



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CURSO DE BACHARELADO E LICENCIATURA EM ENFERMAGEM**

CRISTIANNY FRANCISCA SOARES BEZERRA

**MOTIVOS PARA NÃO UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE EM CAMPINA
GRANDE – PB**

CAMPINA GRANDE – PB

2010

CRISTIANNY FRANCISCA SOARES BEZERRA

**MOTIVOS PARA NÃO UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE EM CAMPINA
GRANDE – PB**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Bacharelado e Licenciatura em Enfermagem, do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito necessário para a obtenção do título de Bacharela e Licenciada em Enfermagem.

ORIENTADORA: PROF.^a M.^a ARDIGLEUSA ALVES COELHO

CAMPINA GRANDE – PB

2010

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA CENTRAL – UEPB

- B574m Bezerra, Cristianny Francisca Soares.
Motivos para não utilização dos serviços de saúde em Campina Grande – PB [manuscrito] / Cristianny Francisca Soares Bezerra. - 2010
40 f.
- Digitado.
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2010.
“Orientação: Profa. Ma. Ardigleusa Alves Coelho, Departamento de Enfermagem”.
1. Saúde Pública. 2. Sistema Único de Saúde. 3. SUS.
4. Qualidade no Atendimento. I. Título.

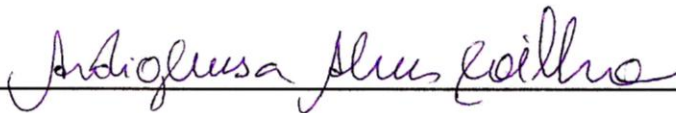
21. ed. CDD 362.1

CRISTIANNY FRANCISCA SOARES BEZERRA

**MOTIVOS PARA NÃO UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE EM CAMPINA
GRANDE – PB**

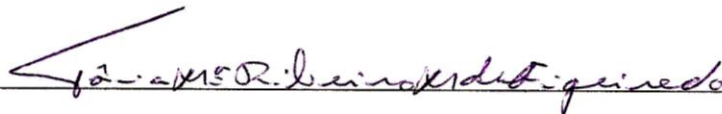
Aprovada em 13 de dezembro de 2010

BANCA EXAMINADORA



Prof.^a Ms. Ardigleusa Alves Coelho (Orientadora)

Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Prof.^a Dr.^a Tânia Maria Ribeiro Monteiro de Figueiredo (examinadora)

Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Enf.^a Esp. Juracema Gomes de Medeiros (examinadora)

Secretaria de Saúde de Campina Grande - PB

Dedico este trabalho às pessoas singulares na formação de tudo o que eu hoje sou. Ao Espírito Santo, a Francisco Bezerra (meu pai) e à Margareth Bezerra (minha mãe).

AGRADECIMENTOS

Registro aqui os meus agradecimentos àqueles que foram de suma importância para a realização deste trabalho e que contribuíram significativamente para o meu aprendizado e formação profissional e pessoal.

À YAHWEH, meu criador, do qual recebo sabedoria, conhecimento e inteligência que me possibilitam ir além do que os livros possam me explicar, por todo o Seu amor, Sua longaminidade, proteção, provisão e graça.

À Jesus Cristo, meu Senhor e Salvador, de quem dependo, em quem espero todas as minhas realizações, por ter me feito tão feliz e completa desde quando O conheci e por estar comigo todos os dias.

Ao Espírito Santo, meu bem maior, companheiro e amigo fiel, junto de quem pude estudar, escrever e concluir este trabalho com ânimo e satisfação, por ter dirigido os meus pensamentos e palavras e por ter me levado a compreensão de coisas tão importantes.

À minha linda e amada família. Destaco aqui Francisco Bezerra (pai), Margareth Bezerra (mãe), Marcos Vinícios Bezerra (irmão – in memoriam), Wilson Carlos Bezerra (irmão), Luciana Bezerra (irmã), Maria Modesto (avó), Nazareth Modesto (tia), que acompanharam de perto a minha vida, e que foram estímulo para a realização deste trabalho.

À Ms. Ardigleusa Alves Coelho, minha orientadora, que é um exemplo de enfermeira e professora para mim, por sua amizade, paciência e disposição em me orientar.

Aos meus ex-professores: Geovan, Elaine, Epitácio e Jonas, por terem me ensinado a base do conhecimento científico e terem sido mais do que educadores.

À Pr.^a Roseane Britto, coordenadora da Escola de Líderes e de Formação da INSEJEC, e às professoras: Kátia, Edjane, Divanise e Vívian, que foram de extrema importância no fortalecimento de minha personalidade.

Aos meus amigos: Geovan, Giselle, Jossana, Ritta, Edelvânia, Aníbal, Manoel Jerônimo, Joanderson, Gilberto, Alberto, Priscila, Ana Elizabeth, Marcílio, Ana Cláudia, Patrícia, Paula, Jadsonlee, Rafael e David. Que foram estímulo e instrumentos de Deus para me ajudar a vencer.

Aos meus colegas de universidade: Valdênia, Fernanda, Salete, Simony, Emmanuele, Layane, Carol Pereira, Ana Carolina, Citonho, Getúlio, Luiz, Sérgio, Helrison, Melissa, Érika, Joanes, Kleiton, Jair, Gilson, Joseilda, Lucilene, Anajás, Eloise, Flávia e Natália. Por todo o tempo em que sonhamos e lutamos juntos pela enfermagem e pelo apoio e amor de vocês.

“... seja bendito o nome de Deus, de eternidade a eternidade, porque d’Ele é a sabedoria e o poder; é Ele quem muda o tempo e as estações... Ele dá sabedoria aos sábios e entendimento aos inteligentes. Ele revela o profundo e o escondido, conhece o que está em trevas e com ele mora a luz.” (Daniel 2:20-22)

BEZERRA, C. F. S. **MOTIVOS PARA NÃO UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE EM CAMPINA GRANDE – PB.** Trabalho de Conclusão do Curso de Enfermagem – Bacharelado e Licenciatura. Universidade Estadual da Paraíba – UEPB. Campina Grande – PB, 2010.

RESUMO

Os serviços de saúde, organizados sobre a lógica da regionalização e hierarquização da assistência à saúde, são os pontos de referência para o acesso da população aos meios de promoção, proteção e recuperação da saúde nos seus três níveis de atenção. No entanto, apesar dos esforços, percebe-se a existência de barreiras organizacionais no acesso e utilização dos serviços de saúde, traduzidas pelo mau atendimento, filas e demora para a marcação de consultas e exames, que podem se tornar motivos para os usuários dos serviços públicos de saúde desistirem de procurá-los, e buscarem outra forma de obter o acesso à saúde. Na pretensão de verificar os motivos para não utilização, entre os usuários do SUS, do fluxo definido no modelo de hierarquização da assistência para o acesso aos serviços de saúde, no município de Campina Grande – PB realizou-se um estudo de caso coletivo, com abordagem qualitativa. Os dados foram coletados através de entrevista e observação participante e tratados mediante o discurso do sujeito coletivo. Participaram do estudo 37 usuários. A avaliação das variáveis sócio demográficas dos entrevistados mostra que 70,27% encontram-se na faixa etária de 25 a 59 anos, 81,1% são mulheres, 32,43% referiu ter uma renda mensal de um salário mínimo, a maioria possui estado civil casado, 35,13% possuem ensino fundamental incompleto. Foi constatado que o principal motivo para não utilização dos serviços públicos é a demora na marcação de exames e consultas especializados, acarretando em desistência da espera ou à procura por serviço de saúde privado em alguns casos. Além disso, foram mencionados fatores relacionados à insatisfação com aspectos da acessibilidade organizacional como: o acolhimento, o tempo de espera para ser atendido na realização da consulta, o mau atendimento, a falta de medicamentos, a falta de profissionais médicos, as filas de espera para marcação de consultas e atendimento que se iniciam muito cedo, e o sistema de marcação de consultas com dia fixo para a demanda espontânea; os entrevistados evidenciaram, ainda, idéias adotadas como meios para a resolução dos seus problemas de saúde, como a procura pelo serviço de saúde privado em casos de demora na marcação de consultas e exames e em casos de gravidade dos problemas de saúde. Conclui-se que as falhas na organização e distribuição dos serviços podem não apenas limitar o acesso dos usuários aos serviços públicos de saúde, como levá-los a desistirem e desacreditarem dos serviços, havendo uma busca por alternativas de acesso à saúde. Torna-se necessário a qualificação e contratação de recursos humanos, como profissionais especialistas, visando à ampliação da oferta de serviços especializados, assim como uma padronização do atendimento nas UBSF's.

Palavras-chave: Utilização dos serviços de saúde. Organização do acesso. Regionalização e Hierarquização.

BEZERRA, C. F. S. REASONS FOR NOT USE OF THE HEALTH SERVICES IN CAMPINA GRANDE – PB. Work of Conclusion of the Nursing Course – Bachelor's Degree. State University of Paraíba – UEPB. Campina Grande – PB, 2010.

ABSTRACT

The health services, organized on the logic of regionalization and hierarchization of the assistance to the health, are the reference points for the access of population to the ways of promotion, protection and recovery of the health in its three levels of attention. However, although the efforts, it is perceived existence of organizational barriers in the access and use of the health services, translated for the bad attendance, queue and delay for the marking of consultations and examinations, that can become reasons for the users of the public services of health to give up to look them, and to search another form to get the access to the health. With the purpose to verify the reasons of not utilization of the public services of health in the city of Campina Grande - PB, a study of collective case was carried through with qualitative boarding. The data had been collected through interview and comment participant and treated by means of the speech to the collective subject. Thirty seven users had participated of the study. The evaluation of the socio-demographic variable of interviewed indicate that 70.27% have between 25 and 59 years old, where 81.1% are women, 32.43% related to have a monthly income of one minimum wage, the majority is married, 35.13% have incomplete basic education. It was evidenced that the main reason for not utilization of the public services is the delay in marking of examinations and consultations, causing desistance or to the search for private service of health some cases. Moreover, factors related to the disappointment with aspects of the organizational accessibility had been mentioned such as: the protection, the open assembly time to be taken care of in accomplishment of the consultation, the bad medicine attendance, the lack of medical professionals, the queues for marking of consultations and attendance that start very early, and the system of marking consultations with fixed day for the spontaneous demand; the interviewed had evidenced ideas adopted as half for the resolution of its problems of health, as the search for the private service of health in cases of delay in the marking of consultations and examinations and in cases of gravity of the health problems. It is concluded that the imperfections in organization and distribution of the services can not only limit the access of the users to the public services of health, as to take them to give up it and to discredit of the services, having a search for alternatives of access to the health. The qualification and contraction of human resources becomes necessary, such as professional specialists, aiming at to ampliation offers of the specialized jobs, as well as a standardization of the attendance in UBSF's.

Keywords: Use of the health services. Organization of the access. Regionalization and hierarchization.

LISTA DE SIGLAS

AC – Ancoragem
AIS – Ações Integradas de Saúde
CF – Constituição Federal
CGR – Colegiado de Gestão Regional
CIB – Comissões Intergestores Bipartite
CIT – Comissões Intergestores Tripartite
C.M.C. – Central de Marcação de Consultas
Conasp – Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária
DMP – Departamento de Medicina Preventiva
DSC – Discurso do Sujeito Coletivo
ECH – Expressões-chave
GM – Gabinete do Ministro
IC – Idéia Central
INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
IX CNS – Nona Conferência Nacional de Saúde
LOS – Lei Orgânica da Saúde
MRS – Movimento de Reforma Sanitária
MS – Ministério da Saúde
NOAS – Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB – Norma Operacional Básica
PDI – Plano Diretor de Investimento
PDR – Plano Diretor de Regionalização
PPI – Programação Pactuada Integrada
Prev-Saúde – Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde
PSF – Programa de Saúde da Família
Suds – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
UBSF – Unidade Básica de Saúde da Família
USF – Unidade de Saúde da Família
VIII CNS – Oitava Conferência Nacional de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
2. OBJETIVOS	14
2.1 OBJETIVO GERAL	14
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	14
3. REVISÃO DE LITERATURA	15
3.1 CONCEITOS QUE SUSTENTAM A REGIONALIZAÇÃO E A HIERARQUIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA	15
3.2 O CONTEXTO DA REGIONALIZAÇÃO NA HISTÓRIA E LEGISLAÇÃO DA SAÚDE	16
3.3 A REGIONALIZAÇÃO NO ATUAL CONTEXTO DO SUS	18
4. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	20
4.1 TIPO DE ESTUDO	20
4.2 CENÁRIO DO ESTUDO	20
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA	20
4.4 CRITÉRIO DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO DOS SUJEITOS	21
4.5 COLETA, TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS	21
4.6 ASPECTOS ÉTICOS	23
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	24
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	30
REFERÊNCIAS	32
APÊNDICES	35
ANEXOS	39

1. INTRODUÇÃO

A regionalização e hierarquização da assistência à saúde são, atualmente, os princípios organizacionais de maior foco na política de saúde, uma vez entendido que o acesso e utilização dos serviços de saúde, de uma maneira equânime pela população, só é possível através de uma rede organizada em níveis de complexidade crescentes e mais próxima, possível, dos usuários.

Estes princípios permeiam os ideais das políticas de saúde a quase vinte e cinco anos, mais especificamente a partir de 1986, quando foi realizada a VIII Conferência Nacional de Saúde e com a promulgação da Constituição do Brasil, em 1988, que estabeleceu um marco na história da saúde brasileira ao afirmar, em seu artigo 196, “a saúde como um direito de todos e um 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, 2007, p. 131).

A proposta do Sistema Único de Saúde (SUS) foi regulada em 1990 com o propósito de desenvolver ações e serviços públicos que atuem de forma integrada, com o objetivo de promover o acesso universal e igualitário às ações de promoção, proteção e recuperação da saúde para todos os brasileiros, sem distinção (BRASIL, 1990).

Assim, o setor saúde passa a ser organizado em serviços integrados por uma rede regionalizada e hierarquizada, com assistência integral e com participação da comunidade. O que corrobora a responsabilidade dos gestores, de cada nível de governo, em promover estratégias para organização e funcionamento dos serviços de saúde, que tratem não apenas de estabelecer instituições, mas de garantir o acesso as ações e serviços necessários por meio dessas. O que exige de tais compromisso, dedicação e compreensão da seriedade do direito mencionado, na vida dos que dependem do sistema para tratar seus problemas de saúde.

Apesar dos avanços no processo de descentralização da saúde para os municípios, a regionalização e hierarquização da rede de serviços ainda se constituem em um dos maiores entraves na operacionalização do SUS.

Com o intuito de formular novas estratégias para a ampliação do acesso aos serviços de saúde e estabilizar a organização do sistema, o Ministério da Saúde (MS) editou a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS-SUS 01/2001), republicada em 2002, que, objetivou “promover maior equidade na alocação de recursos e no acesso da população às ações e serviços de saúde em todos os níveis de atenção” (BRASIL, 2001, p. 14), propondo a

regionalização como estratégia para o aprimoramento da descentralização, através da elaboração do Plano Diretor de Regionalização (PDR).

Na Paraíba, o PDR foi elaborado em 2001, com a finalidade de “estabelecer estratégias e mecanismos que garantissem o acesso dos cidadãos às ações e serviços de saúde resolutivos” (PARAIBA, 2008, p. 1).

Entretanto, a publicação da Portaria n.º 399 do Gabinete do Ministro da Saúde (GM) publicada em 22 de fevereiro de 2006, que dispõe sobre o Pacto pela Saúde, estabeleceu uma reorganização do SUS a partir de um processo de negociação entre as três esferas de gestão do SUS, compreendendo três dimensões: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão. O que substituiu o processo de habilitação dos municípios pela adesão solidária aos Termos de Compromisso de Gestão, propondo uma Regionalização solidária e cooperativa como eixo estruturante do processo de Descentralização (BRASIL, 2006).

Diante disso, o Estado da Paraíba visando à implantação da Regionalização Solidária e cooperativa, através da Resolução da Comissão Intergestores Bipartite n.º 397/08, decidiu alterar o desenho da Regionalização da Saúde adequando-o as orientações contidas no Pacto pela Saúde que passou a ter a seguinte conformação: Manter as 04 (quatro) Macrorregiões compostas cada uma por três Gerências Regionais de Saúde que constituem instâncias geo-administrativas do estado e instituir 25 (vinte e cinco) Regiões de Saúde (PRAIBA, 2008).

Nesse redesenho da regionalização, o município de Campina Grande apresenta-se como pólo da segunda macrorregião de saúde, composta por 08 (oito) Regiões de Saúde, totalizando 70 (setenta) municípios. Das 25 Regiões de Saúde, Campina situa-se na décima, formando o Conselho de Gestão Regional chamado ‘Regional da Borborema’, juntamente com os municípios de Boa Vista, Queimadas, Fagundes, Gurjão, Massaranduba, Pocinhos, Puxinanã e Serra Redonda (PARAIBA, 2008).

Com essa nova conformação de regionalização, o município de Campina Grande, deve possuir capacidade comprovada para a garantia do acesso a ações e serviços de média e alta complexidade, tanto para os seus munícipes, quanto para os não residentes e referenciados dos outros oito municípios da Regional da Borborema.

Assim, o sistema municipal de saúde é constituído por unidades básicas, de média e alta complexidade, constituindo um modelo de hierarquização da atenção com complexidade crescente, com forma de garantir a resolutividade e facilitar o acesso, promovendo a equidade a partir da disponibilização de serviços de saúde o mais próximo possível dos usuários.

Na organização da atenção à saúde, as unidades de saúde da família foram definidas com ‘porta de entrada’ do sistema municipal de saúde. E os serviços de referencia são aqueles

que prestam assistência de média e alta complexidade, que devem atender não só a população da área de abrangência em que estão inseridos, como, também, a população adscrita de outros Distritos Sanitários e outros municípios. O fluxo do usuário para os serviços de referência é realizado através da Central de Marcação ou de Regulação Municipal.

Apesar da conformação de um modelo de regionalização e hierarquização com a finalidade de facilitar o acesso do usuário aos serviços de saúde, como proposto pelo arcabouço jurídico-legal do SUS, percebe-se, em contraste com a realidade dos serviços, uma desigualdade no acesso e utilização destes (com prejuízo dos mais pobres), traduzida pelo mau atendimento, filas e demora na marcação de consultas e exames (LIMA, 2006).

Nesse âmbito, essa pesquisa foi realizada sob a hipótese de que estes problemas podem se tornar motivos que levem os usuários dos serviços públicos de saúde a desistirem de procurá-los, fazendo com que busquem outra forma de obter o acesso, como através do setor privado ou outros mecanismos dentro do próprio sistema público de saúde.

O estudo para verificação da existência desses motivos torna-se relevante na medida em que são indicativos de uma urgente necessidade de repensar o fluxo estabelecido na organização dos serviços de saúde considerando a hierarquização dos serviços em complexidade crescente, como forma de minimizar as desigualdades de acesso e conseqüentemente as iniquidades de saúde.

Desta forma, buscou-se neste trabalho verificar os motivos para não utilização, entre os usuários do SUS, do fluxo definido no modelo de hierarquização da assistência para acesso aos serviços de saúde, no município de Campina Grande – PB.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Verificar os motivos para a não utilização, entre os usuários do SUS, do fluxo definido no modelo de hierarquização da assistência para acesso aos serviços de saúde, no município de Campina Grande – PB.

2.2 Objetivos específicos

Identificar a influência dos fatores sócio-demográficos para não utilização dos serviços de saúde em Campina Grande - PB.

Identificar os meios utilizados pelos usuários para resolução dos seus problemas de saúde, quando não conseguem atendimento na rede municipal de saúde de Campina Grande - PB.

Descrever as situações que levam a não utilização dos serviços de saúde ofertados pela rede municipal de saúde de Campina Grande - PB.

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Conceitos que sustentam a regionalização e a hierarquização da assistência

Os princípios da regionalização e hierarquização da assistência à saúde foram introduzidos como conceitos norteadores do SUS desde 1998, com a Constituição Federal do Brasil, que afirma, em seu artigo 198, que “as ações de serviços de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada”, seguindo os princípios da descentralização, integralidade e participação social (BRASIL, 2007, p.131). Porém, ainda estão sendo delineados, através de discussões e pactuações entre os gestores do sistema de saúde, de maneira a se atingir uma melhor resolutividade.

A regionalização, em um sentido literal, é o resultado de “recortes regionais onde a manifestação do poder político encontra espaços para territorializar-se, o que promove um ordenamento do território usado, à medida que estes recortes acabam por ser espaços de implantação de projetos baseados em políticas públicas na área da saúde...” (AMORIM, 2007, p.17).

Neste sentido, pode-se pensar que o ordenamento promovido pela regionalização do território leva ao reconhecimento e à formação de Regiões de Saúde, onde os princípios como a universalização das ações e serviços de saúde, a equidade no acesso e a integralidade da atenção poderão ser alcançados, seguindo o que fora definido na Constituição (CARVALHO, 2005).

A hierarquização, por sua vez, entendida como a organização dos níveis de complexidade tecnológica em ordem crescente dentro da rede de serviços de saúde, é o que define o acesso da população através do nível primário de atenção e a referência para os serviços de maior complexidade tecnológica, afim de que todo o tipo de tecnologia esteja à disposição da população, possibilitando, assim, o funcionamento de um sistema resolutivo (BRASIL, 1990).

A compreensão, aplicação e desenvolvimento desses princípios torna-se fundamental na gestão em saúde, uma vez que são base para a organização, planejamento, controle e avaliação das ações e serviços.

3.2 O contexto da regionalização na história e legislação da saúde

A regionalização esteve presente entre os ideais das políticas públicas de saúde desde a década de 70, sendo que, de forma articulada ao princípio da descentralização, com o surgimento do Movimento de Reforma Sanitária (MRS), nos Departamentos de Medicina Preventiva (DMP), que reivindicava a saúde como um direito de todos, ações integradas em um único sistema, gestão administrativa e financeira descentralizada, e a promoção do controle social (BRASIL, 2007).

A luta pela redemocratização do país, iniciado pelo MRS, ganha amplitude em 1980 e algumas propostas foram elaboradas, como o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prev-Saúde). Este programa planejava a extensão da atenção básica para todo o território nacional até o ano 2000 através de uma rede de serviços que oferecesse atenção primária para proteção, promoção e recuperação da saúde. O Prev-Saúde acabou não sendo incorporado pelo governo, mas foi uma das primeiras expressões da tentativa de regionalização da saúde reivindicada pelos ideais reformistas.

Nesse contexto foi criado o Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP), para avaliar o modelo de saúde, diagnosticar os problemas existentes e prescrever e implementar medidas resolutivas (BAPTISTA, 2007), a partir do qual surgiram as Ações Integradas de Saúde (AIS), que foram umas das primeiras e principais medidas, que chegaram a ser implementadas no conjunto das propostas do MRS, visando a oferta gratuita, integral, regionalizada e hierarquizada dos serviços públicos de saúde, através de convênios entre o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e os estados e municípios para repasse de recursos.

Com a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde (VIII CNS), em 1986, a regionalização foi estabelecida como uma das grandes diretrizes para a reorganização da saúde brasileira e estava entre as estratégias do novo Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDES), que viria a ser substituído em 1988, na Constituição Federal (CF), pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Em 1990, foi promulgada a Lei Orgânica da Saúde (LOS) de número 8.080, que dispõe sobre o funcionamento dos serviços, reafirmando o princípio da “descentralização político-administrativa com direção única em cada esfera de governo, através da ênfase na descentralização dos serviços para os municípios, e da regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde” (BRASIL, 1990).

Durante os anos 90 foram editadas várias Normas Operacionais Básicas (NOB's), na tentativa de avançar com o processo de descentralização, que foram de grande importância para a consolidação de várias estratégias essenciais na implementação do SUS.

A terceira delas, editada em 1993 (NOB/SUS 01/93) sob inspiração da IX Conferência Nacional de Saúde (IX CNS), que teve como tema “Saúde: a municipalização é o caminho”, desenvolveu um amplo processo de municipalização e institucionalizou as Comissões Intergestores Tripartite (nacional) – CIT – e Bipartite (estadual) – CIB –, espaços de negociação, pactuação, articulação e integração entre os gestores nacionais, estaduais e municipais, que permaneceram como forte instrumentos para o processo de descentralização e qualificação da gestão (BRASIL, 2006).

A quarta e última NOB, de 1996 (NOB/SUS 01/96), se destacou no estabelecimento de instrumentos de planejamento e na elaboração da Programação Pactuada e Integrada (PPI), buscando a garantia de acesso da população aos serviços de saúde, “quer pela oferta existente no próprio município, quer pelo encaminhamento a outros municípios” (BRASIL, 1996, p. 18)

No entanto, somente com a publicação das Normas Operacionais de Assistência à Saúde NOAS/SUS 2001 e 2002, que objetivaram “promover maior equidade na alocação de recursos e no acesso da população às ações e serviços de saúde em todos os níveis de atenção” (BRASIL, 2001), é que a regionalização passa a ser o foco, e os gestores passaram a organizar a divisão territorial em regiões de saúde.

A principal estratégia utilizada foi a elaboração do Plano Diretor de Regionalização (PDR) e Plano Diretor de Investimentos (PDI). O PDR deveria ser elaborado por cada estado e aprovado pelo seu respectivo Conselho Estadual de Saúde, levando em consideração a análise diagnóstica dos principais problemas de saúde e das prioridades de intervenção, para a constituição de módulos assistenciais resolutivos, formados por um ou mais municípios, introduzindo os conceitos de microrregiões, regiões e macrorregiões (SOUZA, 2001).

Observa-se, então, que a partir da NOAS/SUS 01/2001, a atenção primária passaria a ser vista como a porta de entrada para o acesso às ações e serviços de saúde, a base que determina o trabalho de todos os outros níveis de assistência.

As X, XI e XII Conferências Nacionais de Saúde, também trataram da regionalização, fortalecendo a territorialização, reforçando a necessidade de debate entre os gestores e garantindo a implementação da regionalização e da hierarquização através da priorização da atenção primária e secundária, respectivamente, levando em consideração as programações dos PDR e PDI.

3.3 A Regionalização no atual contexto do SUS

Atualmente, a regionalização está definida pelo Pacto pela Saúde 2006 como o “eixo estruturante de uma de suas três dimensões, o Pacto de Gestão do SUS” (BRASIL, 2006, p. 14). Sua função, atualmente, está em ordenar a descentralização da gestão e serviços de saúde através da identificação de características culturais e epidemiológicas comuns aos municípios ou regiões de um mesmo município, de modo a formar Regiões de Saúde a serem geridas por um Conselho de Gestão Regional (CGR).

Conhecida como regionalização solidária e cooperativa, este novo foco da política de saúde foi estabelecido como forma de romper com as normas do SUS, que se tornaram inviáveis nas muitas e diversificadas regiões do Brasil, o que, por muitos anos, dificultou a implementação de um sistema efetivo, porém, serviram de experiência para que houvesse uma maturidade da gestão no enfrentamento dos desafios inerentes a um sistema complexo. A identificação e proximidade entre os municípios são, hoje, uma estratégia de gestão que busca adequar as ações e serviços de saúde às necessidades de cada região

Nessa perspectiva, os estados e municípios passaram a ser fortalecidos como gestores responsáveis em identificar as demandas das necessidades loco-regionais, com vista a organizar uma divisão territorial que possibilite a definição dos modelos de atenção mais adequados aos objetivos das regiões, garantindo de acesso à população aos três níveis de atenção e atuando em suas competências de forma cooperativa, integrada e compartilhada.

Para que a interação entre as instâncias sejam realizadas de forma efetiva, as CIB e CIT têm sido fundamentais, articulando a pactuação do processo de regionalização, no acompanhamento e realização do reconhecimento das Regiões de Saúde (onde são garantidas a atenção primária e secundária e de vigilância em saúde) e das Macrorregiões de Saúde (arranjos com mais de uma Região de Saúde, que deve garantir serviços de atenção secundária e terciária) (BRASIL, 2006).

Na concretização dos compromissos assumidos pelos gestores é necessária a utilização articulada dos instrumentos de gestão estratégicos e operacionais da regionalização, que são o Plano Diretor de Regionalização (PDR), o Plano Diretor de Investimentos (PDI) e Colegiados de Gestão Regional (CGR).

O PDR, um dos principais instrumentos de planejamento da regionalização, deve ser elaborado por cada estado de acordo com a necessidade mudança e identificação das

interações regionais entre os serviços e ações de saúde já existentes. Complementando o PDR, na definição dos limites financeiros, está o PDI, elaborado de acordo com as necessidades de alcance de suficiência na atenção à saúde. Esses instrumentos estão sujeitos a permanentes revisões, ajustes ou atualizações, de acordo com necessidade de reorganizar as regiões de saúde.

Os CGR operam como espaços de co-gestão, formados pelos gestores de saúde de cada município integrante da Região de Saúde e pelos representantes do estado, onde são realizadas reuniões periódicas para definição de prioridades e pactuações de soluções entre os gestores, de forma a organizar uma rede de serviços integral e resolutiva (BRASIL, 2006). O estado da Paraíba conta, hoje, com 25 CGR, dos quais participam 223 municípios, de acordo com a última reunião da CIT de 16/09/2010.

Desta forma, o desafio atual para a regionalização é ser realizada de uma forma dinâmica e flexível, que possibilite a coesão entre os agentes políticos e sociais, identificadas as reais necessidades loco-regionais, respeitando a heterogeneidade territorial brasileira, criando ou potencializando as ações e serviços de saúde em todos os níveis de atenção, reduzindo, assim, as desigualdades sociais e territoriais de acesso.

4. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

4.1 Tipo de estudo

Esta pesquisa é parte de um estudo mais amplo intitulado O acesso e utilização dos serviços de saúde em Campina Grande-PB, um estudo de avaliação dos serviços municipais, que se caracterizou por ser um estudo de caso, conforme apontado por Stake (1994) e Blasco (1995), do qual se originou essa pesquisa.

A modalidade adotada foi o caso tipo coletivo por entender, que nesse tipo de estudo, procura-se estudar vários casos para obter uma melhor teorização sobre a população ou fenômeno estudado (STAKE, 1994). A investigação foi conduzida numa abordagem qualitativa que, segundo Minayo (1999) é a mais adequada para tratar as questões sociais e possibilita à abertura, a flexibilidade, a capacidade de observação e de interação entre o investigador e os atores sociais envolvidos.

4.2 Cenário do estudo

O cenário do estudo foi o município de Campina Grande, localizado no estado da Paraíba, é um município de médio porte, com população de 385.276 habitantes (IBGE, 2010), que corresponde a aproximadamente 40% da população do estado.

A rede municipal de saúde é composta por instituições públicas, filantrópicas e privadas, distribuídos em três hospitais públicos, doze hospitais privados, seis centros de saúde. Possui uma divisão territorial que estabelece a organização em seis distritos sanitários que foram criados em 1998 onde são distribuídas 73 unidades básicas de saúde da família (UBSFs), onde atuavam, à época do estudo, 92 equipes do PSF. (CAMPINA GRANDE, 2009).

4.3 População e amostra

A população do estudo foi constituída por 67 usuários cadastrados nas Unidades de Saúde da Família (USF), dos quais foi selecionada uma amostra de 37 (55%), que necessitavam de encaminhamento aos serviços de referência para dar seguimento ao

tratamento de saúde e que apresentaram, em seus discursos, motivos para a não utilização dos serviços públicos de saúde da cidade estudada.

4.4 Critério de inclusão e exclusão dos sujeitos

Os critérios para inclusão de sujeitos no estudo foram: ser usuário do SUS, ser cadastrado e atendido na unidade saúde da família, não possuir plano de saúde privado.

4.5 Coleta, tratamento e análise dos dados

A coleta de dados foi realizada através da observação participante sobre a forma de atendimento diário e marcação de consultas e exames; do acesso às solicitações de exames e consultas especializadas mais antigas, em espera de marcação. E da entrevista com o usuário do SUS, seguindo o roteiro semi-estruturado (apêndice A).

Para coleta dos dados foram selecionados de acordo com o critério de acessibilidade geográfica as Unidades Básicas de Saúde da Família em diferentes Distritos Sanitários. Assim a coleta de dados foi realizada no Distrito Sanitário I (UBSF Jardim Tavares), Distrito Sanitário II (UBSF Bodocongó) Distrito Sanitário IV (UBSF Tambor I, UBSF Catolé II e UBSF Vila Cabral), Distrito Sanitário V (UBSF Raif Ramalho) e no Distrito Sanitário VI (UBSF Rocha Cavalcanti I E II).

Para iniciar a coleta de dados, a equipe de pesquisa se dirigiu às Unidades selecionadas para coleta, foi realizado um contato prévio com a equipe de saúde da família e apresentado a autorização por escrito da Secretaria Municipal de Saúde. Para coleta de dados; observou-se a forma de atendimento e de marcação; e através das fichas de solicitação de marcação para as várias especialidades médicas e para exames; selecionou as mais antigas e de diferentes especialidades, anotando nome, endereço e motivo da solicitação; entrou em contato com os usuários para realização da entrevista.

A entrevista foi realizada no domicílio dos usuários, durante os meses de setembro a novembro de 2009, mediante a utilização de um roteiro semiestruturado (apêndice A), constituído por duas partes: a primeira, versando sobre aspectos sócio-demográficos e a segunda, com questões subjetivas, entre elas uma foi a seguinte: “O que faz você não utilizar

o serviço público de saúde?”, a qual foi selecionada para elaboração desse estudo, juntamente com as variáveis sócio-demográficas.

Nessa etapa de coleta de dados foram enfrentadas algumas dificuldades. Primeiramente, a disponibilidade dos agentes comunitários em acompanhar as visitas aos usuários juntamente com os entrevistadores, visto que os mesmos possuem um cronograma de atividades com a unidade básica, tal fato dificultou a coleta de dados, pois alguns usuários não residiam mais no endereço cadastrado, o horário da coleta às vezes era o mesmo do horário de trabalho do usuário, como também encontramos áreas de difícil acesso. Além disso, o baixo grau de instrução do usuário dificultava a compreensão das perguntas do questionário.

Ao final da coleta, das entrevistas obtidas com cada participante, as selecionadas foram tratadas através o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) que segundo Lefèvre & Lefèvre (2003, p. 19-20):

O DSC é, assim uma estratégia metodológica que utilizando uma estratégia discursiva, visa tornar mais clara uma dada representação social, bem como o conjunto das representações que conforma um dado imaginário. Através deste modo discursivo visualiza-se melhor a representação social quando ela aparece, não sob uma forma (artificial) de quadros, tabelas, ou categorias, mas sobre uma forma (mais viva e direta) de um discurso que é como se analisou o modo como os indivíduos reais, concretos, pensam.

Desse modo, cada depoimento dos participantes entrevistados foi transcrito e analisado para seleção das expressões-chave (ECH) – trechos do discurso –, formulação das idéias centrais (IC), as quais descrevem o sentido de cada um dos discursos, e das ancoragens (AC), que expressam uma ideologia ou teoria. Em seguida os discursos individuais foram agrupados de modo a expressar o pensamento coletivo, formulando-se o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). Foram encontrados as seguintes ideias centrais: A demora na marcação de exames e no encaminhamento ao especialista levam a não utilização do serviço público de saúde pelo usuário; a falta de medicamentos e profissionais médicos, a pouca resolutividade do sistema, a grande demanda de usuários, o mau atendimento por parte dos profissionais envolvidos, a não realização da visita domiciliar, a demora nas consultas e a limitação de horário para ser atendido levam a não utilização do serviço público de saúde pelos usuários; quando a espera pelo atendimento se prolonga, o usuário procura o serviço privado; e a demora leva à busca por serviço privado em casos graves.

Ao final da coleta, procedeu-se uma aproximação entre conceitos expressos no DSC, os achados da observação participante e aqueles apresentados na revisão de literatura.

4.6 Aspectos éticos

Durante o processo de investigação foram observados os aspectos éticos da pesquisa, envolvendo seres humanos, sendo solicitado a cada participante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B e C), que informa aos participantes sobre o conteúdo da pesquisa, da liberdade de escolha de participar ou não do estudo, de poder desistir em qualquer fase da investigação e pedir esclarecimento sobre andamento do estudo, de acordo com as recomendações da Resolução 196/96 do CONEP/MS (BRASIL, 1997). O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UEPB - CAAE: 1902.0.000.133-08 (ANEXO B).

5. RESULTADO E DISCUSSÃO

O conhecimento das características dos usuários estudados possibilita o entendimento e a aplicabilidade dos resultados, assim como a identificação do padrão de não utilização dos serviços, conforme objetivamos neste trabalho. Desta forma, são apresentados a seguir uma análise dos dados sócio-demográficos, através das variáveis idade, sexo, profissão, renda, estado civil e escolaridade.

O estudo envolveu 37 usuários do Sistema Único de Saúde, cadastrados nas UBSFs dos distritos escolhidos, que se encontravam na espera por marcação de consultas ou exames especializados há meses ou anos.

A idade média dos entrevistados foi de 40,5 anos, estando 70,27% na faixa etária de 25 a 59 anos, ou seja, na idade adulta, quando as experiências de vida anterior, os sentidos e a reflexão obtida ao enfrentar problemas conformam um aprendizado, que pode influenciar nas decisões futuras, como na procura de serviços de saúde públicos. Experiências bem sucedidas, com o próprio usuário ou com seus familiares, são determinantes para a sua opção conforme afirma Ramos e Lima (2003).

As mulheres corresponderam a 81,10% da amostra obtida, 56,66% delas eram donas do lar, de estado civil casado. Vários estudos apontam esta prevalência por vários fatores como: a representação social do cuidar como tarefa feminina, a necessidade de maior procura por atendimento na idade fértil, e questões relacionadas ao trabalho, como o sustento da família, como sendo tarefa masculina. Estes fatores foram apontados por Gomes et al (2007) como os principais motivos expressos pelos homens para a pouca procura por serviços de saúde, além da dificuldade de acesso, a falta de programas específicos para homens e, também, o aspecto de que o imaginário social ver o homem como invulnerável.

Quanto à renda familiar, 32,43% referiu ter uma renda mensal de um salário mínimo e 27,03% uma renda menor ou igual a quinhentos reais. Este achado pode ser indicativo da dificuldade de acesso ao sistema de saúde segundo Dias-da-Costa et al (2008), além de limitar a possibilidade da resolução dos problemas de saúde por meio de outro serviço, como o privado. Sugerindo uma falta de equidade para grupos populacionais e uma necessidade de reorganização dos serviços de saúde.

Quanto à escolaridade, 35,13% possuía ensino fundamental incompleto, 29,73% possuía ensino médio completo, 10,81% era não alfabetizado e nenhum dos entrevistados possuía nível superior, o que pode ser indicativo, segundo Kassouf (2005), de que o aumento

da escolaridade eleva o nível de saúde da população e conseqüentemente reduz a procura por atendimento, no caso o estudo realizado, a baixa escolaridade pode ser indicativa da prevalência de uma população mais doente e, conseqüentemente, mais dependente dos serviços de saúde pública.

Os achados da observação participante mostraram que para ter acesso a UBSF à população enfrenta uma fila de espera, com limite de atendimentos nos turnos da manhã e da tarde, atendendo uma média de 8 a 10 pessoas por turno, tendo prioridade no atendimento os usuários cadastrados como hipertensos e diabéticos. Ainda notamos que um dos principais entraves para a marcação das consultas era a dificuldade do simples contato com a central de C.M.C. por telefone, o que demorava a conseguir, e, quando conseguia a chamada, o número de vagas apresentadas para as especialidades requeridas eram muito reduzidos ou inexistentes, o que Locks (2002) chama de “especialidades estranguladas”, apontando este problema como resultado da falta de oferta.

A análise das falas dos entrevistados foi dificultada pela limitação das respostas, sendo elas curtas e objetivas, o que levou a uma redução da qualidade dos discursos a serem analisados. No entanto, foi possível identificar, claramente, motivos que levam à não utilização, entre os usuários do SUS, do fluxo definido no modelo de hierarquização da assistência, atendendo aos objetivos da coleta. Nos quadros abaixo estes fatores estão expressos através dos Discursos do Sujeito Coletivo.

O principal fator, apontado pelos entrevistados, influente na não utilização dos serviços públicos, é a demora na marcação de exames e consultas especializados, acarretando em desistência da espera ou à procura por serviço de saúde privado em alguns casos.

IDÉIA CENTRAL (IC)	DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO (DSC)
A demora na marcação de exames e no encaminhamento ao especialista levam à não utilização do serviço público de saúde pelo usuário.	<p><i>A demora que é muito grande para fazer exames e se consultar com o especialista, pois a marcação custa demais.</i></p> <p><i>Sinto dor no braço, mas não procuro porque demora muito.</i></p> <p><i>O SUS é muito difícil, se fosse esperar pelo SUS já estava debaixo do buraco há muito tempo.</i></p>

O encaminhamento aqui considerado é o realizado através da Central de Marcação de Consultas e Exames especializados (C.M.C.), pela maior complexidade de um problema de saúde apresentado pelo usuário, para o qual a unidade básica não dispõe dos recursos

necessários para resolver, necessitando de uma consulta ou um exame especializado. O papel da atenção primária é “prestar, diretamente, todos os serviços para as necessidades comuns e agir como um agente para a prestação de serviços para as necessidades que devem ser atendidas em outros lugares” (STARFIELD, 2002, p. 314).

Para Locks (2002, p. 86) “quando a rede básica não garante oferta de consultas básicas à sua população e a rede especializada não tem suficiência para atender a demanda, verifica-se o não cumprimento do princípio da Hierarquização e do princípio da Equidade”. O desafio, então, está em garantir a concretude de um direito já constitucionalizado.

Da mesma forma que as experiências bem sucedidas, com o usuário, são determinantes para a sua opção em utilizar determinado serviço de saúde, as experiências mal sucedidas levam o usuário a desistir de utilizar o serviço, ainda que esteja necessitando dele, como é observado no DSC acima, restando-lhe algumas alternativas como: procurar outro serviço da rede, indo diretamente à emergência ou ambulatório hospitalar, ou procurar por serviço de saúde privado, ferindo, assim, o princípio da hierarquização.

A demora, mencionada nos DSC, é uma expressão negativa relacionada a vários fatores do acesso, atendimento e organização dos serviços, e não propriamente a uma avaliação negativa do sistema e das UBSF's, uma vez que nos discursos analisados por Azevedo (2010), referente a mesma pesquisa, a avaliação das unidades de saúde após a municipalização é verificada de uma forma positiva pela maioria dos usuários.

Outros motivos verificados, para a não utilização dos serviços, são vários aspectos relacionados à acessibilidade organizacional, evidenciados no DSC abaixo.

IDÉIA CENTRAL (IC)	DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO (DSC)
A falta de medicamentos e profissionais médicos, a pouca resolutividade do sistema, a grande demanda de usuários, o mau atendimento por parte dos profissionais envolvidos, a não realização da visita domiciliar, a demora nas consultas e a limitação de horário para ser atendido levam à não utilização do serviço público de saúde pelo usuário.	<p><i>O excesso de muita gente, o atendimento que é horrível, péssimo, demorado, ruim.</i></p> <p><i>Não ter medicações, não conseguir exames, muitas vezes a consulta demora.</i></p> <p><i>Quando tem médico não tem medicação, quando tem medicação não tem médico.</i></p> <p><i>Chego e nunca tem vez, recebo um chá de cadeira, o agente comunitário não passa na minha casa.</i></p> <p><i>Se chegar de oito e trinta da manhã já não é mais atendido, tem que chegar muito cedo.</i></p> <p><i>Tem dia que é atendimento de criança e quando chega algum adulto não é atendido.</i></p>

A insatisfação com: o acolhimento, o tempo de espera para ser atendido na realização da consulta, o mau atendimento, a falta de medicamentos, a falta de profissionais médicos, as filas de espera para marcação de consultas e atendimento que se iniciam muito cedo, e o sistema de marcação de consultas com dia fixo para a demanda espontânea, caracteriza um serviço, ainda, ligado ao modelo tradicional de organização.

Ramos e Lima (2003) já haviam avaliado, em estudo semelhante, que o acolhimento existente na unidade de saúde tem papel primordial para a escolha do cliente pela utilização do serviço. Com isso concluímos que em Campina Grande o acolhimento aos usuários é um dos fatores que necessitam ser trabalhado com vista à qualificação do acesso aos serviços.

Os mesmos autores afirmam que “a busca por profissionais competentes para o atendimento, e a confiança na experiência e capacidade dos membros da equipe de saúde, influenciam fortemente a escolha quanto ao serviço que deverá ser procurado.” Quando o usuário, pois, procura o serviço e não encontra o profissional médico e/ou uma equipe que o recepcione de modo a assisti-lo em sua necessidade, ele tenderá a não procurar o mesmo serviço.

A falta de medicamento é um problema ainda mais preocupante, pelo fato de haver uma limitação econômica por parte dos usuários, como analisado anteriormente. Podendo acarretar no agravamento das situações de saúde dos usuários, que, além de desistirem de procurar o serviço, podem não encontrar outros meios para obtê-los.

Quanto a falta de médicos, observa-se que esta leva ao aumento da demora ao acesso, uma vez que eles também são facilitadores do acesso a outros especialistas, e devem orientar o usuário quanto ao mais apropriado para o seu atendimento, o que poderia encurtar o tempo para a atenção apropriada ao invés de aumentá-lo (STARFIELD, 2002, p. 220).

Notamos, com isso, que uma falha na organização dos serviços leva a outra e que as negligências profissionais acabam, por vezes, de colocar em risco vidas, como referido por uma usuária no primeiro DSC.

O sistema de marcação de consultas com dia fixo para a demanda específica, como gestantes, crianças, diabéticos e hipertensos, é uma estratégia da atenção primária para prevenção e monitoramento dos agravos mais comuns, no entanto, esta não pode ser uma barreira ao atendimento da demanda espontânea. “A acessibilidade, envolve o grau de tolerância para consultas não-agendadas e o quanto a população percebe a conveniência desses aspectos” (STARFIELD, 2002, p. 60).

A avaliação da unidade por parte dos profissionais que nela atuam, a sua reorganização interna, a humanização no atendimento, a motivação da equipe, a integração do

médico com a equipe, a educação permanente, o trabalho multi e inter-profissional, o processo de centralização do usuário individual e coletivo são propostas, apontadas por Silverira e Baldacci (2006), para a solução dos problemas da acessibilidade, que são confirmadas através dos resultados desta pesquisa.

Além dos motivos supracitados, os entrevistados evidenciaram, ainda, idéias que são adotadas como meios para a resolução dos seus problemas de saúde, como a procura pelo serviço de saúde privado em casos de demora na marcação de consultas e exames especializados, e, também, em casos graves, expostas nos DSC's dos quadros abaixo.

IDÉIA CENTRAL (IC)	DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO (DSC)
Quando a espera pelo atendimento se prolonga, o usuário procura o serviço privado.	<i>Quando demora muito a marcação de consultas e exames, procuro o particular. Já procurei o atendimento particular pela demora do ultrassom, já tive que fazer consulta do reumatologista, porque a demora é grande e eu não podia esperar. E o particular eu procuro e não demora muito.</i>

É sabido que quando a tentativa de atendimento através da UBSF entra na lista de espera pela marcação de consultas e exames especializados, os usuários ainda podem recorrer aos ambulatorios e emergências da rede hospitalar pública, quando a oferta desses serviços ainda é insuficiente, a única saída é a procura por serviço privado, ainda com risco da demora no atendimento. No DSC do quadro acima a procura por serviços privados foi verificada como uma das mais citadas alternativas de conseguir o atendimento requerido a partir da UBSF, uma vez que, alguns usuários notaram um maior benefício em custear consultas e exames especializados, desistindo da espera pelo atendimento público.

IDÉIA CENTRAL (IC)	DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO (DSC)
A demora leva à busca por serviço privado em casos graves.	<i>Nos casos de urgência, casos mais graves, em que não consigo [...] eu arrumo dinheiro e faço particular, porque demora muito, é melhor pagar do que esperar pelo SUS. Teve uma vez que tive uma dor no coração e paguei para fazer, outra vez fui no particular, quando o meu genro pagou. Só procuro o particular na hora do desespero.</i>

Além das situações relacionadas à acessibilidade organizacional, outra situação muito citada nos discursos como responsável pela não procura do atendimento público foi a gravidade dos problemas de saúde, como um aditivo à questão da demora, levando os usuários a recorrerem aos serviços privados.

Desta maneira, foi possível identificar como situações que levam a não procura do serviço de saúde público pelos usuários: as questões relacionadas à organização dos serviços; a gravidade ou não gravidade dos problemas de saúde associada à popularidade da demora do sistema público; e a oportunidade de encontrar facilidades no acesso aos serviços privados, como por meio de parentes e pessoas conhecidas.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pensando o SUS, como um sistema em construção, e nós como gestores, profissionais, pesquisadores e usuários, que por direito legal podemos exercer controle social no cumprimento das políticas públicas de saúde, precisamos estar cientes dos motivos que, atualmente, são empecilhos para o acesso universal aos serviços. E as opiniões expressas através de um pensamento coletivo é uma forma clara de analisar a realidade desse acesso.

O lento processo de implementação dos princípios e diretrizes propostas pelo SUS encontram como barreira, entre outras, uma forte concepção cultural acostuada com as formas tradicionais de serviços, o que é mais complexo, pela necessidade de mudar não só a forma de organização, mas consciências, estabelecendo atitudes que tornem viável a existência dos serviços. O que pode ser feito à medida que àqueles que são gestores do serviço e estão envolvidos com os seus resultados apresentem disposição para mudança nas formas de trabalhar, usufruir e divulgar o SUS.

Na avaliação dos discursos estudados, esse progresso tem sido lento para a resolução dos problemas de saúde, que não conseguem encontrar na atenção primária uma porta de entrada para o acesso a serviços mais especializados, devido ao congestionamento das demandas da C.M.C.. E desigual na distribuição de serviços de saúde em geral, estando o sistema, de certa forma, ainda muito dependente do setor privado para a resolução das necessidades da população.

Nessas dificuldades de progresso estão explícitos os motivos que levam os sujeitos, muitas vezes, a desistirem de ser usuários por terem sido vítimas do sistema. Dentre os quais estão a demora na marcação de consultas e exames especializados, falta de insumos e recursos humanos, limitação de atendimento diário por horário e demanda específica. Sendo apontados nos discursos do sujeito coletivo.

Acredita-se, também, que este estudo contribuiu para a identificação de mecanismos que os usuários buscam como alternativa de acesso à saúde, sendo eles a procura pelos serviços privados, em situações em que a demora da marcação e/ou a gravidade do problema levaram os usuários a desistir da espera. O que deve ser uma questão trabalhada pelos gestores a fim de realizar os princípios de equidade através do cumprimento da hierarquização dos serviços de saúde.

Como porta de acesso, as unidades básicas estão priorizadas para as áreas de maior risco, visando possibilitar à população de baixa renda um acesso ao direito legalizado na

constituição e municipalizado através do Plano Diretor de Regionalização (PDR), no entanto, as estratégias usadas para na implementação das ações de saúde passam por uma premente necessidade de reformulação.

Recomenda-se, por fim, uma iniciativa por parte do gestor municipal, para a alteração da cultura vigente das instituições de saúde, a começar da qualificação e contratação de recursos humanos, como profissionais especialistas, visando à facilidade de operacionalização da C.M.C. e conseqüentemente da ampliação da oferta de serviços especializados, assim como uma padronização do atendimento nas UBSF's, com a quebra da estrutura médico-curativista e ao estabelecimento de um atendimento integral aos usuários.

REFERÊNCIAS

- AMORIM, C. C.. Discutindo o conceito de região. **Estação Científica Online**, Juiz de Fora, n.4, 2007. Disponível em: <
<http://www.fesjf.estacio.br/revista/edicao4/ARTIGOS/EC04%20CONCEITODEREGIAO.pdf>
 >. Acesso em: 18 out. 2010.
- AZEVEDO, S. V. **O acesso e utilização dos serviços de saúde em Campina Grande-PB**. Monografia (Bacharelado e Licenciatura em Enfermagem) – Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 2010.
- BAPTISTA, T. W. de F. História das políticas de saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde. **Políticas de saúde: organização e operacionalização do sistema único de saúde**, Rio de Janeiro, 2007. p. 29 – 60
- BAPTISTA, T. W. de F; MACHADO, C. V. O Legislativo e a Saúde no Brasil. **Políticas de saúde: organização e operacionalização do sistema único de saúde**, Rio de Janeiro, 2007. p. 81 – 114
- BLASCO, J. S. Estudio de casos. In: BATZAN, A. A. **Ethnografía: metodología cualitativa en la investigación sociocultural**. Barcelona, Marcabo,1995. Cap. 16, p. 203- 8.
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília: Senado Federal, Subsecretaria de Edições Técnicas, 2007, 462p.
- BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Ministério da Saúde. Dispõe sobre participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial União**, Brasília, DF, 31 dez. 1990.
- BRASIL. Lei Orgânica da Saúde nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Ministério da Saúde. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial União**, Brasília, DF, 20 set. 1990.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **ABC do SUS**: doutrinas e princípios. Brasília, DF: MS, 1990.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde. **Legislação Estruturante do SUS**. Brasília, DF: CONASS, 2007. 528p. (Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, v.12)
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde. **Sistema único de Saúde**. Brasília, DF: CONASS, 2007. 291p. (Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, v.1)
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. **Regionalização Solidária e Cooperativa: orientações para sua implementação no SUS**. Brasília, DF: MS, 2006. 40p. (Série Pactos pela saúde 2006, v. 3)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso: Norma Operacional de Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/01 e Portaria MS/GM n.º 95, de 26 de janeiro de 2001 e regulamentação complementar.** Brasília, DF: MS, 2001. 114p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos; n. 116)

BRASIL. Portaria n.º 2203, de 5 de novembro de 1996. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica - NOB-SUS 01/1996. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 6 nov. 1996.

BRASIL. Portaria n.º 399 / GM de 22 de fevereiro de 2006. Ministério da Saúde. Pacto pela Saúde 2006. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2006.

BRASIL. Portaria n.º 545, de 20 de maio de 1993. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica – NOB 01/1993. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 96, 24 maio 1993.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Diretrizes e Normas Reguladoras de Pesquisa envolvendo Seres Humanos.** Brasília, DF, 1997.

CAMPINA GRANDE. Secretaria Municipal de Saúde. Unidades de Saúde da Família em Campina Grande-PB. 2009.

CARVALHO, G. **Contra a regionalização autárquica e a favor da regionalização ascendente pactuada entre municípios e estados.** Joinville, 2005. Disponível em: <http://www.saudejoinville.sc.gov.br/_downloads/_conselho/ArtigosDocumentos/ContraRegionalizacaoAutarquicaFavorRegionalizacao.pdf>. Acesso em: 25 nov. 2010.

IBGE. CENSO 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/tabelas_pdf/total_populacao_paraiba.pdf>. Acesso em: 03 dez. 2010.

DIAS-DA-COSTA, J. S.; GIGANTE, D. P.; HORTA, B. L.; BARROS, F. C.; VICTORA, C. G. Utilização dos serviços de saúde por adultos do coorte de nascimentos de 1982 a 2004-5, Pelotas, RS. **Saúde Pública**, v. 42, n.º 0, p. 51-59, dez. 2008.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F. do; ARAÚJO, F. C. de. Porque homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n.º 3, p. 565-574, mar. 2007.

KASSOUF, A. L. Acesso aos serviços de saúde nas áreas urbana e rural do Brasil. **Economia e Sociologia Rural**, Brasília, v. 43, n.º 1, p. 000-000, jan./mar., 2005.

LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A.M.C. **O discurso do sujeito coletivo: Um novo enfoque em pesquisa qualitativa (Desdobramentos).** Caxias do Sul: EDUCS, 2003.

LIMA, J. de C. História das lutas sociais por saúde no Brasil. **Trabalho Necessário**, Rio de Janeiro, ano 4, n.º 4, 2006. Disponível em:

<<http://www.uff.br/trabalhonecessario/TN04%20LIMA,%20J.C..pdf>>. Acesso em 16 out. 2010.

LOCKS, M. T. R. **Central de marcação de consultas da grande Florianópolis: um estudo de caso**. 2002. 96p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Catarina.

MATTA, G. C. Princípios e Diretrizes do Sistema Único de Saúde. **Políticas de saúde: organização e operacionalização do sistema único de saúde**, Rio de Janeiro, 2007. p. 61-80

MINAYO, M^a. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 6 ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1999.

PARAÍBA, Secretaria de Estado da Saúde. Gerência de Planejamento e Gestão. **Plano Diretor de Regionalização da Paraíba**. João Pessoa, 2008.

RAMOS, D. D; LIMA, M. A. D. da S.. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n.º 1, p. 27-34, jan./fev. 2003.

SILVEIRA, M. das G. G.; BALDACCI, E. R. Humanização e autogestão em uma unidade básica de saúde. **Pediatria (São Paulo)**, São Paulo, v. 28, n.º 4, p. 226-233, 2006.

SOUZA, R. R. de. A regionalização no contexto atual das políticas de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**. São Paulo, Abrasco, v. 6, n.º 2, p. 451-455, 2001.

STAKE, R. E. Case studies. In. DENZIN, N.K; LINCOLN, Y. S. **Handbook of qualitative research**. London: Sage, 1994. Cap. 14, p. 236 - 47.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Unesco, 2002. 726p.

APÊNDICES

APÊNDICE I - ROTEIRO DE ENTREVISTA

Dados Sócioeconômico-demográficos

1. Sexo: () Masculino () Feminino
2. Idade: _____
3. ESCOLARIDADE:
Analfabeto ()
Ensino Fundamental: Completo () incompleto ()
Ensino médio: Completo () incompleto ()
Ensino Superior: Completo () incompleto ()
Pós-graduação: Sim () Não () Especificar: _____
4. Estado Civil: _____
5. Ocupação: _____
6. Renda Familiar: _____

Questões norteadoras:

1. Fale sobre os meios que você utiliza para conseguir um atendimento de saúde rede municipal de sua cidade.
2. Fale sobre a marcação de consulta e exames.
3. Descreva os encaminhamentos dados pelo serviço de saúde para resolver seu problema de saúde.
4. Fale sobre os caminhos percorridos para a obtenção do acesso às ações e serviços de saúde.
5. Fale sobre as mudanças ocorridas na assistência oferecida e no acesso aos serviços de saúde após a municipalização da saúde.
6. Fale sobre o que lhe faz não utilizar o serviço público de saúde.

APÊNDICE II - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA A INSTITUIÇÃO ONDE SERÁ REALIZADA A PESQUISA

Solicitamos autorização para realização de uma pesquisa intitulada: O ACESSO E UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE EM CAMPINA GRANDE-PB

Essa pesquisa tem como pesquisadora a professora Ardigleusa Alves Coêlho da Universidade Estadual da Paraíba, e objetiva analisar a acessibilidade a ações e serviços de saúde no município de Campina Grande-PB, esperando contribuir com informações sobre o acesso da população a ações e serviços de saúde no município de Campina Grande visando a melhoria no atendimento e na utilização dos serviços de saúde pela população.

A autorização da instituição será de suma importância na obtenção dos dados desse estudo. Gostaríamos de informar que a participação da instituição é voluntária e que mesma não será exposta em nenhum momento de realização da pesquisa. Esse estudo não causará a instituição nenhum prejuízo ou desconforto. A instituição tem o direito de retirar seu consentimento em qualquer fase do estudo. O período de coleta de dados será de Jun a Dez de 2008.

Qualquer dúvida você pode procurar o Comitê de Ética da Universidade Estadual da Paraíba (Fone: 83 333. 3886).

Assinatura do Pesquisador

- **Consentimento da Instituição**

Pelo o presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, eu,

 RG. _____ Cargo _____,

disponho a participar da Pesquisa O ACESSO E UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE EM CAMPINA GRANDE-PB sob responsabilidade da pesquisadora Ardigleusa Alves Coelho.

A participação da instituição é voluntária, tendo a liberdade de desistir a qualquer momento sem qualquer risco e penalização. Os dados obtidos poderão ser apresentados em eventos científicos e publicados desde que a identidade dos respondentes seja preservada. Caso sinta necessidade de contactar os pesquisadores durante ou após a coleta de dados poderei fazer através do telefone: 83- 3315-3312 ou 83-9332-9112.

Ao final da pesquisa, se for do meu interesse, terei livre acesso ao conteúdo da mesma, podendo discutir os dados com a pesquisadora. Os riscos e benefícios desta pesquisa serão: Esta pesquisa não acarreta riscos a instituição, tendo como benefícios contribuir com informações sobre contribuir com informações sobre o acesso da população a ações e serviços de saúde no município de Campina Grande visando a melhoria no atendimento e na utilização dos serviços de saúde pela população.

Campina Grande, ____/____/_____.

APÊNDICE III - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, eu _____, concordo em participar da pesquisa: O acesso e utilização dos serviços de saúde em Campina Grande-pb, sob a responsabilidade do pesquisador Ardigleusa Alves Coêlho.

Todavia, meu consentimento em participar da pesquisa se deu após ter sido informado pelo pesquisador, de que:

1. A pesquisa se justifica contribuir com informações sobre o acesso da população a ações e serviços de saúde no município de Campina Grande para melhoria no atendimento e na utilização dos serviços de saúde pela população.
2. O objetivo dessa pesquisa é analisar a acessibilidade a ações e serviços de saúde no município de Campina Grande-PB
3. Os dados serão coletados através de entrevistas dirigidas com uso de roteiro semi-estruturado e apoiado por registros/anotações em Diário de Campo de observação-participante;
4. Autorizo a gravação da minha fala durante a entrevista e utilização do conteúdo dessas para análise e divulgação de resultados;
5. Minha participação é voluntária, podendo me retirar do estudo, se assim desejar, em qualquer momento durante a realização das entrevistas, sem nenhum dano ou prejuízo pessoal ou profissional.
6. Será assegurado o meu anonimato quando a divulgação dos resultados da pesquisa e resguardado o sigilo de dados confidenciais.
7. Caso sinta necessidade de contatar a pesquisadora durante e/ou após a coleta dos dados poderei fazê-lo pelo telefone (83) 3315-3312 e 93329112
8. No final da pesquisa, se for do meu interesse, terei acesso à pesquisa, podendo discutir os dados, com o pesquisador.
9. Após a minha leitura e/ou leitura do pesquisador ou aluno participante da pesquisa acerca desta pesquisa, assinarei duas vias deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo que uma via será minha e a outra via ficará com o pesquisador.

Assinatura do participante ou impressão dactiloscópica

Campina Grande ___/___/___.

Polegar Direito

ANEXOS**ANEXO A - TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR**

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAIBA
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PESQUISADORA: ARDIGLEUSA ALVES COELHO

Titulo da Pesquisa: O ACESSO E UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE EM
CAMPINA GRANDE-PB

Por esse termo de responsabilidade, nós pesquisadoras, assumimos cumprir fielmente as diretrizes regulamentadoras emanadas da resolução nº. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde / MS e suas complementares, visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, ao(s) sujeito(s) da pesquisa e ao estado. Reafirmamos outrossim, nossa responsabilidade indelegável e intransferível, mantendo em arquivo todas as informações inerentes à presente pesquisa, respeitando a confidencialidade e sigilo das fichas correspondentes a instituição e a cada sujeito incluindo na pesquisa, por um período de cinco anos após o término desta.

Campina Grande, ____ de _____ de _____.

Pesquisadora

ANEXO B - APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UEPB

CAAE n.º: 1902.0.000.133-08

Andamento do projeto - CAAE - 1902.0.000.133-08				
Título do Projeto de Pesquisa				
O acesso e utilização dos serviços de saúde em Campina Grande-PB				
Situação	Data Inicial no CEP	Data Final no CEP	Data Inicial na CONEP	Data Final na CONEP
Aprovado no CEP	17/06/2008 16:46:20	05/02/2009 08:31:11		
Descrição	Data	Documento	Nº do Doc	Origem
1 - Envio da Folha de Rosto pela Internet	17/06/2008 10:16:15	Folha de Rosto	FR201832	Pesquisador
2 - Recebimento de Protocolo pelo CEP (Check-List)	17/06/2008 16:46:20	Folha de Rosto	1902.0.000.133-08	CEPV
3 - Protocolo Aprovado no CEP	05/02/2009 08:31:11	Folha de Rosto	1902.0.000.133-08	CEP