos, considerando que são poucos os serviços que estão aptos a prestar este tipo de atendimento, que é amplo e abrangente. Afora estes fatores pontuais, o acesso ao SUS é uma barreira a ser vencida conjuntamente com gestores e profissionais, tendo em vista que os mesmos se vêem como parte desse processo desafiador.

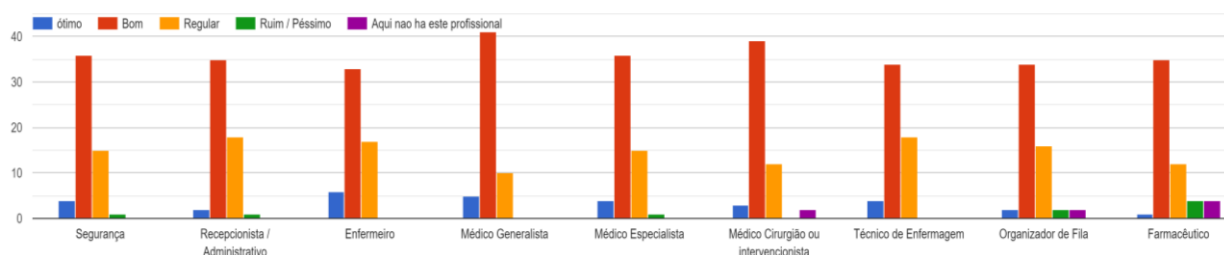
Mesmo com tantas críticas e dificuldades ao acesso, a qualidade dos serviços prestados é satisfatória para o conjunto dos usuários que estiveram na condição de pacientes, ainda esteja longe do nível de excelência a ser conquistado (Figura 66).

**Figura 64** - A percepção e avaliação do acesso quanto às modalidades de assistência e oferta nos serviços de saúde.



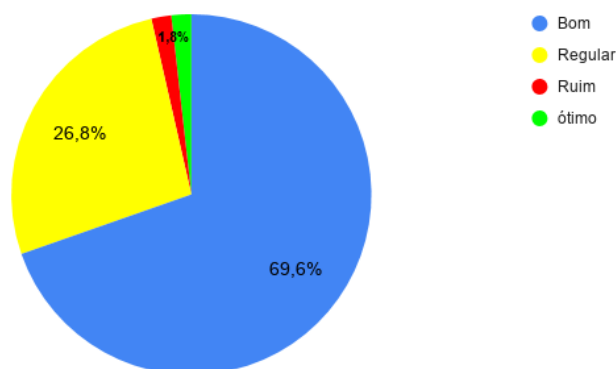
**Fonte:** Elaborado pelo autor, 2019.

**Figura 65** – Avaliação das condições do acesso e atendimento pelos seguintes profissionais desde serviço de saúde.



**Fonte:** Elaborado pelo autor, 2019.

**Figura 66** - Percepção geral sobre a avaliação dos serviços prestados neste estabelecimento.



**Fonte:** Elaborado pelo autor, 2019.

### 7.3 Virtudes e fragilidade do acesso a saúde na rede Santa Marcelina

Assim, buscando identificar aspectos internos e externos que impactam o acesso foram construídas três matrizes *Swot* (JOHNSON, et al., 2007), que sintetizam os pontos mais relevantes encontrados na dimensão do acesso, colhida por meio dos questionários aplicados aos usuários, gestores e profissionais de saúde, resultando em matrizes que produziram, preliminarmente, indicadores relativos a:

- densidade de cada quadrante de pontos fortes, fracos, oportunidades e riscos;
- capacidade ofensiva da organização; capacidade defensiva da organização;
- posicionamento estratégico global;
- forças mais atuantes;
- fraquezas mais prejudiciais;

- oportunidades mais acessíveis;
- ameaças com maior impacto para o sistema.

O objetivo desse procedimento foi o de identificar o grau em que as forças e fraquezas atuais são relevantes e capazes de indicar as ameaças ou capitalizar as oportunidades para compreender os problemas e melhorar o acesso ao sistema de saúde. Apesar das dificuldades, ao longo do processo de pesquisa foi possível detectar que alguns órgãos do setor da saúde estão utilizando ferramentas administrativas para o desenvolvimento do planejamento estratégico efetivo, sendo que o emprego da ferramenta de análise *Swot* tem sido considerado positivo. A aplicabilidade desta ferramenta pode colaborar para diagnosticar os limites e as dificuldades para a transvesabilidade e integração do sistema.

Os dados buscam estabelecer uma relação entre os pontos fortes e fracos (Quadro 14) identificados nos ambientes analisados com as oportunidades e ameaças do macroambiente e do ambiente setorial onde a organização atua, possibilitando a identificação e seleção de diretrizes estratégicas adequadas para os objetivos estabelecidos (MOYSES FILHO, 2010).

Conforme as definições de Ribeiro Neto (2011) a análise deve ser confeccionada e interpretada de forma a unir os elementos internos e externos, pois estes elementos irão formar o diagnóstico local (Quadros 14 e 15 ).

**Quadro 14** – Percepção do acesso à saúde, pelos usuários do Sistema Único de Saúde, na Zona Leste de São Paulo.

	<b>Pontos Fortes</b>	<b>Pontos Fracos</b>
Fatores Internos	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Acessibilidade ao serviço público de saúde aos cidadãos;</li> <li>-Especializações médicas;</li> <li>-Infraestrutura complexa;</li> <li>-Equipamentos modernos;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Em alguns casos, demora no atendimento;</li> <li>-Falta de medicamentos;</li> <li>-Falta de médicos;</li> <li>Salários incompatíveis com as formações profissionais; -</li> <li>Falta de reconhecimento;</li> <li>-Demora nos resultados;</li> <li>-Falta de ambulância, UTI móvel;</li> </ul>
	Oportunidades	Ameaças
Fatores Externos	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Parcerias com o gestor público</li> <li>-Aumentar a quantidade das Unidades Básicas de Saúde;</li> <li>-Maior flexibilidade nos horários, proporcionando o aumento da demanda dos usuários e, com isso, a não sobrecarga do turno diurno, ocorrendo maior distribuição nos atendimentos por turno.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Não cumprimento das metas estipuladas pelo gestor público</li> <li>-Falta de verba financeira de custeio;</li> <li>-Falta de verba específica de investimento;</li> <li>-Falta de manutenção das Unidades Básicas de Saúde;</li> </ul>
Característica de orientação	Aspectos Positivos	Aspectos Negativos

**Fonte:** Dados de pesquisa, 2019.



**Quadro 15** - Percepção do acesso à saúde, pelos gestores do Sistema Único de Saúde, Zona Leste de São Paulo.

	<b>Pontos Fortes</b>	<b>Pontos Fracos</b>
Fatores Internos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nome da Instituição e credibilidade</li> <li>• Modelo de contratação por contrato de gestão</li> <li>• Equipe comprometida e qualificada</li> <li>• Ampliação e reforma da estrutura</li> <li>• Ações com a comunidade</li> <li>• Gerência de Hotelaria</li> <li>• Participação da equipe multiprofissional nas comissões</li> <li>• Controle Social (Conselho Local de Saúde e Conselho de Excelência)</li> <li>• Canais de Comunicação com o paciente</li> <li>• Gestão Cidadã</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comunicação interna (entre profissionais e entre os setores)</li> <li>• Estrutura Física</li> <li>• Manutenção e acompanhamento do Parque tecnológico assistencial</li> <li>• Farmácia</li> <li>• Projeto de Qualidade de vida alinhado ao perfil epidemiológico do colaborador</li> <li>• Composição e organização do Prontuário do Paciente</li> <li>• Controle patrimonial</li> <li>• Qualificação das Lideranças</li> </ul>
	<b>Oportunidades</b>	<b>Ameaças</b>
Fatores Externos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Habilitação em novos serviços</li> <li>• Processo de certificação</li> <li>• Ampliação do número de clínicas</li> <li>• Ampliação de novos serviços</li> <li>• Voluntariado</li> <li>• Aumento da oferta de profissionais médicos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mudança no Governo</li> <li>• Rompimento do Contrato</li> <li>• Não alcance das metas contratuais</li> <li>• Turnover</li> <li>• Realização de procedimentos não habilitados</li> <li>• Informalidade da contratação da mão de obra médica</li> <li>• Integração da rede de referência e contra referência</li> </ul>
Característica de orientação	Aspectos Positivos	Aspectos Negativos

**Fonte:** Dados de pesquisa, 2019.

Buscando sistematizar os resultados anteriores foi construído um quadro síntese para revelar as barreiras e elementos facilitadores do acesso à saúde, organizado por categorias de problemas: características das instituições, fatores relacionados ao indivíduo, fatores relacionados ao sistema; fatores externos ao sistemas; integração e complexidade dos processos (Quadro 16).

**Quadro 16** - Percepção do acesso à saúde, pelos profissionais da saúde do Sistema Único de Saúde, Zona Leste de São Paulo.

	<b>Pontos Fortes</b>	<b>Pontos Fracos</b>
Fatores Internos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Domínio da técnica com vivência e experiência;</li> <li>• Equipe Qualificada</li> <li>• Formação e capacitação incentivada pela instituição</li> <li>• Oferta de Serviços diferenciados</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Insuficiente número de profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, técnicos de saúde ambientais) pela alta rotatividade</li> <li>• Demora na reposição dos profissionais</li> <li>• Inexistência de um sistema de informação integrado</li> <li>• Graves fragilidades dos sistemas de informação devido ao apoiotécnico deficiente.</li> </ul>
	<b>Oportunidades</b>	<b>Ameaças</b>
Fatores Externos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quebra de Resistência a mudança e novos processos.</li> <li>• Contratação de seguro de responsabilidade civil</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Instabilidade dos profissionais impossibilidade de mobilidades, contratualizações, concursos de progressão nas carreiras, etc.</li> <li>• Risco de saída de profissionais de saúde qualificados para o setor privado.</li> <li>• Manutenção, na prática da terapêutica e não de Intervenções</li> </ul>
		<p>preventivas e de promoção da saúde.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausência de aposta no desenvolvimento de um sistemas de informação integrado diante da Judicialização.</li> </ul>
Característica de orientação	Aspectos Positivos	Aspectos Negativos

**Fonte:** Dados de pesquisa, 2019.

## 8 ANÁLISE DOS DADOS DE PESQUISA À LUZ DA LITERATURA

O estudo aqui apresentado teve como objetivo geral propiciar uma visão abrangente das percepções de gestores, profissionais e usuários do sistema de saúde acerca de suas experiências com o acesso, em suas modalidades e suas opiniões sobre a forma como ele se dá, na prática, no território de Cidade Tiradentes, de modo a oferecer subsídios para o planejamento e a implementação de reflexões e novos contextos, em que seria importante explicitar a diversidade dos fatores que impactam este cenário.

Registra-se um fato primordial para a compreensão do cenário envolvendo o acesso e suas diferentes perspectivas, que é a divergência entre o entendimento de gestores e profissionais, diante dos conceitos e opiniões a respeito das dimensões do acesso.

A discussão apresentada possibilitou desenhar um modelo de análise (matriz *Swot*) (Quadros 17 a 23) que toma como dimensões as questões que envolvem os aspectos políticos do acolhimento do usuário, os aspectos geográficos, os socioeconômicos, os de operacionalização, envolvendo o processo saúde-doença e a análise da percepção da população a respeito do próprio sistema de saúde.

A análise foi elaborada a partir dos principais autores que estudaram o tema e apresentaram categorias de análise, as quais foram comparadas com os resultados da presente pesquisa.

Buscou-se compreender as políticas formuladas e sua execução, inclusive observar na gestão a tomada de decisão e a participação da sociedade. A análise procura também contemplar o dia a dia dos serviços de saúde, ou seja, explicitar como os serviços se organizam, como os profissionais e gestores atuam e quais as subjetividades que transversalizam estas relações, com seus componentes no atendimento às demandas e necessidades dos usuários SUS.

A tese buscou trabalhar com os dados obtidos no inquérito junto a gestores, usuários e profissionais de saúde, considerando sempre o referencial teórico das dimensões do acesso, que nos quadros a seguir, irão caracterizar a dimensão psicológica, os aspectos territoriais, a dimensão econômica, a operacional, a relacional, a sociocultural e a técnica, sempre apontando as barreiras e facilitadores nos itens em destaque tomando por base os elementos da matriz *Swot*.

A dimensão política referente ao acolhimento do usuário (JESUS; ASSIS, 2010) (Quadro 17), evidenciou o comprometimento dos formuladores de políticas com o acesso universal aos serviços de saúde e também a pactuação entre as instâncias de poder, envolvendo o governo, a sociedade civil, os prestadores de serviços públicos e/ou privados e os híbridos público-privado. O referido comprometimento se expressou nas instituições formadoras de recursos humanos em saúde, através do acompanhamento dos processos de trabalho e de tomada de decisão, partilhada entre os diferentes sujeitos com representação política e transparência no processo decisório, ocorridos no território Cidade Tiradentes. Estas ações estratégicas podem promover a superação de carências históricas, que atuam como barreiras à oferta nos serviços de saúde, em todos os níveis de complexidade do sistema de saúde, como os encontrados no universo da pesquisa.

**Quadro 17** - Resultados de pesquisa: acolhimento do usuário, segundo a perspectiva de JESUS; ASSIS (2010).

<b>Autor</b>	<b>Dimensão</b>	<b>Problemas</b>
JESUS; ASSIS (2010).	Aspecto do Acolhimento do Usuário.	Dimensão Psicológica do Acesso.
Pontos Fortes	Escuta qualificada do usuário	Estabelecimento de vínculo de confiança.
Pontos Fracos	Pouco tempo de contato formal com o usuário.	Desconhecimento da dinâmica de organização do sistema.
Oportunidades	Possibilidade de abordagens comportamentais.	Possibilidade de abordagens sobre ética e cidadania.
Ameaças	Falta de credibilidade pela baixa resolubilidade.	Excesso de absenteísmo com relação ao agendamento.

**Fonte:** Dados de pesquisa, 2019.

Como dito, é preciso facilitar o acesso dentro dos limites geográficos de cada território social (UNGLERT, 1990), (Quadros 18 e 19) integrando serviços e práticas por meio da referência e contrarreferência na rede SUS. A integração entre os serviços é um grande desafio a ser trabalhado, pois dentro do próprio território são muitas as realidades quanto aos entraves territoriais não uniformes do acesso. Porém as entrevistas semiestruturadas nos demonstraram que o usuário faz seu próprio caminho, em conflito ao mapeamento político-assistencial determinado pela lógica do Sistema Único de Saúde.

**Quadro 18** - Resultados de pesquisa: aspectos e elementos geográficos dos serviços segundo a perspectiva de UNGLERT (1990).

<b>Autor</b>	<b>Dimensão</b>	<b>Problemas</b>
UNGLERT (1990).	Aspecto Geográfico, considerando tempo e distância.	Barreira e Entraves Territoriais do Acesso.
Pontos Fortes	Atenção primária como porta de entrada do sistema.	Mapeamento dos determinantes de saúde da região.
Pontos Fracos	Diversas modalidades de serviços não compreendidas pelos usuários.	Falta de proporção entre cobertura dos serviços e oferta.
Oportunidades	Organização de redes de atenção mediante regulação da oferta dos serviços.	Reorganização das referências e contra-referências no território.
Ameaças	Aporte tecnológico restrito na atenção primária a saúde.	Migração do usuário em diversos serviços de saúde fora de seu território.

**Fonte:** Dados de pesquisa, 2019.

Isso explica também a existência de barreira e entraves territoriais do acesso no território Cidade Tiradentes, a falta de proporção no que se refere a cobertura e a utilização excessiva de alguns serviços em detrimentos de outros, considerando a pluralidade modalidades de serviços ofertados que não são compreendidos se não se tornar efetivo o atendimento. É comum o relato de incompreensão da natureza dos serviços pelos usuários, pois acabam por procurar aquele que mais se afeiçoa às suas pretensões, ou ainda, o serviço que possui profissionais com maior nível de confiabilidade, seguido de recursos de retaguarda e tecnologia disponíveis. É flagrante que após algumas tentativas e negativas, reforçadas pelas incompreensões e insatisfações as unidades básicas de saúde deixem de ser procuradas pelos usuários movidos pelo instinto de salvaguardar seus interesses. Estes atores passam a procurar então os serviços de média e alta complexidade em geral os de pronto atendimento, deixando de cumprir seu papel como protagonista na redução do antigo e nefasto modelo de assistência pautada na hospitalização. Contudo, a pesquisa mostrou que os usuários do território Cidade Tiradentes via de regra, preferem buscar primeiro nele as soluções às suas necessidades, razão pela qual há uma crescente (e perigosa) procura pelos prontos socorros e prontos atendimentos da região.

**Quadro 19** - Aspectos e elementos econômicos e de condição social segundo a perspectiva de UNGLERT (1990).

<b>Autor</b>	<b>Dimensão</b>	<b>Problemas</b>
UNGLERT (1990).	Aspecto Economico, tendo em vista a condição social.	Dimensão Econômica do Acesso.
Pontos Fortes	Aumento da consciência sobre direitos fundamentais e diretrizes SUS.	Instrumentos formais legítimos de informações visando a defesa do coletivo.
Pontos Fracos	Falta de esclarecimento sobre os papéis de cada ator e sobre financiamento.	Desigualdade que se agrava na diferença de classes sociais.
Oportunidades	Controle social.	Incremento a participação popular.
Ameaças	Descrédito e Sucateamento x“Concorrência” das clínicas populares.	Tecnologia e Resolutividade são barreiras financeiras intransponíveis.

**Fonte:** Dados de pesquisa, 2019.

A dimensão econômico-social (UNGLERT, 1990) pode ser analisada levando em consideração os investimentos na rede de saúde presentes no território Cidade Tiradentes em análise. Tais investimentos se formalizam a partir das parcerias público-privado, com a Secretaria Municipal de Saúde da cidade de São Paulo. A rede é caracterizada pelo nível de complexidade (básico, médio e alta complexidade), com definição das responsabilidades orçamentárias de alocação de receita e de financiamento na esfera de poder municipal. Não obstante, averiguar as interações objetivas, traduzidas na referência interestadual e na intermunicipal da oferta e da demanda concretas aos serviços de saúde possibilitaria clarificar a identificação das barreiras econômicas, sociais, culturais e físicas para proporcionar o princípio absoluto da equidade na dinâmica da organização dos serviços em seus diferentes níveis de complexidade do sistema. Eis aqui um espaço para a participação popular que poderia ser objeto da continuidade deste estudo. Ainda nessa perspectiva, o processo de avaliação da rede não pode prescindir da participação ativa e democrática dos sujeitos que produzem e consomem os serviços de saúde, conforme os resultados obtidos na análise a pesquisa de campo realizada com os profissionais e os gestores da região.

Para tanto, é necessário fortalecer a “porta de entrada” no nível básico da atenção, demarcando os fluxos dos atendimentos, organizados a partir das demandas epidemiológicas, sanitárias e sociais, dentro do território. Outra característica necessária e imprescindível para a melhoria do acesso é a qualificação dos profissionais e gestores, diante das estratégias de gestão e planejamento. Uma ação que é necessária, mas que é responsável por grandes polêmicas no

entendimento do conceito e prática do acesso consiste na reformulação da ação regulatória. A não reformulação somada ao processo de comunicação, que apresenta muitas falhas e imprevistos, e a falta de efetividade dos mecanismos de controle de vagas e agendas, compreende um dos fatores de desequilíbrio e insegurança dos profissionais, gestores e usuários do sistema. A ação regulatória teria que ser capaz de organizar a oferta, garantindo o atendimento nos diferentes níveis de complexidade e reduzindo o acúmulo de usuários nas portas de emergência e urgência. A ineficiência desta regulação tem colaborado para reproduzir em larga escala, a insatisfação dos usuários. Estes não entendem o funcionamento em rede, tampouco as ações desencadeadoras da superlotação de alguns serviços de alta complexidade, que são onerados financeira e tecnicamente pelo desconhecimento dos fluxos vigentes no sistema. Em parte, isto explicita os dilemas da organização da rede de saúde, que se refere a sua operacionalização e a produção de serviços (HORTALEZ; PEDROZA, 2000) (Quadro 20). Analisar a operacionalização e produção de serviços na rede de saúde perpassa considerar a capacidade destes serviços responderem, de forma objetiva e resolutiva os problemas demandados pelos usuários.

Para estes somente é efetivo o acesso quando há o atendimento em suas pretensões e demandas, isto é, quando se encontram diante de um profissional de saúde. Semelhante visão dos usuários precisa ser corrigida, porque tais atores não têm o mínimo de conhecimento sobre a hierarquização da rede e a composição de seus serviços, conforme porte e complexidade.

Outra dimensão de análise do acesso que o estudo nos possibilitou compreender é a simbólica (RAMOS; LIMA, 2003) (Quadro 21), porque há nos questionários aplicados encontramos índices sobre situações de exclusão e isolamento dos usuários. As respostas destes nos fizeram adentrar no campo de construção das identidades e de sua dinâmica relacional, envolvendo uma melhor e necessária compreensão do processo saúde-doença, cultura, crenças e valores de sujeitos e grupos sociais que vivem em diferentes cenários, complexos e desafiadores dentro do mesmo território, nas áreas onde os serviços se organizam para ofertar a atenção loco-regional. Via de regra, neste contexto, usuários insatisfeitos obstaculizam o seu entendimento sobre a funcionalidade do sistema de saúde, porque, além do desconhecimento e da falta de compreensão do sistema, não percebem, conforme os relatos, a existência de interação entre os serviços, os trabalhadores, os usuários e a própria gestão. Eles desacreditam, assim, numa possibilidade de melhor organização da rede, o que colabora para criarem de forma autônoma seu próprio fluxo diante da oferta. Aqui estão outras variáveis que também surgiram, por exemplo, a negativa e o abandono frequente da assistência farmacêutica, privilegiando a automedicação e a procura por cuidados e serviços alternativos, oportunistas, porém viáveis comercialmente e,

sob a lógica do SUS, não-convencionais. Culturalmente o usuário nega de modo consciente, a existência da formalidade na assistência quando objetiva o atendimento de suas pretensões e necessidades. E também ao construir o fluxo definitivo que passe pela alternativa mais lógica de atendimento em serviços de pronto socorro e/ou pronto atendimento. As respostas coletadas no questionário aplicado para os usuários apontaram certo “preconceito“ com relação aos serviços de unidades básicas de saúde e outras modalidades de entrada. Testes são considerados pouco resolutivos em sua visão. Tal avaliação se opõe a compreensão dos profissionais, que buscam justificar a insatisfação dos usuários a partir da falta de conhecimento destes e de sua atitude de burlar as regras do sistema.

Fica, contudo, no desenho do modelo ideal para o usuário, um sistema de saúde que privilegie a resolução quase que imediata dos problemas, o que em tese justifica a procura intensa pelas emergências e urgências em detrimento de outras modalidades. Tem-se assim como implicação o aumento do absenteísmo nas unidades, o que tem gerado uma orientação não preventiva, mas, sim exclusivamente, curativa e hospitalocêntrica.

Ao avaliar a percepção da população e do próprio sistema de saúde (FEKETE, 1995) (Quadros 22 e 23), a literatura tem realizado uma abordagem transversal. Tal análise objetiva responsabilizar os trabalhadores e os gestores de saúde, categorizados como prestadores públicos e/ou privados e situar o usuário do SUS no centro do processo da atenção à saúde.

Essas reflexões buscam compreender as causas dos principais problemas da integralidade da atenção, tais como o acolhimento, a formação efetiva do vínculo e autonomia da equipe e usuário, indicando um projeto terapêutico conjunto e compartilhado, para um melhor desfecho clínico.



**Quadro 20** - Resultados de pesquisa: aspectos e elementos da operacionalização e produção, segundo a perspectiva de HORTALES; PEDROZA, (2000).

<b>Autor</b>	<b>Dimensão</b>	<b>Problemas</b>
HORTALES, PEDROZA (2000).	Subsistema de decisão, operacionalização e subsistema de informação e retroalimentação.	Dimensão operacional do acesso.
Pontos Fortes	Comprometimento dos profissionais.	Qualificação dos profissionais e das entidades que atuam no sistema
Pontos Fracos	Faltam recursos técnicos e tecnológicos.	Faltam estratégias de planejamento e gestão
Oportunidades	Aprimorar o Monitoramento e coleta de informações em saúde.	Carência de equipamentos para consolidação dos sistemas de tecnologia, informação e comunicação em Saúde.
Ameaças	Falta de cultura participativa e excesso de demanda.	Comunicação falha e improvisado de mecanismos de operação do sistema Único

**Fonte:** Dados de pesquisa, 2019.

**Quadro 21** - Resultados de pesquisa: aspectos e elementos culturais, crenças e valores, segundo a perspectiva de RAMOS;LIMA (2003).

<b>Autor</b>	<b>Dimensão</b>	<b>Problemas</b>
RAMOS, LIMA (2003).	Aspectos envolvendo o processo saúde-doença, cultura, crenças e valores de sujeitos e grupos sociais	Dimensão Relacional do acesso.
Pontos Fortes	Interação entre trabalhador e usuário	Interação entre serviço e usuário
Pontos Fracos	Usuários sentem-se excluídos	Usuários não atendidos são vistos como isolados.
Oportunidades	Reforçar o papel social do familiar no processo de recuperação	Reforçar a importância do atendimento domiciliar e o cuidado doméstico.
Ameaças	Preconceito com o profissional da atenção primária e questionamento da qualidade do atendimento	Desinformação, automedicação e resistência a mitos baseados no senso comum

**Fonte:** Dados de pesquisa, 2019.

**Quadro 22** - Resultados de pesquisa: aspectos da percepção da população com relação ao sistema de saúde, segundo a perspectiva de FEKETE (1995).

<b>Autor</b>	<b>Dimensão</b>	<b>Problemas</b>
FEKETE (1995)	Aspectos envolvendo a análise da percepção da população e do próprio sistema de saúde	Dimensão Sócio Cultural do Acesso.
Pontos Fortes	Melhor formação profissional e redução da falta de médicos	Aumento do número de prioridades clínicas e linhas de cuidado
Pontos Fracos	Inoperância e Indiferença	Adoecimento recorrente que leva a falta de credibilidade
Oportunidades	Desfazer o modelo hospitalocêntrico	Articular no território alinhamento e estratégias de prevenção e promoção à saúde.
Ameaças	Desaparelhamento do Estado	Falta de políticas públicas de saúde de execução continuada

**Fonte:** Dados de pesquisa, 2019.

Aqui, busca-se com efeito, uma explicação clara sobre a inoperância do sistema quanto à falta de políticas públicas que tenham soluções de execução continuada, quer por um problema de uso recorrente de serviços, justificado pela não resolutividade, quer pela falta de um desenho estratégico de políticas que tenham como centro a articulação dos serviços no território, fazendo valer então no senso comum, a falta de credibilidade nas ações e políticas de saúde, descontinuadas por modelos políticos imediatistas e sem resultados em médio e longo prazo. Ganha-se pelo menos a idéia do reforço do vínculo entre o profissional ou a equipe assistencial que desenvolve as práticas assistenciais, sendo esta uma característica do acesso ao território (SANTOS et.al., 2008).

O vínculo entre a equipe da saúde e os usuários é compreendido como “uma ferramenta que agencia as trocas de saberes entre o técnico e o popular, o científico e o empírico, o objetivo e o subjetivo, convergindo-os para a realização de atos terapêuticos conformados a partir das sutilezas de cada coletivo e de cada indivíduo, favorecendo outros sentidos para a integralidade da atenção à saúde” (SANTOS et.al., 2008).

**Quadro 23** - Resultados de pesquisa: aspectos da percepção da população com relação a dimensão técnica, segundo a perspectiva de FEKETE (1995).

<b>Autor</b>	<b>Dimensão</b>	<b>Problemas</b>
FEKETE (1995)	Análise sobre a percepção envolvendo os aspectos técnicos que priorizem a assistência direta ao paciente, em todos os níveis de cuidado.	Dimensão técnica do Acesso.
Pontos Fortes	Construção de vínculo reputacional com o usuário.	Reconhecimento da resolutividade no SUS.
Pontos Fracos	Acolhimento assistencial não garante atendimento humanizado.	Frustração na expectativa do usuário.
Oportunidades	Projeto terapêutico compartilhado.	Troca de saberes para construção de nova realidade no território.
Ameaças	Excesso de modalidades de serviços.	Descontinuidade para cumprimento da integralidade das ações em saúde.

**Fonte:** Dados de pesquisa, 2019.

Os dados do Quadro 23 sintetiza os resultados considerando a dimensão técnica que no entendimento de Fekete (1995), objetiva responsabilizar os trabalhadores e os gestores de saúde, prestadores públicos e/ou privados, e colocar o usuário do SUS no centro do processo da atenção à saúde.

A dimensão técnica no SUS ainda é muito incipiente, pois há um longo caminho a ser percorrido até que o usuário, de fato e de direito se torne o centro das atenções no âmbito do SUS. Então, para que esta mudança se consolide são essenciais a garantia e a busca de dispositivos da integralidade da atenção tais como: o acolhimento, o vínculo e a autonomia da equipe e do usuário, indicando um projeto terapêutico compartilhado. Na prática o acolhimento é usado como facilitador do acesso, considerando as definições abaixo no sentido de procurar proporcionar soluções aos problemas de acesso durante o percalço do usuário:

“como uma possibilidade de construir uma nova prática em saúde, compreendendo-o como ações comunicacionais, atos de receber e ouvir a população que procura os serviços de saúde, dando respostas adequadas a cada demanda em todo o percurso da busca; desde a recepção e o atendimento individual ou coletivo, até o encaminhamento externo, o retorno, a remarcação e a alta” (SANTOS, 2007).

O vínculo é compreendido como “uma ferramenta que agencia as trocas de saberes entre o técnico e o popular, o científico e o empírico, o objetivo, o subjetivo, convergindo-os para a realização de atos terapêuticos conformados a partir das sutilezas de cada coletivo e de cada indivíduo, favorecendo outros sentidos para a integralidade da atenção à saúde”.

A autonomia é constituída pela substituição do prazer do objeto pelo prazer da representação no processo de constituição de sujeitos humanos e autônomos, com capacidade de se auto perceber e perceber o outro em sua dimensão individual e coletiva, atravessada pela criatividade e realização de solidariedade.”

Compreendidos os conceitos de acolhimento, vínculo e autonomia, as análises sobre as demandas de cunho técnico referente ao acesso nos ensinam que o vínculo estabelecido na relação entre o usuário e os profissionais de saúde muitas vezes unidirecional, já que, na visão do usuário, seu objetivo somente é alcançado quando ocorre a efetividade da assistência. Seja a escuta, seja a postura receptiva, ambas não são compreendidas como resolutivas para os problemas nos serviços de saúde. Resumidamente a assistência para o usuário se dá somente quando a consulta, o exame, o procedimento ou o acolhimento em portas de serviços de urgência e emergência de fato ocorrem.

A perspectiva técnica encontra severas dificuldades de se estabelecer como algo amplamente positivo na percepção de gestores, usuários e profissionais que atuam no SUS, isto porque, a ausência da equidade também compromete a integralidade que é um dos mais desafiadores princípios normativos a serem alcançados, em razão da descontinuidade da assistência na execução dos projetos terapêuticos singulares ou coletivos. Decorre do exposto a sensação do usuário, de que a cada nova demanda assistencial, ele tem que recomeçar do zero a sua jornada rumo a resolutividade do problema trazido.

Tomando por base então a totalidade dos resultados expostos, os usuários, moldaram às suas próprias conveniências, um modelo de atenção que tem no vínculo com os profissionais do território Cidade Tiradentes o ponto alto do acesso, mas que desconsideram as questões hierárquicas, políticas organizacionais baseadas na estruturação da rede por acreditarem que a boa assistência é aquela que se recebe quando e onde se precisa, e não necessariamente é aquela que respeita os arranjos e as soluções locais que priorizam a interpretação e o estudo do perfil epidemiológico da população inserida no referido território.

Em contraponto, Giovanella e Fleury (1996) afirmam que o uso dos serviços pode ser uma medida de acesso, porém este não se explica apenas pelo uso.

Sobre o acesso ser um importante determinante do uso, na compreensão a respeito da utilização efetiva dos serviços de saúde, recaem variáveis de toda ordem, como verificamos nas dimensões acima, sempre justificadas pelos efeitos imediatos que resultam de uma multiplicidade de fatores. Fatores individuais predisponentes, coletivos, fatores contextuais e relativos à qualidade e importância das linhas de cuidado e como influenciam o uso e a efetividade do cuidado ofertado (MENDES, 2011).

A continuidade assistencial depende de situações distintas daquelas que particularizam e definem a entrada no sistema, o que indica a importância de que seja analisada em suas minúcias e especificidades. Há uma forte e atual tendência de se deslocar o conceito de acesso para os resultados dos cuidados de saúde, o que também apresenta limitações para sua avaliação, uma vez que requer medidas não concentradas, mas multidimensionais de difícil compreensão, operacionalização e, por vezes, de baixa validade, pela necessidade de vivência e experiência junto ao campo, percebendo de perto as dinâmicas diante de profissionais, gestores e usuários.

Um aspecto importante destacado pela literatura tratada na tese é a distinção entre os modelos explicativos da saúde e do uso de serviços de saúde. São muitas as siglas, as modalidades e as funcionalidades, juntas elas geram confusão. Se a saúde é entendida como um fenômeno bem mais amplo do que a doença, e não se explica de forma rasa e unicamente pelo uso de serviços de saúde. Desta forma, a saúde da população não resulta diretamente da ação dos sistemas de saúde, mas uma soma de fatores que desencadeiam no acesso como seu limitador.

Finalmente, conclui-se que necessário priorizar o emprego de medidas que desenvolvam e apreendam as dimensões do acesso, de forma a entendê-lo e fazê-lo presente como um elemento de fortalecimento das ações no território, esclarecendo, num processo educativo junto aos atores cada uma das etapas no processo de utilização dos serviços, de modo a permitir a verificação do efeito dos múltiplos fatores explicativos das variações no uso dos serviços e nas condições de saúde das pessoas. E, desta forma, orientar a formulação de políticas para um melhor desempenho dos sistemas de saúde.

Nesse sentido, destaca-se que um conteúdo significativo identificado foi a missão de fortalecimento das diretrizes do SUS, associada aos serviços presentes no território, exposta na busca de ampliação do acesso e na equidade da distribuição dos recursos disponíveis

Contudo, claro está que diante dessas dimensões, congregam-se as forças necessárias para o atendimento das necessidades de saúde, tendo como imagem e objetivo, uma atenção

responsável, integral, resolutiva, equânime e de qualidade e que passe pela revisão recorrente de novas e valiosas formas de se rever o acesso.

## 9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

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 é 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 desempenha um papel importante na promoção da equidade e, segundo Giovanella (1996), pode produzir iniquidade na sociedade quando não assegura acesso equânime para todos.

Contudo, há de se considerar que as desigualdades existentes na utilização dos serviços de saúde, seja na iniciativa de procurá-los, seja na de se beneficiar dos serviços, refletem as diferenças no comportamento do indivíduo perante a doença e refletem também as características da oferta de serviços (TRAVASSOS et al., 2000).

Então, a presente tese, ao identificar a presença de profundas desigualdades socioeconômicas no acesso e na forma como os usuários entendem e utilizam os serviços de saúde, buscou fornecer alguns subsídios para as políticas públicas executadas no município de São Paulo, expondo o conjunto de programas e práticas orientadas para a equidade, além de esclarecer e apontar elementos que proporcionem a melhoria contínua nos diversos serviços de saúde encontrados no território Cidade Tiradentes. Espera-se que a tese se torne uma fonte de interesse por cidadãos leigos, acadêmicos, gestores, profissionais de saúde e pesquisadores que têm como preocupação as políticas de saúde no Brasil.

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, são utilizados com o intuito de permitir o acesso dos usuários ao sistema. A responsabilização pessoal pelo acesso acaba resultando na necessidade – pessoal e individual – de resolução da demanda colocada, o que se dá por meio das redes de relações pessoais determinando o atendimento. 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.

Quanto a seara metodológica, o estudo mostrou ser possível identificar as condições de saúde da população do território Cidade Tiradentes, analisando o acesso sob o prisma da oferta, demanda das condições de atenção diante dos serviços assistenciais de atenção primária, hospitalar e ambulatorial na rede. O que equivale a dizer, que esta pesquisa demonstrou ser exequível o estudo do acesso às baixas, médias e altas complexidades, tornando possível identificar, por meio da avaliação das condições de atenção e acesso à saúde, as visões dos usuários, gestores e profissionais da saúde. A sistematização dessas perspectivas foi realizada por intermédio da matriz *Swot*, assim como as percepções sobre os facilitadores e barreiras ao acesso no território estudado. Com isso, o estudo contribui com um novo olhar para o SUS em geral.

Aumentar a compreensão sobre o acesso, o uso e a equidade nos serviços de saúde no território-objeto, situado no extremo leste da cidade de São Paulo, e acerca das mudanças e evolução das desigualdades no período (2007-2019), permite-nos 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 e a forma como os sujeitos entendem o acesso e acima de tudo o praticam.

O estudo sobre o acesso, o uso racional de serviços de saúde e as desigualdades em torno deste tema, se tornam cada vez mais relevantes no século XXI, caracterizado pelos avanços tecnológicos, sociais, científicos, políticos, tecnológicos e também desafios, barreiras e facilitadores, tendo em vista o aprimoramento das condições de saúde da população naquela porção territorial.

É imperativo destacar a necessidade de mais estudos sobre o acesso e uso de serviços, visando minimizar a diferença e a falta de compreensão e execução prática sobre a equidade, o que reduz o impacto das desigualdades sociais em saúde e faz aumentar a eficiência dos serviços nele estabelecidos. Com efeito, a análise do acesso, da oferta e do uso de serviços de saúde necessita ser complementada com avaliações profundas sobre a qualidade do cuidado ofertado. Tal tipo de análise demandará a abordagem de outras dimensões do desempenho do sistema de saúde, como adequação, continuidade, aceitabilidade, efetividade, eficiência, segurança e respeito aos direitos do paciente.

Durante a coleta e após a análise dos questionários emergiram pontos de divergências e convergências entre profissionais, gestores e usuários, mas todos os aspectos reportaram aos



problemas relacionados aos processos de trabalho, principalmente quando os temas foram tempo de espera para marcação de consultas frente ao absenteísmo do que é disponibilizado e seus reais motivos. Enquanto porta de entrada, a atenção primária deve melhorar sua estrutura, atendimento, acolhimento e a restrição de horários, pensando no público trabalhador.

Há de se considerar que os resultados obtidos são relevantes do ponto de vista em destacar que novas e importantes reflexões sobre o acesso deverão surgir, considerando a dinâmica social e os pontos de contato entre o Sistema único de Saúde e seus determinantes sociais. Este estudo poderá também servir como ponto de partida para outras análises e pesquisas, estabelecendo uma crítica ou ainda considerando os aspectos e perfis epidemiológicos, sociais característicos do território em análise, da rede de saúde na qual está inserido e o modelo de acesso aqui considerado.

Entre os desafios e os entraves observados destacaram-se: a maior qualidade dos serviços de saúde, a equidade em serviços como as consultas, exames e procedimentos e a dificuldade que o usuário tem em compreender a organização do acesso à luz da hierarquização do sistema.

Os resultados também sinalizaram a existência de avanços dos quesitos analisados. Assim, segundo a percepção dos usuários, profissionais e gestores, há o entendimento uníssono da necessidade de manter e ampliar os avanços do sistema de saúde no sistema único.

Na condição de operador do sistema, fazendo parte ativamente da construção deste modelo de saúde pública constitucionalmente criado e vigente, enxergar pontos positivos no SUS é redescobrir novos e importantes fatores de longevidade, considerando se tratar certamente de um dos mais democráticos, acessíveis e sólidos sistemas de políticas públicas, dentre aqueles criados no século XX, embora tenha suas limitações e fragilidades aqui pontuadas e reconhecidas.

Por fim, faz-se necessário aproximar usuários, gestores e profissionais com a finalidade de dirimir divergências de concepções conceituais, suas aplicações práticas e expectativas. 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.

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, C.; C. TRAVASSOS; S.; PORTO; M.E, LABRA. Health sector reform in Brazil: a case study of inequity. *International Journal of Health Services*, **Baltimore**, v. 30, n. 1, p. 129-162, 2000.
- ANDERSEN, R. M. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *Journal of Health and Social Behavior*, Los Angeles, v. 36, n. 1, p. 1-10, 1995.
- ANDREWS, K.R. **O conceito de estratégia empresarial**. In: MINTZBERG, Henry; QUINN, James Brian. O processo da estratégia. Trad. James Sunderland Cook. 3 ed. Porto Alegre: Bookman, 2001, p.58-64.
- 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.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2010.
- 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.; GRUMBACH, K.; OSMOND, D.; KOMAROMY, M. 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 Reforma do Aparelho do Estado. Organizações Sociais. **Cadernos do MARE**, v. 2. 1997, pg. 13.

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. Resolução Anvisa nº 24, de 15 de Junho de 2010. Dispõe sobre critérios para a divulgação de produtos alimentícios. **Diário Oficial [da] União**, 29 jun 2010d. Disponível em: <[http://www.vigilanciasanitaria.sc.gov.br/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_download&gid=704](http://www.vigilanciasanitaria.sc.gov.br/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=704)> Acesso em: 16 Nov 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. MS/SE/DAD/Coordenação-Geral de Apoio à Implementação de Políticas de Saúde/Núcleo de Coordenação da Avaliação de Desempenho do SUS. **Oficina sobre Avaliação de Desempenho do SUS**. Relatório Final. Brasília, agosto de 2004. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/documento%20politica.pdf>. Acesso em: mai.2018.

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.

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

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

\_\_\_\_\_. **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.

BORZEL, T. “**Qué tienen de especial los policy networks? Explorando el concepto y su utilidad para el estudio de la gobernación europea**”, 1997. Disponível em: <<http://seneca.uab.es/antropologia/redes/redes.htm>>. Acesso em 5 set. 2019.

BUSS, P.M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Rev C S Col**. Rio de Janeiro, v.5, n.1, p. 163-178, 2000.

CADERNOS MARE DA REFORMA DO ESTADO MINISTÉRIO DA ADMINISTRAÇÃO FEDERAL E REFORMA DO ESTADO, Caderno 2, 5ª Edição, Brasília - DF / 1998. Disponível em: <[http://www.gespublica.gov.br/sites/default/files/documentos/reforma\\_do\\_estado\\_e\\_organizacoes\\_sociais.pdf](http://www.gespublica.gov.br/sites/default/files/documentos/reforma_do_estado_e_organizacoes_sociais.pdf)>. Acesso em: 6 set. 2019.

CARR-HILL, R.; PLACE, M.; POSNETT, J. Access and the utilization of healthcare services. In:FERGUSON, B.; SHELDON, T. A.; POSNETT, J. **Concentration and choice in health care**. London:Financial Times Healthcare, 1997.

CARVALHO, V. L. M. – **A prática do Agente Comunitário de Saúde**: um estudo sobre sua dinâmica social no município de Itapeverica da Serra. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Saúde Pública da USP, 2002.

CARPINTERO C.C., GARCIA M.A. **Políticas de Saúde no Brasil**: História de Doenças e Lutas. Campinas, Mimeo, 2000.

CAMPOS, G.V.; BARROS, R.B.; CASTRO, A.D. Avaliação de política nacional de promoção da saúde. **Rev C S Col**. Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 745-749, 2004.

CECILIO, L. C. O.; ANDREAZZA, R.; SOUZA, A. L. M.; LIMA, M. R., MERCADANTE, C. E. B.; PINTO, N. R. S.; VEGA, C.; SPEDO, S. M., LACAZ, F. A. C.; SATO, W. N. S.; BESTETTI, L. M. A. O gestor municipal na atual etapa de implantação do SUS: características e desafios. **Revista eletrônica de comunicação, informação & inovação em saúde**, v. 1, p. 200-207, 2007. Disponível em: <http://www.reciis.cict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/84>. Acesso em: 06 dez. 2018.

CECÍLIO, L.C.O. Modelos tecno assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cadernos de Saúde Pública**, São Paulo, v.13, n.3, p.469-478, jul./set.1997.

COHN, A. **Saúde como Direito e como Serviço**. São Paulo: Cortez/Cedec, 1991.

COCHRAN, W.G. **Sampling Techniques**. 3rd Edition, John Wiley & Sons, New York, 1997.

COLLIS, J.; HUSSEY, R. **Pesquisa em Administração**: um guia prático para alunos de graduação e pós-graduação. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

CONILL, E. M. Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994-2000. **Cad. de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, supl., p. 191-202, 2002.

CONILL, E.; FAUSTO, M. **Análisis de la problemática de la integración de la APS en el contexto actual**: causas que inciden en la fragmentación de servicios y sus efectos en la cohesión social. Rio de Janeiro: EuroSocial Salud, 2007.

CHIAVENATO, I.; SAPIRO, A. **Planejamento estratégico**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2003.

DI GIOVANI, G.org. **Formação de profissionais para a Saúde da Família**: avaliação dos pólos de capacitação, formação e educação permanente de pessoal para o PSF. Projeto MS/395-00. NEPP/UNICAMP, 2001.

DI GIOVANNI, G. B. N. **Brasil Radiografia da Saúde**. Ano: 2001 Editora: Instituto de Economia Unicamp.

DI PIETRO, M. S. Z. **Parcerias na Administração Pública**: concessão, permissão, franquia, terceirização, parceria público-privada e outras formas, 8.ed., p. 22-23, 2012.

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. e CARVALHO. M.C.B. (orgs.). **Tendências e perspectivas na avaliação de políticas e programas sociais**. São Paulo, IEE/PUC-SP, p.13-42, 2001.

EVANS, R.G. **Marketing markets, regulating regulators: who gains? who loses? what hopes? what scopes?** In: ORGANIZATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT – Health care reform: the will to change. Paris, OECD, Health Policy Studies no 8, Head of Publications Service, 1996.

EVANS, P. O Estado como problema e solução. São Paulo, **Lua Nova**, v. 28-29,1993.

FERRELL, O. C.; HARTLINE, M. D. **Estratégica de Marketing**. Tradução: All Tasks; Marleine Cohen. 4 ed. São Paulo: Cengage Learning, 2009.

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.

FRENKJ. E. l Concepto y la Medicion de Accesibilidad. **Revista de Salud Publica de México**. México, p.53-438, 1985.

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.

GERVAS J, RICO A. La coordinación en el sistema sanitario y su mejora a través de las reformas europeas de la Atención Primária. **SEMERGEN**, v.31, n.9, p. 418, 2005.

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 acesse e descentralização na análise de sistemas de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 231-239, 2000.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios**: Acesso e Utilização dos Serviços de Saúde 2003. Rio de Janeiro. 2005.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (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.

JESUS, W. L. A.; ASSIS, M. M. A. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 161-170, 2010.

KICKBUSCH, I. A abordagem dos fatores determinantes, de natureza comercial, é de importância fundamental para os países emergentes. **Ciênc. saúde coletiva**. v.20, n.4, 2014.

KUMMER, D. C.; SILVEIRA, R. L. L. A importância da Matriz SWOT (FOFA) no contexto dos planos estratégicos de desenvolvimento do Rio Grande do Sul. **Revista Jovens Pesquisadores**, v. 6, n. 1, 2016.

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; LINO, M.M; SCHVEITZER, M.C; ALBUQUERQUE, G.L. Direitos dos usuários da saúde: estratégias para empoderar agentes comunitários de saúde e comunidade. **Rev RENE**. v.10, n.4, p.54-145, 2009.

LEVCOVITZ, E; LIMA, L; MACHADO, C. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. **Ciênc. Saúde coletiva**, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 269-293, 2001. Disponível em: Acesso em: 06 dez. 2019.

LOBO, F. **As leis e as práticas**: Uma breve história das organizações sociais no Brasil. In: NAVES, R. (Coord.) **Organizações Sociais: A construção do modelo**. São Paulo, Quartier latin, 2014, p. 30.

MARIOLIS, A.; MIHAS, C.; ALEVIZOSI, A.; MARIOLIS-SAPSAKOSI, T.; MARAYIANNISI, K.; PAPATHANASIOU, M. GIZLIS, V.; KARANASIOS, D.; MERKOURIS, B. Comparison of primary health care services between urban and rural settings after the introduction of the first urban health centre in Vyronas, Greece. **BMC Health Services Research**, v. 8, n. 124, June, 2008.

MARTINS, A. R. et al. Práticas dos trabalhadores de saúde na comunidade nos modelos de atenção básica do Sul e Nordeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 12, p. 2279-2295, dez. 2010.

MATHEWS, M.; EDWARDS, A. C. Having a regular doctor: rural, semiurban and urban differences in Newfoundland. **Can J Rural Med**, v. 9, n. 3, p. 72-166, 2004.

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.

MENDES, R. **Cidades saudáveis no Brasil e os processos participativos**: os casos de Jundiaí e Maceió. 2000. 229p. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

MENDOZA-SASSI, R.; 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.

MENDONÇA, M. L. C. A. **Constituição, Direitos Fundamentais e Democracia: A Constitucionalização do Direito Administrativo Moderno**. CONPEDI/UFPB, Florianópolis: CONPEDI, 2014.

MINAYO M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R (orgs). **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005.

MINAYO, M. C. de S.; DESLANDES, S. F.; GOMES, R. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 29. ed. Petrópolis: Vozes, 2010. MOIMAZ, S. A. S. et al. Satisfação e percepção do usuário do SUS sobre o serviço público de saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1419-1440, 2010.

MODESTO, P. Reforma Administrativa e Marco Legal das Organizações sociais no Brasil. **Revista de Direito Administrativo**, Rio de Janeiro, v. 210, p. 195-212, 1997.

MONTEIRO, Camila Nascimento, et al. Acesso a medicamentos pelo Sistema Único de Saúde e equidade: inquéritos de base populacional em São Paulo, Brasil. **Rev. bras. epidemiol.** [online]. vol.19, n.1, p.26-37, 2016.

MOSCOVICI, S. O fenômeno das representações sociais. In S. Moscovici (Ed.), **Representações sociais: investigações em psicologia social**. Vozes, Petrópolis, p. 29-109, 2003.

MOSCOVICI S. **Representações sociais: investigações em psicologia social**. Traduzido do inglês por Pedrinho A. Guareschi: Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

MOYSES FILHO, J.; KESTELMAN, H. N.; BECKER JUNIOR, L.C.; TORRES, M. C. S. **Planejamento e Gestão Estratégica em Organizações de Saúde**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2010.

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.

OLIVEIRA, D. P. R. **Planejamento Estratégico: Conceito, metodologia, práticas**. São Paulo: Ed. Atlas, 2012.

OLIVEIRA, G. J. de. **Contrato de gestão**. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2008.

OLIVEIRA, G. R.; LORENZO, H. C. População adscrita x acesso ao sistema único de saúde: organização do território ou exclusão? In. VIII Simpósio sobre Reforma Agrária e Questões Rurais. Araraquara. 2018. **Anais...Uniara**, 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Atenção primária à saúde: mais necessária que nunca**. Genebra: OMS; 2008. [Relatório Mundial da Saúde 2008].



OJEDA, J.J; FREIRE, J.M; GÉRVAS, J. La coordinación entre atención primária y especializada: reforma del sistema sanitario a reforma del ejercicio profesional. **Revista de Administración Sanitaria**, v.4, p. 82-357, 2016.

PAIM, J. S. A reforma sanitária e os modelos assistenciais. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia & saúde**, 5. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1999.

PENCHANSKY, D.B. A.; THOMAS, J. W. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. **Medical Care**, West Chester, v. 19, n. 2, p. 127-140, 1981.

PIOVESAN A, TEMPORINI, E. Pesquisa exploratória: procedimento metodológico para o estudo de fatores humanos no campo da saúde pública. **Revista de Saúde Pública**. v. 29, n. 4. São Paulo, 1995.

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. (org.); MATTOS, R. (org.). **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 outubro 2018.

RAMIREZ, B.L.; BAKER, E. A; METZLER, M. **Promoting health equity**: a resource to help communities adress 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 UNA-SUS | UNIFESP, 2010. Disponível< [www.unasus.unifesp.br](http://www.unasus.unifesp.br)> Acesso em: 7 fev. 2019.

REZENDE, D.A. **Planejamento Estratégico Público ou Privado**: guia para projetos em organizações de governo ou de negócios. São Paulo: Atlas, 2012.

RIBEIRO NETO, E. **Análise Swot** – Planejamento Estratégico para Análise de Implantação e Formação de Equipe de Manutenção em uma Empresa de Segmento Industrial, São João Del Rei, 2011. Monografia realizada para obtenção de Título de Especialista em MBA pela Faculdade Pitágoras, São João Del Rei, 2011. 33 páginas. Disponível em: <[http://www.icap.com.br/biblioteca/172349010212\\_FORMATADA.pdf](http://www.icap.com.br/biblioteca/172349010212_FORMATADA.pdf)>. Acesso em: 08 de out. 2019.

RODRIGUEZ NETO, E. **A reforma sanitária e o sistema único de saúde**: suas origens, suas propostas, sua implantação, suas dificuldades e suas perspectivas. In: BRASIL. Ministério da

Saúde. Informação, educação e comunicação. Brasília, 1994.

ROSA FILHO, L. A. et al. Fatores associados à continuidade interpessoal na atenção à saúde: estudo de base populacional. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, p. 915-925, 2008.

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, A.M; ASSIS, M.M.A; NASCIMENTO, M.A.A; JORGE, M.S.B. Vínculo e autonomia na prática de saúde bucal no Programa Saúde da Família. **Rev Saúde Pública**, v.42, n.3, p. 464-470, 2008.

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.

SANTOS, N. Desenvolvimento do SUS, rumos estratégicos e estratégias para visualização dos rumos. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 429-435, 2007.

SANTOS, W.G. **Cidadania e justiça: a política social na ordem brasileira**. Rio de Janeiro: Campus, 1979.

SANTOS, W.J.L; MONTEIRO, Y.C; BEZERRA, L.A. Matriz Swot como ferramenta de avaliação das políticas públicas ambientais: estudo de caso sobre o plano de saneamento ambiental da baía de Guanabara. In: III Simpósio Orçamento Público e políticas Sociais, 2007. **Anais...** Londrina: Universidade Estadual de Londrina. Disponível em: < <http://www.uel.br/eventos/orcamentopublico/pages/iii-simposio-orcamento-publico-e-politicas-sociais.php>>. Acesso em: 03 set. 2019.

SÃO PAULO, Prefeitura do Município de São Paulo, Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. **Contratos de Gestão com Organizações Sociais de Saúde (OSS)**. Disponível em: [https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/acesso\\_a\\_informacao/index.php?p=178347%3E](https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/acesso_a_informacao/index.php?p=178347%3E). Acesso: em 03 set. 2019.

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. **Políticas Públicas: conceitos, esquemas de análise, casos práticos**, 2ª ED. São Paulo: Cengage Learning, 2014

SECCHI, L. **Análise de políticas públicas: diagnóstico de problemas, recomendação de soluções**. São Paulo: Cengage Learning, 2016.

SILVA, E. A. As metodologias qualitativas de investigação nas ciencias sociais. [online] **Revista Angolana de Sociologia**. Journals, openeditions p 77-99. 12/2013.

SILVEIRA, D. T.; CÓDOVA, F. P. A pesquisa científica. In: GERHARDDT, T. E. e SILVEIRA, D. T. (org.). **Métodos de Pesquisa**. Porto Alegre: Editora de UFRGS, p. 31-42, 2009.

SOUZA E SOUZA L SA, P. K, F. T, B. T, Mendes M. et al.c. Matriz Swot como ferramenta de gestão para melhoria da assistência de enfermagem: estudo de caso em um hospital de ensino. **Gestão e Saúde**, v.4, p 21-1911,2013.

SOUZA E.R; MINAYO M.C.S, Deslandes SF, Veiga JPC. Construção dos instrumentos qualitativos e quantitativos. In: MINAYO M. C. S; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. **Avaliação por triangulação de métodos**. Rio de Janeiro: Fiocruz. p.133-156, 2005.

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.

SOUZA, J.; KANTORSKI, L. P.; LUIS, M. A. V.; OLIVEIRA, N. F. Intervenções de saúde mental para dependentes de álcool e outras drogas: das políticas à prática cotidiana. **Texto contexto - enferm**, v. 21, n.4, p. 729-738, out.-dez, 2012.

STAKE R. **Pesquisa qualitativa**. Estudando como as coisas funcionam.Porto Alegre: Penso, 2011.

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.

TADDEO, P. S. et al. Acesso, prática educativa e empoderamento de pacientes com doenças crônicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2923-2930, 2012.

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.; VIACAVAL, 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.; VIACAVAL, 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.

VIEGAS, S. M. F; HEMMI, A.P.A.; SANTOS, R.V.S.; PENNA, C.M.M. O cotidiano da assistência ao cidadão na rede de saúde de Belo Horizonte. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 769-784, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **International Classification of functioning, disability and health: ICF**. World Health Organization; 2001.

## APÊNDICES

### APÊNDICE 1

#### 1 : Questionário aplicado a um grupo multidisciplinar (profissionais da saúde, gestores de serviços, estratégicos e alta direção).

- |                     |  |   |   |   |   |                     |   |  |                     |  |  |  |  |  |                     |
|---------------------|--|---|---|---|---|---------------------|---|--|---------------------|--|--|--|--|--|---------------------|
| 1.                  | Qual o tipo de unidade a qual você pertence  |   |   |   |   |                     |   |  |                     |  |  |  |  |  |                     |
| •                   | Ama (Assistência Médica Ambulatorial)  |   |   |   |   |                     |   |  |                     |  |  |  |  |  |                     |
| •                   | Ambulatório de Especialidades  |   |   |   |   |                     |   |  |                     |  |  |  |  |  |                     |
| •                   | Centro de Atenção Psicossocial   |   |   |   |   |                     |   |  |                     |  |  |  |  |  |                     |
| •                   | Centro Especializado em Odontologia  |   |   |   |   |                     |   |  |                     |  |  |  |  |  |                     |
| •                   | Centro Especializado em Reabilitação   |   |   |   |   |                     |   |  |                     |  |  |  |  |  |                     |
| •                   | Equipe Multidisciplinar de Atenção Domiciliar  |   |   |   |   |                     |   |  |                     |  |  |  |  |  |                     |
| •                   | Estratégia Saúde da Família  |   |   |   |   |                     |   |  |                     |  |  |  |  |  |                     |
| •                   | Hospital Dia Rede Hora Certa   |   |   |   |   |                     |   |  |                     |  |  |  |  |  |                     |
| •                   | Núcleo de Apoio à Saúde da Família   |   |   |   |   |                     |   |  |                     |  |  |  |  |  |                     |
| •                   | Núcleo Integrado de Reabilitação   |   |   |   |   |                     |   |  |                     |  |  |  |  |  |                     |
| •                   | Núcleo Integrado em Saúde Auditiva   |   |   |   |   |                     |   |  |                     |  |  |  |  |  |                     |
| •                   | Programa de Atenção ao Idoso   |   |   |   |   |                     |   |  |                     |  |  |  |  |  |                     |
| •                   | Pronto Atendimento   |   |   |   |   |                     |   |  |                     |  |  |  |  |  |                     |
| •                   | Pronto Socorro   |   |   |   |   |                     |   |  |                     |  |  |  |  |  |                     |
| •                   | Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico   |   |   |   |   |                     |   |  |                     |  |  |  |  |  |                     |
| •                   | Serviço de Atenção ao Portador de Deficiência  |   |   |   |   |                     |   |  |                     |  |  |  |  |  |                     |
| •                   | Serviço Residencial Terapêutico  |   |   |   |   |                     |   |  |                     |  |  |  |  |  |                     |
| •                   | Unidade de Pronto Atendimento  |   |   |   |   |                     |   |  |                     |  |  |  |  |  |                     |
| •                   | Outro:   |   |   |   |   |                     |   |  |                     |  |  |  |  |  |                     |
| 2.                  | Em qual setor você trabalha:   |   |   |   |   |                     |   |  |                     |  |  |  |  |  |                     |
| •                   | Administração Enfermagem   |   |   |   |   |                     |   |  |                     |  |  |  |  |  |                     |
| •                   | SADT   |   |   |   |   |                     |   |  |                     |  |  |  |  |  |                     |
| •                   | Serviço de Nutrição  |   |   |   |   |                     |   |  |                     |  |  |  |  |  |                     |
| •                   | Limpeza, Higienização ou Processamento de roupa  |   |   |   |   |                     |   |  |                     |  |  |  |  |  |                     |
| •                   | Serviço de Manutenção  |   |   |   |   |                     |   |  |                     |  |  |  |  |  |                     |
| •                   | Serviço Prontoúario Paciente   |   |   |   |   |                     |   |  |                     |  |  |  |  |  |                     |
| •                   | Recepção   |   |   |   |   |                     |   |  |                     |  |  |  |  |  |                     |
| •                   | Médicos  |   |   |   |   |                     |   |  |                     |  |  |  |  |  |                     |
| •                   | Outro:   |   |   |   |   |                     |   |  |                     |  |  |  |  |  |                     |
| 3.                  | Observe a seguinte afirmação: "A capacidade do sistema de atenção à saúde no Território Tirantes (Rede Santa Marcelina) responde às necessidades de saúde da população." Você:   |   |   |   |   |                     |   |  |                     |  |  |  |  |  |                     |
|                     | <table border="1"> <tr> <td></td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Concordo totalmente</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Discordo totalmente</td> </tr> </table> |   | 1 | 2 | 3 | 4                   | 5 |  | Concordo totalmente |  |  |  |  |  | Discordo totalmente |
|                     | 1  | 2 | 3 | 4 | 5 |                     |   |  |                     |  |  |  |  |  |                     |
| Concordo totalmente |  |   |   |   |   | Discordo totalmente |   |  |                     |  |  |  |  |  |                     |
| 4.                  | Quais os motivos que o fizeram concordar ou discordar da frase anterior?   |   |   |   |   |                     |   |  |                     |  |  |  |  |  |                     |

5. De 1 a 5, qual a sua avaliação para as seguintes dimensões do acesso à saúde:

Disponibilidade dos serviços de sua instituição	1	2	3	4	5
Distância dos serviços aos pacientes, em outras palavras, acessibilidade geográfica de sua instituição aos pacientes					
Disponibilidade de recursos financeiros					
Acolhimento aos pacientes					
Aceitabilidade recíproca entre os profissionais de saúde e as pessoa e os pacientes					

6. O acesso refere-se ao uso, no momento adequado, de serviços e tecnologias de reconhecida efetividade, que levam as oportunidades de bons resultados (alteração positiva nas condições de saúde). Em sua instituição há problemas de acesso com que frequência?

- Raramente
- Moderadamente
- Sempre

7. Para cada um dos tópicos a baixo, como você avalia os entraves ao acesso à saúde em sua unidade

	Insatisfatório	Mediano	Satisfatório
A busca dos serviços de prevenção			
Os recursos humanos disponíveis			
A infra estrutura, os recursos físicos e equipamentos disponíveis			
O tratamento oferecido			
Integração com outros serviços e outras unidades			
Integração entre a equipe de médicos, enfermeiros e assistentes sociais			
Integração entre os pacientes, os agentes administrativos e a equipe de assistência hospitalar			

8. De 1 a 5, como você avalia o acesso:

À atenção primária	1	2	3	4	5
Aos serviços especializados					
Aos Hospital de Alta Complexidade					

9. Em sua avaliação, no que tange à atenção primária, quais são os principais entraves ao acesso?

10. Em relação aos serviços especializados quais são os principais entraves ao acesso?

11. E em relação aos serviços de alta complexidade, quais são os principais entraves ao acesso?

12. Em sua unidade, qual a proporção da população que demanda um determinado procedimento de saúde e que o consegue efetivamente?

- Até 30%
- De 31% a 50%
- De 51% a 70%

• Acima de 70%

13. Em sua unidade há sobrecarga de movimentação dos usuários provenientes de outras áreas e de outros serviços menos estruturados?

- Sim
- Não

14. Diga, porque ocorre ou não a sobrecarga?

15. Em sua opinião quais são os fatores que precisam ser modificados para melhorar o atendimento de sua unidade?

16. Como você avalia, os seguintes fatores enquanto garantidores da integralidade do cuidado:

	Muito bom	Bom	Regu- lar	Ruim	Muito ruim
Sistemas de apoio técnico					
Sistema de gestão					
Rede de informática					
Cooperação entre os profissionais					
Cooperação entre as unidades da Rede					
Sistema de apoio logístico buscam garantir a integralidade do cuidado					

17. Como você avalia a rivalidades entre profissionais e entre categorias

- Alta rivalidade
- Rivalidade Mediana
- Baixa Rivalidade

18. Como você avalia a implantação e operacionalização de instrumentos de coordenação como prontuários e comunicação entre equipes:

	1	2	3	4	5	
Muito bom						Muito ruim

19. Em média, qual o tempo de espera para o paciente ser agendado para atendimento?

- No mesmo dia
- Até 7 dias
- Entre 8 e 30 dias
- Entre 31 e 60 dias
- Entre 61 e 90 dias
- Acima de 90 dias

20. Qual o tempo médio na fila de espera para o paciente ser atendido \*

- Até 1 hora
- 1 a 3 horas
- 3 a 6 horas
- Acima de 6 horas

21. Em sua opinião, qual a facilidade para o usuário acessar:

	Muito fácil	Fácil	Difícil	Muito difícil
Medicamentos				
Consultas agendadas com especialistas				
Terapias diversas (fisioterapia, psicólogos, fonoaudiólogos, hidroterapias, dentre outros)				
Cirurgias eletivas				

22. Como você avalia as facilidades dos pacientes em custear o atendimento (exemplos forma e custos de deslocamento, de procedimentos e obtenção de medicamentos e condição social atual):

	1	2	3	4	5	
Não há dificuldades						É muito difícil

23. Como você avalia o acolhimento do usuário no momento da expressão de sua necessidade?

24. Em sua opinião como é o acesso do paciente em sua unidade?



## APÊNDICE 2

### **2 : Questionário aplicado a um grupo de usuários (Acesso e utilização dos serviços de saúde na Rede "Santa Marcelina").**

Prezados esta é uma pesquisa de doutorado realizada por Gustavo Oliveira, aluno do Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Territorial e Meio Ambiente, da Universidade de Araraquara. O estudo tem objetivos acadêmicos e visa avaliar as características do acesso e utilização dos serviços de saúde no "Território Tiradentes". As respostas são confidenciais e o respondente não poderá ser identificado, estando garantido o anonimato. Suas respostas serão contribuições fundamentais para o estudo. Desde já, agradecemos sua cortesia!

#### **1- Como você se entende participando do Sistema Único de Saúde?**

- a) Usuário
- b) Profissional da Saúde
- c) Gestor
- d) Conselheiro de Saúde
- e) Estudante / Outro

#### **2 - Qual o maior problema no SUS que você conhece?**

- a) Gestão e Planejamento
- b) Atendimento e Humanização
- c) Falta de Materiais e Medicamentos
- d) Falta de Profissionais
- e) Falta de Recursos Financeiros
- f) Falta de Rede de Serviços
- g) Falta de Recursos Tecnológicos e Equipamentos

#### **3 - Com relação a qualidade dos atendimentos SUS, você avalia que um dos principais problemas esteja relacionado a:**

- a) Recursos Financeiros
- b) Infra-estrutura
- c) Pessoas
- d) Assistência ao paciente
- e) Superlotação / demanda

#### **4 - Para chegar até o serviço de saúde, qual foi o meio de transporte usado?**

- a) Coletivo ônibus / perua
- b) Coletivo trem /metro
- c) Motocicleta
- d) Carro / particular
- e) Carro / aplicativo
- f) Vim a pé
- g) Outro

**5 - O seu primeiro atendimento sempre ocorre em:**

- a) UBS tradicional
- b) UBS com estratégia saúde da família
- c) Atendimento ambulatorial
- d) Unidade de pronto atendimento
- e) Pronto socorro hospitalar
- f) Ama
- g) Outros

**6 - Em média, quanto tempo demorou a chegar até este local de atendimento?**

- a) Até 10 minutos
- b) 10 a 30 minutos
- c) Até 45 minutos
- d) 45 a 60 minutos
- e) Mais de 60 minutos

**7 - Nos últimos 12 meses, em média, quantas vezes você foi atendido pelo SUS?**

- a) 1
- b) 2
- c) 3
- d) 4
- e) 5
- f) 6 ou mais
- g) Nenhuma

**8 - Nos últimos 12 meses, em média, quantas vezes você teve uma consulta desmarcada utilizando o SUS?**

- a) 1
- b) 2
- c) 3
- d) 4
- e) 5
- f) 6 ou mais
- g) Nenhuma

**9 - Nos últimos 12 meses, em média, quantas faltas você teve a consulta / exame / procedimento marcada pelo SUS?**

- a) 1
- b) 2
- c) 3
- d) 4
- e) 5
- f) 6 ou mais
- g) Nenhuma

**10- Em média, quanto tempo demorou para ser atendido na recepção?**

- a) Até 10 minutos
- b) 10 a 30 minutos
- c) Até 45 minutos
- d) 45 a 60 minutos
- e) Mais de 60 minutos

**11 - O seu atendimento estava agendado?**

- a) Sim
- b) Não

**12 - Por qual motivo escolheu vir a este serviço de saúde?**

- a) Proximidade de minha residência
- b) Por serem muito bons profissionais
- c) Por ser bem atendido
- d) Por ser gratuito
- e) Por ser rápido o agendamento e atendimento

**13 - Sobre o SUS, você já ouviu falar sobre:**

- a) Regionalização
- b) Redes de atenção a saúde
- c) Acesso
- d) Acessibilidade
- e) Pacto pela Saúde
- f) Pacto pela Vida
- g) Pacto de Gestão do SUS
- h) Pacto em defesa do SUS

**14 - Qual o maior problema de acesso ao SUS, na sua opinião, hoje?**

- a) Demora na espera pelo atendimento
- b) Falta de qualidade na assistência
- c) Prazo para agendar consultas, procedimentos e exames
- d) Falta de qualidade e precisão nos resultados de consultas e exames
- e) Localização
- f) Burocratização

**15 - Você teve dificuldade em localizar este estabelecimento de saúde?**

- a) Sim
- b) Não

**16 - Considerando a distância, o trânsito e o meio de transporte que você utiliza, o deslocamento de sua casa para este serviço de saúde pode ser avaliado como?**

- a) Muito fácil / fácil
- b) Nem fácil, nem difícil
- c) Difícil, muito difícil

**17 - Independente da região de moradia ou cadastro você consegue afirmar que neste estabelecimento de saúde, independente de agendamento:**

- a) Você sempre será atendido
- b) Eventualmente poderá não ser atendido
- c) Nunca foi atendido

**18- Você considera que o horário de seu atendimento está adequado às normas / rotinas diárias?**

- a) Sim
- b) Não

**19 - O futuro do SUS, preocupa você?**

- a) Sim
- b) Não
- c) Indiferente

**20 - Você tem plano de saúde?**

- a) Sim
- b) Não

**21 - Se possui ou tivesse plano de saúde, por que viria procurar atendimento no SUS?**

- a) Tem regras flexíveis
- b) O agendamento é mais rápido
- c) A vaga para consulta / exame / procedimento saiu primeiro
- d) Fica mais perto da minha residência
- e) Pra ter uma segunda opinião

**22 - Qual a sua avaliação sobre a adequação deste estabelecimento de saúde para a acessibilidade e mobilidade das pessoas portadoras de necessidades especiais?**

- a) Ótimo
- b) Bom
- c) Regular
- d) Ruim
- e) Péssimo

**23 - Quantas vezes, nos últimos 12 meses você já usou este estabelecimento de saúde?**

- a) 1
- b) 2
- c) 3
- d) 4
- e) 5
- f) 6 ou mais

**24 - Você já teve atendimento negado para si ou acompanhante neste estabelecimento?**

- a) Sim
- b) Não

**25 - Com relação a consultas, exames e procedimentos você avalia que este estabelecimento de saúde possui equipamentos adequados para realização destes?**

- a) Sim
- b) Não

**26 - Você considera que o espaço físico e a privacidade são adequados quando do seu atendimento neste estabelecimento de saúde?**

- a) Sim
- b) Não

**27 - Com relação a farmácia e aos medicamentos que são prescritos, você pode afirmar**

- a) Estavam todos disponíveis
- b) Alguns apenas estavam disponíveis
- c) Não estavam disponíveis
- d) Não me foi receitado nenhum medicamento

**28 - Você identificou a falta de algum material durante o seu atendimento?**

- a) Sim
- b) Não

**29 - Com relação a sinalização e comunicação interna e externa, posso afirmar que:**

- a) Existe, mas são insuficientes
- b) Existem, são suficientes, mas são confusas
- c) Existem e são claras
- d) Não existem

**30 - Quando você é atendido pelos profissionais deste serviço de saúde, eles:**

- a) Sempre compreendem o que você fala
- b) As vezes compreendem o que você fala
- c) Nunca compreendem o que você fala

**31 - Você tem alguma situação de necessidade imediata, consegue ser atendido pelos profissionais de saúde deste serviço no mesmo dia?**

- a) Sempre consigo
- b) Às vezes consigo
- c) Nunca consigo

**32 - Você consegue retornar para mostrar os resultados de exames solicitados quando de seu atendimento?**

- a) Sempre consigo
- b) As vezes consigo

- c) Nunca consigo
- d) Meu atendimento não gerou retorno

**33 - Há disponível e acessível, material informativo (folders, folhetos, painéis) com assuntos relacionados à saúde?**

- a) Sim
- b) Não

**34 - Há disponível e acessível algum painel de chamada de fila de espera com número de senha por prioridade, ordem de chegada e contagem de tempo (em horas e minutos)?**

- a) Sim
- b) Não

**35 - Em geral como você avalia o acesso aos tipos de cuidados e oferta nos serviços de saúde abaixo?**

Tipos de cuidados	ótimo	Bom	regular	Ruim/péssimo	Não sei responder
Consultas nas especialidades médicas					
Exames nas especialidades médicas					
Procedimentos de alta complexidade					
Curativos					
Vacinas					
Exames Laboratoriais					
Exames de Imagem					
Medicamentos de alto custo					
Materiais Especiais de alto custo (órtese e prótese)					
Cuidados Paliativos					
Tratamentos Odontológicos					

**36 - Em geral como você avalia o acesso e atendimento dos seguintes profissionais deste serviço de saúde ?**

Avaliação do acesso e do atendimento	ótimo	Bom	regular	Ruim/péssimo	Não sei responder
Segurança					
Recepcionista /administrativo					
Enfermeiro					
Médico generalista					
Médico Especialista					
Médico Cirurgião ou Intervencionista					
Técnico de Enfermagem					
Organizador de Fila					
Farmacêutico					

**37 - De forma geral, você avalia os serviços prestados neste estabelecimento como?**

- a) Ótimo
- b) Bom
- c) Regular
- d) Ruim