

## ACESSO À SAÚDE: LIMITES VIVENCIADOS POR USUÁRIOS DO SUS NA OBTENÇÃO DE UM DIREITO

Carine Lais Nonnenmacher\*  
Teresinha Heck Weiller\*\*  
Stefanie Griebeler Oliveira\*\*\*

### RESUMO

Este estudo objetivou verificar as facilidades e os limites do acesso à saúde sob a ótica de usuários do SUS em um município do Sul do Brasil. Com a criação do SUS em 1988 o acesso universal estabeleceu-se como um princípio. Avaliar o acesso dos usuários do SUS constitui-se em indicador sensível para acompanhar os serviços ofertados pelo sistema público de saúde. Desenvolveu-se uma pesquisa qualitativa com usuários pertencentes a duas unidades básicas de saúde, das quais uma utilizava a Estratégia Saúde da Família e a outra, não. Em janeiro de 2008 foram organizados dois grupos de usuários para a coleta de dados, aos quais se aplicou a técnica de grupo focal. Os encontros foram gravados, transcritos e analisados para a composição das seguintes categorias: Conformação da rede de atenção local; O Pronto-Atendimento como única porta de entrada aberta na rede; e Limites do acesso dos usuários ao Pronto-Atendimento. As barreiras de acesso à saúde encontradas neste estudo retratam uma realidade local e demonstram que a porta de entrada para a saúde pode ser tanto o serviço de emergência do hospital quanto a unidade de saúde, não havendo diferença entre os usuários de uma unidade de Saúde da Família e os de uma unidade de saúde tradicional.

**Palavras-chave:** Acesso aos Serviços de Saúde. Atenção Primária à Saúde. Serviços Médicos de Emergência.

### INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) é uma política pública que busca garantir a todos os cidadãos brasileiros o direito de assistência à saúde previsto na Constituição de 1988<sup>(1)</sup>. Desde a sua criação, houve muitos avanços e desafios a superar. Algumas estratégias e políticas vêm sendo formuladas e implantadas, em busca de mudanças que melhorem as condições de saúde da população, de forma a viabilizar a universalidade do acesso aos serviços de saúde bem como os outros princípios que regem o SUS.

A Política Nacional de Humanização (PNH) configura-se como uma destas políticas, pois uma de suas prioridades é a busca pela redução das filas e do tempo de espera, por meio da ampliação do acesso e de um atendimento acolhedor e resolutivo baseado em critérios de

risco<sup>(2)</sup>. Neste sentido, para alcançar tal patamar, no que se refere à humanização da assistência à saúde, é fundamental que haja um projeto coletivo em que toda a organização se reconheça e se (re)valorize<sup>(3)</sup>. A dimensão *acesso* é um princípio do SUS, o que torna importante seu estudo, sobretudo porque a população brasileira passa a demandar cada vez mais os serviços públicos de saúde nos diferentes níveis de densidade tecnológica, exigindo o aperfeiçoamento dos instrumentos de gestão das políticas públicas.

O acesso traduz a forma como o usuário experimenta o serviço, isto é, compreende o uso oportuno dos serviços de saúde com vistas a alcançar os melhores resultados possíveis<sup>(4)</sup> e relaciona-se com a possibilidade de utilizar serviços de saúde quando necessário<sup>(5)</sup>. Nesta direção, a Atenção Básica (AB) amplia o acesso aos usuários na medida em que se situa próxima às populações e desenvolve medidas de atenção primária à saúde<sup>(6)</sup>.

\* Enfermeira. Pós-graduanda em Enfermagem em Terapia Intensiva pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS). Enfermeira da Emergência do Hospital Mãe de Deus. E-mail: carinelais@yahoo.com.br

\*\* Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora do Departamento de Enfermagem e da Residência Multiprofissional em Saúde da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Membro do Grupo Cuidado, Saúde e Enfermagem. Coordenadora do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva do CCS/UFSM. E-mail: weiller2@hotmail.com

\*\*\* Enfermeira. Mestranda em Enfermagem pela UFSM. Professora do Departamento de Enfermagem da UFSM. Membro dos Grupos de Pesquisa Núcleo de Estudos Interdisciplinares em Saúde e do Cuidado, Saúde e Enfermagem da UFSM. E-mail: stefaniegriebeler@yahoo.com.br

Em vista da importância da AB para a ampliação do acesso à saúde – em especial como princípio do SUS – e dos desafios enfrentados para sua consolidação, foi realizada a pesquisa intitulada Avaliação do dispositivo de Acolhimento com Classificação de Risco sob a ótica dos usuários em um município do interior do RS”. Desse modo, avaliar o acesso dos usuários do SUS constitui-se em indicador sensível para acompanhar os serviços ofertados pelo sistema público de saúde. Tal pesquisa compôs o trabalho de conclusão do Curso de Enfermagem da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (UNIJUÍ), o qual tem como questão norteadora “Como os usuários estão verificando e significando o acesso à saúde, após a implantação do Dispositivo de Acolhimento com Classificação de Risco?”. Assim, o presente artigo, construído a partir da referida pesquisa, buscou verificar as facilidades e os limites do acesso à saúde, sob a ótica de usuários do SUS.

## METODOLOGIA

Este estudo consistiu de uma pesquisa qualitativa, de caráter exploratório, realizada junto a usuários da rede pública de saúde de um município do Interior do Estado do Rio Grande do Sul. A pesquisa qualitativa foi considerada a mais adequada para o alcance dos objetivos deste estudo, já que permite um aprofundamento no significado das ações e relações humanas<sup>(7)</sup>.

A população do estudo foi composta por moradores de territórios em que algumas unidades básicas aplicavam a Estratégia Saúde da Família (ESF) e outras eram unidades convencionais de Saúde (UCSs). Nas UCSs os usuários acessam os serviços de atendimento médico, odontológico, nutricional, psicólogo e de enfermagem. Diariamente é definido o número de atendimentos para cada profissional, e o acesso dos usuários se dá sob a forma de agendamento e/ou fichas, totalizando-se, em cada turno de trabalho, doze consultas médicas, oito odontológicas e de nutrição e quatro de psicologia.

Nas unidades básicas que contam com a ESF, convivem duas formas de organização dos serviços. A primeira forma parte da demanda sentida pelos usuários que buscam o serviço para

obter uma das fichas de atendimento, e a segunda se dá mediante agendamento prévio, assegurando atendimento e acompanhamento dos usuários por parte da equipe de saúde. Este procedimento organiza e orienta o fluxo dos usuários sem limitar seu acesso e sem sobrecarregar os profissionais das equipes básicas que dedicam 40 horas semanais, o que corresponde a prestar serviços na UBS por oito horas diárias<sup>(8)</sup>.

Para a coleta dos dados, realizada no mês de janeiro de 2009, foi utilizada a técnica de grupo focal (GF), a qual consiste em “pequenos grupos de pessoas reunidos para avaliar conceitos ou identificar problemas”<sup>(9:3)</sup>. Esta técnica, utilizada em pesquisas qualitativas, busca a discussão de um determinado assunto, produto ou atividade, de modo a propiciar a identificação de percepções, sentimentos, atitudes e ideias dos sujeitos participantes a respeito do tópico em questão<sup>(9)</sup>. Além disso, esta técnica é usada como estratégia para ouvir os usuários e compartilhar dúvidas e experiências profissionais, a fim de favorecer a construção do conhecimento entre estes e pesquisadores.

O grupo foi observado por um pesquisador (relator-R) e conduzido por outro (moderador-M). A este último coube a responsabilidade de expor os objetivos e o funcionamento do grupo, favorecendo a participação de todos, além de criar um ambiente para a fala dos usuários do SUS. Coube ao relator a anotação e/ou gravação dos principais pontos discutidos e de aspectos relevantes do comportamento dos participantes. O processo educativo desta pesquisa foi analisado durante o próprio encontro, pela discussão estabelecida entre os usuários e destes com os pesquisadores, também por ocasião da avaliação final do trabalho. Assim sendo, optou-se pela realização de dois grupos focais com usuários desses serviços, na busca de identificar a presença ou não de diferenças no acesso à saúde por parte de usuários pertencentes a modelos de atenção distintos: unidades com ESF e UCSs.

A captação dos participantes da pesquisa pertencentes à USF deu-se por meio dos agentes comunitários de saúde, que, informados sobre o objetivo do estudo, realizaram o contato com os usuários, convidando-os a participar deste estudo. No segundo grupo focal, pertencente à

UCS, o contato com os usuários foi feito a partir da associação de moradores do bairro, que convidou os moradores para uma reunião na qual foram discutidas as questões da pesquisa. Assim, a composição dos grupos se fez de forma espontânea. Cada encontro teve duas horas de duração e todos foram gravados; posteriormente as falas foram transcritas e analisadas e as gravações foram apagadas. Participaram da pesquisa onze usuários da rede pública de saúde. O grupo focal realizado na USF, que foi composto por seis participantes, foi identificado na análise dos dados como Entrevistado do Grupo Focal 1 (EGF1), juntamente com um número que indica a sequência da fala de cada indivíduo participante (ex: EGF1<sub>01</sub>). Assim, os indivíduos do Grupo Focal 2, pertencentes à UCS foram identificados como EGF2, totalizando cinco entrevistados, que também receberam um número adjunto (ex: EGF2<sub>01</sub>). Além disso, a identidade dos profissionais mencionada nas falas dos sujeitos de pesquisa foi preservada com a utilização da letra X. A análise dos dados foi desenvolvida por meio da análise de conteúdo proposta por Minayo<sup>(7)</sup>, a qual permitiu a categorização por meio de critérios de repetição de ideias comuns e pela relevância do conteúdo.

Conforme os princípios éticos estabelecidos pela Resolução n.º 196/96<sup>(10)</sup> do CNS, os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Anteriormente à coleta de dados, a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNIJUÍ, sob o registro n.º 014/2009.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A seguir, apresentam-se três categorias que emergiram a partir da análise dos dados, a saber: Conformação da rede de atenção local; O Pronto-Atendimento (PA) como única porta de entrada aberta na rede; e Limites do acesso dos usuários ao PA.

### Conformação da rede de atenção local

A ABS no município é configurada por diferentes serviços, os quais se constituem em portas de entrada para a rede pública de saúde local. As portas de entrada para a rede compreendem as UBSs com ou sem ESF e o PA

de um hospital filantrópico. Por meio das entrevistas do grupo focal foi possível evidenciar dificuldades no acesso dos usuários à assistência tanto em UCSs quanto nas USFs. Este fato deve-se, sobretudo, à existência de limites aos objetivos dos usuários para obter o acesso aos serviços, uma vez que existe um número preestabelecido de atendimentos (fichas) em ambas as unidades, o que resulta em uma demanda por atendimento maior que a oferta do serviço. Esta condição leva o usuário a enfrentar filas noturnas para garantir o atendimento pela manhã, conforme é evidenciado abaixo na fala do sujeito entrevistado.

Se tu vai às seis horas da manhã, tu não consegue ficha. Eu já fui às seis, já fui às cinco, já fui, e daí às quatro; às quatro horas eu consegui (EGF2<sub>02</sub>).

A manifestação acima permite refletir sobre o desafio, na realidade pesquisada, que ainda se encontra na organização das redes de atenção de saúde pública para garantir o acesso dos usuários do SUS. O debate acerca do acesso na rede de saúde exige dos gestores, trabalhadores e usuários do sistema a pactuação de novas formas de produzir assistência e a gestão a partir da reorientação do modelo de atenção em vigência, o qual tem na ESF uma possibilidade concreta de repensar a forma de acolhimento nos territórios, apesar de essa modalidade de atenção ainda encontrar resistência e dificuldades para sua efetivação, pois, como relata o usuário acima, ainda se encontram práticas em ESF assentadas no modelo de atenção tradicional, a partir de um número predefinido de atendimentos, sem levar em conta a demanda dos usuários do território.

Estes mesmos limites de acesso à saúde são encontrados em outro estudo, no qual há restrição quanto ao horário de funcionamento e quanto ao número de vagas para consulta, indefinição dos critérios de urgência, demora na obtenção do atendimento e as filas de madrugada<sup>(11)</sup>.

Nesse sentido, ressalta-se que a questão do acesso tem de ser constantemente abordada nos palcos da saúde e que o gestor local necessita ser o mediador e mobilizador dessa discussão; mas para superar os limites é preciso ir além das discussões. O acesso deve permear os planejamentos em saúde, preferencialmente de forma local, de modo a permitir a definição de

ações que sejam aplicáveis em conformidade com as realidades das comunidades, pois ações muito amplas, como as elaboradas no âmbito nacional, não preveem as condições de aplicabilidade nos diversos contextos do país. As políticas nacionais poderão proporcionar um direcionamento no planejamento, mas cabe a todos os envolvidos no contexto estudado pensar e estabelecer melhores formas de acesso, de acordo com as suas necessidades.

Somando-se a essa dificuldade de acesso aos serviços de saúde, foi observado nas falas que alguns usuários parecem entender que ir ao PA torna o atendimento mais rápido, pelo fato de chegarem lá, receberem uma ficha e aguardarem o seu atendimento, diferentemente da UBS, que exige deles a ida ao local de madrugada para tirar uma ficha. Neste último caso, em tal horário não há alguém na recepção e é preciso aguardar até o momento de abertura da unidade, parecendo ser mais demorada a espera pelo atendimento. Além disso, o usuário refere certo temor em relação aos possíveis riscos nas filas madrugadoras.

Tem pessoas que “eu vou lá porque é mais rápido”. Não é mais rápido, é mais demorado que vim pra puxar uma ficha; é porque, daí tem que ir lá (unidade de saúde) de madrugada tirar ficha. Eles não querem, então é isso aí que dá o transtorno lá (PA) (EGF1<sub>05</sub>).

Nesses serviços, no modelo de filas madrugadoras<sup>(10,12)</sup>, são atendidos especialmente os “mais fortes” e se excluem os que mais precisam da assistência. Este aspecto é assinalado, em um estudo feito com usuários, como descaso do SUS, que os entende como um grupo de necessitados e que se quiserem ser atendidos devem se submeter às condições das filas<sup>(10)</sup>. Desta forma se observa que o usuário, para obter acesso à saúde, precisa submeter-se, além das barreiras e limites existentes, às condições humanamente indignas propostas pela organização desses serviços, o que fere as diretrizes e os princípios do SUS.

Apesar disso, os usuários, neste estudo, buscando solucionar o caso, destacaram algumas possibilidades no tocante à organização do serviço:

Eu acho assim, o médico do postinho, ele não teria que ter tantas vagas. Teria que ter um horário, atender quantas pessoas pudesse [...] Se

eles botassem assim, um clínico de manhã, e um de tarde [...] no caso se o Dr. X atendesse a tarde inteira aqui no postinho, ele ia tirar quantos que não precisavam ir no plantão lá (PA) (EGF2<sub>03</sub>).

Sobre o número de atendimentos e acesso a estes, um estudo com usuários do SUS<sup>(13)</sup> demonstra que na UBS em que eles recebiam atendimento não havia maiores dificuldades para o acesso, porque havia agendamentos, sendo apenas necessário chegar no horário.

O número adequado de profissionais de saúde disponível para a atenção em saúde é essencial, quando se trata de humanização do atendimento<sup>(3)</sup>. Outra realidade estudada com a voz do usuário, em que também há barreiras no acesso à saúde, aponta que um dos determinantes é justamente o número inadequado de profissionais para atender a demanda, o que dificulta a organização dos serviços<sup>(12)</sup>. Outra pesquisa realizada<sup>(14)</sup> com usuários destaca que, para garantir o acesso à saúde, com resultados de qualidade e acolhimento efetivo, é preciso participar do planejamento da gestão municipal.

Diante disso, a problemática do acesso aos serviços de saúde pode remeter à ideia da importância do turno de trabalho integral por parte dos profissionais da AB, dinâmica que é preconizada pela ESF. Nesta o atendimento se dá conforme a demanda e a capacidade do serviço, não por um número predefinido de atendimentos, que exclui grande parte dos usuários, não lhes sobrando alternativa à assistência em suas UBS, o que os abriga a disputar uma ficha durante a madrugada ou a procurar atendimento em um serviço de porta aberta, como o PA. Neste contexto, volta-se a ressaltar a necessidade de o usuário participar dos planejamentos em saúde, sobretudo em relação ao acesso à saúde, de forma a encontrar e estabelecer estratégias mais adequadas à realidade local.

### **O Pronto-Atendimento como única porta de entrada na rede**

A única alternativa, caso o usuário encontre barreiras e limites no acesso à saúde, parece ser o atendimento no PA. Além disso, parece ocorrer o encaminhamento por parte dos profissionais das UBSs, ou ainda o autoencaminhamento dos usuários ao PA na

busca por assistência, quando esta não é conseguida em suas unidades de referência.

Não tem alternativa, tu tem que ir pro hospital (EGF2<sub>05</sub>).

A dificuldade de acesso a UBS leva a demanda excedente a se dirigir ao PA em busca de solução, de acordo com a sua necessidade. Um estudo<sup>(15)</sup> revela que a demanda por atendimento no PA de indivíduos cadastrados na UCS supera a dos adstritos à USF, cujos números correspondem, respectivamente, a 70% e 29,54% dos atendimentos realizados em 2007.

Não obstante, há muitas realidades que refletem a procura pelo serviço do PA como porta de entrada para a saúde. Um estudo<sup>(16)</sup> realizado com indivíduos que possuem planos de saúde e com indivíduos que são usuários do SUS demonstra que os primeiros procuraram mais as clínicas do que o PA e utilizaram a UBS em apenas 3,9% dos casos; já os usuários do SUS procuraram mais o PA do que a UBS. Este fato mostra uma diferença entre as portas de entrada, demonstrando que a população usuária do SUS busca mais os serviços de PA, possivelmente como reflexo de uma menor oferta e/ou acessibilidade à UBS.

Por sua vez, outro estudo<sup>(17)</sup> identificou como causas para acessar primeiramente o PA a dificuldade de confiar nos profissionais e no atendimento prestado pelas UBSs e a incerteza de obtenção de vaga no dia, entre outras. A questão da confiança é também apontada em outro trabalho com usuários do SUS<sup>(10)</sup>.

Apesar da constatação dessas diferentes e semelhantes realidades estudadas, percebe-se que a indefinição de critérios de emergência e urgência por parte das equipes de saúde pode ser um dos determinantes dos encaminhamentos ao PA. Nesta pesquisa, a procura por atendimento no PA ocorre quando não há possibilidade na UBS, havendo também encaminhamentos pelos profissionais da UBS. Entende-se que os fatores que mais influenciam essa escolha são o acesso e a resolutividade da atenção, os quais têm levado o usuário a buscar acesso à saúde onde haja porta aberta. Estudos que discutem a clínica ampliada como estratégia de qualificação da porta de entrada da saúde entendem que a ampliação do núcleo e do campo de atuação dos profissionais produzirá maior resolutividade nos casos que chegam à AB, reduzindo assim os

encaminhamentos para serviços de maior densidade tecnológica<sup>(18)</sup>.

A busca pela satisfação de suas necessidades de forma mais ágil e a oferta de medicações e exames também foram referidas pelos sujeitos entrevistados como motivos da procura por atendimento no PA. Eles relataram também a dificuldade de acesso à média complexidade, tendo de esperar durante meses para obter a realização de um exame, o que os leva a procurar meios mais rápidos para resolver de suas demandas.

### Limites do acesso dos usuários ao PA

A presente pesquisa mostra que há dificuldades de acesso dos usuários à assistência em suas UBSs, e a demanda excedente, em sua maioria, dirige-se ao PA do hospital filantrópico local, em busca do atendimento; mas apesar de este serviço constituir-se em uma porta aberta aos usuários, os sujeitos entrevistados revelam que há, neste local, outras barreiras limitadoras do acesso dos usuários à assistência.

Conforme já foi visto anteriormente, tanto nas UCSs quanto nas unidades com ESF, a acessibilidade é organizada por ordem de chegada ao serviço, havendo um número definido de atendimentos (fichas), enquanto no PA evidencia-se uma situação diferenciada. Até janeiro de 2008 o atendimento neste local também se organizava dessa forma; mas com a implantação do dispositivo *Acolhimento com Classificação de Risco* (ACR), a ordem de atendimento passa a ser - ou deveria ser - por grau de risco apresentado pelo usuário, conforme critérios de classificação. Nesta direção, o acolhimento<sup>(19)</sup> é aplicado como dispositivo capaz de reorganizar o trabalho na unidade para atender a demanda espontânea, aumentando o acesso e humanizando as ações receptoras dos usuários no serviço.

Não obstante, nas falas foram relatados outros critérios que não o risco para definir quem seria atendido primeiro, conforme se pode observar na fala abaixo:

Se chega de manhã, tu vai ser atendida ao meio dia, porque tu não tem plano de saúde, daí chegou um, às dez horas da manhã, e, em quinze minutos, foi atendido porque tinha plano (EGF1<sub>02</sub>).

Diante disso, evidencia-se a clara quebra do protocolo do ACR, na medida em que é dada

preferência a usuários que possuem planos de saúde. Esse protocolo parece não ser observado também em outros locais, pois um estudo<sup>(12)</sup> demonstra que ele não é cumprido e que o acesso à saúde obedece à ordem de chegada, sem priorização de riscos. Isso implica em filas e no não atendimento de grande parte da população em suas necessidades.

Essa discriminação de acesso à saúde configura-se em um dilema ético, pois faz distinção entre os usuários e propicia privilégios a alguns, ferindo, deste modo, os princípios da universalidade de acesso e da equidade preconizados pelo SUS e pelo ACR. Revela, também, quanto a organização dos serviços é permeada por práticas de saúde que produzem barreiras quase intransponíveis para a efetivação do ACR, o qual busca implementar as diretrizes do SUS.

Assim sendo, é preciso trabalhar as relações entre os usuários e os serviços de saúde, a fim de identificar e estabelecer para todos os envolvidos os reais e justos critérios determinantes da prioridade de acesso ao atendimento. Cabe, quanto a essa situação, pôr em discussão gestores, profissionais de saúde e usuários, de modo a identificar as deficiências do serviço e prover, coletivamente, ações que possam subsidiar concretas mudanças no cenário local. Estas situações vivenciadas pelos usuários contribuem para a descrença nos serviços de saúde, fragilizando o SUS enquanto política de Estado, o que contribui para o reforço dos preconceitos e para a baixa participação no processo de produção de saúde. Além disso, há a geração de sentimentos de inferioridade e de cidadania menor nos usuários do SUS, como pode ser visto, a seguir, na explanação do entrevistado:

Não é porque eu não tenho convênio que eu não sou um ser humano? [...] Mas o SUS pra eles não vale nada, não vale nada, esse que é o problema. (EGF1<sub>03</sub>)

Apesar de ultimamente o tema da humanização estar sendo amplamente discutido, a mudança de atitudes consiste em um processo bem mais lento. Primeiramente, é necessário reconhecer que o SUS, enquanto política pública, embora tenha experimentado importantes avanços, ainda não foi apropriado pela coletividade, uma vez que no Brasil o

direito à saúde tem pouco mais de 20 anos. Em segundo lugar, é preciso humanizar os serviços de saúde, pois essa humanização, além de implicar na melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais, pode, sobretudo, resultar em um atendimento aos usuários que seja de qualidade, equânime e com responsabilização e vínculo, articulando os avanços tecnológicos com acolhimento<sup>(3,19)</sup>.

Por outro lado, as políticas públicas devem ser estimuladas e instituídas, a exemplo da PNH. Esta, já aludida anteriormente, é um mecanismo no qual se tem apostado, com vistas à qualificação da atenção e da gestão em saúde no SUS. Vale salientar que a essência da humanização está na construção coletiva do SUS, na troca de saberes, no diálogo, na produção de uma consciência de grupo e no encontro entre os componentes, objetivando a articulação e a sustentação de mudanças<sup>(19)</sup>. Assim sendo, a participação mais ativa dos usuários e a abertura ao diálogo a estes por parte das instâncias gestoras pode ser um primeiro passo estimulador de uma gestão coletiva do SUS. Além disso, propõe-se a utilização da educação continuada nos serviços, a fim de possibilitar aos profissionais a reconstrução de conhecimentos e de posturas e a construção de novos pactos com base em uma postura ética.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa possibilitou o levantamento de dados acerca da dinâmica da rede pública e dos limites vivenciados pelos usuários na obtenção de acesso à saúde, os quais podem ser semelhantes ou diferentes em relação a outros estudos já realizados. Além disso, as dificuldades de acesso dos usuários à rede ocorrem tanto em UCSs como em USFs. Estas dificuldades demonstram que, apesar de tratar-se de modelos de atenção supostamente diferenciados, nenhum dos dois modelos de UBS consegue acolher seus usuários, havendo restrição de acesso e uma significativa parcela da população sem atendimento. Tal restrição vincula-se diretamente à organização desses serviços, nos quais há um número preestabelecido de fichas, o que resulta em uma demanda maior que a oferta do serviço e, conseqüentemente, em usuários dos serviços de

saúde não assistidos. Para estes últimos, a única porta de entrada do sistema aberta para atendê-los consiste no PA do hospital filantrópico local.

Ademais, as diferentes portas de entrada do sistema não estão articuladas entre si, sendo baixa a resolutividade dos serviços e da rede como um todo, o que leva o usuário a peregrinar pelos serviços em busca da resolução de seus problemas e da atenção às suas demandas. É preciso que o sistema, enquanto responsável pelo usuário, promova as condições necessárias a cada caso, garantindo, desta forma, a continuidade da assistência desde o primeiro atendimento até a resolução da demanda. Enfim,

a pesquisa revela que os usuários não se sentem acolhidos em nenhuma das portas de entrada.

Acredita-se que um planejamento dos recursos organizacionais (adequações ou mudanças) que se centre no usuário e priorize o sujeito do cuidado, e não a lógica administrativa burocrática e convencional, poderá ajudar os gestores e profissionais a pensarem alternativas de mudança que sejam possíveis e acessíveis às unidade de saúde e não requeiram adição de recursos. Para isto basta visão, vontade política e um olhar mais comprometido com os usuários do SUS.

---

## ACCESS TO HEALTH CARE: LIMITATIONS EXPERIENCED BY USERS OF BRAZILIAN HEALTH SYSTEM CONCERNING THE OBTENTION OF A RIGHT

### ABSTRACT

This study aimed to investigate the efficiency and limitations of access to health care under the perspective of users of Brazilian Health System (SUS) in a city southern of Brazil. After SUS was created in 1988, universal access to health became a principle. Evaluating the access of users of SUS is a sensitive indicator to evaluate the services provided by the public health system. A qualitative research was developed with users from two basic health care units: one of them offered Family Health Program and the other did not. Two groups of users were organized for data collection, in January 2009. The focal group technique was applied. The meetings were recorded, transcribed and analyzed. The emerging categories from analysis were: Structuring of local health care network, The Emergency Ward as the only entrance door into the network; Limitation of users' access to the Emergency Ward. Barriers regarding access to health found in such study portray a local reality, showing that the entrance door to health care occurs through the Emergency Ward of the hospital, as well as through the basic health care unit. There is no difference between users from the family health care unit services and the traditional health care unit services.

**Key-words:** Health Services Accessibility. Primary Health Care. Emergency Medical Services.

---

## ACCESO A LA SALUD: LÍMITES VIVIDOS POR USUARIOS DEL SUS EN LA OBTENCIÓN DE UN DERECHO

### RESUMEN

Este estudio tuvo como objetivo verificar las facilidades y los límites del acceso a la salud bajo la óptica de usuarios del SUS (Sistema Único de Salud) en un municipio del Sur de Brasil. Con la creación del SUS en 1988 el acceso universal se constituye como un principio. Evaluar el acceso de los usuarios del SUS se constituye en indicador sensible para acompañar los servicios ofrecidos por el sistema público de la salud. Se desarrolló una investigación cualitativa con usuarios pertenecientes a dos unidades básicas de salud, de las cuales una utilizaba la Estrategia Salud de la Familia, y la otra no. En enero de 2008 fueron organizados dos grupos de usuarios para la recolección de datos, siendo aplicada la técnica de grupo focal. Las citas fueron grabadas, transcritas y analizadas para la composición de las siguientes categorías: Conformación de la red de atención local; El Hospital de Urgencias como única puerta de entrada abierta en la red; y Límites del acceso de los usuarios al Hospital de Urgencias. Las barreras de acceso a la salud encontradas en este estudio retratan una realidad local y demuestran que la puerta de entrada a la salud ocurre tanto por el servicio de emergencia del hospital como por la unidad de salud, no habiendo diferencia entre los usuarios de unidad de Salud de la Familia y los de una unidad de salud tradicional.

**Palabras clave:** Acceso a los Servicios de Salud. Atención Primaria a la Salud. Servicios Médicos de Urgencia.

---

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília (DF): Centro Gráfico de Senado Federal; 1988.

2. Ministério da Saúde. Secretaria-executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização, a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004.

3. Beck CLC, Lisboa RL, Colomé ISC, Silva RM, Tavares JP. Os enfermeiros e a humanização dos serviços de saúde do município: um estudo exploratório. *Cienc. cuid. saude.* 2009;8(2):184-90.
4. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002.
5. Travassos C, Oliveira EXG, Viacava F. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. *Cien saude colet.* 2006;11(4):975-86.
6. Henrique F, Calvo MCM. Avaliação do Programa Saúde da Família nos municípios do Estado de Santa Catarina, Brasil. *Cad. saude publica.* 2008;24(4):809-19.
7. Minayo MCS, Deslandes SF, Neto OC, Gomes R. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 28ª ed. Petrópolis: Vozes; 2009.
8. Weiller TH. O acesso na rede pública de saúde no município de Ijuí/RS: um cenário de controvérsias. 2008. [Tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2008.
9. Dias CA. Grupo focal: técnica de coleta de dados em pesquisas qualitativas. *Inf. soc.* 2000;10(2):1-12.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/96. [acesso 2008 nov 11]. Brasília (DF); 1996. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/conselho/resol96/RES19696.htm>
11. Oliveira LH, Mattos RA, Souza AIS. Cidadãos peregrinos: os "usuários" do SUS e os significados de sua demanda a prontos-socorros e hospitais no contexto de um processo de reorientação do modelo assistencial. *Cien saude colet.* 2009;14(5):1929-1938.
12. Souza ECF, Vilar RLA, Rocha NSPD, Uchoa AC, Rocha PM. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. *Cad. saude publica.* 2008;24(1):100-110.
13. Tavares MFL, Mendonça MHM, Rocha RM. Práticas em saúde no contexto de reorientação da atenção primária no Estado do Rio de Janeiro, Brasil, na visão das usuárias e dos profissionais de saúde. *Cad saude publica.* 2009;25(5):1054-1062.
14. Lemões MAM, Costa CFS, Mandoza-Sassi RAM. Referenciamento de usuários do SUS para um hospital universitário no sul do Brasil. *Cienc cuid. saude.* 2009;8(2):198-204.
15. Pessoto UC, Heimann LS, Boaretto RC, Castro IEN, Kayano J, Ibanhes LC, et al. Desigualdades no acesso e utilização dos serviços de saúde na região metropolitana de São Paulo. *Cien saude colet.* 2007;12(2):351-62.
16. Puccini PT, Cornetta VK. Ocorrências em pronto-socorro: eventos sentinela para o monitoramento da atenção básica de saúde. *Cad. saude publica.* 2008;24(9):2032-42.
17. Cunha GT. A construção da clínica ampliada na atenção básica. São Paulo: Hucitec; 2005.
18. Takemoto MLS, Silva EM. Acolhimento e transformações no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas de saúde de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad saude publica.* 2007;23(2):331-40.
19. Souza WS, Moreira MCN. The topic of humanization within healthcare: some issues for debate. *Interface comun saude educ.* 2008;12(25):327-38.

---

**Endereço para correspondência:** Carine Lais Nonnenmacher. Rua Jose de Alencar, 485, apto 608, CEP: 90880-481, Porto Alegre, Rio Grande do Sul.

**Data de recebimento:** 05/05/2010

**Data de aprovação:** 04/06/2011