



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

RAFAEL MEDEIROS GOMES

**OS MEIOS UTILIZADOS PELO USUARIO PARA ACESSO A SERVIÇOS DE
SAÚDE EM CAMPINA GRANDE-PB.**

CAMPINA GRANDE - PB

2011

RAFAEL MEDEIROS GOMES

**OS MEIOS UTILIZADOS PELO USUARIO PARA ACESSO A SERVIÇOS DE SAÚDE EM
CAMPINA GRANDE-PB.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
como requisito para conclusão do Curso de
Bacharelado e Licenciatura em Enfermagem,
da Universidade Estadual da Paraíba.

Orientadora: ARDIGLEUSA ALVES COELHO

CAMPINA GRANDE - PB

2011

RAFAEL MEDEIROS GOMES

**OS MEIOS UTILIZADOS PELO USUÁRIO PARA ACESSO A SERVIÇOS DE SAÚDE
EM CAMPINA GRANDE-PB.**

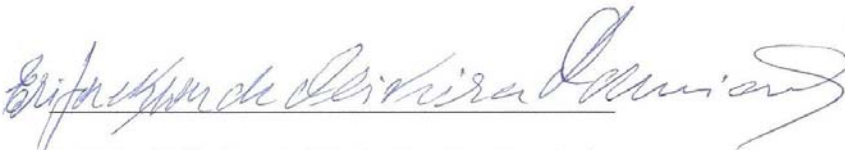
Aprovado em 17 de junho de 2011.

BANCA EXAMINADORA



Profª Ms. Ardigleusa Alves Coelho – Orientadora

Universidade Estadual da Paraíba – UEPB



Profº Esp. Erijackson de Oliveira Damiano – Examinador

Universidade Estadual da Paraíba – UEPB +



Profº Ms. Valdecir Carneiro da Silva – Examinador

Universidade Estadual da Paraíba – UEPB

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA CENTRAL – UEPB

G633m Gomes, Rafael Medeiros.

Os meios utilizados pelo usuário para acesso a serviços de saúde em Campina Grande – PB [manuscrito] / Rafael Medeiros Gomes. – 2011.

23 f. : il.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2011.

“Orientação: Profa. Ma. Ardigleusa Alves Coelho, Departamento de Enfermagem.”

1. Promoção da saúde. 2. Saúde pública. 3. Política de saúde. I. Título.

21. ed. CDD 613

Dedico

*A todos que fazem da saúde pública uma bandeira de luta,
bem como àqueles que a buscam, transformando-a em uma das mais
sublimes formas de garantia de inclusão social!*

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos que contribuíram de forma direta ou indiretamente para realização desse trabalho.

Em especial:

Ao meu verdadeiro amigo, pai e SALVADOR Nosso Senhor Jesus Cristo, autoridade Suprema que nos meus mais tenebrosos momentos me ajudou e continua a me ajudar com a sua bondade e misericórdia infinitas.

A minha família, pilasstras da minha existência: Ricardo José Gomes, meu pai, a pessoa que mais me ensinou, muitas vezes somente com o sábio silêncio de sua experiência; minha mãe, Rose Mary Medeiros de Souza Gomes, com quem aprendi a amar e ser amado; minhas irmãs, Raiane Medeiros Gomes e Raquel Medeiros Gomes, duas pérolas do meu tesouro incalculável; Maria Clara e Maria Eduarda, minhas sobrinhas, que me dão mais um motivo de viver. Amo-vos.

À “Dona Tonha”, minha avó, pessoa indelével na minha vida, ternura e alegria que me alimentam; Ao meu “finado avô” Seu Deoclécio, que uma vez me disse “que estava aprendendo o resto da reza que é cuidar na escola de Enfermagem”; Aos meus tios (Rosângela, Maguila, Tico e Alan), primos próximos (Aroldo, Silvia Arlane e Alana Kelly).

Ao meu amigo e irmão, João Alves de Medeiros Neto, “Joãozinho”, companheiro de minha vida, pessoa que estimo com maior apreço. Nossa amizade me fortalece. É um presente de Deus na minha vida meu amigo.

Aos amigos Cristiane Bezerra (Taninha), Marcílio Meneses (“O Otározinho”), Josana e Josimar Tavares, Ana Elizabeth (Aninha), Jadson Lee, Vinícius Cavalcanti, Patrícia e Cristóvão Márcio que dividiram comigo tempos difíceis e agradáveis em Campina Grande.

Aos companheiros Alan Correia e Paulo Lunardy, meus grandes amigos, agradeço por me acolherem nos seus corações e escutarem meus mais profundos pronunciamentos quando precisava ser ouvido. Tenho certeza que fiz amizades para a vida toda, e como digo: “falarei de vocês para os meus netos”.

A Nathália Bastos, Tasso Roberto, “Dr Maurílio”, Diogo Rodrigues, Marcelo Montino, Tâmara Silva, Kéllida Feitosa e aos demais nomes que não cito porque seriam necessárias inúmeras páginas, porém ocupam o mesmo status no meu coração, os mais sinceros agradecimentos.

A coordenação do curso de Enfermagem: Deinha, Fabíola, Mércia, Juraci, seu Dedé e Guia, sempre tão dispostos a ajudarem.

A minha orientadora, Prof^a doutoranda Ardigleusa Alves Coelho, pelo privilégio que me concedeu em ser seu aluno de Trabalho de Conclusão de Curso.

A banca examinadora, composta pelo Prof^o Esp. Erijackson de Oliveira Damião e Prof^o Ms.Valdecir Carneiro da Silva, pela contribuição indispensável em primar pela qualidade do trabalho.

Obrigado!

Resumo

GOMES, Rafael Medeiros. Os Meios Utilizados pelo Usuário para Acesso a Serviços de Saúde em Campina Grande-PB. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado e Licenciatura em Enfermagem) – Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande-PB, 2011.

Trata-se de um Estudo de caso, do tipo Coletivo com abordagem qualitativa com objetivo de caracterizar os meios utilizados pelos usuários para acesso a ações e serviços de saúde em Campina Grande. Participaram do estudo 55 usuários cadastrados nas Unidades de Saúde da Família. Os dados foram coletados através de entrevista semiestruturada, que foram tratadas através do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) segundo Lefèvre e Lefèvre. Observa-se que, no contexto estudado, as consultas nas Unidades Básicas de Saúde são o principal meio de acesso a ações e serviços de saúde, sendo encontradas dificuldades na sequência das ações e serviços de saúde a nível secundário e terciário e que a baixa resolutividade no nível primário leva o usuário à procura do atendimento hospitalar. Evidencia-se que se torna necessário a definição de repensar o significado de porta de entrada, uma vez que o usuário tem autonomia constitucional para decidir que serviços de saúde atende melhor as suas necessidades.

Palavras Chaves: Acesso a serviços de saúde; Equidade em saúde; Política de Saúde.

Abstract

GOMES, Rafael Medeiros. Means Utilized by the Users for Health Service Access in Campina Grande-PB. Graduation Monograph – Paraíba State University, Campina Grande, PB, 2011.

This work is a collective case study with a qualitative approach in order to characterize the means utilized by the users for health service access in Campina Grande. 55 users, registered in the Family Health Units, were interviewed for this study. The data were collected using a questionnaire with semistructured questions in accordance with the Collective Subject Discourse (CSD) proposed by Lefevré and Lefevre. This study shows that Basic Health Units consultations are the principal means of access to actions and health services, has been encountered difficulties in the action sequence and health services at the secondary and tertiary levels. The study shows also that the low cases solutions at the primary level take the users to the search of hospital cares. It is concluded that there is a need for rethink the meaning of the entrance door, once the user has constitutional autonomy to decide what health services that best meets your needs.

Key Words: Health Service Access; Equity in Health, Health Policy.

LISTA DE SIGLAS

DSC – Discurso do Sujeito Coletivo.

EC – Expressão-Chave.

ID – Ideia Central.

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 MATERIAIS E MÉTODOS.....	11
3 RESULTADOS.....	13
4 DISCUSSÃO.....	14
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	16
REFERÊNCIAS.....	17
APÊNDICES.....	19
ANEXOS.....	21

1 INTRODUÇÃO

A garantia da universalidade e equidade no acesso da população às ações e serviços de saúde, sem reprimir a demanda de serviços necessários a segmentos e grupos populacionais constitui um dos principais desafios do Sistema Único de Saúde (SUS).

O conceito de acesso a serviços de saúde é complexo e está relacionado à percepção das necessidades de saúde e da conversão destas necessidades em demandas e destas em uso (OJUNUGA; GILBERT, 1992; PUENTES-MARKIDES, 1992 citado por PINHEIRO *et al*, 2002).

Para alguns autores (JESUS; ASSIS, 2007; TRAVASSOS; MARTINS, 2004) o termo “acesso” significa ingresso ou entrada do usuário à rede de serviços de saúde, local de acolhimento do usuário em função das suas necessidades e os caminhos utilizados por ele no sistema na busca de cuidado, estando intimamente relacionado à utilização dos serviços de saúde pela população. Entretanto a expressão “acessibilidade” vem sendo adotada para se referir às características da oferta de serviço de saúde visando à utilização dos serviços pelo o usuário.

Assim, é a acessibilidade que explica as variações no uso de serviços de saúde por parte de grupos populacionais, representando assim uma dimensão considerável nos estudos sobre equidade nos serviços de saúde, cabendo aos gestores de saúde não só estabelecer estratégias para organização e funcionamento dos serviços de saúde, mas garantir acesso da população às ações e serviços de saúde por meio da oferta de serviços de saúde em uma rede regionalizada e hierarquizada (BRASIL, 2002).

A regionalização e hierarquização dos serviços de saúde pressupõem a organização dos serviços seguindo a noção de território, onde se determinam perfis populacionais, indicadores epidemiológicos, condições de vida e suporte social, com o intuito de orientar a execução de ações e serviços de saúde em função das necessidades de saúde da população. Para Oliveira *et al* (2009) há problemas considerados nevrálgicos, quando se adota o território como condição para o acesso.

A lógica territorial e a definição da porta de entrada pela atenção básica impõem ao usuário uma condição em que seu direito de acesso a serviços de saúde é dependente do seu endereço de moradia, ou seja, em alguns lugares, ele possui direito ao acesso - é visto como cidadão - e em outros lugares não. Contudo, o usuário não se posiciona passivamente, e mesmo conhecendo a organização da rede de serviço de saúde baseadas na lógica do

território, na regionalização, na hierarquização das ações e serviços e o conceito de porta de entrada pela atenção básica, ele busca outras formas de acesso conflitando com as determinações normatizadas pelo modelo de atenção vigente.

O presente estudo tem como objetivo caracterizar os meios utilizados pelos usuários para acesso às ações e serviços de saúde em Campina Grande-PB.

2 MATERIAIS E MÉTODOS

Este artigo é parte de um estudo mais amplo que busca analisar o acesso e utilização dos serviços de saúde em Campina Grande. O estudo base caracteriza-se como estudo de caso (STAKE, 1994; BLASCO, 1995), com abordagem qualitativa realizado na cidade de Campina Grande, Paraíba. Campina Grande é a segunda maior cidade do estado da Paraíba, sedia uma macrorregional de saúde, congregando mais de 70 municípios, com uma população estimada de 385.276 habitantes. É a segunda cidade mais populosa do estado da Paraíba, sua extensão territorial é de 621 Km², distando 130 km da capital (IBGE, 2010).

Campina Grande conta com 77 Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) distribuídas em seis diferentes Distritos Sanitários com efetividade segundo o critério de acessibilidade geográfica. Assim, para coleta de dados foram selecionados o Distrito Sanitário I (UBSF Jardim Tavares), Distrito Sanitário II (UBSF Bodocongó), Distrito Sanitário III (UBSF Monte Santo), Distrito Sanitário IV (UBSF Tambor I, UBSF Catolé II e UBSF Vila Cabral), Distrito Sanitário V (UBSF Raif Ramalho) e o Distrito Sanitário VI (UBSF Rocha Cavalcanti I e II).

Os critérios de inclusão dos participantes no estudo foram: ser usuário do SUS com idade mínima de 18 anos de idade, cadastrado e atendido na Unidade Básica de Saúde da Família, e não possuir plano de saúde privado. Assim, foram contatados 67 usuários para realização das entrevistas.

Para iniciar a coleta de dados, a equipe de pesquisa se dirigiu às Unidades selecionadas, apresentando termo institucional da Secretaria Municipal de Saúde, para a realização da pesquisa; observou e coletou informações sobre a forma de atendimento e de marcação de consultas e exames; teve acesso às 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 através de visita domiciliar, para agendamento da entrevista.

As entrevistas foram realizadas 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 usada para caracterizar os usuários entrevistados; e a segunda, com questões subjetivas, entre elas, a seguinte: Fale sobre os meios utilizados pelos usuários para obter acesso às ações e serviços de saúde, a qual foi selecionada para elaboração desse estudo, juntamente com as variáveis sócio-demográficas.

Dos 67 usuários entrevistados, a questão objeto desse estudo foi respondida por 55 usuários, portanto 12 foram excluídos por não terem respondido o questionamento. Todos os usuários assinaram o termo de consentimento livre esclarecido (APÊNDICE B). Durante o processo de investigação foram observados os aspectos éticos da pesquisa, envolvendo seres humanos conforme recomendado pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde. O projeto de pesquisa foi cadastrado e aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba.

Das entrevistas válidas, as variáveis sóciodemográficas (sexo, idade, escolaridade e renda familiar) foram transformadas em frequências relativas tipo porcentagem. Os depoimentos foram tratados através da técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) que segundo Lefèvre; Lefèvre:

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 (LEFÉVRE; LEFÉVRE, 2003, p. 19-20).

Desse modo, cada depoimento dos participantes entrevistados foi transcrito na íntegra, analisado por meio de leituras sucessivas e minuciosas do material coletado para seleção das expressões-chave (EC) e formulação das idéias centrais (IC), as quais descrevem o sentido de cada um dos discursos. Em seguida os discursos individuais foram agrupados de modo a expressar o pensamento coletivo, formulando-se o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC).

Através da análise dos discursos dos 55 usuários foram formuladas duas idéias centrais. A primeira permitiu entender que as consultas nas Unidades Básicas de Saúde da Família são o principal meio de acesso sendo encontradas dificuldades na seqüência das ações e serviços de saúde a nível secundário e terciário. A segunda idéia mostrou que a procura do atendimento hospitalar se deu devido a pouca resolutividade no nível primário.

3 RESULTADOS

A população do estudo foi composta por 55 usuários. A idade da população estudada variou entre 18 e 78 anos. A mediana de idade da dos participantes é de 43 anos. A maioria (83,63%) era do sexo feminino e 16,37% correspondeu ao masculino. Em relação à escolaridade, 7,3% obtiveram o ensino fundamental completo, 45,45% tinham ensino fundamental incompleto, 23,63% apresentaram ensino médio completo, 12,72% médio incompleto, e 10,9% não eram alfabetizados.

Quanto à renda familiar, 29% da amostra referiram ganhar menos que um salário mínimo (R\$ 465,00), 40% possuía renda de um salário e 31% ganhavam mais do que um salário.

A caracterização dos meios utilizados para acesso a ações e serviços de saúde na visão dos usuários constitui um aspecto relevante para buscar compreender como se processa o fluxo de usuário na rede de serviços de saúde para resolução das suas necessidades de saúde. Nesse sentido, no Quadro 1 encontra-se as ideias centrais e o discurso do sujeito coletivo resultante da análise dos relatos dos usuários entrevistados.

Quadro 1 - Ideia central e discurso do sujeito coletivo de 55 usuários cadastrados e atendidos nas unidades básicas de saúde, Campina Grande-PB, 2009.

<i>Fale sobre os meios utilizados para acesso a ações em serviços de saúde em seu município?</i>	
Ideia central (1) As consultas nas Unidades Básicas de Saúde são o principal meio de acesso sendo encontradas dificuldades na seqüência das ações e serviços de saúde a nível secundário e terciário	Discurso do Sujeito coletivo (1) Primeiramente procurei o clínico no PSF, sendo em seguida encaminhada. Só que demora. Até hoje espero. A demora é tanta que fez com que os primeiros exames perdessem a validade e tive que voltar todo o percurso pelo tempo perdido. Acho tudo isso desnecessário.
Ideia Central (2) A procura do atendimento hospitalar devido a pouca resolutividade no nível primário.	Discurso do Sujeito coletivo (2) Recorro diretamente ao hospital porque vi na UBSF uma pouca resolutividade. Já tirei sinal diretamente no hospital, os encaminhamentos feitos por esse serviço tiveram uma maior resolutividade. Mas o hospital pode mandar voltar para o posto

	dizendo que não é problema deles. Isso é uma falta de respeito, se a pessoa paga imposto, teria de ter o direito.
--	---

4 DISCUSSÃO

Apesar de se tratar de um estudo de caso de natureza qualitativa, realizado em uma cidade de médio porte do Nordeste Brasileiro, a relevância desse estudo está no fato de que ele busca dar visibilidade aos meios usados pelos usuários para concretização da universalidade de acesso.

Assim, a análise realizada possibilitou perceber que em relação ao perfil do usuário que utiliza as unidades de saúde em Campina Grande, similarmente a outros estudos (PINHEIRO, 2002, ROUQUAYROL; BARRETO, 2003,) observou-se o predomínio do sexo feminino, talvez em função da representação social do cuidar como tarefa essencialmente feminina, a necessidade de maior procura por atendimento na idade fértil, e a questão da história patriarcal onde o trabalho é considerado uma tarefa predominantemente masculina, além disso, no imaginário social o homem é visto com um ser invulnerável (GOMES, 2007) e mesmo com a implantação da Política de Nacional de Saúde do homem, persiste a dificuldade de acesso do mesmo às ações e serviços de saúde, principalmente pela priorização de ações à nível de unidade básica para população feminina e também em função da incompatibilidade no horário entre o funcionamento da UBSF e o de trabalho dos homens.

A escolaridade influencia diretamente no cuidado em saúde e, segundo Kassouf (2005), quanto maior a escolaridade maior será o nível de saúde da população. Nesse estudo a população estudada apresenta baixa escolaridade o que pode sugerir um adoecer mais provável e conseqüentemente uma maior dependência das ações e serviços de saúde.

Os meios utilizados pelos usuários para acesso a ações e serviços de saúde foram mostrados no Quadro 1 mediante as duas ideias centrais (IC) e seus respectivos discursos. A Primeira IC mostra que as consultas nas Unidades Básicas de Saúde são o principal meio de acesso, sendo encontradas dificuldades na sequência das ações e serviços de saúde na média e alta complexidade. De acordo com o estudo de Oliveira *et al* (2009), a inflexível definição de porta de entrada do sistema de saúde pela atenção básica amarrada à moradia do usuário como referência territorial, em vez de promover sua inclusão, dificulta o seu acesso aos serviços de saúde.

Essa dificuldade é muito bem retratada com as queixas dos usuários quando falam que o problema se dá no “encaminhamento”, o que os leva muitas vezes a desistir do atendimento, por exemplo. Nesse caso, ainda segundo Oliveira *et al* (2009), se a atenção básica realmente tem que desempenhar o papel de realizar ações de prevenção e promoção de saúde e ainda receber a chamada demanda espontânea do seu usuário fixado territorialmente legitimando-se como porta de entrada da saúde, como assim objetivam seus gestores, deve-se amoldar o sistema ao usuário e não este àquele. Trata-se de uma aproximação da atenção básica espontânea e não compulsória.

A dificuldade na sequencia de ações e serviços de saúde também é evidenciada por obstáculos que dizem respeito à organização desses serviços, tais como: problemas na estruturação do sistema de marcação de consultas, marcação de consultas por telefone e de referência aos serviços especializados (CUNHA; SILVA 2010). Por outro lado este mesmo estudo, ao contrário da pesquisa realizada por Oliveira *et al* (2009), evidenciou a acessibilidade geográfica como um fator positivo, uma vez que ao colocar as equipes perto do local de moradia facilitou o acesso.

As ações e serviços de saúde sofrem certo “congestionamento” quando se trata de referência e contra-referência nos demais níveis de hierarquização do sistema. Com base nisso percebe-se que a realidade estudada não incorpora algumas matrizes básicas que servem de eixo para um modelo de saúde pública, conforme preconiza o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006): um sistema organizado nos princípios de referência e contra-referência, permitindo um fluxo sem barreiras dos usuários nos diferentes níveis de complexidade; a regionalização com seus pressupostos de territorialização, cooperação, participação e controle social; e hierarquia equipada com recursos de acordo com os diferentes níveis de complexidade.

Através da segunda ideia central “A procura do atendimento hospitalar devido a pouca resolutividade no nível primário” fica evidenciado pelo Discurso do Sujeito Coletivo que a baixa resolutividade no nível primário leva à procura do atendimento hospitalar. Ao analisar essa questão pode-se concluir que em termos de ações e serviços de saúde a nível primário, Campina Grande apresenta os mesmos problemas de outros grandes centros urbanos, ou seja, a cobertura populacional da estratégia saúde da família não atinge 100%.

Nota-se que nos municípios de pequeno porte há uma maior cobertura das unidades de atenção primária, apesar dessa cobertura apresentar-se limitada para a oferta de atenção integral em virtude da ausência de uma rede regionalizada como já citado anteriormente. Apesar de que nos municípios de grande e médio porte a estratégia saúde da família atender parcela significativa da população, a pouca resolutividade associada à demora no tempo de

espera para atendimento, a exemplo de Campina Grande, que leva os usuários a procurar atendimento preferencialmente em pronto-socorros e ambulatórios, deve-se ao fato desses municípios serem tratados da mesma forma dos de pequeno porte, quando realmente necessitam de uma definição política diferenciada de “co-financiamento” dos três níveis de governo (SOUSA 2007).

Em contrapartida, a análise dos suplementos de saúde do PNAD (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios) relativos aos períodos de 1998 - 2008, mostra que a procura de ações e serviços de saúde nos postos ou centros são as mais referidas pelas pessoas – 42% em 1998, para quase 57%, em 2008. É verificado também que a referência a serviços especializados como ambulatórios de hospitais vêm diminuindo em todas as regiões, mostrando que o modelo de hierarquização, principalmente do setor público, vem segundo os preceitos definidos no SUS (VIACAVA 2010).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar do arcabouço político-jurídico do Sistema Único de Saúde instrumentalizar a organização de sistema de saúde que promova o acesso dos usuários a ações e serviços de saúde de acordo com seus princípios doutrinários, percebe-se que na efetivação dessas ações, o usuário padece na busca por serviços de saúde resolutivos.

No contexto estudado, os meios utilizados pelos usuários para obter acesso às ações e serviços de saúde não condizem com a estrutura organizacional proposta pelo estado para oferta de serviços de saúde, ficando evidente que a procura direta à rede hospitalar é uma opção do usuário em virtude da descontinuidade na oferta de atendimento na rede básica e quando utiliza esta como porta de entrada para o sistema de saúde, na maioria das vezes, encontra dificuldade para acesso aos outros níveis de complexidade.

Nesse sentido torna-se necessário repensar o significado de porta de entrada, uma vez que o usuário tem autonomia constitucional para decidir quais serviços de saúde atende melhor as suas necessidades, e não ficando restrito a serviços de saúde organizados na lógica em que o usuário é quem deve se adequar ao fluxo proposto na hierarquização das ações.

REFERÊNCIAS

BLASCO, J. S. Estudio de casos. In: BATZAN, A. A. **Etnografia: metodologia cualitativa en la investigación sociocultural**. Barcelona, Marcabo, 1995. Cap. 16, p. 203- 8.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência. **Regionalização da Assistência à Saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso: Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/02 e Portaria MS/GM n.º 373, de 27 de fevereiro de 2002 e regulamentação complementar** 2 ed. revista e atualizada. Brasília, Ministério da Saúde, 2002, 108 p. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/caderno%20NOAS%2002.pdf>>. Acesso em: 10 març. 2011.

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).

CUNHA, A. B. O; SILVA, L. M. S. da. Acessibilidade aos serviços de saúde em um município do estado da Bahia, Brasil, em gestão plena do sistema. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n.º 4, p. 725-737, abr. 2010.

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.

IBGE. CENSO 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/tabelas_pdf/total_populacao_paraiba.pdf>. Acesso em: 03 març. 2011.

JESUS, W. L. A. de; ASSIS, M. M. A.. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, Abrasco, v.15, n.º. 1, p. 161-170, 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.

OLIVEIRA, L. H. de; MATTOS, R. A. de; SOUZA, A. I. S. de. Cidadãos peregrinos: os “usuários” do SUS e o significado de sua demanda a pronto-socorros e hospitais no contexto de um processo de reorientação do modelo assistencial. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 14, n.º 5, p. 1929-1938, 2009.

PINHEIRO, R. S. et al. Gênero, morbidade, acesso e utilização dos serviços de saúde no Brasil. **Ciências & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, Abrasco, v. 7, n. 4, 2002.

ROUQUAYROL, M. Z.; BARRETO, M. Abordagem descritiva em epidemiologia. IN: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia & Saúde**. 6 ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003.

SOUZA, M. F. de. O programa saúde da família no Brasil: análise do acesso à atenção básica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.61, n.º 2, p.153-158, mar-abr. 2008. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n2/a02v61n2.pdf>>. Acesso em: 16 mai. 2011.

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

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

VIACAVA, F. Acesso e uso de serviços de saúde pelos brasileiros. **Reunião, Análise, e Difusão de Informação sobre Saúde**, Rio de Janeiro, n.º 96, p.12-19, agos. 2010.

APÊNDICES

APÊNDICE A - 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 B - 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 - 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

ANEXO B - 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