

III. Análise das redes de serviços de saúde no Brasil

Capítulo 9. O acesso ao contínuo assistencial nas redes de serviços de saúde sob o ponto vista dos atores principais

Maria Rejane Ferreira da Silva
João Paulo Reis Braga
Giselle Campozana Gouveia
Ederline S. Vanini de Brito

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

SILVA, M. R. F., BRAGA, J. P. R., GOUVEIA, G. C., and BRITO, E. S. V. O acesso ao contínuo assistencial nas redes de serviços de saúde sob o ponto vista dos atores principais. In: VÁZQUEZ NAVARRETE, M. L., VARGAS LORENZO, I., MOGOLLÓN-PÉREZ, A. S., SILVA, M. R. F., UNGER, J. P., and PAEPE, P., eds. *Redes integradas de servicios de salud en Colombia y Brasil*. Un estudio de casos. [online]. Bogotá: Editorial Universidad del Rosario, 2018, pp. 197-222. Textos de Medicina y Ciencias de la Salud Collection. ISBN: 978-958-738-812-1. Available from:
<https://books.scielo.org/id/xbqty/pdf/vazquez-9789587388121-18.pdf>.
<https://doi.org/10.12804/tm9789587388121>.



All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International license](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença [Creative Commons Atribuição 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia [Creative Commons Reconocimiento 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Capítulo 9

O acesso ao contínuo assistencial nas redes de serviços de saúde sob o ponto vista dos atores principais

MARIA REJANE FERREIRA DA SILVA, JOÃO PAULO REIS BRAGA,
GISELLE CAMPOZANA GOUVEIA E EDERLINE S. VANINI DE BRITO

Os resultados que seguem se referem ao estudo sobre o acesso às redes de serviços de saúde, desde a perspectiva dos agentes principais: gerentes (GE), profissionais administrativos (PA), profissionais de saúde do nível básico (PSI), profissionais do nível especializado (PSII) e usuários do serviço cadastrados (USC) e não cadastrados (USD) em Unidades de Saúde da Família (USF). Para isso, foram analisadas três redes em Pernambuco: Recife, Paulista e Caruaru, a partir do estudo qualitativo sobre acesso e coordenação, baseado em entrevistas individuais semiestruturadas aos distintos grupos de entrevistado. A descrição dos métodos de coleta e análise se encontra no Capítulo 2.

Neste capítulo são descritas sequencialmente a opinião geral dos atores sobre o acesso. Em seguida ocorre a análise comparativa do acesso nas três redes, e dos fatores que influenciam no acesso à Atenção Básica (AB) e a Atenção Especializada (AE) nas redes e, em seguida, as conclusões do estudo. Nas análises foram enfatizadas as semelhanças e as diferenças existentes entre as três redes, as áreas geográficas e os discursos dos entrevistados.

Percepção geral do acesso aos serviços de saúde

Nas três redes predominou a percepção de difícil o acesso aos serviços de saúde, dado que os usuários encontram diversas barreiras para fazer uso dos serviços ofertados nas redes. Porém, se destaca a coincidência na opinião de que o acesso ao nível básico, ainda que apresente muitas dificuldades, é mais fácil do que ao nível especializado (tabela 9-1).

Em Recife, são enfrentadas menos dificuldades de acesso do que em outros municípios da região. Entretanto, apesar de ter acontecido uma expansão da oferta de serviços básicos e especializados na capital, poucos profissionais de saúde perceberam melhora no acesso à rede como um todo. A oferta ainda é considerada insuficiente, observando-se escassez de recursos humanos e superlotação das unidades de atendimento.

Nas três redes a existência de bom acesso foi pouco destacada. Ainda assim, as considerações se referiram a aspectos pontuais da rede, como acessibilidade geográfica, garantia de atendimento e de marcação de consultas. Adicionalmente, em Caruaru e em Recife, a facilidade de acesso foi associada ao tempo de espera reduzido em alguns serviços e, apenas em Paulista, a percepção de facilidade relacionou-se à acessibilidade geográfica para a realização de exames.

Em todas as redes prevaleceu a percepção de que o acesso à AB é limitado para a maioria da população, em virtude, principalmente, da oferta de serviços insuficiente e da escassez de recursos humanos atuando neste nível de atenção.

O acesso à AE foi considerado pior do que à AB. E a percepção de um acesso ruim à rede como um todo estava frequentemente associada à impossibilidade de referenciar os pacientes para AE. Nas três redes existem barreiras que obstruem o fluxo do paciente dentro dos serviços de média e alta complexidade.

Os serviços especializados são considerados, nos três casos e em todos os aspectos, como insatisfatórios, inadequados e com tempo de espera prolongado. Assim como na AB, são poucas as opiniões sobre existência de facilidades no acesso aos serviços especializados. Em geral, as facilidades se referem a aspectos específicos, como disponibilidade adequada de insumos e acessibilidade geográfica. Entretanto, estes aspectos não foram suficientes para melhorar a percepção sobre o acesso na AE: *“O da gente eu ainda não classifico como bom acesso, porque ainda tem fila de*

espera, superlotação da unidade, eu tenho demora da definição do caso” (Profissional de saúde da atenção especializada, Rede Recife).

Fatores que influenciam o acesso aos serviços de saúde das redes

Os fatores que influenciam o acesso aos serviços de saúde nas redes analisadas foram relacionados com a *gestão da rede*, com os *serviços ofertados* e com a *população*.

Fatores relacionados com a gestão das redes

Nas três redes emergiram fatores relacionados com a gestão da rede, que interferiam no acesso. O subfinanciamento dos serviços foi o mais expressivo obstáculo para o acesso a ambos os níveis de atenção. A política de expansão da cobertura com a ampliação da estratégia saúde da família destacou como elemento da gestão que influencia o acesso à AB, e a política de contratação dos serviços conveniados, o que influencia a AE. Além destes, em Recife e Paulista, considerou-se que a influência político-partidária na configuração e funcionamento das redes interferia unicamente no acesso ao nível básico. Em Paulista e em Caruaru, a *política de descentralização dos serviços*, foi vista como mais um elemento influente, porém, no acesso à AE (tabela 9-2).

Subfinanciamento dos serviços

Nas três redes, a insuficiência no financiamento dos serviços emergiu como o mais expressivo elemento da gestão que dificulta o acesso, tanto à AB, como à AE. Dele resulta a impossibilidade de instalação, manutenção adequada e de ampliação dos serviços. Em relação à AB, foi considerada precária a contrapartida de recursos repassados pelo Governo Federal, pois a verba destinada não cobre as despesas geradas pelas USF no município, impossibilitando a manutenção e ampliação da cobertura do programa (especialmente em Caruaru e Paulista). Além disto, dificulta a melhoria da resolutividade das equipes de saúde da família. *“Hoje, para um município pequeno ter uma equipe de PSF, o incentivo que o Ministério da Saúde dá, ele (o município) não cobre os custos efetivos de uma equipe de saúde, de uma equipe do Programa de Saúde da Família. E como a “organização” toda está montada em cima dessas equipes, você não consegue interiorizar,*

para que essas equipes estejam presentes nos pequenos municípios ou nos municípios mais distantes” (Gerente, Rede Caruaru).

Em Recife, foi ressaltado que o subfinanciamento é responsável pelo baixo investimento nos hospitais públicos, particularmente os universitários, e nos serviços públicos de média complexidade, o que se reflete em baixa qualidade dos serviços, na pobreza de investimentos em alta tecnologia, e na carência de recursos para compra de medicamentos, equipamentos e aumento da remuneração dos profissionais. Em Paulista, foi destaque o elevado custo da AE diante do baixo orçamento municipal para a saúde, o que resulta na escassez serviços especializados: *“Vem aquela história como o dinheiro está curto, não, a gente vai investir só na base, nova tecnologia é negócio para americano. [...] então acho que falta equipamento, falta dinheiro para equipamento, dinheiro para profissional entendeu”* (Profissional do primeiro nível de atenção, Rede Recife).

Política de expansão da cobertura

Em todos os casos, o acesso aos serviços de saúde apresentou melhoras com a política de expansão da cobertura através da estratégia de implantação de Unidades de Saúde da Família (USF) e do Programa de Agentes Comunitários de saúde (PACS), ampliando a oferta dos serviços básicos e aproximando geograficamente o atendimento do usuário. A existência e ampliação do PSF descentralizaram os locais da assistência, contribuindo para a diminuição da superlotação dos hospitais. Não obstante, considerou-se que a cobertura ainda é insuficiente para atender a demanda: *“Se não fosse esse posto eu acho que seria pior, porque se os hospitais já estão lotados com a quantidade de postos que têm nos bairros por aí, imagine se todos esses bairros não tivessem posto, todo mundo só poderia ir para o hospital. Então a situação seria mais feia, se não existissem esses postos em vários bairros como têm por aí. É muito difícil você chegar num bairro e não ter um posto”* (Usuário cadastrado, Rede Recife).

Nas três redes de saúde houve discordância de opiniões quanto à influência da *política de expansão da cobertura* através da contratação de serviços conveniados sobre o acesso da população à AE. Por um lado, considerou-se que os acordos firmados entre a Secretaria de Saúde e os prestadores de serviços privados facilitavam o acesso porque ampliavam a oferta de serviços especializados. Assim mesmo, ressaltou a insuficiência

da oferta de consultas especializadas e de exames laboratoriais, pelos serviços conveniados, para atender a totalidade da demanda. Por outro, as falhas na contratação, no monitoramento e na fiscalização dos prestadores, leva ao descumprimento contratual da prestação dos serviços, gerando perda de recursos e impossibilidade de acesso da população aos serviços especializados. Nos três casos, apontaram-se como causas para o descumprimento dos contratos, a falta de compromisso dos gestores municipais e estaduais em fiscalizar e cobrar a efetiva e adequada prestação dos serviços acordados na PPI (Programação Pactuada Integrada). Além disto, o descumprimento contratual ocorre pela oferta de serviços maior do que a capacidade de disponibilização por parte de alguns conveniados, e pela inexistência de mecanismos para controle e transferência de recursos.

Influência da política partidária na configuração e funcionamento da rede

Em Recife e em Paulista também foi destaque a *influência da política partidária* como um fator que interfere na configuração e funcionamento da rede, especialmente quando se trata do gerenciamento dos recursos destinados aos serviços da AB.

As interferências políticas que limitam o acesso da população aos serviços de saúde caracterizaram-se pela falta de imparcialidade dos gestores, que optam por decisões tecnicamente inadequadas, como por exemplo, a implantação de unidades e equipes do PACS em territórios com menos necessidade de saúde do que outros, motivados por pressões de lideranças comunitárias e/ou objetivando obtenção de votos. A influência política também se manifesta através de interdições de unidades de saúde para reformas prolongadas na estrutura física, cujo objetivo é economizar recursos com a suspensão temporária de serviços. Em períodos eleitorais, alguns políticos demonstram interesse em ampliar serviços de saúde, em detrimento da precariedade existente em outros, apenas com o propósito de associar novos serviços a sua imagem eleitoral, provocando a descontinuidade de ações adotadas por gestões anteriores. Por outro lado, em períodos não eleitorais, ocorre a escassez de ações de saúde, com conseqüente indisponibilidade de alguns serviços: *“Nós temos posto interditado, nós temos dentista que não funciona, nós temos muita*

coisa errada, porque Paulista é uma cidade política” (Profissional administrativo, Rede Paulista).

Os interesses político-partidários permeiam inclusive os conselhos de saúde, onde acontece o clientelismo político manifestado através da troca de favores, o que traz como consequências a falta de comprometimento de profissionais indicados e protegidos por políticos e a falta de autonomia para decisões técnicas dos gestores das redes. Em Recife, houve referências a interferência dos conselhos em alguns processos, como por exemplo, a falta de alguns ACS ao trabalho, favorecidos pela condição de conselheiro de saúde e pelas ligações políticas, o que resultaria no precário funcionamento dos serviços e também no favorecimento, por parte dos ACS, de usuários em detrimento de outros.

Política de descentralização dos serviços

Em Caruaru e em Paulista a *política de descentralização dos serviços* foi considerada, por uma pequena parte dos entrevistados, um elemento que interfere no acesso da população. Em Caruaru, este fator se constitui como uma barreira, principalmente por falta de planejamento orçamentário adequado, o que faz com que ocorra déficit de recursos antes do fim do período orçamentário previsto. Como parte do problema, ocorre a ausência de articulação entre diferentes níveis de governo para assegurar a oferta e manutenção de serviços, especialmente daqueles de alto custo instalados em municípios que não têm recursos suficientes para a manutenção. Destaca-se, ainda, que os gestores não consideram estudos sobre a demanda do local no planejamento da oferta. Como consequências, ocorre a carência de recursos para garantir os serviços especializados, que funcionam com baixa qualidade, além da indisponibilidade de insumos e exames para estabelecer diagnósticos.

Em Paulista, a descentralização de unidades especializadas melhorou o acesso da população, diminuindo o tempo gasto para a chegada do paciente no local de atenção: *“Bom, porque foi descentralizado. Quando só existia uma era muito mais difícil, a pessoa sair lá de uma área do município e atravessar o município todinho para chegar. Mas, agora nós temos... uma policlínica no norte, outra no sul, outra no centro, outra no leste, outra no oeste. O que facilitou bastante”* (Gerente, Rede Paulista).

Fatores relacionados com os serviços

Em todas as redes e dos relatos de todos os grupos de entrevistados emergiram elementos que interferiam no acesso da população a ambos os níveis de atenção, relacionados com os serviços de saúde. Alguns de natureza estrutural e outros no âmbito organizacional.

Fatores estruturais que influem no acesso

A maioria dos entrevistados das três redes identificou como principais fatores estruturais, que incidem no acesso aos serviços de saúde: a oferta de serviços disponíveis para a atenção; o descumprimento do horário de trabalho; e a acessibilidade geográfica (tabela 9-3).

Oferta de serviços disponíveis para a atenção

A oferta de serviços foi expressivamente considerada, nas três redes, insuficiente em ambos os níveis e foi caracterizada pela baixa oferta de consultas e pela insuficiente disponibilidade de leitos. O impacto mais importante no acesso relacionado com a disponibilidade de serviços, sobretudo na AE, deveu-se a escassez de recursos humanos, a baixa qualidade da infraestrutura física e a insuficiente disponibilidade de insumos e provas diagnósticas. As consequências da insuficiência de serviços foram similares em ambos os níveis, com destaque à formação de demanda reprimida; tempo de espera prolongado; dificuldade ou forte escassez de vagas na média e alta complexidade; sobrecarga de profissionais; perda de qualidade da assistência, repercutindo em danos a população; bem como provocando a saturação de unidades básicas, especializadas, urgências e emergências.

Ressaltou nos resultados da pesquisa que, nas três redes, havia *deficiência de recursos humanos*, especialmente de médicos, tanto generalistas como especialistas. Em Paulista e Caruaru a situação é mais grave devido ao desinteresse de muitos profissionais em atuar fora de Recife, principalmente pela possibilidade de se ter melhores salários, poucas horas nos contratos e maior número de vínculos. No entanto, em todas as redes, há dificuldade para contratação de médicos, concorrendo para isto, além da indisponibilidade de médicos no mercado (várias especialidades), há a insatisfação com os salários, inexistência de políticas trabalhistas, como, por exemplo, plano de cargos e carreira (PCC) e jornada de trabalho apro-

priada para cada função. A insatisfação com os valores salariais oferecidos é um problema ainda mais relevante na AB e em algumas especialidades, como por exemplo, pediatria. As diferenças salariais entre municípios e entre níveis de atenção, além da competitividade, também produzem alta rotatividade dos profissionais nas unidades de saúde. Inexiste uma política de estabelecimento de teto salarial por região para os profissionais de saúde, de modo a incentivar a fixação em municípios mais afastados das capitais. Deste modo, os contratos são feitos levando-se em consideração o tempo livre do profissional entre um emprego e outro, ou a disponibilidade de tempo proposta pelos profissionais, preterindo as necessidades da rede: *“A demanda de formação de profissionais não é suficiente para determinadas áreas. Então a gente tem a escassez real de alguns profissionais no território”* (Profissional administrativo, Rede Recife).

A melhor oferta salarial nos níveis especializados da rede é um atrativo para a contratação de especialistas e, como consequência, em todas as redes, ressaltou a existência de equipes incompletas nas USF, principalmente sem médicos, sobrecarga dos demais profissionais e direcionamento da demanda aos locais que dispõem de médicos: *“Algumas equipes (de PSF) ou uma boa parte, falta médico porque o salário não é bom”* (Profissional administrativo, Rede de Paulista). A concentração insuficiente de especialistas nas capitais, associada à falta de ampla cobertura na AB, gera um ciclo vicioso nas três redes, que resulta na formação de demanda reprimida, tempos prolongados de espera, ausência de resolutividade, baixa qualidade no atendimento e a superlotação das unidades. Apenas em Paulista, a quantidade de oferta de recursos humanos foi considerada, por uma minoria (PA e PSII) satisfatória, especialmente a quantidade de especialistas em várias áreas, o que contrariava a opinião da maioria: *“Só tem um neurologista, só um endocrinologista. Um município desse porte devia ter vários profissionais especializados. Reumatologista, Paulista só tem um. Quer dizer, a gente trabalha em deficiência em vários setores”* (Profissional do primeiro nível de atenção, Rede Paulista).

A baixa qualidade da infraestrutura física foi caracterizada pelo espaço físico inadequado para atendimento, resultando na limitada utilização dos serviços pelos usuários. Há falhas na implantação dos locais de atendimento, onde não se levou em consideração as necessidades das instalações físicas demandadas pelo serviço que se pretendia instalar.

A manutenção e limpeza das unidades são precárias e existem equipamentos quebrados e/ou obsoletos. Exclusivamente em Paulista, destacou que o vandalismo perpetrado por alguns usuários contribuía para a precariedade das instalações físicas dos serviços. Em muitas UBS a temperatura ambiente é alta, os espaços são pouco ventilados e sem mobília adequada para acomodar os usuários: *“Por incrível que pareça, o ambiente de serviço público ele é sujo, ele é feio, não tem comida adequada, não tem higiene adequada, não tem banheiros adequados, a maioria do serviço público é assim com honrosas exceções”*. (Profissional da atenção especializada, Rede Recife). A inadequação da infraestrutura física no primeiro nível limita o acesso pela impossibilidade de cumprimento de atividades assistenciais, propicia condições inapropriadas de trabalho, que provocam problemas de saúde nos profissionais de saúde, condicionando-os à desistência laboral no serviço: *“Onde eu trabalhei, também teve uma parede que caiu. Então, assim, são postos que estão precisando passar por uma manutenção, só essa parte de infraestrutura que está precisando dar uma melhorada”* (Profissional do primeiro nível de atenção, Rede Paulista).

Igualmente ao que acontece na AB, na atenção especializada, a inadequada infraestrutura física das unidades de média e alta complexidade funciona como barreira ao acesso nas três redes. Frequentemente, a insuficiência de vagas para atendimento ou internação ocorre por falta de matérias e equipamentos: *“A grande dificuldade do acesso é mais o número de vagas da UTI mesmo, que é muito limitado por falta de material. E a gente não tem espaço físico para aumentar esse número de leitos; É esse mesmo que já está até muito próximo um leito do outro, que seria o ideal mais afastado um pouco”* (Profissional da atenção especializada, Rede Caruaru).

A escassez de insumos e medicamentos gratuitos para o atendimento da população também foi referido como um dos elementos da oferta dos serviços que atrapalha o adequado cuidado na rede. Na AB, algumas unidades carecem de estufa, gases, curativos, medidores de pressão, medicações básicas ou específicas e vacinas. Também faltam insumos nas unidades da AE das três redes. Em Recife, a falta de insumos parece ser provocada, além do subfinanciamento, pelas falhas no planejamento das compras e distribuição dos produtos, em virtude da falta de estimativa de ampliação da demanda ao longo do ano. Em decorrência da falta de

insumos, nos três casos, destacam a redução na oferta de leitos disponíveis; as dificuldades ou impossibilidade de realização do atendimento na unidade; a interrupção de tratamentos, deslocamento dos usuários para unidades de saúde mais distantes e redirecionamento da demanda básica para serviços especializados: *“Quando chega um paciente aqui, a gente não tem resolutividade. Não tem uma medicação para que possa fazer baixar rápido a pressão do paciente. Não tem uma medicação injetável”* (Profissional do primeiro nível de atenção, Rede Recife).

A *escassez de exames* nas três redes de saúde é considerada um expressivo elemento que dificulta o acesso apenas aos serviços especializados, em função da oferta ser menor do que a demanda. Em Recife, a insuficiência de exames na AE decorre das falhas na contratação e fiscalização dos serviços conveniados, ocorrendo descompasso entre o que é contratado e o que é ofertado na prática pelos prestadores. Em Paulista, a oferta de laboratórios na rede é insuficiente e há déficit de profissionais especializados para a realização de alguns exames. Em Caruaru, a insuficiência de provas diagnósticas ocorre em decorrência da ausência de manutenção adequada nos aparelhos e a baixa capacidade instalada de serviços privados de saúde no município. Nas três redes, o tempo de espera para realização de exames é prolongado. Torna-se impossível referenciar o paciente, pois o acesso ao nível de referência está vinculado à posse de resultados de exames. Em Caruaru, com frequência os usuários custeiam seus exames na rede particular para não atrasar o tratamento, assim como ocorrem internações desnecessárias de pacientes em unidades hospitalares para a realização de provas diagnósticas: *“Muitas vezes ele chega até seis meses para conseguir, realizar exames. [...] nós não dispomos de laboratório, dificulta nosso atendimento. O nosso atendimento complica quando você precisa de um simples hemograma, não tem um raio x, não tem. Aí tem que demandar o paciente para outra atenção, para outro município muitas vezes. Já fazer uma coisa simples, que poderia a gente estar dando diagnóstico e resolvendo o problema dele aqui”* (Profissional da atenção especializada, Rede Paulista).

Por fim, outro aspecto destacado como consequência da oferta insuficiente de serviços, foi o uso do conhecimento pessoal entre usuários e funcionários das unidades de saúde e entre esses e outros profissionais sanitários de outros locais para conseguir acesso. Essa prática tem como

objetivo conseguir a agilização do atendimento de pacientes em unidades básicas e especializadas, inclusive em urgências e emergências. Nas três redes, a rede de conhecimento e comunicação informal, feita através da troca de bilhetes, e-mails e telefonemas para conhecidos, funciona como uma alternativa para os profissionais tentarem resolver as necessidades dos usuários. Em Recife, a rede de conhecimento foi apontada como obstáculo e como facilitador do acesso apenas na AB, e nas demais redes foi considerada unicamente como influente facilitador no acesso à AE. A comunicação informal, em geral, amplia a chance de um paciente ter acesso aos cuidados que necessita com menos tempo de espera, especialmente na AE. Não ter conhecidos na rede pode resultar em uma demora de meses para consecução de atendimento. Contudo, em Recife, o acesso à AB através da comunicação informal é considerado também um problema, uma vez que este mecanismo, amplamente utilizado, favorece familiares e amigos, em detrimento de outros usuários, gerando iniquidade de acesso; *“Se você conhece uma pessoa de lá de dentro (do hospital) que fique mais fácil. Mas se não conhece, elas ficam enrolando, você fica ali duas a três horas. Às vezes nem é atendido. [...] Conversa com alguém de lá, aí facilita bastante. Agora, se não for assim, nem vá”* (Usuário cadastrado, Rede Caruaru).

Descumprimento do horário de trabalho

O descumprimento do horário de trabalho dos profissionais de saúde da AB e da AE emergiu como outro elemento relacionado ao serviço de grande importância para limitar o acesso. O não cumprimento do horário é praticado por várias categorias de profissionais (enfermeiros, técnicos de enfermagem e profissionais administrativos), entretanto, a maioria considerou que o desrespeito do médico ao horário de trabalho é mais expressivo que o dos demais profissionais. Nas três redes, tanto na AB quanto na AE, os atrasos e saídas antecipadas se devem fundamentalmente pelo excessivo número de vínculos de trabalho da maioria dos profissionais. Evidenciou-se, nos três casos, a ausência do médico no horário de atendimento, perdas de consultas agendadas e tempos de espera prolongados. Por outro lado, este problema se perpetua pela falta de fiscalização e pela limitação de gestores e de gerentes para coibir ou criar alternativas que impossibilitem essa prática. Unicamente na AB se

justificou o descumprimento de horário laboral pela insatisfação salarial e discordância quanto ao modelo presencial de 40 horas semanais nas USF. A diminuição de ações preventivas e a falta de visitas domiciliares foram mencionadas como consequências apenas na AB: *“Têm vezes que eles vêm, têm vezes que não vêm. É assim, quando eles não vêm a gente vai embora, quando eles estão nos atendem. É assim. Porque, às vezes, a gente adoeece, quando não tem médico aí, tem que encaminhar para a policlínica”* (Usuário cadastrado, Rede Caruaru).

Acessibilidade Geográfica

As opiniões quanto à influência da acessibilidade geográfica sobre o acesso dos usuários foram mais expressivas quando se tratou da AB. Nos três casos, existiram opiniões contraditórias relatando facilidades e dificuldades para chegar ao local de atendimento e fazer uso dos serviços de ambos os níveis de atenção.

Nas três redes, a maior parte das unidades básicas de saúde foi considerada adequadamente localizada para facilitar tanto o acesso da população, quanto o deslocamento a pé dos profissionais até as residências dos usuários. No entanto, em algumas áreas, inexitem unidades básicas, ou as que existem não são centralizadas no território. Existem ainda unidades básicas de saúde instaladas em áreas violentas e em locais de morro, com escadarias e córregos no caminho, que dificultam a acessibilidade da população adstrita ao território: *“Porque a gente não tem aqui dificuldade geográfica. A unidade de saúde não está bem centralizada, mas também o acesso não é tão dificultado, pela área geográfica mesmo que não é tão distante assim. Dá para chegar até a unidade com certa facilidade”* (Profissional do primeiro nível de atenção, Rede Caruaru).

Por outro lado, em Recife e em Caruaru, a acessibilidade a algumas das unidades da AE é prejudicada em decorrência da distância e pela carência no sistema de transporte público que garanta a mobilidade dos usuários. Isso resulta em aumento de gastos de tempo e dinheiro com deslocamentos, ou ainda a desistência da população em procurar atendimento. Contrariamente, nestes mesmos municípios, outras unidades foram consideradas estrategicamente posicionadas de modo a facilitar a chegada dos usuários. Em Paulista, sobressaiu que a localização dos

serviços especializados é adequada, mesmo estando à maioria dos serviços de alta e média complexidade em outro município (Recife).

No que se refere à estrutura arquitetônica, apenas em Recife houve destaque à falta de estrutura que permita a acessibilidade de pessoas com limitações, como, por exemplo, a falta de rampas de acesso: *“Eu acredito que não tenha dificuldade, não (pra chegar ao hospital), que é bem localizado, é no centro da cidade e passa ônibus o tempo todo. Têm várias formas de transporte alternativo aqui. Que o acesso que acredito, não seja dificultoso, não”* (Profissional da atenção especializada, Rede Caruaru).

Fatores organizativos que influem no acesso

Os principais fatores organizativos que influenciam o acesso aos serviços de saúde nas três redes investigadas são os tempos de espera; os horários de atendimento; os mecanismos para solicitação de consultas e os encaminhamentos inadequados do nível básico (Tabela 9-4), este último citado apenas na atenção especializada.

Tempos de espera

Nas três redes, os tempos prolongados de espera para a utilização dos serviços foi observado como o principal fator organizativo que influi no acesso à AB e à AE, emergindo com força nos relatos de todos os grupos de entrevistados. Em todos os casos, o tempo de espera prolongado foi expressivamente considerado como barreira, sobretudo na AB. Porém, em Recife e Caruaru, ainda que em menor intensidade (US, PSI), o tempo de espera foi considerado reduzido para o atendimento nas UBS. Comumente o usuário aguarda semanas e até meses, entre o dia da marcação da consulta e o momento do atendimento na AB. Nas três redes, o tempo de espera prolongado ocorre já no agendamento da consulta, uma vez que o usuário tende a pernoitar ou madrugar e esperar horas na unidade, após aberta, para conseguir uma ficha de marcação. Frequentemente os usuários não conseguem o agendamento nas primeiras tentativas e essa busca pode demorar semanas. O sistema de agendamento, com dias determinados no mês para a marcação, foi visto como uma das causas dessa dificuldade no acesso à AB. Apenas em Paulista foi referido à existência de um longo tempo de espera para fazer e receber provas diagnósticas na AB, ao passo que em Recife e Caruaru, o tempo prolongado de espera para

exames ocorre na AE: *“Então, assim, a demanda é bem maior e aí você termina sendo agendado para um tempo muito superior. Isso aí, muitas vezes, dependendo do tipo de patologia, muitas vezes, pacientes que não chegam nem a realizar a cirurgia, vai a óbito antes de acontecer”* (Profissional da atenção especializada, Rede Caruaru).

Em Recife e Paulista, o tempo de espera foi considerado reduzido para o atendimento em unidades especializadas, com a possibilidade de atendimento com intervalo de poucos dias entre o agendamento e a consulta, ou no dia seguinte ao agendamento.

Em relação ao tempo de realização e recebimento provas diagnósticas, a demora pode ser de mais três meses em ambos os níveis, conforme a expressão da maioria. Todavia, o tempo é mais curto no âmbito hospitalar (UTI), devido à existência de um sistema de prioridade para pacientes em uso da alta-complexidade. Em Recife e Caruaru, destacou a internação hospitalar como alternativa utilizada tanto por médicos como por usuários, para dar celeridade à realização de exames. No primeiro caso, em geral, há uma avaliação de potencial gravidade clínica. Já no segundo caso, o fracasso nas tentativas de acesso motiva o usuário a simular um quadro clínico mais grave do que o real, para poder ser internado, realizar o exame que precisa e obter o diagnóstico e o tratamento.

Em Caruaru, o tempo de espera foi considerado –com pouca intensidade (PSII)–, reduzido para a realização e recebimento de resultados de exames nos hospitais. Contraditoriamente, considerou-se que há maior celeridade de realização e emissão de resultados na UBS do que na policlínica (US): *“Normal. Chegou lá, não demora muito, não. É muita gente, mas chegou lá é atendido rapidinho. Não demora não. A demora de espera é no mínimo 20 minutos. É o normal”*. (Usuário sem cadastro, Rede Recife).

De uma maneira geral, a demora na utilização dos serviços é decorrente dos problemas de infraestrutura anteriormente analisadas, com destaque à insuficiência da oferta de serviços (cotas de consultas e exames, leitos, etc.) e, nos três casos, a demora no acesso aos serviços resulta em impossibilidade ou atraso no diagnóstico e na prescrição de tratamento; nas internações prolongadas à espera dos resultados de exames, o que diminui a oferta oportuna do número de leitos. *“Então assim, muitas vezes a gente interna um paciente porque a gente precisa agilizar os exames. Ele precisa de um ultrassom mais rápido, ele não vai poder esperar um mês*

para uma colonoscopia ou endoscopia. (...) então a gente tenta internar esse paciente para agilizar os exames” (Profissional da atenção especializada, Rede Recife).

Horários de atendimento

Os horários de atendimento emergiram, nas três redes de saúde, como um fator que incide exclusivamente sobre o acesso aos serviços da AB. Apesar da existência de citações que identificaram o horário de atendimento, tanto como uma barreira quanto como um facilitador, não ocorreram contradições de opiniões dentro da mesma rede, ou seja, enquanto em Paulista, o horário de atendimento foi citado apenas como um promotor do acesso, em Recife e Caruaru, emergiu unicamente como um obstáculo: *“Quando meu neto adoecer, a gente tem que ir para fora (da comunidade), porque só atende de manhã. De tarde, não tem médico aí”* (Usuário cadastrado, Rede Recife).

Na rede de Paulista, o horário de atendimento nas UBS foi considerado satisfatório em virtude de algumas unidades realizarem uma ampliação no tempo de atendimento para receber usuários que trabalham em horários diurnos. Os entrevistados de Paulista destacaram que nas UBS há disponibilidade do serviço todos os dias de semana pela manhã e a tarde, tanto para a marcação de consultas, quanto para a realização de atendimento. Não obstante, em Recife e Caruaru, as opiniões atestaram que o tempo oferecido pelas AB é limitado para que os usuários possam utilizar os serviços.

Vários problemas de natureza organizativa e estrutural, já analisados, foram apontados pela maioria como causa da limitação do horário de atendimento das unidades. Os mais destacados foram o descumprimento das 8 horas de trabalho nas USF e, em alguns casos, a supressão do atendimento no horário da tarde; a definição de dias predeterminados para agendamentos; e a inexistência de atendimento no horário da noite, que dificulta o acesso de usuários que trabalham durante o dia. As implicações para o horário restrito de atendimento são expressas pela impossibilidade de uso dos serviços em finais de semana; pela necessidade de deslocamento para locais mais distantes em busca de atendimento; pela indisponibilidade de marcação de consulta fora dos dias de agendamentos; e o redirecionamento da demanda básica para os serviços

especializados: *“A gente diz que a porta de entrada é uma equipe de PSF, mas ela só funciona de segunda à sexta, até às cinco horas da tarde. Uma parcela da população, que passou o dia inteiro trabalhando, não tem como ser atendida à noite”* (Gerente, Rede Caruaru).

Mecanismos para a solicitação de consultas

A maioria dos entrevistados, em todos os casos, considerou que havia falhas no sistema de marcação de consultas evidenciadas na dificuldade que os usuários encontravam para agendar o atendimento na AE. Entretanto, vários entrevistados de Recife e Caruaru aludiram à existência de algumas facilidades que promoviam a marcação de consultas em suas respectivas redes: *“O tempo de espera para ser atendido é tranquilo, não demora muito. Por que se marca pouca quantidade, para você ter qualidade no atendimento”* (Profissional do primeiro nível de atenção, Rede Caruaru).

A raiz da dificuldade de agendamento encontra-se na insuficiente oferta de consultas especializadas, como também na exigência de marcação exclusivamente através do telefone ou diretamente nas UBS, ainda que sejam as consultas subsequentes, após a avaliação do especialista. Essa forma de agendamento muitas vezes, por um lado torna-se limitante para muitos usuários que não sabem ou têm dificuldade em realizar chamadas telefônicas, e por outro, as linhas telefônicas estão sempre ocupadas, ou as chamadas não são atendidas. Esse mecanismo, associado à norma de agendamento, ocasiona, apenas em alguns dias, tempos prolongados de espera para marcação de consulta e vários retornos dos usuários às unidades de saúde para obtenção do agendamento. *“No posto de saúde a pessoa esperar um mês pra tirar ficha. Será que a saúde da gente vai esperar isso tudo?”* (Usuário cadastrado, Rede Paulista).

Nas redes de Recife e Caruaru, algumas alternativas foram instituídas para facilitar o agendamento de consultas, como por exemplo, a marcação presencial para idosos em unidades da AE. Marcação de consulta também através da USF, já que os pedidos da UBS vão direto para a Secretaria de Saúde do município. Praticamente os mesmos elementos, que foram apontados como barreiras no agendamento por alguns, também foram compreendidos como facilitadores por outros entrevistados. A discrepância de opiniões dentro da mesma rede pode ser decorrente do entendimento de alguns profissionais de que os mecanismos de marcação de consulta são facilita-

dores, se funcionarem conforme planejado, o que resultaria em ampliação de estratégias de marcação da consulta e o atendimento na AE em tempos oportunos: *“Têm outros que estavam com uma pressa imensa e não conseguiu porque demorou para chegar. Aí, lá se vai mais 15 dias, um mês. Porque ele parece que só vem, só marca duas ou é três vezes por mês para ele [cardiologista] ali. E tanto para ele como para outro tipo de médico”* (Usuário sem cadastro, Rede Caruaru).

Encaminhamentos inadequados da AB para a AE

Com exceção dos usuários, todos os demais grupos de entrevistados fizeram referências aos encaminhamentos inapropriados de pacientes da AB para a AE, como um importante problema para o acesso aos serviços especializados nas redes de Recife e Caruaru. Os serviços primários apresentam baixa taxa de resolutividade e encaminham inadequadamente os pacientes para o nível seguinte de atenção. *“É um problema simples, que seria resolvido na atenção básica, está indo já para uma média e alta complexidade, ocasionando a superlotação desses hospitais”* (Profissional da atenção especializada, Rede Caruaru).

Além de razões estruturais como, por exemplo, a carência de insumos nas UBS (materiais básicos para atendimento e medicamentos) e cobertura insuficiente de serviços, a pouca resolutividade na atenção básica -que gera encaminhamentos inadequados -, destaca a formação inadequada dos profissionais de saúde para o cargo. Uma parte importante dos médicos das UBS, principalmente em Paulista e Caruaru, não se sentem seguros para definir diagnóstico, solicitando em demasia o apoio dos serviços especializados, e outros encaminham pacientes, sem antes tentar resolver o caso na UBS, com o objetivo de diminuir demanda para atendimento. Na AE das duas redes, o número elevado de encaminhamentos desnecessário se traduz na diminuição da oferta de vagas nas unidades especializadas e a superlotação desses serviços: *“Alguns atendimentos que poderiam ser feitos, eles não fazem. Remete logo para o serviço especializado. (...), mas isso é consequência da má formação do profissional que está lá na ponta e não querem mais fazer clínica. Eles só querem imagem. Aí, superlota o serviço”* (Gerente, Rede Recife).

Fatores relacionados com a população

Foram identificados, com a população, apenas dois fatores relacionados que influenciaram no acesso à AB e à AE (Tabela 9-5). São eles: as *características econômicas e sociais* da maioria da população usuária; e o *conhecimento de direitos e uso adequado dos serviços*.

Características econômicas e sociais

Nas três redes, as condições socioeconômicas da maioria dos usuários são precárias e influem unicamente, obstaculizando o acesso a ambos os níveis de atenção. A pobreza da população dificulta o acesso à AB e AE. Falta dinheiro para comprar os medicamentos que não são disponibilizados ou faltam nas UBS, impedindo que os usuários possam seguir o tratamento recomendado. Do mesmo modo, limita a chegada dos usuários às unidades de atendimento por não terem recursos para o transporte: *“Eu não sei se vou comprar o remédio, porque a gente já não está podendo com o dinheiro que a gente ganha. [...] A gente não pode comprar um remédio, fica sem tomar, por que não tem condições de comprar”* (Usuário cadastrado, Rede Recife).

Conhecimento de direitos e uso adequado dos serviços

Muitos dos entrevistados ressaltaram que alguns pacientes deixavam de procurar assistência a sua necessidade de saúde por desconhecer qual o serviço oferecido nas redes. Entre os motivos para desinformação do usuário está a inexistência de divulgação de serviços no âmbito da atenção primária, a falta de oportunidade ou de interesse da população de assistir as atividades educativas prestadas nas UBS, e das falhas do trabalho preventivo realizado pelas UBS e pelo PACS. A falta de informação sobre os serviços primários adia a busca de assistência e propicia a procura dos usuários pelos serviços com a saúde já está bastante deteriorada: *“Ainda hoje a gente vê claramente, em alguns pontos, em vários territórios, que as pessoas não sabem nem o que é Programa de Saúde da Família”*. (Gerente, Rede Recife). Outro problema decorrente da falta de informação é o desentendimento entre profissionais de saúde e usuários. Alguns pacientes não compreendem a sistemática do serviço, nem quais ações cabem às equipes do PSF. Exigem serviços não correspondentes às funções dos profissionais ou atendimento imediato nas unidades. Na AE, o

nível de informação que os usuários possuem sobre os serviços especializados foi descrito, majoritariamente, como insuficiente, se caracterizando como um obstáculo para o acesso dos usuários nas três redes de saúde. Entretanto, nos municípios de Recife e Caruaru, considerou-se adequado o nível de conhecimento dos usuários sobre os serviços da AE: *“Eu acho que os próprios pacientes sabem. Eles são muitos sabidos. Eles sabem todos os caminhos. Eles sabem como chegar num médico no Hospital xxx, chegar no Hospital yyy, chegar no hospital zzz. Eles sabem e fazem e usam esse direito que eles têm”* (Profissional do primeiro nível de atenção, Rede Recife).

O baixo nível de informação da população sobre os serviços decorre da falta de divulgação sobre o funcionamento da rede, o que traz como consequências para o acesso, a superlotação dos hospitais e emergências, e o desentendimento entre usuários e profissionais de saúde. Por outro lado, uma parte dos entrevistados destacou que o nível de informação de parte da população é adequado, o que é resultado do conhecimento dos usuários sobre seus direitos na saúde e pela continuidade de vários anos da regulação, possibilitando que a população conheça, pouco a pouco, os trâmites do sistema no nível especializado. Um bom nível de informações sobre os serviços facilita o acesso aos distintos níveis e atenção, especialmente na AE: *“O que dificulta, quando você não passa pelo serviço certo? Você, por exemplo, vai direto pra Hospital xxx. Chega no Hospital xxx diz: “Volta para teu PSF”. Vai começar tudo de novo”* (Gerente, Rede Recife).

Conclusões

O acesso aos serviços de saúde foi descrito pela grande maioria dos entrevistados como muito difícil nas três redes analisadas. Muitas barreiras foram identificadas em ambos os níveis assistenciais em todos os casos. Foram poucos os facilitadores citados nas entrevistas realizadas. Nas três redes, a percepção do acesso, descrita pela grande maioria como deficiente, foi decorrente das dificuldades que os usuários têm que enfrentar quando necessitam dos serviços básicos e especializados. Entre os depoimentos emergiram obstáculos para o acesso relacionados com a gestão, com a estrutura e organização dos serviços, e com a própria população que faz uso do que é ofertado nas redes de Recife, Paulista e Caruaru.

Os fatores apontados como facilitadores ou como barreiras pouco se diferenciaram entre as redes pesquisadas. Os fatores que influenciam o uso dos serviços também foram muito similares nos dois níveis de atenção, com poucas exceções presentes na organização dos serviços e nos elementos relacionados com a gestão, demonstrando que as barreiras no acesso estão presentes nas redes como um todo. Não obstante, destacou o aumento proporcional das dificuldades de acesso, na medida em que o usuário precisa ser atendido em níveis mais altos de complexidade. Ou seja, os serviços básicos têm poucas facilidades para o acesso, mas os especializados apresentam ainda mais barreiras para sua utilização.

Observou-se que nos três casos, um determinado fator influenciou significativamente em outros, como por exemplo, o subfinanciamento dos serviços, relacionado com a gestão, foi descrito como uma das causas da insuficiente oferta de insumos e de recursos humanos em ambos os níveis assistenciais. Simultaneamente, o tempo de espera prolongado, analisado como um fator organizativo dos serviços, também foi descrito como consequência de diversos fatores da gestão e da estrutura dos serviços, como por exemplo, na política de compra de atividade em serviços conveniados e na disponibilidade de recursos humanos. Isso demonstra que muitos dos fatores estão imbricados e se retroalimentam nas redes pesquisadas.

No nível básico de atenção, o fator que apresentou maior força e reincidência nos discursos dos entrevistados de Recife, Paulista e Caruaru, foi a importância da estratégia de saúde da família (ESF). Para os entrevistados, a existência e expansão do referido programa é imprescindível para a oferta de serviços primários nos três municípios. Contudo, quase todas as citações referiram-se à ESF como insuficiente para atender a totalidade da população, o que culmina em muitas áreas sem acesso aos serviços de saúde básica, ou com grande dificuldade para utilizá-los. Do mesmo modo, a baixa cobertura da atenção de média e alta complexidade contribui para a limitação do fluxo dos pacientes, determinando prolongados tempos de espera e a formação de filas virtuais.

Nas três redes, o uso inadequado dos serviços especializados por uma demanda de cuidados básicos, quase sempre foi apontado como principal motivo das superlotações nas unidades de média e alta-complexidade, especialmente urgências e emergências hospitalares. A busca por atenção aos níveis inapropriados para a necessidade do usuário demonstrou que

em todos os casos, as redes carecem de hierarquização do acesso e organização do fluxo do paciente.

Por fim, a condição socioeconômica deficitária e o baixo nível de informação da maioria dos usuários dos serviços públicos de saúde, demonstraram que existem dificuldades que estão além das redes de saúde de cada município, e que devem ser objeto de interesse de políticas públicas de inclusão social.

Tabela 9-1. Exemplos de citações sobre percepção do acesso aos serviços de saúde

Dificuldade de acesso em ambos os níveis	<p>“[...] para algumas pessoas, ela tem dificuldade de acessar qualquer tipo de serviço, seja atenção básica ou atenção especializada”. (Profissional administrativo, Rede Recife)</p> <p>“Eu acho que temos muitos problemas na garantia do acesso [...] porque se ele tivesse acesso através do PSF, e tivesse as referências garantidas e reguladas, então, os problemas estariam resolvidos. Mas ele tem problemas, tanto no acesso, quanto nas referências e contrarreferências”. (Gerente, Rede Caruaru)</p>
Facilidade de acesso para alguns serviços	<p>“Geralmente, as urgências são resolvidas. A gente tenta fazer o contato com a rede que a gente tem, seja o SAMU, seja o próprio distrito. Então, eu considero... bom. Nem é ótimo, mas também não é regular, não [...]”. (Profissional do primeiro nível de atenção, Rede Recife)</p> <p>“Eu acho bom, porque eu já mandei marcar e num instante marca e eu sou atendida. [...] Foi rápido. Foi marcado e eu fui atendida. Graças a Deus deu tudo certo! [...]”. (Usuário cadastrado, Rede Caruaru)</p> <p>“Não é nem dificuldade. Eu acho que, assim, para alguns, exame é fácil até demais. Laboratoriais não têm problema”. (Profissional Administrativo, Rede Paulista)</p>
Dificuldade de acesso à atenção básica	<p>“...uma área que não tem cobertura de PSF que é enorme... e uma área descoberta, que eu não sei precisar agora a quantidade enorme também descoberta. Então, realmente o acesso não é muito fácil por conta de poucos profissionais para atender aqueles usuários doentes e a gente não tem como resolver”. (Gerente, Rede Recife).</p> <p>“Às vezes consegue marcar com a maior dificuldade. Aí, marca com vinte dias, com trinta dias”. (Profissional do primeiro nível de atenção, Rede Paulista)</p> <p>“Programas, acho que mais de 50% desativados, com equipes incompletas, sem médicos, sem enfermeiros. Não só aqui, vários municípios com essa estrutura toda funcionando de forma inadequada”. (Profissional da atenção especializada, Rede Caruaru)</p>
Dificuldade de acesso à atenção especializada	<p>“Agora para sair dali [da AB] para se direcionar para uma determinada especialidade, aí ele tem dificuldade”. (Profissional da atenção especializada, Rede Paulista)</p> <p>“É dificuldade de acesso a esse tipo de procedimento especializado, longas filas de espera”. (Gerente, Rede Caruaru)</p> <p>“O acesso... eles têm. Agora como eu lhe disse, é um acesso a um atendimento precário, acesso tem... que tem médico, tem atendimento, mas precário. Não é um acesso decente, pelo menos não é o que preconiza o SUS. Acesso tem precário, mas tem. O que você poderia resolver no máximo em uma hora, você leva o dia inteiro”. (Profissional Administrativo, Rede Recife)</p> <p>“Muitas vezes ele vem a falecer e não consegue a vaga de internamento”. (Profissional da atenção especializada, Rede Paulista)</p>

Tabela 9-2. Exemplos de citações sobre fatores relacionados com a gestão que influenciam no acesso

Subfinanciamento dos serviços	<p>“Falta a fixação da contrapartida federal mesmo pra colaborar nessa fixação dessas equipes e a implementação dela. Muitas vezes, você tem abrangência de 70% e 60% do PSF, mas qual a resolutividade deles você precisa esta junto pra resolver, não só para está junto”. (Gerente, Rede Recife)</p> <p>“A questão do financiamento do SUS, essa tabela é muito baixa. Por exemplo, a gente consegue o... hospitais universitários. Mas, serviços privados de boa qualidade, você só consegue na alta complexidade”. (Gerente, Rede Recife)</p>
Existência da Estratégia Saúde da Família	<p>“Eu acho que realmente a Unidade de Saúde da Família aqui, veio só para somar, e assim eles precisavam mesmo, porque eles tinham que recorrer a bairros vizinhos. E tinha essa questão de está se deslocando, pegar dois transportes para poder chegar”. (Profissional do primeiro nível de atenção, Rede Paulista)</p>
Expansão da cobertura através da contratação de serviços conveniados	<p>“Eu acho que houve realmente uma oferta maior, tanto no setor publico, quanto através da compra de serviços do setor privado”. (Gerente, Rede Caruaru)</p> <p>“A questão de UTI melhorou muito quando fizeram os convênios com os hospitais particulares. [...] essa melhora foi por conta da própria sociedade que começou a acionar o Ministério Público”. (Profissional administrativo, Rede Recife)</p>
Falhas na contratação de conveniados que dificultam o acesso	<p>“[...] Não consegue ainda encontrar mecanismos de controle que a gente acredita que através do controle dos contratos, talvez a gente melhore. Licitações de serviços para quem entrem somente serviços que sejam resolutivos... os contratos que a gente tem com a rede complementar, não conseguem amarrar ainda muitas regras e fazer eles cumprirem determinadas coisas”. (Profissional administrativo, Rede Recife)</p>
Influência política no uso dos recursos destinados a saúde	<p>“Porque aqui as coisas não têm continuidade. Muda uma gestão acaba. Eu mesmo fui treinada na outra gestão pra tabagismo. Ninguém mais falou em tabagismo. Cadê meu dipobiona, minha minha nicotina de mascar e cadê meu adesivo? Cadê o programa?” (Profissional do primeiro nível de atenção, Rede Recife)</p>
Falhas na política de descentralização dos serviços	<p>“A gente tem, por exemplo, o hospital de xxx de Caruaru, e temos a UTI municipal, que são dois procedimentos complexos e que não foi planejado. Então, não foi previsto o financiamento para essas duas unidades. Então, naturalmente sufoca o serviço. [...] Ele gera um complicador, porque se você coloca uma UTI, que tem um alto custo sem um devido planejamento pactuado com o estado, com o Ministério da Saúde, o próprio município pode sofrer no seu planejamento financeiro. Então, todo serviço deveria teoricamente e na prática também ele ser implantado a partir de demandas, de dados epidemiológicos, a partir de uma organização de um fluxo. [...]”. (Gerente, Rede Caruaru)</p>

Tabela 9-3. Exemplos de citações sobre fatores estruturais relacionados com os serviços que influenciam o acesso

Insuficiente oferta de serviços disponíveis e de baixa qualidade	
Oferta insuficiente de consultas nas unidades básicas e especializadas	<p>“O pessoal dorme à noite todinha aqui na porta de casa. Chega na hora, não tem ficha. Fica uma confusão aqui na porta. [...] O problema não é o médico. O problema são as fichas”. (Usuário sem cadastro, Rede Paulista)</p> <p>“A médica, por semana, ela atende cinco pessoas. Assim, no caso aqui, ela atende quinta-feira. Segunda-feira vai tirar ficha para Antônio Maria. Aí, ela atende cinco crianças, cinco adultos e cinco hipertensos durante essa semana todinha, quer dizer, quinze dias. Ela tem a semana todinha para atender essas quinze pessoas”. (Usuário cadastrado, Rede Paulista).</p> <p>“A quantidade pequena [de cotas] que são oferecidas. Embora que a gente consegue, como é policlínica. [...] <i>Aí, a gente consegue com um pouco mais de facilidade, mesmo a quota sendo restrita.</i> [...] O resultado para os pacientes é a demora”. (Profissional administrativo, Rede Paulista)</p> <p>“Eu acho que existe uma insuficiência de oferta, de ações de saúde, tanto em termos de leito, como de outras ações mais especializadas na região. Então é difícil você regular. Essa regulação na verdade é apenas formal. Não tem, assim, uma resolutividade”. (Gerente, Rede Caruaru)</p>
Baixa qualidade da infraestrutura física	<p>“Os postos são muito antigos e estão precisando passar por reformas, que não estão saindo. Sendo aqui, eu cheguei aqui nesse posto há seis meses. Eu era de outro e lá eu passei quatro anos e os postos próximos ao de lá, também, era a mesma coisa. Precisava de reforma. Aqui os dois precisam, também, tem o teto caindo. Não tem condições de eles atenderem. Onde eu trabalhei, também. Teve uma parede que caiu”. (Profissional do primeiro nível de atenção, Rede Paulista)</p> <p>“<i>É, aqui nesse hospital, que aqui é o exemplo que eu tenho, a gente só tem algumas dificuldades também de material... Pronto, nós temos seis leitos, mas no momento a gente está funcionando com cinco, porque está faltando uma coisa básica como um cabo de monitor para o oxímetro... é às vezes é uma membrana para um respirador, algumas coisas simples que podiam ser sanadas de forma rápida.</i> [...]” (Profissional da atenção especializada, Rede Caruaru)</p>
Oferta insuficiente de médicos na atenção básica e especializada	<p>“O acesso não é muito fácil, por conta de poucos profissionais pra atender aqueles usuários doentes, e a gente não tem como resolver. Então, se a minha unidade hoje é a unidade básica tradicional, eu tenho um clínico geral para atender toda essa comunidade.. Com certeza, a demanda reprimida vai ficar enorme”. (Gerente, Rede Recife)</p> <p>“Algumas equipes (de PSE) ou uma boa parte, falta médico, porque o salário não é bom”. (Profissional administrativo, Rede Paulista)</p> <p>“[...] Ele tem o leito, ele tem o bloco cirúrgico, porém o bloco cirúrgico só funciona a partir de um programa de agendamento com profissionais, que vai do anestesista, ao cirurgião, à enfermagem. E aí, às vezes, ele pode ter um cirurgião, mas ele não tem o anestesista. Então, eles começam a ter uma programação reduzida. Aí, a maioria tem programações... aqui tem cinquenta e sete mil habitantes, ele realiza cirurgia nas terças e nas quintas, e pronto”. (Gerente, Rede Caruaru)</p>
Dificuldade para a contratação de médicos	<p>“A gente tem assim, que estar sempre competindo com o salário de Olinda, com salário de Abreu e Lima, entendeu? Então, os municípios circunvizinhos, a gente está sempre de olho nos salários para não perder os profissionais, tanto eles para gente, como a gente para eles. Esse eu acho um ponto negativo”. (Gerente, Rede Paulista)</p>

Continua

Descumprimento do horário de trabalho	<p>“O enfermeiro, ele tem três, quatro, cinco funções e em locais diferentes. E dificulta por quê? Pela locomoção. Isso vai acarretar um atraso. E os médicos... é muito comum você ver os médicos com horários fracionados, porque eles nunca estão realmente cumprindo horário que deveriam. Então, isso aí dificulta”. (Profissional administrativo, Rede Caruaru)</p> <p>“Aí, eu acho que a falta de ação política, de cobrar. Assim, eu como sou enfermeira, sou muito exigida. A enfermagem é muito exigida. Se eu chegar 10 minutos atrasada, sou chamada atenção, mas se o médico chegar 6 horas da noite, está beleza. E a gente fica sem esse profissional até 6 horas da noite”. (Profissional do primeiro nível de atenção, Rede Paulista)</p>
Falta de insumos para atendimento e tratamento	<p>“E não tem material, nem tensiômetro para mim, que sou cardiologista. Não tem. Eu tenho que levar o meu material pra atender. Receituário às vezes eu tenho que levar do meu receituário pra atender o povo [...]. Tem material humano, tem os médicos, especialistas, mas não tem o resto que... para dar continuidade ao tratamento. Falta remédio. Falta, como eu disse, muitas coisas”. (Profissional da atenção especializada, Rede Paulista)</p>
Insuficiência de cotas para realização de exames	<p>“Às vezes, um exame que seja rotina dele pedir para determinados grupos de pacientes, ele tem 5 exames/mês. Então, ele seleciona de 240 (pacientes que necessitam) a oferta de 5 exames, porque se a consulta já é difícil você contratar para ter no SUS, alguns exames é mais ainda”. (Profissional administrativo, Rede Recife)</p>
Favorecimento de familiares e conhecidos	<p>“Quando encontro uma pessoa amiga, assim como eu falei com você, que trato bem, aí, eu falo com ela. Às vezes digo o que é que eu tenho: –“Será que dá para você falar com a doutora para conseguir essa receita?” [...] A turma tem que fazer aquele “jogo de cintura”. Se você não tiver aqueles seus conhecidos, aquela sua amizadezinha, eles não encaixam”. (Usuário sem cadastro, Rede Recife)</p> <p>“Agora vou ser muito sincera, é conhecimento mesmo, para a gente chegar lá é conhecer mesmo, vai pela emergência. Se não for conhecimento, você vai ficar aí parado aí, dois, três meses esperando”</p>
Acessibilidade geográfica	
Dificuldade no acesso geográfico	<p>“Tem gente que mora muito distante e o posto, como ele não está centralizado como deveria ser, num quadradinho e só... Ele não está. Ele não é assim, porque ele foi crescendo, crescendo, crescendo, e ele está quase em outro bairro, que não pertence à unidade da gente”. (Profissional do primeiro nível de atenção, Rede Caruaru)</p>

Tabela 9-4. Exemplos de citações sobre fatores organizativos relacionados com os serviços que influenciam o acesso

Tempo de espera	
Tempo de espera prolongado para receber atendimento	<p>“Por isso que todo mundo vai direto para uma policlínica porque lá você chegando, o médico atende, mesmo aborrecido, mas atende de qualquer jeito. [...] ao passo que se for esperar pela Unidade de Saúde da Família, pelo Centro de Saúde, não vai. O acesso vai ser demorado. Por isso que corre tudo para as urgências”. (Gerente, Rede Caruaru)</p>

Continua

	<p>“Você fez um AVC hoje, está com uma sequela. Você, até conseguiu ter o diagnóstico, fez a tomografia, conseguiu o diagnóstico, está realmente fez... está com um derrame e tem que marcar para um neurologista, para um neuroclínico. Você vai conseguir para quando essa vaga? Daqui há dois meses, três meses. E aí? “Como é que fica todo esse período que você está sem atendimento, sem medicação? Provavelmente você vai ter alguma complicação, ou vai deixar de ter uma melhora, uma reabilitação por falta da conduta correta”. (Profissional da atenção especializada, Rede Paulista)</p>
Tempo de espera prolongado para fazer e receber exames	<p>“Às vezes as pessoas passam 40, 50 dias esperando para fazer um exame, para fazer uma ultrasonografia, para fazer um raio-x. Eu acho... a oferta não é suficiente. Talvez até... não, eu acho que a oferta é insuficiente mesmo. Além da desorganização, na rede. Acho que é um aspecto de desorganização”. (Gerente, Rede Caruaru)</p>
Agendamentos de consulta	
Marcação de consulta dificultosa	<p>“Então assim. A gente ainda tem uma fila enorme de pessoas que saem sem consulta. Isso a gente tem. Isso é uma deficiência do serviço de saúde como um todo. Não é só nosso e o acesso com o 0800 dificultou mais ainda, porque nem todos têm telefone. Quem tem, diz que não funciona”. (Profissional administrativo, Rede Recife)</p> <p>“Então, se encaminha para uma unidade de urgência... quando ele chega nessa unidade ai ela diz assim: “A gente não está marcando ou quem tem que marcar é o posto. Volte outro dia”. (Profissional administrativo, Rede Recife)</p>
Mecanismos para facilitar a marcação de consultas	<p>“Para poder marcar uma consulta, abrimos a marcação presencial para os idosos, que tem muita resistência em utilizar o sistema do 0800. Então, muitos aqui da região metropolitana preferem vir presencial marcar. Fazemos também presencial para os exames.” (Gerente, Rede Recife)</p> <p>“[...] nós temos o sistema de 0800, em que os pacientes podem ligar por telefone e marcar. E a demanda foi tão grande que nós até já ampliamos até os telefonistas para poder atender e as linhas, para poder atender através do telefone” (Gerente, Rede Recife)</p>

Tabela 9-5. Citações sobre fatores relacionados com a população que influenciam o acesso

Condição socioeconômica deficitária	<p>“Tem até a barreira do acesso financeiro para muitos pagar esse deslocamento. [...] não tem recursos para sair da comunidade para ir buscar auxílio mais distante. [...] como é que o cara vai andando para uma consulta de fisioterapia? [...] às vezes ele passa meses esperando uma consulta, consegue marcar. Mas se no dia da consulta ele tiver sem dinheiro da passagem, ele não vai”. (Profissional administrativo, Rede Recife)</p>
Falta de informação sobre os serviços	<p>“Olhe. É a falta de conhecimento das pessoas em relação ao que é o PSF, ao que é a policlínica, e ao que é o hospital xxx. Então, as pessoas se confundem muito... eles acham que o PSF só está aberto para vir pegar medicação de hipertensão. Eles acham que quando sentirem alguma dor de cabeça, tem que ir pra policlínica”. (Profissional do primeiro nível de atenção, Rede Caruaru)</p>

Continua

“Eu acho que informação, educação, eu acho que ela é a base de tudo. Eu acho, porque vê só! Você pode ter o meio de condição para ir, mas se você não procurou o PSF para ser encaminhado, você vai para onde? Vai para o Hospital xxx? “Ah não! Eu vou para o que está mais perto”. Policlínica xxx vai ser atendido? Vai. Mas eu acho que informação é o que dificulta. Porque se você tem uma informação certa, encaminhada, é mais fácil. Até o acesso da pessoa lá, vai chegar com encaminhamento, você vai chegar com hipótese diagnóstica”. (Profissional da atenção especializada, Rede Caruaru)
