UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA

CENTRO DE CIÊNCIAS NATURAIS E EXATAS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GEOGRAFIA

Paloma da Silva Savian

ACESSO E UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE NO BAIRRO NOAL, ÁREA URBANA DO MUNICÍPIO DE SANTA MARIA/RS

Santa Maria, RS
2019

Paloma da Silva Savian

ACESSO E UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE NO BAIRRO NOAL, ÁREA URBANA DO MUNICÍPIO DE SANTA MARIA/RS

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-graduação em Geografia da Universidade Federal de Santa Maria, como requisito parcial para obtenção do título de **Mestre em Geografia.**

Orientador: Rivaldo Mauro de Faria

Santa Maria, RS
2019

Savian, Paloma da Silva
ACESSO E UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE NO BAIRRO NOAL, ÁREA URBANA DO MUNICÍPIO DE SANTA MARIA/RS / Paloma da Silva Savian.- 2019.
137 p.; 30 cm

Orientador: Rivaldo Faria
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Maria, Centro de Ciências Naturais e Exatas, Programa de Pós-Graduação em Geografia e Geociências, RS, 2019

1. Santa Maria 2. Acesso aos serviços de saúde 3. Utilização I. Faria, Rivaldo II. Título.

Sistema de geração automática de ficha catalográfica da UFSM. Dados fornecidos pelo autor(a). Sob supervisão da Direção da Divisão de Processos Técnicos da Biblioteca Central. Bibliotecária responsável Paula Schoenfeldt Patta CRB 10/1728.

Paloma da Silva Savian

ACESSO E UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE, NO BAIRRO NOAL, ÁREA URBANA DO MUNICÍPIO DE SANTA MARIA/RS

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-graduação em Geografia, linha de pesquisa Dinâmicas Territoriais do Cone Sul, da Universidade Federal de Santa Maria, como requisito parcial para obtenção do título de **Mestre em Geografia.**

Aprovado em 25 de abril de 2019:

Rivaldo Mauro de Faria, Dr. (UFSM)
(Presidente/Orientador)

Eduardo Schiavone Cardoso, Dr. (UFSM)

Eduardo Augusto Werneck Ribeiro, Dr. (IFC) - Parecer

Santa Maria, RS
2019

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos meus pais, pela paciência e apoio durante toda minha vida e principalmente durante meus estudos; sem vocês nada disso seria possível. Essa vitória não é só minha, é nossa.

A minha filha Bianca Savian da Costa, que apesar de seus quatro anos de idade, muito compreendeu minha ausência, por ser minha maior motivadora e por me receber sempre com alegria ao ver minha chegada.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior) pela concessão da bolsa durante todo o período de realização deste curso de mestrado.

À Universidade Federal de Santa Maria, pela oportunidade de realizar o curso de mestrado em uma universidade pública, gratuita e de qualidade;

Ao professor-orientador Rivaldo Mauro de Faria, pela disponibilidade e confiança em mim depositada, pelas incansáveis orientações e por acreditar na minha capacidade de realizar este trabalho;

Aos professores Eduardo Cardoso e Eduardo Werneck pelas valiosas considerações feitas à pesquisa, desde a qualificação do projeto de mestrado, até sua conclusão;

Aos demais professores do Programa de Pós-graduação em Geografia que contribuíram com seus ensinamentos durante minha trajetória acadêmica;

À minha família, principalmente aos meus pais, Gilson Savian e Rosane M. Savian pelas oportunidades de formação, dedicação e apoio durante a realização do curso; à minha irmã Paula Savian pelo incentivo; à meu esposo Lucas da Costa pelo companheirismo e incentivo nas horas difíceis;

À meus colegas do Núcleo de Pesquisas em Geografia da Saúde (NePeGS), em especial, Liliane Milani de Moraes e Pedro Spode, que me acompanharam durante esses anos e dividiram comigo momentos de aprendizado e alegrias, além de valiosa ajuda na coleta de dados primários deste trabalho;

À minha grande amiga, Dinara de Vargas, pelo apoio e incentivo em diversos momentos da vida acadêmica e pessoal;

À minha comadre e amiga, Ana Cecília Teixeira Gonçalves, pelo apoio, torcida e ajuda na minha trajetória acadêmica;

A todos que de algum modo contribuíram para a realização do curso de pós-graduação.

“O direito à saúde e à equidade em saúde tem raízes políticas, que se traduzem na política da saúde, por exemplo, na decisão de garantir o acesso de todos os cidadãos a cuidados de saúde primários e/ou hospitalares”.

Paula Santana

RESUMO

ACESSO E UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE NO BAIRRO NOAL, ÁREA URBANA DO MUNICÍPIO DE SANTA MARIA/RS

AUTOR: Paloma da Silva Savian
ORIENTADOR: Rivaldo Mauro de Faria

O Sistema Único de Saúde (SUS) é fruto do movimento idealizado pela Reforma Sanitária brasileira, que encontrou na Atenção Básica à Saúde (ABS) a estratégia principal para reorientação do sistema de saúde. Este modelo de assistência à saúde foi implementado enquanto Programa de Saúde da Família, em 1994, alcançando uma expansão territorial rápida e aumentando o acesso aos serviços de saúde. Entretanto, distante do sonho dos constituintes e do movimento da reforma sanitária, a consolidação da saúde como um direito de todo cidadão ainda não é uma realidade, pois são notáveis as evidências sobre as desigualdades no acesso e utilização dos serviços de saúde. Essa pesquisa tem como objetivo principal compreender a dinâmica espacial do acesso e da utilização dos serviços da Atenção Básica à saúde do SUS. Trata-se de um estudo transversal, de base populacional, realizada no bairro Noal, na área urbana do município de Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil. O instrumento de coleta de dados foi um questionário padronizado e aplicado na forma de entrevista. A população-alvo do estudo são indivíduos com idade igual ou superior a 18 anos, de ambos os gêneros, residentes no bairro Noal. A base de dados será analisada em Sistema de Informação Geográfica (SIG) e com uso de operações de estatística espacial. Os resultados indicam que os usuários da Estratégia Saúde da Família (ESF) Lídia estão mais propensos a ter uma fonte regular de cuidados com a saúde, em comparação aos não cobertos pela ESF. Dos que referiram procurar o serviço da ESF, a utilização se deu, principalmente, para a realização de controle de doenças crônicas. Não foram observadas barreiras geográficas que pudessem impedir o acesso e a utilização dos serviços de saúde, tanto na ESF Lídia, quanto na Unidade Básica de Saúde (UBS) Centro Social Urbano (CSU).

Palavras-chave: Acesso aos serviços. Utilização dos serviços. Santa Maria.

ABSTRACT

ACCESS AND USE OF BASIC HEALTH CARE SERVICES IN THE NEIGHBORHOOD NOAL, URBAN AREA OF THE MUNICIPALITY OF SANTA MARIA / RS

AUTHOR: Paloma da Silva Savian
ADVISOR: Rivaldo Mauro de Faria

The Unified Health System (SUS) is the result of the movement idealized by the Brazilian Sanitary Reform. This reformist ideology understood the need to reorient the prevailing medical-privative assistance model to a universalist care model based on Basic Health Care (BHC). Brazil adopted Basic Health Care as a strategy for the reorganization of its health system, a move that was completed in 1988 with the promulgation of the Federal Constitution and the creation of the Unified Health System (SUS). This model of health care was implemented as a Family Health Program in 1994, achieving rapid territorial expansion and increasing access to health services. This model of care assumes that each Family Health team (ESF) should be responsible for a geographically delimited public with an assigned clientele. However, far from the dream of the constituents and the health reform movement, the consolidation of health as a right of every citizen is not yet a reality, since the evidence on inequalities and inequities in health conditions is remarkable. The master's research has as main objective to understand the spatial dynamics of the access and the use of the Basic Attention services to the SUS health. This is a cross-sectional, population-based study conducted in the Noal neighborhood, in the urban area of Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brazil.The instrument of data collection will be a standardized questionnaire applied in the form of an interview. The target population of the study are individuals aged 18 and over, of both sexes, living in the Noal neighborhood. The database will be analyzed in Geographic Information System (GIS) and using spatial statistics operations. The results indicate that users of the Lídia Family Health Strategy (FHS) are more likely to have a regular source of health care compared to those not covered by the FHS.
Of those who reported looking for the FHS service, the use was mainly made for the control of chronic diseases. No geographical barriers were observed that could prevent access to and use of health services, both in FHS Lídia and in the Basic Social Health Unit, Centro Social Urbano (CSU)

Key words: Access to services. Use of services. Santa Maria.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1: Síntese da relação Geografia e Saúde 54
Figura 2: Localização da área de estudo, Bairro Noal, Santa Maria, RS 59
Figura 3: Fluxograma do desenvolvimento do questionário sobre o Acesso e Utilização dos serviços básicos de saúde 62
Figura 4: Territórios das Equipes de Saúde da Família (ESF) e Equipe Agentes Comunitários de Saúde (EACS) da área urbana de Santa Maria, RS. 66
Figura 5: Bairro Noal e suas unidades de saúde, ESF Lídia e UBS Centro Social Urbano, Santa Maria, RS. 70
Figura 6: Território de atuação da ESF Lídia, Bairro Noal, no município de Santa Maria, RS. 79
Figura 7: Fluxos indicando o acesso aos serviços de saúde no Grupo I 85
Figura 8: Fluxos indicando o acesso aos serviços de saúde, no Grupo II 96
Figura 9: Modelo Digital de Elevação (MDE) do Bairro Noal, Santa Maria, RS 102
Figura 10: Acessibilidade aos serviços de saúde no bairro Noal, Santa Maria - RS 104

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Distribuição da população adscrita na ESF Lídia, por microárea de atuação dos ACS, Santa Maria, RS. 69

Tabela 2: Distribuição da população estudada conforme variáveis demográficas, Bairro Noal, Santa Maria - RS 72

Tabela 3: Distribuição da população do Grupo I (Cobertos pela ESF e prováveis usuários do serviço) conforme variáveis demográficas e socioeconômicas, Bairro Noal, Santa Maria - RS 73

Tabela 4: Distribuição da população do Grupo II (Cobertos pela UBS tradicional e prováveis usuários do serviço) conforme variáveis demográficas e socioeconômicas, Bairro Noal, Santa Maria - RS 74

Tabela 5: Cadastramento, visitas domiciliares da Equipe Saúde da Família e Agente de Combate a Endemias no Grupo I, Bairro Noal, Santa Maria - RS. 81

Tabela 6: Frequência e Teste do Qui-quadrado dos fatores demográficos, socieconômicos e necessidade de saúde em relação ao acesso aos serviços de saúde (Consulta com profissional de saúde) nos últimos doze meses anteriores à pesquisa, Grupo I. 87

Tabela 7: Frequência e Teste do Qui-quadrado dos fatores demográficos, socieconômicos e necessidade de saúde em relação ao acesso aos serviços de saúde (Consulta com profissional de saúde) nos últimos doze meses anteriores à pesquisa, Grupo II. 93

Tabela 8: Acessibilidade físico-geográfica aos serviços de saúde da ESF Lídia e UBS Centro Social Urbano* 101

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ABS	Atenção Básica à Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CF	Constituição Federal
DAB	Departamento de Atenção Básica
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
EACS	Equipe Saúde da Família
EC	Emenda Constitucional
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca
ESF	Estratégia Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NePeGS	Núcleo de Pesquisa em Geografia da Saúde
NePes	Núcleo de Educação Permanente em Saúde
NOAS	Normas de Assistência à Saúde
NOB	Normas Operacionais básicas
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PAB	Piso da Atenção Básica
PACS	Programa Agentes Comunitários de Saúde
PMAQ-AB	Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica
PMM	Programa Mais Médicos
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
PPGGeo	Programa de Pós-Graduação em Geografia
PSE	Programa Saúde na Escola
PSF	Programa Saúde da Família
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RS	Rio Grande do Sul
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SIG	Sistema de Informação Geográfica
SMSSM	Secretaria Muncipal de Saúde de Santa Maria
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidades básica de saúde
UFSM	Universidade Federal de Santa Maria
UGI	União Geográfica Internacional
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO 15

2. REVISÃO DE LITERATURA 19

2.1 GEOGRAFIA DA SAÚDE: GÊNESE, TRANSFORMAÇÃO E PERSPECTIVA 19

2.2 BREVE HISTORICIDADE DO TEMA 20

2.3 GEOGRAFIA MÉDICA E DA SAÚDE NO BRASIL 28

2.4 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: DOS ANTECEDENTES À REDEMOCRATIZAÇÃO DA SAÚDE BRASILEIRA 32

2.4.1 Atributos para a prática da Atenção Primária à Saúde 37

2.4.2 Atenção Básica à Saúde e o Sistema Único de Saúde no Brasil 39

2.4.3 Política Nacional de Atenção Básica 44

2.5 ACESSO E UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE 47

2.5.1 Barreiras Geográficas no acesso aos serviços de saúde 52

2.6 GEOGRAFIA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NO BRASIL 53

3. MATERIAIS E MÉTODOS 59

3.1 DESENHO DO ESTUDO 59

3.2 PESQUISA BIBLIOGRÁFICA 61

3.3 LEVANTAMENTO DA BASE DE DADOS 61

3.4 AMOSTRA/POPULAÇÃO-ALVO 63

3.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO 64

3.6 ANÁLISE ESTATÍSTICA 64

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO 65

4.1 CARACTERIZAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA NO SUS NA ÁREA URBANA DE SANTA MARIA, RS. 65

4.1.1 Caracterização da Atenção Básica à Saúde na área de estudo 68

4.2 PERFIL DEMOGRÁFICO, SOCIAL E ECONÔMICO DA ÁREA DE ESTUDO 71

4.2.1 Perfil demográfico, social e econômico do Grupo I (Cobertos pela ESF e prováveis usuários) 73

4.2.2 Perfil demográfico, social e econômico do Grupo II (cobertos pela UBS "tradicional" e prováveis usuários do serviço) 74

4.2.3 Perfil territorial do Grupo I e Grupo II: tecendo algumas considerações 76

4.3 VISITAS DOMICILIARES DA EQUIPE SAÚDE DA FAMÍLIA E AGENTES DE COMBATE À ENDEMIAS 80

4.4 ACESSO E UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE ABS 86

4.4.1 Acesso aos serviços de públicos de ABS do Grupo I (Cobertos pela ESF e prováveis usuários do serviço) 87

4.4.2 Acesso aos serviços de públicos de ABS do Grupo II (Cobertos pela UBS "tradicional" e prováveis usuários do serviço) 91

4.4.3 Considerações sobre o acesso aos serviços de saúde do Grupo I e Grupo II……..... 97

4.5 INTERFERÊNCIAS DE BARREIRAS FÍSICO-GEOGRÁFICAS NO ACESSO E UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE 100

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS 106

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 109

ANEXO A – PARECER DO CEP/UFSM 125

ANEXO B – QUESTIÓNARIO – ACESSO E UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NO BAIRRO NOAL, SANTA MARIA. 129

1. INTRODUÇÃO

O Brasil é historicamente marcado por profundas desigualdades sociais e de saúde. Essas desigualdades que são estruturais e se mantêm ao passar dos anos, evidenciam situações que envolvem algum grau de injustiça, isto é, estão associadas a características sociais que situam alguns grupos em dificuldade com relação à oportunidade de ser e se manter saudável (BARATA, 2009). Por consequência, as condições de saúde da população brasileira são influênciadas por aspectos que vão além de questões estritamente médicas.

A saúde é um problema social e o Brasil demorou muito a sistematizar um sistema de atenção à saúde capaz de responder as necessidades de saúde da sua população. Essa sistematização só ocorreu com a institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS), responsável pelo reordenamento dos serviços e ações de saúde, promulgada na Constituição Federal (CF) em 1988 (BRASIL, 1988) e pelas leis 8.080/90 e 8.142/90 que dispõe sobre demais regulamentações do SUS. A constituição passou a considerar a saúde um direito inerente a todos os cidadãos e dever do Estado, responsável por garantir mediante políticas públicas sociais e econômicas, o acesso universal e equitativo às ações e os serviços de saúde.

Possivelmente, a proposição mais exitosa em relação às políticas públicas em saúde no país, foi a implementação do Programa Saúde da Família (PSF), lançado em 1994. Com rápida expansão em todo território brasileiro e ampliação do acesso aos serviços básicos de saúde, o programa foi incorporado aos discursos estratégicos, visando superar as lacunas e deficiências no setor da saúde. Com base nos princípios da Atenção Básica à Saúde (ABS), o PSF passou a ser discutido como estratégia para reorganização assistencial do SUS, com caráter substituivo às práticas convencionais e com propósito de reafirmar os príncipios do SUS, sobretudo, com foco na redução das iniquidades sociais e de saúde e na garantia do acesso universal aos serviços de saúde (MENDES, 2015).

Passados trinta anos da criação do SUS, observa-se que, muito distante do sonho dos constituintes e do movimento de Reforma Sanitária brasileira, a consolidação da saúde como um direito de todo cidadão ainda não é uma realidade (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008; MENDES, 2015). Pelo contrário, no atual cenário em que se encontra o Brasil, mergulhado em uma profunda crise social e econômica, caminha-se a passos largos para o desmanche da Constituição Federal e, sobretudo,

das conquistas do SUS. Essas foram as inquietudes iniciais que levaram à reflexão sobre o problema de pesquisa, que nasceu ainda na graduação em Geografia Licenciatura pela Univerisdade Federal de Santa Maria em 2016.

Essa primeira inquietude, ligada a discussão política do SUS no Brasil, levou a uma preocupação específica no rol dos inúmeros problemas. Essa preocupação é o acesso e a utilização dos serviços de saúde. A proposta é desenvolver uma pesquisa relacionada à vida social e prática, que possa produzir benefícios para a gestão, o planejamento e, obviamente, para os usuários da atenção básica do SUS. Em vista disso, e como sabiamente colocam Gionvanella e Fleury (1996) é necessário centrar as análises que perscrutam conhecer como o direito à saúde se manifesta na vivência das pessoas, na relação entre o usuário e os serviços de saúde.

Nessa relação o protagonismo dos usuários, profissionais e gestores da saúde são fundamentais para efetivação dos direitos sociais garantidos pela constituição, como é o caso do acesso universal aos serviços de saúde. O estudo do acesso e utilização dos serviços, que é o que define essa proposta de pesquisa, insere-se na linha de investigação da Geografia dos serviços de saúde. Nogueira e Remoaldo (2010), afirmam que o papel fundamental dos geógrafos no campo da saúde é compreender as alternâncias nos níveis de saúde das populações e as disparidades espaciais do fenômeno, que decorrem, sobretudo, de aspectos políticos, econômicos, sociais e culturais que podem ser condicionados por fatores geográficos. Esse campo de estudos deve contribuir para análise do espaço geográfico considerando suas dinâmicas e evidenciando padrões espaciais, associados a fatores socioeconômicos, culturais e geográficos em diferentes escalas de abordagem, identificando problemas e propondo soluções.

Visto que as relações entre o espaço geográfico e a saúde são intrínsecas, torna-se essencial discutir as potencialidades da Geografia enquanto ciência na abordagem de questões ligadas a saúde. E é o que tem sido feito no Brasil, diversos geógrafos como, Barcellos (2002), Monken (2005), Mendonça (2006), Guimarães (2015), Lima (2014) entres outros, tem direcionado esforços para compreender a realidade da saúde brasileira. Nas últimas décadas, têm-se discutido muito sobre os aspectos nosológicos e sobre o acesso aos serviços de saúde (TRAVASSOS; MARTINS, 2004; VAZ; REMOALDO, 2011; MACINKO; COSTA, 2012, entre outros). Os estudos nosológicos dedicam-se a descrição, classificação e localização das doenças, enquanto os estudos sobre os serviços de saúde ocupam-se de investigar,

sobretudo, as condições do acesso e a garantia desse direto universal. Garantir o acesso ou primeiro contato do cidadão com os serviços de saúde, talvez, seja o maior desafio a ser enfrentado no Brasil. Isso por que, o acesso aos serviços de saúde tem caráter multifacetário e multidimensional. Ao considerar as dimensões de análise proposta nos estudos de Assis e Jesus (2012), percebe-se que as abordagens do acesso e da utilização dos serviços de saúde, envolvem desde aspectos políticos, econômicos, sociais, organizativos, técnicos e até mesmo, simbólicos.

A diversidade de abordagens demonstra, de fato, a complexidade em analisar o temática do acesso. Então, devido a complexidade e a importância desses estudos, afirma-se a pertinência de analisar o acesso e a utilização dos serviços de saúde, essencialmente, na ABS que é porta de entrada do usuário no sistema público de saúde. O acesso à saúde atingiu significativos avanços desde a implementação do SUS, sendo a expansão da ABS através da Saúde da Família, uma de suas estratégias de maior sucesso, mesmo com as inúmeras limitações que se percebe na prática de diversos municípios brasileiros. Tendo em vista que ainda hoje não se alcançou a saúde para todos e podem ser observadas profundas desigualdades no acesso e na utilização dos serviços de saúde, é preciso superar essas desigualdades, e tornar o acesso aos serviços de saúde mais equânime e universal, como preconizado na Constituição Federal (MENDONZA-SASSI; BÉRIA, 2001; TRAVASSOS; CASTRO, 2012).

Partindo desse pressuposto, justifica-se a pesquisa sobre o acesso e a utilização dos serviços de ABS no Bairro Noal, no município de Santa Maria, Rio Grande do Sul. As principais hipóteses da pesquisas são que a implantação de unidades de atenção básica à saúde, próxima ao local de residência da população, está associada ao aumento na cobertura assistencial e no acesso e utilização dos serviços de saúde. Isso porque, as características e forma de organização do sistema de saúde, essencialmente, da ABS como porta de entrada no sistema, podem ampliar o acesso àqueles que necessitam de cuidados, mas também podem, reforçar as desigualdades sociais no acesso a serviços de saúde. O objetivo principal dessa pesquisa é compreender a dinâmica espacial do acesso e da utilização dos serviços da ABS do SUS. Os objetivos específicos são compreender os aspectos que levam a população do bairro acessar ou não acessar os serviços de saúde; analisar como as barreiras físico-geográficas interferem no acesso e na utilização dos serviços de saúde e avaliar as desigualdades no acesso e na utilização dos serviços de saúde em

relação às características socioeconômicas, demográficas e geográficas da população.

O trabalho foi organizado em três seções integradas, a saber: i) referencial teórico, através do qual foi possível definir o objeto e os modos de expressão geográfica; ii) processos metodológicos, onde foram descritos os modos de operacionalização prática de pesquisa; iii) apresentação dos resultados e discussão. Após, foram tecidas considerações finais sobre a pesquisa.

1. REVISÃO DE LITERATURA

1.1 GEOGRAFIA DA SAÚDE: GÊNESE, TRANSFORMAÇÃO E PERSPECTIVA[1]

As contribuições da ciência geográfica na investigação científica de temas referentes à saúde não são algo recente e têm aumentado gradativamente desde o início do século XXI. Esse campo de investigação, assim denominado Geografia da Saúde, insere-se no processo de evolução histórica da Geografia Médica, não havendo concordância entre os autores sobre o uso dos termos. A questão que se coloca no uso da terminologia é de caráter teórico e metodológico, pois são dois campos de estudos que se comunicam e, no entanto, oportunizam diferentes possibilidades de investigação (FARIA, 2012).

De acordo com Lacaz (1972, p. 1), a geografia médica pode ser definida como

> a disciplina que estuda a geografia das doenças, isto é, a patologia à luz dos conhecimentos geográficos. Conhecida também como Patologia geográfica, Geopatologia, Medicina geográfica, ela se constitui em um ramo da Geografia humana (Antropogeografia) ou, então, da Biogeografia.

A geografia médica ficou conhecida, no escopo das ciências da saúde, como a Geografia das Doenças, isso porque, conforme Dutra (2011), está vinculada às orientações do modelo biomédico, centrada no médico e na cura das doenças a partir de uma visão hospitalocêntrica.

Em contrapartida, a geografia da saúde é um “campo interdisciplinar, que [...] integra e articula saberes diversos, tradicionalmente organizado em torno das Ciências Sociais, das Ciências da Terra e das Ciências da Saúde, constituindo-se como instrumento de compreensão global” (SANTANA, 2005, p. 25). Ainda de acordo com Santana (2005), seu objetivo é proporcionar conhecimentos capazes de compreender as relações estabelecidas entre as “condicionantes da saúde, os resultados efetivos das políticas e da organização dos serviços na saúde das populações e as suas consequências no desenvolvimento do território” (SANTANA, 2014, pg.14).

Em Moscou, no ano de 1976, devido ao contexto social e de saúde relacionado, sobretudo, às discussões sobre o conceito de saúde, uma discussão conceitual e

---

[1] O título do capítulo faz alusão à disciplina cursada no PPGGEO/UFSM, denominada “Geografia: Gênese, transformação e perspectiva “A”.

terminológica viabilizou a revisão do termo Geografia Médica pela Comissão de Geografia Médica da União Geográfica Internacional (UGI). Sugeriu-se a ampliação da denominação do termo Geografia Médica para Geografia da Saúde, pois a nova terminologia era considerada mais abrangente e melhor caracterizava as novas questões, temas e abordagens debatidas pelos estudos nessa linha de investigação. Contudo, sua institucionalização ocorreu apenas em 1992 em uma apresentação feita na União Geográfica Internacional em Washington (SANTANA, 2005). De acordo com Dutra (2011), a Geografia da Saúde sugere um rompimento com o paradigma do modelo biomédico, orientando seus estudos a partir do paradigma da promoção da saúde, cujo principal foco dos estudos está nos serviços de saúde, nas condições de saúde das populações e na compreensão do conceito de saúde como social e cultural, não apenas como ausência de doença.

No decorrer desta dissertação, salvo momentos históricos, a terminologia adotada será Geografia da Saúde, pois, acredita-se que essa conceituação melhor representa o papel da Geográfica no debate das questões de saúde pública no Brasil e no mundo.

1.2 BREVE HISTORICIDADE DO TEMA

A associação entre Geografia e Medicina é conhecida desde a Antiguidade Clássica e remonta ao próprio desenvolvimento da medicina (GUIMARÃES, 2015). Considerada como a primeira contribuição para a Geografia Médica, o clássico tratado da escola de Hipócrates (MAY, 1952; LACAZ, 1972; SANTANA, 2014), “Os ares, águas e lugares”, escrito há 400 anos a. C., fala sobre o estudo das doenças e sua relação com as condições do meio ambiente. Hipócrates foi um dos primeiros filósofos a buscar explicações racionais e técnicas eficazes para tratar as doenças, abandonando as concepções mitológicas e mágico-religiosas (PESSOA, 1978; CAIRUS; RIBEIRO JR., 2005), como pode ser percebido em um trecho traduzido da referida obra:

> Quem quiser investigar corretamente a medicina deve fazer o seguinte: primeiramente deve levar em consideração as estações do ano e o que cada uma delas pode produzir. Pois essas não se parecem nada entre si, mas diferem muito delas mesmas, inclusive quanto às suas mudanças [...] os ventos quentes e frios, sobretudo os que são comuns a todos os homens [...] os de cada região, os que são autóctones [...] as propriedades das águas, [...]

> a terra, se é descampada e sem água, ou nemorosa e abundante em água, ou ainda se é uma depressão e é sufocante, ou se é elevada e fria [...] e a dieta dos homens, o que lhes dá prazer; se são amantes da bebida, comem durante o dia e são inativos, ou se são amantes do exercício e do esforço e são vorazes e pouco bebem. (CAIRUS; RIBEIRO JR., 2005, p. 94).

Para o filósofo, os fatores ambientais (clima, posição geográfica, ventos, chuva etc.) e fatores sociais (trabalho, nutrição, estilo de vida) influenciariam na saúde e na doença dos indivíduos. No *Corpus Hippocraticum*[2], há consenso de que a relação com o meio ambiente é fundamental para compreensão do fenômeno saúde-doença. Hipócrates entende a saúde como equilíbrio entre o homem e o meio ambiente e a doença como o desequilíbrio dos humores fundamentais do organismo, a saber: sangue, fleuma, bile amarela e bile negra[3] (CAIRUS; RIBEIRO JR., 2005). A contribuição da obra de Hipócrates é extremamente relevante, pois conduziu e orientou ações e modos de organização das comunidades gregas no sentido de prevenção das doenças, promovendo ações de higiene e educação em saúde, com base em recomendações de modo de vida, nutrição, descanso. Inclusive, Hipócrates é o responsável por sistematizar os conceitos de doenças endêmicas e epidêmicas, que atualmente são utilizados pelos profissionais de saúde (PESSOA, 1978; BATISTELLA, 2007).

Ressalta-se que a contribuição de Hipócrates influenciou fortemente a medicina até meados do século XIX, teve um momento de arrefecimento e ressurgiu sob novas bases com o movimento ambientalista na saúde, isso já em fins do século XX. No entanto, seu corpo teórico conceitual direcionou o desenvolvimento da medicina no mundo por séculos (MARTÍNEZ, 2004).

Os estudos de Hipocrátes eram empíricos, baseados na observação do meio ambiente, das doenças e dos enfermos. Não havia técnica capaz de reconhecer os patógenos, nem de isolá los. Isso só será possível no início do século XVII, com o advento de tecnologias, como por exemplo, a criação do microscópio, que possibilitou o avanço de estudos e uma nova percepção da ciência médica. De acordo com Sánches (2011), no século XVIII, a correlação entre as doenças e o ar foi estudada quimicamente e fisicamente, mas devido aos instrumentos utilizados na época não foi

---

[2] *Corpus Hippocraticum* ou Coleção Hipocrática, representam as obras e tratados sobre temas relacionados ao corpo humano, somado a um juramento que deveria ser prestado pelos médicos da Escola de Cós (CAIRUS E RIBEIRO JR., 2005)

[3] Tratado "Da natureza do homem", cuja autoria pertence a Pólibo, discípulo e genro de Hipócrates. O texto pertence à Coleção Hipocrática.

possível descobrir a existência de patógenos no ar. Entretanto, isso não impediu que com o tempo, a antiga hipótese dos Miasmas retornasse ao cenário científico.

A Teoria Miasmática, predominante entre os séculos XVIII e XIX, explicava as doenças epidêmicas através do conceito de miasmas. Segundo Batistella (2007), o acontecimento das doenças ocorria a partir de emanações nocivas invisíveis no ar, os miasmas, que seriam provenientes das regiões insalubres, que atacavam e adoeciam o corpo humano. Os miasmas seriam provocados pelas águas pantanosas, sujeiras das cidades insalubres e por gases oriundos da putrefação de restos mortais, humanos e animais. Essa ideia ganhou força após a Revolução Industrial e o acelerado processo de urbanização das cidades. Devido as intensas aglomerações populacionais nas cidades e ao crescimento do número de indústrias, sobretudo a partir do século XVIII, somadas à ineficiência em explicar a origem das doenças que assolam grandes cidades europeias e o modo de saná-las, a teoria miasmática tomou lugar de prestígio e aceitação como principal causa das doenças infecciosas (URTEAGA, 1990).

Então, acreditava-se que evitar a propagação dos gases fétidos no ambiente era o modo de prevenir doenças e evitar as grandes epidemias. Essa teoria, tornou-se um dos principais acontecimentos que levaram ao movimento higienista desse período e a grandes melhorias na saúde pública, salvando milhões de vidas e direcionando seus esforços para o movimento sanitarista iniciado no final do século XIX na Europa (DUTRA, 2011). A partir do engendramento desse movimento, propunha-se que o espaço fosse limpo, sendo necessário desinfetar e higienizar o ambiente, ou seja, era preciso ter controle do espaço habitado. Os médicos sanitaristas da época passaram a investir seus esforços e orientações em melhorias de casas, como ventilação, esgoto sanitário; melhorias em presídios; distanciamento dos cemitérios das áreas centrais das cidades entre outras medidas.

Conforme Pickenhayn (2008), as topografias médicas, foram a maneira geográfica de enfrentar os miasmas. De fato, para Urteaga (1990, s/p), os estudos de topografias médicas eram fundamentais para indicar "*los lugares sanos y enfermos*", bem como "*las zonas em que es posible habitar y aquéllas que deben evitarse*", promovendo, assim, ações mais eficazes no combate às doenças. Sánchez (2011) considera a Topografia Médica, um gênero de literatura científica, em que os estudos sistemáticos de uma determinada região procuravam todos os fatores que poderiam condicionar as enfermidades, as atividades e a instituições humanas.

Destaca-se como pioneiro a trabalhar no âmbito das topografias médicas Leonhard Ludwig Finke (DUTRA, 2011). Conforme alguns autores, a Geografia Médica Moderna surgiu com a publicação do tratado sobre geografia médica global desse autor, intitulada *An Attempt at a General Medical-Practical Geography* em 1792 (PESSOA, 1978; BARRETT, 1993; SANTANA, 2014).

Esse tratado de Finke é uma das obras mais detalhadas em discussão conceitual sobre geografia médica escrita, demonstrando explicitamente seu interesse pela abordagem geográfica dos problemas de saúde (BARRETT, 1993). O contexto da publicação da obra de Finke está associado, sobretudo, ao movimento denominado Polícia Médica[4] na Alemanha. Essa política de controle sanitário criada pela Alemanha ganhou notoriedade devido à preocupação com a proliferação das doenças e sua relação com o saneamento das cidades. Conforme Faria (2012), o estado produzia o controle sobre as condições de vida dos cidadãos e sobre suas condições de higiene.

Esse controle sanitário e de proliferação das doenças se constitui no que se acredita ser o primeiro sistema de atenção médica ocidental (MATEZZO, 2008), com enfoque no planejamento regional das ações em saúde. Nesse cenário, segundo Bousquat e Cohn (2004), o médico ocupa uma função fundamental e inédita de ser o gestor de políticas públicas em saúde.

No artigo intitulado *A medical geographical anniversary* de 1993, de Barrett, em comemoração aos 200 anos de publicação da obra de Finke, reconhece as principais contribuições desse trabalho, considerando-a como uma das partes fundamentais da geografia médica. Finke definiu seu trabalho como Topografia Médica, ou seja, descrição das condições médicas de um determinado local, e Corografia Médica, descrição das condições médicas de um país, obtendo seus dados em todas as fontes disponíveis. O pensar sobre a relação entre o espaço e a doença, expressão do movimento neo-hipocrático na última metade do século XVIII, e a geografia médica de Finke tornaram-se um marco para o desenvolvimento da Geografia Médica.

De acordo com May (1978), Finke sistematiza, pela primeira vez, as áreas de estudo da Geografia Médica, a saber: a geografia das doenças, a geografia da nutrição e a geografia da atenção médica. Mazetto (2008, p. 19), compreende a

---

[4] Desenvolve-se no século XVIII, um conjunto de ações estatais sobre a saúde pública, que se convencionou chamar de "Polícia Médica". Essa intervenção estatal no que se refere à saúde se amplia, incluindo a fiscalização dos locais de trabalho, a obrigatoriedade da incineração ou sepultamento dos cadáveres, controle sobre o comércio de alimentos, saneamento das habitações e outras medidas visando a melhoria das condições de vida urbana (ROSEN, 1979).

classificação desse autor, como “adiante de seu tempo”, pois propõe um tema pioneiro, a Geografia dos serviços de saúde.

Conforme Faria (2008, p. 18), a Geografia Médica moderna constitui-se “num contexto de aproximação com o movimento sanitarista na Europa, com a Tropicologia Médica e com os inquéritos regionais de saúde, produzidos pela chamada Topografia Médica”. Nesse momento, o estudo da relação entre a sociedade e a natureza e o processo saúde-doença afirma a posição da Geografia e da Epidemiologia entre as ciências modernas. Entre os trabalhos pioneiros sobre a espacialização das doenças, foi notável a contribuição do médico John Snow, considerado pai da Epidemiologia (MATEZZO, 2008). No ano de 1849 uma grave epidemia de cólera assolava Londres, e o médico atentou para análise do sistema de captação da água e da rede de distribuição de água (poços) na cidade. A partir das amostras de água coletadas e da localização dos óbitos, foi possível espacializar os dados em um mapa do bairro Soho, onde Snow observou que a proliferação da cólera estava vinculada a micro-organismos na água, sobretudo, na bomba d’água da Broad Street, responsável por uma grande concentração de óbitos na área.

Todavia, as teorias hipocráticas e neo-hipocráticas caíram no ostracismo a partir do início século XX, com as descobertas de Louis Pauster e Robert Koch e o avanço da Microbiologia. A “era da bacteriologia” concebia as doenças como sendo causadas por germes e bactérias, ou seja, o agente causador da doença estava presente no corpo. As doenças passaram a ser consideradas sob a perspectiva unicausal. Portanto, era conferida como única causa das doenças “[...] à penetração e multiplicação de uma bactéria e nada mais do que isto, perdeu-se de vista o conjunto das causas que atuam sobre o homem são ou enfermo, bem como o ambiente deixou de apresentar importância [...]” (PESSOA, 1978, p. 24). Essa concepção fez com que os novos estudos compreendessem o processo saúde-doença sem aquela visão integradora constituída com o movimento sanitário na Europa. De acordo com May (1978), nesse momento, os fatores geográficos e ambientais foram relegados a um segundo plano de análise na explicação das doenças. O declínio das pesquisas de Geografia Médica está associado ao sucesso da Microbiologia, pois o ambiente externo ao homem torna-se, nesse contexto, quase irrelevante no que diz respeito à saúde humana.

A Geografia Médica encontrava-se, portanto, no ostracismo dos avanços da Microbiologia, mas vai ressurgir em Pavlovsky e Maximilien Sorre (1951), conforme

(PESSOA,1978). Esses dois autores são considerados expoentes da Geografia Médica Contemporânea.

A mais importante contribuição de Pavlovsky se deu com a elaboração teórica do conceito de espaço geográfico vinculado ao estudo das doenças transmissíveis na década de 1930. O autor desenvolve o conceito de foco natural integrado aos conhecimentos das doenças transmissíveis com a ciência geográfica e a ecologia (CZERESNIA ; RIBEIRO, 2000). Entretanto, esse conceito é aplicado a ambientes que propiciam condições favoráveis às circulações de agentes causadores de doenças, desconsiderando a presença e a ação humana na patologia.

No início do século XX, Maximilien Sorre foi o geógrafo responsável por aproximar a investigação geográfica da saúde, sob uma perspectiva ecológica (GUIMARÃES, 2015). Sorre foi além da abordagem criada por Pavlovsky, na medida em que trabalhou a influência da ação humana na formação e dinâmica dos complexos patogênicos. Sem dúvida, a maior diferença entre esses dois autores está na concepção de que a atividade das populações transforma as condições de desenvolvimento das doenças (CZERESNIA; RIBEIRO, 2000). O conceito de complexos patogênicos ampliou o poder explicativo da concepção de doença, antes restrito apenas, as condições físicas do meio ambiente. Sorre assume a ecologia como eixo central de seus trabalhos e analisa o ambiente produzido pelo homem, considerando, assim, o conceito de Gênero de Vida fundamental para compreensão dos aspectos desenvolvidos pela sociedade.

Embora os trabalhos de Pavlovsky e Max Sorre tenham apresentado limitações teóricas, representaram um movimento de renascimento da Geografia Médica e das discussões sobre a análise espacial na saúde pública e na epidemiologia (FARIA, 2008). De maneira particular, o trabalho de Sorre, que foi, possivelmente, o primeiro geógrafo da escola francesa lablacheana a estudar geografia médica, será fundamental para a institucionalização desse campo de investigação na União Geográfica Internacional em 1952, com a criação da Comissão de Geografia Médica de Saúde e Doença. A referida comissão iniciou suas articulações informalmente no ano de 1949, com um renomado grupo de estudiosos interessados na temática, dentre os quais o próprio Max Sorre e Jacques May (BOSQUAT; COHN, 2004). De fato, era a primeira vez que se organizavam e se sistematizavam, em nível internacional, estudos sobre geografia da saúde.

No relatório produzido pela Comissão de Geografia Médica em 1952 foram apresentados os quatro ensaios escritos por May (1952), Lee (1952), Geddes (1952) e Sorre (1952), considerados por vários autores, como um marco no renascimento da geografia médica (BOSQUAT; COHN, 2004). Outro fato relevante desse momento é a criação, em 1967, do periódico *Social Science and Medicine*, que passa a ser o principal veículo de divulgação dos trabalhos desse grupo de estudiosos entre outros. O periódico publica em 1978, os quatro artigos apresentados na Comissão de Geografia Médica da União Geográfica Internacional, a qual se constituira em 1952. Após trinta anos da criação da Comissão de Geografia Médica, no Congresso da União Geográfica Internacional realizado em Washington, o nome desta comissão é alterado para Ambiente-Saúde e Desenvolvimento (ROJAS,1998).

O contexto do "renascimento da geografia médica" e dos estudos sobre a relação espaço e saúde se dá ainda sob influência da nova corrente do pensamento geográfico: a *New Geography*, também denominada Geografia Teorética ou Quantitativa, no início da década de 1950. A *New Geography* apresenta-se, no cenário científico, como um movimento de ruptura com Geografia Tradicional, tornando-se um novo paradigma científico (BOUSQUAT; COHN, 2004). Dentre os principais objetivos dessa nova corrente do pensamento estavam a objetividade, a elaboração de modelos e teorias para explicação de fenômenos, bem como a utilização de novas possibilidades teórico-metodológicas que foram proporcionadas pela revolução quantitativa, e novos instrumentos tecnológicos (sobretudo, técnicas de geoprocessamento) que foram incorporados aos estudos de análise espacial. Consolidada a influência da *New Geography* na Geografia Médica, houve um próspero aumento na diversidade dos temas estudados (PAUL,1985), ao passo que ocorreu uma diminuição do peso dos estudos empíricos relacionados às doenças (BOUSQUAT; COHN, 2004).

Todavia, inúmeras críticas foram feitas a essa tendência. Bousquat e Cohn, sugerem que as principais críticas

> "[...] referem-se ao fato de que acabou se restringindo, na melhor das hipóteses, a um método, e um método passível de inúmeras críticas, ficando bem longe de suas pretensões iniciais; ao desprezo pelo caráter histórico da relação homem-espaço e pela existência do tempo; ao fato de que, não obstante descrever a mudança com requintes matemáticos, era incapaz de explicá-la." (2004, p. 562)

De maneira geral, o que se considera é que a preocupação demasiada com o rigor científico e com a utilização de métodos matemáticos na avaliação do processo saúde-doença, relegou os aspectos sociais a um segundo plano, pois nem sempre é possível mensurá-los. Critica-se o fato dessa tendência não apreender a dinâmica social na organização do espaço geográfico. No contexto de uma geografia crítica de matriz marxista, os conceitos de espaço geográfico e território oferecerão novas perspectivas aos estudos de geografia da saúde, em especial com as contribuições de Milton Santos. Santos (1996, p. 63) considera que o espaço geográfico é “formado por um conjunto indissociável, solidário e também contraditório, de sistemas de objetos e sistemas de ações, não considerados isoladamente, mas como o quadro único no qual a história se dá”. Pela sua abrangência, essa teoria será muito utilizada para se compreender os processos sociais (históricos e geográficos) e sua relação com a saúde, o que permitiu superar uma visão puramente ecológica do processo saúde-doença (JUNQUEIRA, 2009).

A partir dos anos de 1990, sob o contexto de um mundo globalizado, “[...] a saúde passou a ser considerada como um fator importante para o desenvolvimento econômico social [...]” (FORTES e RIBEIRO, 2014, p. 367). A desigualdade no estado de saúde da população mundial, sobretudo, nos países em desenvolvimento, se acirrou após a globalização. Ela atinge todos os espaços e pessoas do planeta, com escalas e intensidade diferentes, estabelecendo conexões, desde o nível local até o nível global. De fato, essas novas escalas de relações passaram a exigir esforços maiores da Geografia e o caráter social do espaço torna-se a principal linha de investigação dos geógrafos. Sob essa perspectiva, a Geografia passou a debater mais fortemente as questões ligadas à saúde, pois os impactos resultantes da globalização podem acarretar riscos à saúde mundial (FLEURET; ATKINSON, 2007; MACKENBACH et al, 2008; FORTES; RIBEIRO, 2014).

O século XXI trouxe ao mundo novos desafios, principalmente, com as chamadas doenças globais. Com um mundo organizado em redes (CASTELLS, 1999), que aproxima as pessoas e articula os espaços, surgiram enormes desafios para as ações de vigilância epidemiológicas e de saúde. A facilidade de fluxo das pessoas e também dos vírus e bactérias que podem facilmente se propagar em diversas regiões do planeta, aumentou o risco de pandemias. Nesse sentido, se reforçaram a necessidade de conhecer ainda mais o espaço geográfico e as doenças devido a intensa mobilidade e circulação dos agentes infecciosos. Diante desse

contexto, a Saúde Global passou a ser um campo que vem sendo cada vez mais investigado por geógrafos no mundo, tais como, Harding e Santana (2005) sobre a saúde infantil de recém-nascidos em Portugal, Confalonieri e Marinho (2007) e as mudanças climáticas sobre a saúde da coletividade humana, em nível global e no território brasileiro. E, também, os estudos realizados pela geógrafa do Departamento de Saúde Ambiental, da Universidade de São Paulo, Helena Ribeiro, sobre a "Saúde Global: olhares do presente" (RIBEIRO, 2016).

Dado o contexto histórico, os desafios para a Geografia da Saúde se tornaram muito maiores, razão pela qual faz-se necessário ampliar o escopo dos estudos. Dentre os principais temas estudados em Geografia da Saúde atualmente, cita-se a investigação de doenças infecto-contagiosas, doenças crônico-degenerativas, a distribuição de profissionais e equipamentos de saúde, o acesso e a utilização dos serviços de saúde públicos, planejamento regional em saúde e iniquidades em saúde (SANTANA, 2014). Ainda de acordo com a autora, em nível internacional, essa disciplina possui um caráter híbrido, derivado de duas tradições, a saber: Geografia Médica e Geografia da Saúde. O uso do termo Geografia da Saúde ainda não é unânime, também sendo designado por alguns autores anglo-saxônicos por Geografia Médica Contemporânea (CURTIS; TACKET,1996).

No Brasil, foram produzidos vários estudos sobre as questões relacionadas à Geografia Médica e da Saúde e o início do século XXI marca uma ascensão na produção científica dessa temática. Consideremos agora uma breve reflexão sobre a Geografia Médica e da Saúde brasileira desde a obra considerada o marco inicial da produção científica nesta temática até os dias atuais.

1.3 GEOGRAFIA MÉDICA E DA SAÚDE NO BRASIL

As discussões sobre a Geografia Médica, no Brasil, são marcadas na sua fase inicial, especialmente, pelos "[...] estudos descritivos de distribuição de doenças, em especial as infecciosas [...]" (BOUSQUAT; COHN, 2004, p. 550). Atribui-se ao médico francês Joseph François Xavier Sigaud, no ano de 1844, a publicação da obra *Du climat et dês Maladies du Brésil ou Statistique Médicale de cet Empire*, considerada uma das primeiras publicações de Geografia Médica no Brasil (LACAZ,1972; PESSOA, 1978). O modo como esse autor divide sua obra, entre a climatologia do país, a geografia Médica, as patologias intertropicais e a estatística médica do Brasil,

apresenta uma notável base científica, de acordo com Pessoa (1978). Contudo, o autor faz uma ressalva, ainda é possível perceber, nos trabalhos de Sigaud, a influência de crendices populares, que eram bastante aceitas pelas pessoas e comunidade acadêmica naquela época.

Pode-se citar, como principais exemplos de estudos descritivos da distribuição de doenças infecciosas, os trabalhos de Jorge Maia e a elaboração do "Índice Médico Paulista (1860-1936)"; Victor Godinho, em 1909 sobre a "Geografia Médica e Climatologia do Estado de São Paulo"; Seabra e Xavier da Silveira sobre "Geografia Médica de São Paulo" em 1917; Gavião Gonzaga, sobre "Climatologia e Nosologia do Ceará" em 1925; Afrânio Peixoto, sobre "Clima e Saúde" em 1938, dentre inúmeros outros, segundo Pessoa (1941).

Menção deve ser feita, especialmente, aos pesquisadores Osvaldo Cruz e Carlos Chagas. Segundo Lewinsohn (2003), o médico Osvaldo Cruz e seus estudos sobre as moléstias tropicais e sobre a medicina experimental no Brasil foram extremamente relevantes para o sucesso das campanhas de erradicação da febre amarela e da varíola, no Estado do Rio de Janeiro. Fundou em 1900 o Instituto Soroterápico Nacional no Rio de Janeiro, que, posteriormente, passou a ser designado, Instituto Oswaldo Cruz. Destaca-se também a contribuição do médico sanitarisa, Carlos Chagas, o qual foi o cientista e pesquisador responsável pela descoberta do protozoário *Trypanosoma Cruzi* e a tripanossomíase américa, popularmente conhecida como Doença de Chagas. Segundo Lewinsohn (2003), foi o único cientista da história da medicina a descrever totalmente uma doença infecciosa, a saber: patógeno, o vetor, os hospedeiros, as manifestações clínicas e a epidemiologia. Também manteve desde o início de sua carreira na saúde pública, estudos sobre o ciclo evolutivo da Malária.

Outro notável autor, Josué de Castro, irá demonstrar, sobretudo, em suas obras "Geografia da Fome – O Dilema brasileiro: pão ou aço (1957)" e "Geopolítica da Fome (1955)" a influência da proposta teórica de Maximilien Sorre. Josué de Castro, médico nutricionista, traz para o debate uma questão que ele mesmo julga como "delicada e perigosa" e considera ainda um "tabu": a fome. O autor viu na Geografia a possibilidade de conhecer a fome por meio da inter-relação entre seus componentes biológicos, socioeconômicos e políticos, valendo-se de uma capacidade analítica multifacetária e totalizadora (VIEITES; FREITAS, 2009). Baseando-se na Ecologia Humana, método estrutural da obra de Sorre, o autor compreende que é necessário

analisar a fome sobre um viés holístico, viés que poderia ser obtido através dos métodos e princípios da Geografia Humana (CASTRO, 1957). Entre 1952-1956 foi Presidente do Conselho Executivo da FAO, Organismo das Nações Unidas para a Agricultura e Alimentação. Embora pouco reconhecido nacionalmente, devido a Ditadura Militar no Brasil, sua obra “Geopolítica da Fome” foi traduzida em 25 idiomas, recebendo diversos prêmios nacionais e internacionais (VIEITES; FREITAS, 2009). Para Rojas e Barcellos (2003), a Geografia da Fome pode ser considerada a primeira publicação de Geografia da Saúde de um autor latino-americano.

No Brasil, outro importante autor foi Samuel Barnsley Pessoa, médico parasitologista, que se inspirou nas investigações de Pavlovsky, para construir sua obra. Sua contribuição para a escola de estudos em Geografia Médica, no Brasil, ocorreu com a Medicina Tropical. Estudou as endemias que prevaleciam no Brasil, principalmente, as transmitidas por vetores, como as doenças de Chagas e a Malária. Pessoa (1978) ressaltava a importância de reconsiderar “a velha tradição hipocrática” acerca da influência do meio ambiente sobre a distribuição e ocorrência das doenças, que havia sido relegada após o advento da microbiologia.

Outra considerável contribuição à Geografia Média é o livro de Lacaz et al (1972), “Introdução à Geografia Médica no Brasil” e sua ampla descrição dos fatores fundamentais para compreensão do processo saúde-doença. Conforme Lacaz *et al.* (1972, p. 1), na Geografia Médica, “o estudo do enfermo é inseparável do seu ambiente, do biótopo onde se desenvolvem os fenômenos de ecologia associada com a comunidade a que ele pertence”. O autor considera ainda que, quando se estuda a doença sob o viés da Geografia Médica, deve-se considerar, o homem e o ambiente em que está inserido, bem como os fatores geográficos representados pelos fatores físicos, humanos ou sociais e biológicos.

Até meados da década de 1970 os estudos de Geografia Médica eram produzidos majoritariamente por médicos que se utilizam do conhecimento geográfico. Esse movimento se altera nas últimas décadas do século. Isso porque a Geografia passa também a acompanhar a tendência de deslocamento do conceito de doença para o de saúde a partir das preposições da OMS. Este movimento encontrou na Geografia brasileira um terreno próspero, principalmente pela Geografia Crítica que estava sendo produzida no país, propiciando

> “[...] novas abordagens que ressaltaram o engajamento da geografia nos movimentos sociais voltados à justiça social; a Geografia da Saúde passa, então, a enfocar os problemas como decorrentes do contexto

> de iniquidades inerentes ao capitalismo [...]" (MENDONÇA *et al.*, 2014. pg. 47).

Nas décadas de 1980 e 1990, são marcantes as investigações sobre a relação do processo saúde-doença e o ambiente, de um lado, e a disseminação das investigações sobre os serviços de saúde no SUS, de outro. Conceitos essenciais da ciência geográfica passam, então, a ser incorporados pelas novas abordagens da Geografia da Saúde, tais como o espaço geográfico e o território. O conceito de espaço geográfico como categoria de análise da Geografia é utilizado, especialmente, nas investigações da epidemiologia das doenças, evidenciando sua relação com o contexto social e o meio ambiente. São importantes as obras de Luiz Jacinto da Silva (1981) e Francisco Inácio Bastos (1996). Já o território é um conceito da Geografia utilizado, principalmente, nos estudos de planejamento dos serviços, do acesso e utilização dos serviços e compreensão do processo saúde-doença. São importantes as investigações de Paim (1992), Unglert (1993), Mendes (1993), Teixeira, Paim e Vilasbôas (1998), Barcellos *et al.* (1998), Monken (1999) entre outros. Esse conceito ganhou ainda mais notoriedade no Brasil, a partir de 1990, em um momento de debates sobre as políticas públicas de saúde e a implementação do SUS, pois o território é compreendido como consequência das acumulações de conjunturas históricas, ambientais e sociais, que promovem as condições para o processo saúde-doença (BARCELLOS et. al, 2002).

No contexto do século XXI, a realização do I Simpósio Nacional de Geografia da Saúde no ano de 2003, em Presidente Prudente-SP e sua ampliação com o I Fórum Internacional de Geografia da Saúde no ano de 2007, em Curitiba – PR, juntamente ao III Simpósio Nacional de Geografia da Saúde, no Rio de Janeiro, favoreceram a integração e o debate entre profissionais e estudantes associados à problemática da abordagem geográfica do processo-saúde doença. A criação da primeira revista especializada nesse tema, a Hygeia: Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde e a publicação do primeiro número, em 2005, oportunizou as publicações da produção científica relacionada a esta área do conhecimento. Esses fatos, entre outros, permitiram a integração dos pesquisadores e a proliferação de grupos de pesquisa em todo o Brasil, tais como o Laboratório de Biogeografia e Geografia da Saúde - BioGeoS (UNESP), Laboratório de Geografia Médica e Vigilância em Saúde Ambiental-LAGEM (UFU), Laboratório de Climatologia (UFPR), Laboratório de

Informação em Saúde (ICICT/FIOCRUZ). Mais recentemente outros grupos de pesquisa têm surgido no cenário científico. como o Grupo de Pesquisa em Geografia para a Promoção da Saúde (PRÓ-SAÚDE GEO), Laboratório de Geografia Médica e de Promoção da Saúde (UNIMONTES), o grupo de Pesquisas Geotecnologias e análise da paisagem (UEA), O Grupo de Estudos Interdisciplinares sobre Meio Ambiente e Sociedade (GEIMAS- IFSP) e o Grupo de Pesquisa Saúde, Espaço e Fronteira(s) (GESF) entre outros.

1.4 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: DOS ANTECEDENTES À REDEMOCRATIZAÇÃO DA SAÚDE BRASILEIRA

Neste capítulo temático, será apresentada uma discussão sobre a Atenção Primária à Saúde e a meta “Saúde para Todos no ano 2000”, relacionando-a posteriormente com a criação e consolidação do Sistema Único Brasileiro (SUS) no Brasil.

A atenção primária à saúde é uma estratégia de organização do sistema de atenção à de saúde (STARFIELD, 2002; MENDES, 2015). Assim passou a ser idealizada a partir de 1978 com a “Declaração de Alma-Ata”, documento símbolo da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada na cidade de Alma-Ata, atual Cazaquistão. Promovida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), enfatizou a importância da redução das iniquidades sociais e de saúde através da reorientação do modelo médico assistencial para um sistema universal e integrado de atenção à saúde, com intuito de alcançar saúde para todos no ano 2000 (OPAS, 1978).

Conforme disposto na Declaração de Alma-Ata, as enormes desigualdades na situação de saúde das populações do mundo, sobretudo entre os países considerados desenvolvidos e em desenvolvimento, eram reconhecidas pela comunidade acadêmica e consideradas inaceitáveis. Por conseguinte, a declaração recomendava que os governantes ampliassem o acesso aos cuidados de saúde a toda população, principalmente aqueles que não possuíam qualquer forma de assistência, de modo que a insuficiência de recursos financeiros e sua distribuição desproporcional entre os países e no interior de seus territórios fossem minimizados ou eliminados. Reiterou-se nesse documento, a responsabilidade governamental sobre a saúde de seus povos

e o papel fundamental da participação da comunidade na idealização e implantação dos cuidados à saúde.

Com base nos relatórios apresentados na conferência, ficou claro a necessidade de reduzir os abismos entre os incluídos e os excluídos do acesso aos serviços de saúde. A OMS concluiu que a alternativa possível para a realização dessa proposta poderia ser alcançada a partir da Atenção Primária à Saúde (APS). A Atenção Primária à Saúde, segundo o conceito desenvolvido na referida conferência,

> [...] é a assistência sanitária essencial baseada em métodos e tecnologias práticos, cientificamente fundados e socialmente aceitáveis, acessível a todos os indivíduos e famílias da comunidade "[...] a um custo que a comunidade e o país possam suportar em todas e em cada uma das etapas de seu desenvolvimento [...]". (OPAS, 1978, p. 3-4).

A Atenção Primária à Saúde é integrante do sistema nacional de saúde, constituindo função central e o núcleo principal, representando o primeiro nível de contato da comunidade com o sistema de saúde, levando atenção à saúde onde as pessoas estão. A Conferência de Alma-Ata direcionou os países de todo o mundo e seus sistemas de saúde a proporcionar um conjunto de serviços e ações para a população, baseando-se nos cuidados primários à saúde. Na versão final do relatório da conferência, a APS é compreendida como o primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, devendo realizar ações e estratégias prioritárias e altamente impactantes na saúde da população (OMS, 1978).

Não há dúvida que a Conferência e a Declaração de Alma-Ata, causou um impacto positivo sobre o pensamento a respeito da APS e na organização dos sistemas de saúde mundial, representado um marco nos debates sobre políticas públicas em saúde em todo mundo. Na declaração, reafirma-se o conceito de saúde criado pela OMS (1946) - estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade - como direito fundamental de todos. Devido a conformidade de opiniões, conclui-se que a APS era a estratégia necessária para a concretização de um nível de saúde mundialmente aceito, e que permitisse à população levar uma vida socialmente justa e economicamente ativa.

De fato, diversas experiências exitosas, anteriores à Declaração de Alma-Ata, comprovam que a atenção primária pode ser uma alternativa para ampliar o acesso aos serviços de saúde em todo o mundo. Exemplifica-se essa experiência com o relatório Dawson (1920), assinado pelo médico inglês Bertrand Dawson, em que autor idealizou a regionalização dos serviços de saúde na Inglaterra a partir da implantação

de “Centros de saúde primários” (RABELLO, 2010). Outro exemplo é o relatório Lalonde (1974), assinado por Marc Lalonde para o Ministério Nacional da Saúde e do Bem-Estar Nacional do Canadá, em que o autor versou sobre a tese de que é necessário compreender os agravos à saúde como fruto da ação, mais ou menos intensa, de quatro categorias: estilo de vida, condições biológicas, ambiente e serviços de saúde, e não apenas devido à existência de bons médicos (RABELLO, 2010). Pode-se ainda citar a criação, em 1969, do *American Board of Family Practice,* nos Estados Unidos da América, baseada na medicina familiar e reconhecida como especialidade médica americana.

Essas iniciativas de valor histórico exerceram influência nas discussões que precederam a Conferência de Alma-Ata, pois entre 1977 e 1978 várias reuniões foram realizadas com a temática da APS em todo mundo. De acordo com Aguiar (2003), essas reuniões forneceram subsídios e informações, através de discussões e da elaboração de documentos para a realização da Conferência Internacional sobre cuidados primários à saúde e para alcançar a audaciosa meta.

Ainda de acordo com o autor, as conferências pós Alma-Ata são marcos representativos na evolução teórica e prática da saúde. Após oito anos da realização da Conferência Internacional de Cuidados Primários, a APS se difundiu pelo mundo como modelo de organização dos sistemas de saúde, sob um dos seus pilares mais relevantes: a promoção da saúde.

A ampliação de novos conceitos e técnicas acompanharam o próprio desenvolvimento da APS e foram discutidos na I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde em Ottawa, no Canadá, no ano de 1986. A conferência objetivava contribuir com as políticas públicas de saúde em todas as nações, de modo que os povos tivessem garantias de um sistema de saúde equânime e universal (BRASIL, 2002a). A Carta de Ottawa, símbolo dessa conferência, defende que a promoção da saúde é um fator fundamental para a otimização da qualidade de vida, salientando que tal promoção é de responsabilidade de todos e não responsabilidade exclusiva do setor da saúde.

De acordo com a Carta, existem pré-requisitos fundamentais para garantir a saúde: paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade (BRASIL, 2002a). A promoção da saúde contempla cinco campos de ação: 1) implementação de políticas públicas saudáveis, é necessário a construção de prioridades para a saúde e responsabilização pelas

consequências que essas políticas vão ter sobre a saúde da população; 2) a criação de ambientes saudáveis, considerando a complexidade das sociedades e suas relações mundiais em prol da proteção ambiental e conservação de recursos naturais; 3) capacitação da comunidade, através da implementação do conhecimento técnico, científico e político, na tomada de decisões para alcançar um nível de saúde socialmente aceito; 4) desenvolvimento de habilidades individuais e coletivas, favoráveis à saúde de todas as pessoas como a divulgação de informações, educação e poder político; 5) reorientação dos serviços de saúde, com a concepção da promoção da saúde e serviços de assistência à saúde, superando o modelo biomédico centrado na doença e na assistência médica curativa. Sendo assim, a Carta de Ottawa define a promoção da saúde como

> o processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, o indivíduo ou o grupo devem estar aptos a identificar e realizar as suas aspirações, a satisfazer as suas necessidades e a modificar ou adaptar-se ao meio. (OPAS, 1986, pg.)

Posteriormente à realização da Conferência em Ottawa, outras conferências foram feitas sob esse tema, com o fomento da OMS, para a elaboração de espaços saudáveis de trabalho e convivência, maior participação social, compreensão dos determinantes socioeconômicos e de estilo de vida para o desenvolvimento da saúde e uma integração intersetorial (BRASIL, 2002a). Exemplifica-se com, a) Declaração de Adelaide (1988); que reafirma as linhas de ação da Declaração de Ottawa e considera as políticas públicas saudáveis fundamentais para a equidade em saúde e igualdade no acesso aos serviços de saúde, sobretudo, em relação aos cuidados primários, com ampla participação e fomento dos governos para estabelecer ações concretas em nível nacional, regional e local; b) Declaração de Sundsvall (1991), reconhece que um ambiente favorável é essencial para a saúde, bem como todos têm responsabilidade por produzir esses ambientes promotores de saúde, a partir da definição de quatro aspectos: a dimensão social, política, econômica e de inserção das mulheres em todos os setores, objetivando atingir maior justiça social em saúde; c) Declaração de Santafé de Bogotá (1992), com enfoque na promoção da saúde na América Latina, convida a todos a traçar condições e garantir o bem-estar da população, propiciando o desenvolvimento e a saúde; d) Declaração do México (2000), reitera a responsabilidade governamental e dos demais setores da sociedade

para promoção da saúde, tendo em vista que os avanços realizados nos últimos anos, refletiram em mudanças substanciais na saúde de inúmeros países do mundo e que a promoção da saúde é o item elementar das políticas e programas públicos de saúde (BRASIL, 2002a).

As discussões oriundas desses encontros convergiam para uma mesma direção ideológica e política, a Saúde para Todos no ano 2000, como proposto na Conferência de Alma-Ata. No entanto, há critícas ao que se propõe com essa meta. De acordo com Husain (2008), a saúde para todos foi aceita universalmente como objetivo social, e não apenas um objetivo de saúde pela comunidade médica do mundo. Todavia, para alcançar a meta de saúde, necessitaria que ela fosse analisada e operacionalizada, colocando-se de lado, o seu conteúdo ideológico, explicitado através da ideia de homogeneização de "[...] diferentes regimes políticos e modos de produção econômica existentes em sociedades distintas, através de uma suposta neutralidade da saúde [...]" (PAIM, 1986, p.145). De fato, Aguiar (2003) concorda que os ideais propostos em Alma-Ata eram de difícil alcance, sobretudo, em um momento em que vários países do mundo enfrentavam sucessivas crises econômicas e ajustes fiscais, tornando o cumprimento da meta de universalização da saúde bastante restrito.

Em 2008 foi lançado, na cidade de Almaty, antiga cidade de Alma-Ata, no Cazaquistão, o Relatório Mundial de Saúde, elaborado pela OMS, onde consta que a meta de saúde para todos não foi alcançada e a saúde ainda não se configura como um direito de todos (RAWAF; MAESENEER; STARFIELD, 2008). De acordo com os autores, embora a meta não tenha sida alcançada trinta anos depois de proposta, são evidentes a eficiência dos cuidados primários de saúde e a redução das desigualdades sociais na saúde nos países que implantaram essa forma de modelo assistencial.

De acordo com Oliveira e Pereira (2013), a APS é um componente chave dos sistemas de saúde no mundo, visto que é a porta de entrada de qualquer sistema de saúde, e esse fato ocorre devido aos impactos positivos na saúde e no desenvolvimento populacional dos países que a adotam, tais como, bons indicadores de saúde, eficiência do sistema, satisfação dos usuários e redução das iniquidades no acesso aos serviços de saúde. A APS organiza-se por eixos estrutrurantes, internacionalmente conhecidos como atributos essenciais e atributos derivados. No

tópico seguinte, será analisado como esses atributos são essenciais para a consolidação da APS e para organização dos serviços de saúde.

1.4.1 Atributos para a prática da Atenção Primária à Saúde

Para fins deste estudo, serão analisados como atributos específicos e derivados da APS aqueles delineados por Bárbara Starfield, em seu livro “Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias” (STARFIELD, 2002).

Conforme Starfield (2002), a prática da APS se torna possível devido ao delineamento de quatro atributos exclusivos e três atributos derivados. Dentre os atributos exclusivos, o primeiro é o de ser porta de entrada ou o primeiro contato do usuário com os sistemas de saúde. O segundo é a longitudinalidade do contato entre o usuário e os serviços de saúde, ou seja, a existência de uma relação pessoal de longo período entre a unidade básica de saúde e seus profissionais e o usuário. Um terceiro atributo é a integralidade, um dos atributos mais complexos da atenção básica de se atingir, prioriza as ações de promoção e prevenção, atenção em todos os níveis de complexidade da assistência; articulações de promoção, prevenção e proteção à saúde e abordagem integral do usuário e das comunidades. Finalmente, o quarto atributo é a coordenação, que procura responder as necessidades de saúde dos usuários do sistema de modo integrado. A coordenação irá articular diversos serviços e ações de saúde de diferentes pontos de atendimento da rede de saúde.

A autora considera, ainda, os atributos derivados da APS, a saber: orientação para a comunidade, compreendendo suas necessidades de saúde e desenvolvendo ações para saná-los; foco na família de modo que seja possível avaliar e responder às necessidades de seus membros com eficácia; e competência cultural para reconhecer e dialogar com as diferentes necessidades de saúde dos grupos populacionais (crianças, idosos, gestantes, doentes crônicos etc). Conforme Mendes (2002), só existirá a atenção primária à saúde de qualidade quando esses sete atributos desenhados por Starfield (2002) estiverem sendo obedecidos em sua totalidade.

Os atributos específicos da APS não podem se realizar sem uma organização espacial dos serviços. Essa associação geográfica, observa-se, sobretudo, por ser o contato preferencial do usuário com o sistema de saúde. É necessário que,

primeiramente, o usuário reconheça a sua porta de entrada. Para tal, é preciso desenhá-la. A definição dos limites do território de atuação do serviço e a adscrição da clientela é imprescindível para que se consiga organizar os serviços de saúde nas unidades de atenção básica. Conforme Faria (2013), se essa porta for mal desenhada, é provável que prejudique a entrada do usuário no sistema de saúde, bem como a coordenação dos fluxos. A longitudinalidade do contato entre usuário e profissional de saúde, segundo atributo elencado pela autora, também reflete essa associação. Isso porque, a APS deve atuar sobre as condições de saúde e da doença da população, compactuando para uma estreita relação de contato e reconhecimento do perfil epidemiológico da população geograficamente adscrita e suas condições sócio-econômicas e culturais. Essa relação pode traduzir-se em ações de saúde mais resolutivas e equitativas.

Outra associação que pode ser feita diz respeito à integralidade e à coordenação que são fundamentais no papel dos fluxos em todo o sistema de saúde e da rede de atenção. A integração das ações de prevenção e promoção da saúde em todos os níveis de assistência, a redução dos custos e a proporcional melhora nas condições de saúde da população é representada pelo planejamento dos serviços de atenção básica. Caso contrário, segundo Faria (2013), pode agravar as desigualdades no acesso à saúde de qualidade.

No Brasil, a APS foi concebida como um modelo assistencial capaz de reorientar o sistema de saúde e combater as iniquidades de saúde. Diferentemente da literatura internacional, no Brasil, foi adotada a designação Atenção Básica à Saúde, contrapondo-se à concepção político-ideológica de atenção primária seletiva, como foi concebida em inúmeros países, sobretudo, nos países em desenvolvimento (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008). De fato, em alguns locais, a APS ficou conhecida como um pacote de ações pobres para pessoas pobres, ou seja, uma atenção seletiva, de baixo custo e densidade tecnológica e de baixa resolutividade (FAUSTO, 2005; RIBEIRO, 2007; CONIL, 2008) e não universal como sugeria a Declaração de Alma-Ata.

Devido às distintas interpretações que o conceito de Atenção Primária à Saúde obteve pós Alma-Ata, Conill (2008) identifica três concepções dominantes sobre o conceito: cuidados ambulatoriais da porta de entrada dos usuários no sistema de saúde e como uma política de reorganização do modelo assistencial de saúde, de modo, seletivo ou ampliado. Em relação à primeira concepção, a autora entende que

são os serviços ambulatórias de primeiro contato do usuário com o sistema de saúde, com ampla variedade de serviços clínicos, não especializados, capazes de solucionar a maioria das necessidades de saúde dos usuários. A segunda concepção está relacionada à interpretação de um programa focalizado e seletivo, ou seja, um pacote restrito de serviços para suprir determinadas necessidades de saúde de grupos populacionais (geralmente, pessoas em extrema pobreza), com baixa densidade tecnológica e restrição de acesso aos demais níveis de atenção. Essa interpretação é "uma tradução restrita dos objetivos preconizados em Alma-Ata, em 1978, para a Estratégia de Saúde para Todos no Ano 2000" (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008, p. 24). Ou, a terceira concepção, de APS ampliada, que representa um modelo assistencial e de reorganização do sistema de saúde com base na APS, e na atenção integral como preconizado em Alma-Ata.

Nessa última concepção, encontra-se o Brasil. Nos países em desenvolvimento não se conseguiu implantar integralmente a noção de APS, ocasionando a redução do conceito proposto em Alma-Ata e corroborando para um entendimento incompleto e errôneo a respeito de sua conceituação e sua aplicação (AGUIAR, 2003). O Brasil, mediante esforços de todas as esferas de governo e do marco conceitual que foi a criação do SUS, consolidou a consciência social da necessidade de promover saúde a todos os cidadãos, com base na APS. De acordo com Starfield (2002), a APS se tornaria aplicável a todas as nações quando ela fosse compreendida como uma estratégia que integra todos os aspectos dos serviços de saúde considerando a saúde como um conceito amplo e um direito fundamental de todo cidadão. De fato, no Brasil isso foi feito, prova disso é a própria Constituição Federal (1988).

A presença dos atributos da APS no sistema de saúde reflete o fato de que os serviços de atenção básica têm capacidade de atender às necessidades de saúde da população, aumentando o acesso aos serviços e diminuindo as desigualdades em saúde. Tendo a APS como eixo balizador e estruturador do SUS, os atributos da APS, propostos por Starfiled (2002), formam as bases fundamentais para o desenvolvimento de medidas e ações para pôr em prática a ABS no Brasil. Essa relação entre a Atenção Básica à Saúde e o Sistema Único de Saúde será discutida no próximo tópico.

1.4.2 Atenção Básica à Saúde e o Sistema Único de Saúde no Brasil

O Brasil foi fortemente influenciado pelo ideário proposto na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde em Alma-Ata, para atingir a meta *saúde para todos*. Reflexo disso foi o movimento da Reforma Sanitária, que emergiu na segunda metade dos anos de 1970, no Brasil, representando uma dimensão de um movimento mais complexo que se expandia por todos os segmentos da sociedade, ou melhor, o movimento de lutas pela liberdade e a retomada do estado democrático de direito (SANTOS, 2009). Nesse período também ocorre a criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), no ano de 1976; e, três anos mais tarde, a formação da Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva (Abrasco) (PAIM, 2008). De acordo com Paiva e Teixeira (2014), um marco na institucionalidade do movimento de Reforma Sanitária foi a criação e edição de um periódico especializado que se tornaria o principal veículo de difusão do ideário do movimento, o Saúde em Debate.

O contexto inicial de mobilização do movimento sanitário está relacionado ao intenso esforço da comunidade acadêmica e das instituições, junto aos movimentos sociais, ideologicamente orientados por mudanças nas bases de organização do sistema de saúde do Brasil. As concepções da ABS discutidas em Alma-Ata foram, aos poucos, incorporando-se ao ideário reformista, que compreendia a necessidade de reorientação do modelo assistencial médico-privatista vigente. Esse modelo vigente até o início dos anos de 1980 no país, caracterizava-se pela prática "hospitalocêntrica"[5], pelo individualismo, pelo uso irracional dos recursos tecnológicos e pela baixa resolutividade das necessidades de saúde da população, ocasionando a insatisfação de usuários, gestores e profissionais de saúde (PAIVA; TEIXEIRA, 2014). O modelo médico-previdenciário, representado pela centralidade do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), entra em crise em 1980, devido ao aumento de serviços e gastos com a incorporação de novas tecnologias, bem como a incorporação de um grande contingente de contribuintes. Surgia, então, uma mobilização para transformação do modelo médico-previdenciário em um modelo universalista.

As principais reivindicações adotadas pela reforma sanitária incluíam a reorientação do modelo assistencial, o direito universal à saúde, propondo a criação

[5] De acordo com Centa e Almeida (2003, p. 35), "o modelo hospitalocêntrico se baseia no tratamento curativo das doenças, exigindo altos gastos por parte do governo principalmente devido ao uso irracional dos recursos tecnológicos disponíveis."

do SUS; o estado como regulador do mercado de saúde, a descentralização, a regionalização, a hierarquização do sistema de saúde, a participação popular e a necessidade de integração entre saúde previdenciária e saúde pública (CEBES, 1980). Sob essa perspectiva, o papel do CEBES e da Abrasco, junto aos ideais dos demais atores sociais foram fundamentais para que na, VIII Conferência Nacional de Saúde (BRASIL, 1986), fossem estabelecidas as bases do que, dois anos depois, iria ser impresso constitucionalmente. Segundo Paiva e Teixeira (2014), com a publicação da nova Constituição Federal (CF), em 1988, conclui-se o processo de retorno do país ao regime democrático. A atenção à saúde passa a ser assegurada na legislação brasileira pela primeira vez, com a instituição do SUS, sendo considerada direito de todo o cidadão e dever do Estado, representando um dos fundamentos da República Federativa do Brasil (BRASIL, 1988). Conforme Castro e Fausto (2012), a CF passa a reconhecer a saúde como um direito fundamental de todo o ser humano, incumbindo aos governos assumirem as medidas sanitárias e sociais apropriadas para sua garantia.

O SUS, foi criado através da Constituição Federal de 1988, regulamentado e implementado a partir da Leis 8.080, de 19 de setembro de 1990 e da Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990, conhecidas como Leis Orgânicas da Saúde, e normatizado pela publicação das Normas Operacionais Básicas (NOB) (BRASIL, 1991; 1993; 1996). A Lei 8.080, conhecida como Lei Orgânica da Saúde, reforça a estrutura federativa do Estado, regulamentando competências próprias às três esferas do governo (união, estados e municípios), os modos de organização e de gestão e as formas de repasse dos recursos financeiros que seriam transferidos para os estados e municípios, baseados nos seguintes critérios: perfil demográfico; perfil epidemiológico; rede de serviços instalada; desempenho técnico; ressarcimento de serviços prestados (BRASIL, 1990a, 1990b).

O SUS foi estruturado e organizado com base nos princípios e diretrizes da ABS, que é a principal estratégia de reorganização do sistema de atenção à saúde (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008; MENDES, 2011). Em vista de pôr em prática a ABS no país, foi criado o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), no ano de 1991. O PACS transformou-se em uma importante estratégia para aprimoramento do SUS, em virtude da experiência positiva de sua implantação em diversos municípios, principalmente no nordeste brasileiro, resultando na redução da mortalidade infantil e materna e da transmissão de doenças infecciosas. Ainda no

mesmo ano foi publicada a Norma Operacional Básica (NOB-SUS 01/91), com objetivo de funcionamento e operacionalização do SUS, sendo competência do Ministério da Saúde e editada posteriormente duas vezes: NOB-SUS 01/93, NOB-SUS 01/96. A NOB 01/91 definiu o repasse automático dos recursos do fundo nacional de saúde para os fundos estaduais e municipais, sendo 50% por critérios populacionais e 50% de acordo com o perfil epidemiológico e demográfico, com a complexidade dos serviços entre outros, redefinindo a lógica do financiamento e de organização do SUS. A NOB 01/93 definiu critérios e categorias diferenciadas para habilitação da gestão municipal, segundo o tipo de gestão implantada: incipiente, parcial, semiplena, havendo critérios igualmente diferenciados, para o repasse das verbas. Ou seja, descentraliza a gestão das ações e os serviços de saúde.

A NOB-SUS 01/96 é considerada um avanço para o modelo de gestão do SUS, em relação às editadas anteriormente. Essa norma se refere, sobretudo à consolidação da descentralização ou municipalização, revogando os modelos de gestão antecedentes. Sugere que os municípios devam se enquadrar em dois modelos apenas: Gestão Plena de Atenção Básica e Gestão Plena do Sistema Municipal. Outro avanço dessa edição é a alteração na forma do repasse financeiro, que passa a ser feito de acordo com um valor fixo per capita (Piso Assintencial Básico - PAB). Esse fato é extremante importante pois possibilita aos municípios o desenvolvimento de novas estratégias e ações de promoção e prevenção à saúde. Essas normas promoveram à descentralização, transferindo aos estados, e especialmente, aos munícipios o conjunto de responsabilidade e os recursos necessários para operacionalizar o SUS, que anteriormente estavam centralizadas no nível federal. Essas ações normativas aliadas a experiência positiva da implantação do PACS acabaram motivando a ampliação das ações através do Programa Saúde da Família (PSF).

O PSF foi criado em 1994 como um programa de reorganização do modelo assistencial a partir da ABS, com caráter organizativo e substitutivo, fazendo frente ao modelo tradicional de assistência individualizada e privativa (FERTONANI et. al, 2015). A saúde da família passa a ser o objeto principal da atenção à saúde e deve ser compreendida a partir do ambiente em que vive o grupo familiar, pois, assim, permitirá uma compreensão ampliada do processo saúde-doença (BRASIL, 1997). De acordo com Gil (2006), na edição da NOB 01/96 estão os primeiros encaminhamentos

sobre a mudança do modelo de atenção à saúde, com destaque para as ações do PSF, como opção principal.

Com a implantação do PSF e os recursos financeiros específicos destinados aos municípios, sobretudo, o Piso da Atenção Básica, sucederam o fortalecimento da ABS e do PSF no município. A unidade de Saúde da Família é destinada à realização da atenção contínua, com uma equipe multiprofissional- no mínimo, por um médico de família ou generalista, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS), habilitados para desenvolver ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, caracterizando o nível primário de atenção. Simboliza o primeiro contato dos usuários com o sistema de saúde, assegurando o processo de referência e contra-referência nos diferentes níves de atenção, substituindo as práticas convencionais pela atuação com viés da vigilância à saúde (BRASIL, 1997). Em 1997, através da Portaria normativa nº 1886/GM de 18 de dezembro, o PSF passou a ser discutido como estratégia para reorganização da ABS e do SUS no Brasil (BRASIL, 1997) e sua natureza estratégica passa a ser ampliada, quase dez anos depois, com a publicação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB, 2006).

Em 2001 e 2002, o governo federal edita as Normas Operacionais da Assistência à Saúde (NOAS), fundamentais para o avanço e consolidação dos princípios do SUS, sobretudo, no que diz respeito à ampliação do acesso aos serviços e à regulação das ações em saúde. A NOAS-SUS 01/2001 apresenta um conjunto de estratégias para a ampliação das responsabilidades dos municípios na ABS e propõe a regionalização da saúde como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade. A NOAS-SUS 01/2002 reitera as diretrizes definidas pela NOAS-SUS 01/2001 e propõe alternativas capazes de superar as dificuldades e os impasses da implementação do processo de regionalização da saúde (BRASIL, 2001; BRASIL, 2002b). A edição das NOAS abordam, de maneira clara, a organização do SUS e o papel dos estados como ordenadores do processo de regionalização do sistema de saúde. Outra importante contribuição é o estabelecimento de mecanismos capazes de garantir a integralidade da assitência mediante o fortalecimento da Atenção Básica à Saúde.

Reforçando o compromisso dos gestores com o SUS, em 2006, a Portaria GM/Ms nº 399/2006, foi editada com o propósito de estabelecer as diretrizes operacionais do Pacto pela Vida, em defesa do SUS e de Gestão. Regulamentado pela Portaria GM/Ms nº 699/2006, o pacto estabelece o termo de Compromisso de

Gestão em torno de prioridades nacionais, estaduais, regionais e municipais, definindo metas e ações para atender às necessidades de saúde dos usuários. No que diz respeito ao SUS, defende a precisão de conceber os princípios e a qualificação como uma política pública. Defende, também, o contínuo processo de pactuação intergestores na definição de responsabilidades sanitárias e na deliberação de diretrizes de gestão. De acordo com Gawryszewski; Oliveira e Gomes (2012), esses mecanismos jurídicos e normativos objetivam afirmar e ampliar o acesso aos serviços de saúde e aos demais procedimentos fundamentais para o funcionamento do SUS.

1.4.3 Política Nacional de Atenção Básica

Desde a promulgação da Constituição Federal brasileira de 1988 houve uma intensificação na produção sobre questões legislativas, principalmente, do poder executivo federal na produção legal (BAPTISTA, 2010). Nas últimas décadas, o setor da saúde se depara com uma série de medidas governamentais direcionadas para o fortalecimento do SUS, acentuando a ABS como estratégia para a reorganização do modelo assistencial no país. A publicação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), em 2006, tem o objetivo fundamental de unificar essas normativas, portarias e resoluções sobre atenção básica à saúde no âmbito do SUS em uma só política. Ela aponta a redefinição dos princípios gerais, as responsabilidades de cada ente federativo, a infraestrutura e os recursos necessários, bem como as atribuições dos profissionais de saúde e as fontes de financiamento para funcionamento da ABS (BRASIL, 2006).

Diante desse cenário de produção de diversas políticas públicas em saúde, sobretudo, pelo Departamento de Atenção Básica (DAB) do SUS, que é o principal produtor de ações, programas e estratégias do Ministério da Saúde (MS), a PNAB foi revisada em 2011. A publicação do novo desenho da PNAB (BRASIL, 2012) tem as atenções voltadas para os princípios e diretrizes projetados pelo Pacto pela vida, em Defesa do SUS e de Gestão, visto que o pacto deliberou como primazia "consolidar e qualificar a estratégia Saúde da Família como modelo de Atenção Básica e centro ordenador das redes de atenção à saúde no SUS" (BRASIL, 2006, p. 39).

A Portaria GM 2488 de 21 de outubro de 2011, a qual aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelece revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família e para o Programa de Agentes

Comunitários de Saúde (PACS). Reeditada em 2012, a PNAB reconhece a Atenção Básica à Saúde como

> “um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde” (BRASIL, 2012, p. 19).

Curiosamente, verifica-se nessa edição da PNAB que os atributos da APS propostos por Starfield (2002) estão dispostos na normativa como princípios e diretrizes operacionais. No campo conceitual a PNAB (2012) reitera a Saúde da Família como estratégia prioritária para expansão e consolidação da ABS, no âmbito do SUS. O PACS foi renomeado para estratégia, e passa a ser considerado uma forma de transição para a estratégia Saúde da Família. A grande novidade da nova PNAB em relação à anterior é a conformação do SUS em Redes de Atenção à Saúde (RAS). As redes de atenção à saúde, segundo Mendes (2010, p. 82)

> são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde [...].

A inclusão das redes de atenção à saúde na PNAB 2012 buscar atender a Portaria Nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece, pela primeira vez, as diretrizes para a organização das redes de saúde no âmbito do SUS. Nessa nova versão da PNAB, a ABS passa a ter papel fundamental na ordenação das Redes de Atenção (MENDES, 2011).

O contexto político de implementação de novas normativas para ampliação do acesso e melhorias na qualidade dos serviços influenciou a formulação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ - AB), lançado também em 2011 pelo Ministério da Saúde, objetiva incentivar os gestores e as equipes de saúde a melhorar a qualidade da assistência. É uma estratégia que visa ampliar o acesso e a qualificação das práticas de gestão, cuidado e participação na Atenção Básica (FAUSTO *et al.*, 2014). Esse programa articula a avaliação e certificação de qualidade dos serviços de atenção básica e vincula o repasse de recursos, de acordo com a performance atingida na implementação e no desenvolvimento dos fatores avaliados pelo programa.

De maneira geral, a PNAB 2012 preservou a essência da anterior e incorporou as novas normativas publicadas para o processo de consolidação do SUS. Sem dúvidas, a maior novidade é o reconhecimento de outras modalidades de atenção, como o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), UBS Fluviais e equipes de Saúde da Família Ribeirinhas, e a regulamentação dos Consultórios de Rua e, no âmbito da atenção básica à saúde, o Programa Saúde na Escola (PSE).

Com a reestruturação da Política Nacional de Atenção Básica, a atenção básica à saúde foi elevada ao *status* de prioridade governamental. A PNAB não só definiu os dispositivos e normativas para o aprimoramento do SUS, mas também consolidou a ABS junto à sociedade e aos profissionais de saúde. Nessa perspectiva, em 2013, foi lançado o Programa Mais Médicos (PMM) que busca resolver a questão da cobertura emergencial do atendimento básico aos usuários, estendendo o acesso aos serviços de saúde e levando a melhorias na qualidade do SUS (BRASIL, 2013). O PMM surge com um programa capaz de responder ao diagnóstico realizado pela PNAB e propondo soluções eficazes para a qualificação da atenção básica no Brasil. Dentre alguns dos principais desafios da atenção básica na época de criação do programa, estavam a falta de médicos, a necessidade de ampliar o acesso e reduzir as filas de espera por atendimentos e a melhoria na infraestrutura das unidades de saúde.

Com base nesse diagnóstico o programa foi estruturado em três eixos principais, a saber: provimento emergencial, educação e infraestrutura. A contratação emergencial de médicos visa suprir o deficit de profissionais e garantir que todos os cidadãos tenham acesso à atenção básica, em especial, em áreas remotas. O eixo seguinte, a educação, busca promover a expansão do número de vagas para os cursos de Medicina e residência médica em todo o país, bem como a implantação de um currículo com a formação voltada para a Atenção Básica. O terceiro eixo, promove ações voltadas à melhoria da infraestrutura das Unidades Básicas de Saúde (BRASIL, 2013).

A recente publicação da PNAB 2017, acalorou as discussões no meio acadêmico, pois a nova reedição propõe uma série de reveses em relação às normativas anteriores. Entre os maiores críticos da nova edição da política, estão a ABRASCO, o CEBES e a ENSP, que lançaram uma nota de repúdio contra a reformulação da PNAB. Isso porque, a política é marcada por uma série de retrocessos, que vão desde a instituição de financiamento a outros modelos de atenção à saúde, ou seja, de certa forma, deslegitima a Estratégia Saúde da Família

como modelo assistencial prioritário no âmbito do SUS, ameça a presença do agente comunitário de saúde, e prevê a implantação, de modo reducionista, de ações e serviços da ABS, traduzindo em uma atenção básica seletiva dentre inúmeros outros retrocessos.

A reedição da Política Nacional de Atenção Básica ocorreu em meio a uma conjuntura de crise política e econômica, devido à destituição de uma presidenta eleita e a instituição de um novo regime fiscal, que congela os investimentos públicos por 20 anos, com a aprovação da Emenda Constitucional (EC) 95. A emenda foi alvo de intensos protestos em toda a sociedade civil, ocasionando greves e ocupações estudantis em escolas e universidades públicas de todo o país (MARIANO, 2017). No entanto, a emenda foi aprovada.

Esse regime fiscal proporcionará inúmeras consequências, sobretudo, na assistência à saúde dos brasileiros, pois agrava o subfinanciamento do SUS, reduzindo progressivamente os investimentos em recursos. Em um momento de ataque aos direitos sociais e de desconstrução da Constituição Federal de 1988, a proposição dessa nova reedição demonstra um ajuste econômico, que está intrinsecamente relacionado ao contexto político vivenciado no Brasil.

Vale ressaltar, que os resultados de inúmeras pesquisas evidenciaram que o modelo assistencial da Saúde da família, é superior ao modelo tradicional (ROSA; LABATE, 2005; FACCHINI et al, 2006; OLIVEIRA; PEREIRA, 2013). O sucesso da atenção básica no Brasil e seus impactos positivos no acesso aos serviços de saúde e na resolutividade das necessidades de saúde da população perpassa pela continuidade do financiamento da Estratégia Saúde da Família, que passou a ser reforçada com o Programa Mais Médicos. Se implementada essa política, irá comprometer a integralidade e o acesso aos serviços de saúde na AB no SUS. Mas esses efeitos, só serão sentidos na saúde em médio e longo prazo, decorrentes, acima de tudo, da política fiscal imposta com a EC 95.

2.5 ACESSO E UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

O acesso é essencial para o funcionamento dos sistemas de saúde no mundo. Todavia, a conceituação de acesso aos serviços de saúde não é simples e muito menos unânime. Esse conceito é empregado, inúmeras vezes, de forma imprecisa, variando de acordo com o contexto, época e autores. Conforme os estudos de Aday

e Andersen (1974), as diferentes características dos sistemas de saúde e da população podem definir as possibilidades de ingressar ao serviço de saúde ou não. O acesso não depende apenas da disponibilidade dos serviços e recursos, ou seja, não se trata de uma equação equilibrada entre oferta e demanda. De maneira simples, o acesso consiste no fato de que os serviços existem e são efetivamente utilizados por toda e qualquer pessoa que o procura.

Na visão de Unglert, Rosenburg e Junqueira (1987), o acesso engloba numerosos fatores e podem ser analisados de acordo com diversas abordagens. Alguns autores, por exemplo, abordam as características dos indivíduos (ROSENSTOCK, 1990); outros as condições da oferta e demanda (DONADEBIAN, 1973 apud TRAVASSOS; MARTINS, 2004); e outros, ainda, as relações entre os indivíduos e a oferta de serviços (DUTTON, 1986; LEVESQUE; HARRIS; RUSSELL, 2013).

O acesso aos serviços de saúde, na compreensão de Donabedian (2003), indica o grau de ajuste entre os recursos e a população. Esse fato reflete, principalmente, as características do sistema de saúde, que podem atuar aumentando ou diminuindo os obstáculos a serem enfrentados para obtenção dos serviços de saúde para determinada população, não podendo ser considerado mera disponibilidade de recursos em um determinado lugar e momento (UNGLERT, 1990). Conforme estudos de Travassos e Castro (2012), o acesso pode ser considerado como o grau de facilidade ou dificuldade com que as pessoas obtêm os cuidados para satisfazer suas necessidades de saúde. O acesso é considerado, nesse caso, como fator intermediário na relação entre a procura e a entrada no sistema de saúde para receber cuidados. A procura se configura em uma demanda de serviços, que se efetivará se houver recursos existentes para responder às necessidades de saúde do usuário.

Em uma revisão recente do conceito de acesso aos serviços de saúde, Levesque, Harris e Russell (2013, p. 9, tradução da autora) o definem como “oportunidade de identificar necessidades de saúde, buscar serviços de saúde, alcançar, obter ou usar serviços de saúde e realmente ter a necessidade de serviços atendidos”. Nesse caso, o acesso aos serviços de saúde passa a ser considerado como um resultado da interação entre os determinantes das características individuais e dos serviços. Essas determinantes, inter-relacionadas, expressam a capacidade da população de acessar e obter os cuidados de saúde. De fato, é reconhecida pela

comunidade acadêmica que a interação entre características dos usuários e dos serviços (ANDERSEN; NEWMAN, 1973; DUTTON, 1986; LEVESQUE; HARRIS; RUSSELL, 2013), influenciam na utilização ou não dos serviços de saúde.

Conforme Andersen e Newman (1973), a utilização dos serviços de saúde é um produto dos determinantes individuais, do sistema de serviços de saúde e das determinantes da sociedade, da interação entre esses fatores e da experiência passada de utilização dos serviços. Segundo estudos desses autores, pode-se conceituar a utilização como acesso realizado a um dos serviços de saúde. De modo semelhante, destacando a relação entre o conceito de acesso e utilização, Dutton (1986) considerada a utilização como a entrada no serviço de saúde e resultante do processo de interação entre os usuários e prestadores de serviços. É consenso na literatura estudada que a utilização dos serviços de saúde é determinada por inúmeros fatores, pela demanda de serviços, oferta de serviços, atributos individuais (preferências, barreiras financeiras e físicas). Portanto, trata-se de um fenômeno complexo (MENDONZA-SASSI; BÉRIA, 2001). Essa complexidade pode ser bem observada em relação aos fatores sociais, por exemplo, visto que eles desempenham um papel importante na determinação do acesso aos serviços de saúde, e resultam em variações geográficas marcantes nas taxas de utilização dos serviços. Por isso, identificar e medir as variações espaciais do acesso e conseguir determinar o seu efeito na utilização dos serviços de saúde é vital para contribuir com a redução das desigualdades nos resultados de saúde. Contribuição essa, que não vem somente das ciências da saúde, mas também, de filósofos, sociólogos, economistas e geógrafos, construindo a cada dia, um pensamento social em saúde.

Pode-se citar, nesse caso, o geógrafo Milton Santos, cuja produção intelectual nos leva a indagações e interpretações sobre a perspectiva sócio-espacial da saúde. Embora, não tenha se dedicado a temática da saúde em suas obras, o autor traz em muitas de suas concepções, discussões fundamentais para compreender a natureza territorial do acesso aos serviços de sáude. Na perspectiva dos serviços de saúde, o território é considerado como delimitado. No entanto, ele pode ser construído e desconstruído por relações de poder que envolvem diferentes atores que territorializam suas ações com o passar do tempo (SAQUET, 2008). Ou seja, os usos e as funções de cada recorte espacial criam perfis territoriais que revelam as condições de acesso aos serviços de saúde e outros fatores que podem ser derminantes nas situações de saúde em grupos sociais heterogêneos. Os territórios

tem suas características e seu funcionamento, ele inclui alguns e exclui outros, e é nesse sentido que a discussão territorial da saúde se mostra pertinente. O planejamento territorial é capaz de auxiliar na criação de ambientes mais saudáveis, favorecendo a criação de serviços que sejam condizentes com as realidades/necessidades territoriais a que se destinam e ampliando o acesso e a utilização dos serviços (FARIA, 2008).

Segundo Travassos e Castro (2012), a utilização dos serviços de saúde representa o núcleo do funcionamento dos sistemas de saúde e abrange todo contato com os serviços de saúde, seja contato direto (consultas médicas, hospitalizações) ou contato indireto (realização de exames preventivos e diagnósticos). Para as autoras, a utilização dos serviços de saúde é consequência da interação do usuário que busca o serviço e os serviços de saúde disponíveis para esse usuário. A necessidade de saúde do usuário passa a ser o principal determinante na utilização dos serviços de saúde (BARATA, 2008; TRAVASSOS; CASTRO, 2012). Os indivíduos provavelmente utilizarão algum serviço de saúde se acreditarem que são suscetíveis a alguma doença ou necessidade de saúde. No entanto, a ação de buscar assistência médica não deve ser mais problemática e difícil do que a própria necessidade em si, e as barreiras à acessibilidade, tais como a distância, a falta de atendimento e o custo, por exemplo, podem agir como um impedimento e reduzir a utilização dos serviços, mesmo que exista à percepção sobre a necessidade de saúde para usar um serviço de saúde. Nesse caso, os determinantes socioculturais e ambientais da utilização enfatizam que o nível de conhecimento em saúde das pessoas é vital para influenciar a utilização dos serviços de saúde, e isso irá variar entre diferentes grupos socioeconômicos, étnicos e minoritários.

Em relação ao acesso aos serviços de saúde no SUS, algumas questões pertinentes serão apresentadas. Primeiro, o acesso aos serviços do SUS se dá de forma hierarquizada (MENDES, 2011). Conforme Cunha e Vieira-da-Silva (2010, p. 125), “o acesso à rede de unidades assistenciais se iniciaria a partir da responsabilização por uma área geográfica adstrita, com cobertura integral de sua população”. Logo, a atenção básica é responsável pelo primeiro contato do usuário com o sistema de saúde, ou seja, é a porta de entrada do usuário no sistema. Segundo, a atenção básica é o nó de comando das Redes de atenção à saúde. A partir dessa lógica de planejamento, a utilização dos serviços de saúde acontece de forma sistemática e regionalizada.

A atenção básica é o primeiro nível de contato do usuário com o sistema de saúde. De acordo com Mendes (2011), ela é capaz de solucionar até 80% das necessidades de saúde dos usuários, com uso de tecnologias baixa complexidade e custo. É responsável por propiciar ações de promoção, proteção e recuperação da saúde e pela organização do fluxo do sistema de referência e contra-referência. Esse sistema de referência, que á a própria atenção básica, é reponsável por proporcionar ao usuário, quando houver necessidade, o encaminhamento ao nível de referência superior, para que o usuário tenha suas necessidades atendidas.

O próximo nível de atenção à saúde do sistema é o intermediário, responsável pelos atendimentos especializados em saúde, de média complexidade, com procedimentos de médio custo e uso de elevada densidade tecnológica. Não sendo possível sanar a necessidade de saúde do usuário nesse nível, o mesmo, será encaminhado para o terceiro nível de atenção. A alta complexidade é caracterizada pelo uso de alta tecnologia e procedimentos complexos, e, geralmente, os procedimentos são de alto custo (MENDES, 2011). O atendimento nesse nível é realizado em hospitais e hospitais especializados. Após ter sua necessidade de saúde atendida, o usuário, a partir do sistema de contra-referencia voltará a atenção básica para o acompanhamento de seu estado de saúde.

A realidade, no entanto, conforme afirmam Gawryszewski; Oliveira e Gomes (2012, p. 125) “[...] mostra que o pressuposto de existência de uma porta de acesso por meio da rede básica de saúde é fictícia e, na verdade, representa a imposição de diversas barreiras ao acesso da população aos serviços”. Uma vez que os recursos do primeiro nível de atenção, a atenção básica, não são esgotados e há o encaminhamento do usuário para níveis de maior complexidade, acaba refletindo no uso desnecessário de alta tecnologia e atendimento especializado, gerando altos custos para resolução do problema de saúde. Para Gawryszewski; Oliveira e Gomes (2012, p. 125) essa “[...] queima de etapas no processo de cuidado em saúde”, resulta em um encaminhamento inadequado às necessidades de saúde do usuário, e também promove o agravamento na demora de marcação de consultas médicas com especialista e as longas filas de espera. Esse fato demonstra que a visão de um modelo hospitalocêntrico de saúde não está totalmente superada e que as especialidades médicas são mais importantes que a ABS.

2.5.1 Barreiras Geográficas no acesso aos serviços de saúde

Viabilizar o acesso igualitário aos serviços de saúde é um dos objetivos do SUS. De acordo com Melo *et al.* (2013), para avaliar acessibilidade é fundamental conhecer as barreiras entre a oferta dos serviços e a busca desses serviços de saúde.

São vários os fatores associados às múltiplas barreiras ao acesso da atenção básica. De acordo com Donadedian (2003), os fatores que influenciam na acessibilidade aos serviços de saúde são os fatores geográficos, como a distância das fontes de cuidados e sobre disponibilidade e transporte de custos; fatores organizacionais, como os dias e as horas em que as fontes de cuidados estão abertas para receber os usuários; fatores econômicos, como a renda e a posse do seguro de saúde; fatores sociais e culturais, como questões étnicas e/ou religiosas daqueles que procuram o cuidado ou os preconceitos daqueles que o providenciaram.

Em relação aos fatores geográficos, estes se referem aos elementos espaciais, a distância, o tempo e o custo do deslocamento até os serviços de saúde, conforme Giovanella e Fleury (1996). As barreiras geográficas associadas a esses fatores são a distância entre a residência do usuário e a unidade de saúde (medida em metros ou quilômetros), o tempo de deslocamento da residência até a unidade de saúde, a existência ou dificuldade de transporte até a unidade de saúde e a disponibilidade de arcar com os custos do deslocamento. As barreiras naturais ou provocadas pela ação humana, transformando o espaço geográfico, também constituem obstáculos ao acesso pelos usuários do sistema de saúde, pois, impõem dificuldades de deslocamento dos usuários até os serviços de saúde (UNGLERT, 1995; TRAVASSOS E CASTRO, 2012).

A localização das unidades de saúde e a distribuição espacial dos recursos de saúde são fundamentais para compreender as barreiras no acesso aos serviços de saúde (CUNHA; VIEIRA DA SILVA, 2010). Isso porque, quando os recursos são alocados de modo inadequado no território, podem originar barreiras ao acesso e consequentemente iniquidades na saúde da população (CORSCADDEN et al; 2018). A própria PNAB (2012, p. 9) orienta que as unidades de saúde devem estar “[...] instaladas perto de onde as pessoas moram, trabalham, estudam e vivem [...]”, pois desempenham um papel central na garantia à população de acesso a uma atenção à saúde de qualidade.

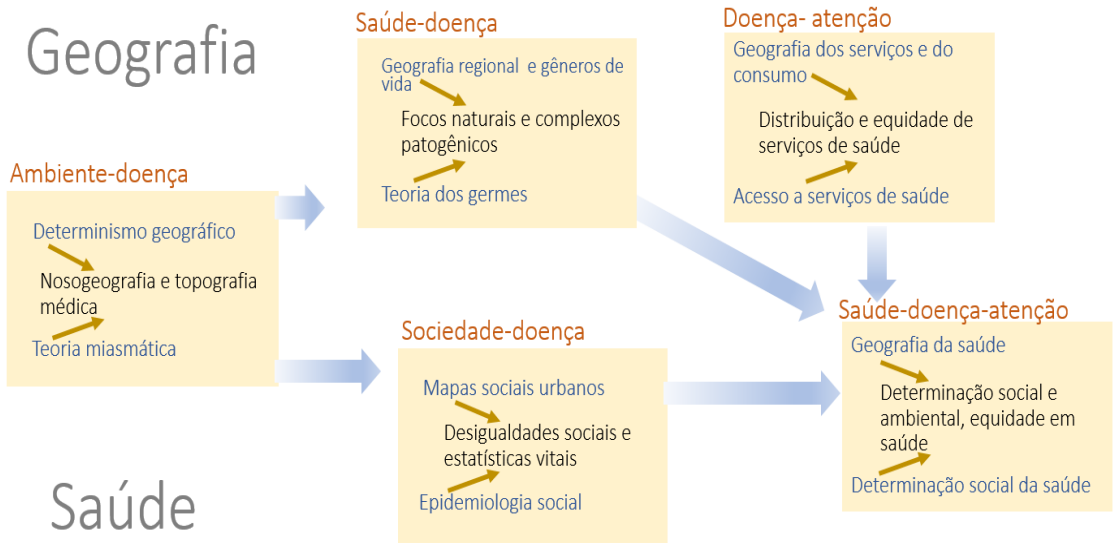
Por isso, a avaliação da acessibilidade geográfica aos serviços de saúde é uma importante ferramenta para apropriação dos critérios e modos de delimitação dos territórios de atuação das equipes de saúde, sobretudo, da atenção básica à saúde (SILVA JÚNIOR *et al.*, 2010). A localização e a oferta de serviços de saúde, dentro de um território delimitado, como das unidades de Estratégia Saúde da Família (ESF), são desafios para a gestão devido à intensa necessidade de planejamento territorial. A ESF objetiva garantir o acesso ao sistema de saúde no nível local, atuando em um território geograficamente definifido e com população adscrita, dirigindo suas ações à saúde da família. Atuar sobre esses territórios constituiu uma das diretrizes fundamentais da ESF. Sendo assim, compreender as principais barreiras geográficas que a população coberta pela ESF enfrenta, a partir da distribuição espacial das unidades no território, é fundamental para o processo de consolidação do SUS e para garantir o acesso equitativo a toda população.

2.6 GEOGRAFIA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NO BRASIL

A ciência geográfica assume-se, desde há muito, como uma ciência contributiva na discussão de temáticas da saúde. Nota-se a presença de elementos metodológicos da Geografia integrados a estudos interdisciplinares na Saúde Coletiva e Epidemiologia, cujo resultado são diversos estudos contemporâneos de epidemiologia social, ecologia de doenças, distribuição de serviços de saúde, desigualdades sociais, difusão de doenças, entre outros (SANTANA, 2004; BARCELLOS, BUZAI E HANDSCHUMACHER (2018).

Surpreendentemente, do lado da Geografia, a aproximação com a Saúde Coletiva parece, ainda hoje, acontecer de forma indireta. Não por acaso, conforme Guimarães (2015), percebe-se esse movimento de aproximação, mais do lado da saúde coletiva em direção à Geografia, do que o contrário. Isso porque a saúde coletiva e a epidemiologia passam a incorporar aspectos do arcabouço teórico da Geografia nas análises de questões relativas à saúde das sociedades e sua relação com o espaço geográfico.

Figura 1: Síntese da relação Geografia e Saúde



Fonte: Barcellos; Buzai; Handschumacher (2018)

Os geógrafos passam a se apropriar das discussões no campo da saúde pública e coletiva e a incorporar nas suas investigações o conceito de saúde a partir dos fundamentos da Geografia humana (GUIMARÃES, 2015). Essa apropriação se dá devido ao desenvolvimento de uma reflexão sobre o propósito dos geógrafos da saúde e a necessidade de ampliação de temas e enfoques de estudos de geografia da saúde, muito além de um conjunto de estudos limitados à distribuição espacial das doenças.

Essa redefinição dos rumos da Geografia da Saúde será melhor percebida a partir do ano de 1976, quando no congresso da UGI, além do reconhecimento da denominação Geografia da Saúde, serão definidas duas linhas de aplicação da abordagem geográfica da saúde. De um lado, a geografia das doenças, cuja preocupação inicial é o processo saúde-doença; e por outro lado, a geografia dos serviços de saúde, cujas investigações principais são a relação doença-atenção, conforme Barcellos, Buzai e Handschumacher (2018 (2018).

Consequentemente, então, a Geografia da Saúde passa a incluir no seu rol de discussões uma maior diversidade de temas, desde a vigilância de doenças e seus principais determinantes, a prevenção de doenças, o acesso a serviços de saúde e a atenção e a organização dos serviços de saúde, esta última de desenvolvimento relativamente recente. Barcellos, Buzai e Handschumacher (2018) concluem que

investigar estas temáticas requer primeiramente, uma visão ampliada do conceito de saúde e que se reconheça que o processo de saúde-doença-atenção, é indivisível (Figura 1).

As investigações sobre a geografia dos serviços de saúde no Brasil, privilegiam duas temáticas principais, a saber: o acesso aos serviços de saúde e à organização dos serviços e planejamento territorial do SUS.

As discussões sobre acesso aos serviços de saúde se tornam pertinentes como linha de investigação da Geografia da Saúde, sobretudo, a partir da realização de pesquisas sobre o acesso e o direito a saúde, as desigualdade no acesso e utilização dos serviços de saúde, incluindo ainda questões que envolvem a acessibilidade geográfica, constituindo alguns temas que estão a aflorar nos estudos dos geógrafos da saúde. Não por acaso, Guimarães (2019) refere que o primeiro estudo da Geografia da Saúde do Brasil foi uma dissertação de mestrado que tratou da questão do acesso aos serviços de saúde, trabalho realizado pela Professora Leila Christina Dias[6], no Programa de Pós-graduação em Geografia da UFRJ, em 1980.

Posteriormente, diversos trabalhos, como de Unglert; Rozenburg; Junqueira (1987), demonstram aproximações entre a Geografia Humana e a saúde pública; esses autores sugerem denominar como Geografia em Saúde Pública, devido à contribuição dada pela abordagem geográfica à discussão do acesso. Ademais, Guimarães (1994) investigou a implementação das ferramentas tecnológicas no âmbito da saúde e os processos de produção do espaço urbano, e Oliveira (2005) perscrutou as disparidades na acessibilidade geográfica aos serviços de saúde no Brasil.

Santana (2005), em uma investigação sobre as principais temáticas discutidas na Geografia da Saúde em Portugal e no Brasil, demonstra o crescente interesse dos geógrafos brasileiros pela Geografia dos Serviços de Saúde, ou da Atenção Médica, como prefere denominar. Os resultados da pesquisa corroboram para o fato de que no Brasil, as investigações se direcionaram, preferencialmente, para as questões do acesso e da acessibilidade aos cuidados de saúde. Essa temática passou a integrar como um dos principais elementos metodológicos, o Sistemas de Informações Geográfica (S.I.G.) e a produção cartográfica, que são empregados para a compreensão dos mais variados contextos. Além do mais, o uso de dados

[6] DIAS, Leila Christina. **Uma interpretação geográfica do acesso a recursos sociais:** a saúde em Copacabana. Rio de Janeiro, UFRJ, 1980 (Dissertação de Mestrado).

secundários oficiais, produzidos por censos (IBGE) e inquéritos populacionais, e dados oriundos dos sistemas de saúde (DATASUS), permitem a construção e análise de diversos indicadores de saúde, como o acesso.

Ocupa-se também nessa linha de aplicação as discussões sobre a orientação de políticas públicas em saúde, comparações entre os sistemas internacionais dos serviços de saúde, acessibilidade aos serviços e aplicação destes. Um dos mais importantes trabalhos realizados é a tese intitulada “Uso do Território Brasileiro e os Serviços de Saúde no Período Técnico-Científico-Informacional”, de Elisa Almeida em 2005. O trabalho se apropria do repertório teórico miltoniano no tratamento dos sistemas técnicos de saúde, utilizando o território usado como categoria de análise principal (ALMEIDA, 2005).

A segunda temática de discussões da linha da geografia dos serviços de saúde representa também, o segundo tema com maior número de publicações no Brasil, e está relacionado à organização dos serviços e planejamento territorial do SUS, embasado em abordagens do pensamento crítico (77% dos trabalhos publicados sobre esse tema) (GUIMARÃES, 2016). Trata-se de estudos sobre a oferta e demanda de serviços de saúde (atenção básica até os serviços de alta complexidade), a distribuição espacial dos equipamentos e serviços de saúde, a cobertura de programas de monitoramento, sobretudo, em áreas urbanas devido à necessidade de assimilação das inúmeras mudanças socioespaciais que ocorrem no Brasil após a implementação do SUS.

De fato, após a expansão físico-territorial dos serviços de saúde e da capilarização dos programas de saúde pública pelos municípios brasileiros em virtude da implementação do SUS no país, o espaço geográfico destaca-se do ponto de vista do controle administrativo, em diversas escalas, ou seja, em nível municipal, regional e federal (GONDIM *et al.*, 2008).

Conforme estudos de Viana *et al.* (2018), os autores consideram que ocorreram dois importantes ciclos políticos de organização do SUS. Utilizou-se sua definição teórica para compreender esses ciclos e articulá-la ao debate da Geografia dos serviços de saúde produzidas no Brasil nos dois períodos mencionados. O primeiro ciclo refere-se a descentralização para os entes subnacionais do governo, com a esfera municipal como protagonista (1988 a 2000) e o segundo ciclo, com o início do processo de construção de Regiões de Saúde, ou regionalização, e das Redes de Atenção à Saúde (RAS) (2000 até os dias atuais). Vale mencionar que são diferentes

os contextos de um período e de outro, tanto políticos, econômicos e sociais, quanto de modelo de atenção à saúde, financiamento e gestão.

Diante do contexto de institucionalização do SUS, ainda no final da década de 1980, foi proposta a criação de distritos sanitários em todo o Brasil (MENDES, 1993), o qual configura-se como marco do primeiro ciclo político de organização do SUS. De acordo com Paim (1993) essa distritalização representava o modelo de organização espacial dos serviços do SUS, em especial, no que diz respeito aos serviços de atenção básica à saúde dos municípios. Contudo, Gondim *et al.* (2008) afirma que essa ideia foi sendo posta de lado, à medida que outra forma de organização ganhou força: o Programa Saúde da Família (PSF) e a territorialização dos serviços de saúde.

São facilmente identificáveis na definição da territorialização da saúde, aspectos centrais do conceito geográfico de território, como a delimitação de fronteira, as relações de poder e os múltiplos atores sociais que o produzem (FARIA, 2012). É possível que Unglert (1993;1995) seja a primeira a utilizar e aplicar, de forma efetiva, o conceito de territorialização da saúde no Brasil. Isso reflete o fato de que, nesse momento, o principal debate conceitual da Geografia da Saúde está vinculado às questões de saúde e à relação entre espaço geográfico e território (GUIMARÃES, 2015).

No tocante ao segundo ciclo político a estratégia da regionalização da saúde e as RAS aparecem com força nos documentos oficiais. Com o avanço das discussões sobre o planejamento territorial dos serviços de saúde, o conceito de região passou a ser incorporado no planejamento da política nacional de saúde. Nesse contexto, o governo federal começa a investir nesse novo ciclo de políticas que visam à regionalização. Essa política tem início com as Normas Operacionais de Assistência à Saúde (BRASIL, 1991; 1993; 1996) e se fortalece com o Pacto pela Saúde (Brasil, 2006), que discute o processo de implementação de regiões de saúde, com um dos pilares fundamentais da saúde no Brasil, e dez anos mais tarde, pela introdução das RAS e a construção de sistemas integrados de saúde. De acordo com Viana *et al.* (2018, p.1792) as RAS são “portadoras de uma nova lógica de gestão e organização dos serviços de saúde e facilitadoras da integração do ponto de vista territorial do processo ou de territorialização”.

Sob regência desse novo ciclo, alguns trabalhos produzidos dão a dimensão do debate conceitual, como em Guimarães (2005) em que o autor faz uma investigação sobre a relação das regiões de saúde e das escalas geográficas,

discutindo sobre a organização dessas regiões, e se as medidas governamentais avançaram na forma de organização dos serviços de saúde ou, simplesmente, se reforçam a estrutura hierárquica existente. Outros como, Albuquerque e Viana (2015), utilizam- se do referencial teórico da geografia humana (geografia crítica) e da análise de políticas públicas para debater as perspectivas de região e redes na política de saúde brasileira.

Levando em consideração tais reflexões, as pequisas da Geografia dos serviços de saúde foram engrandecidas pelas análises e contribuições teóricas da produção do espaço, impulsionadas também, pela dinâmica da rede de serviço da saúde (GODOY, 2015). Essas análises, por sua vez, eram pouco abordadas nas investigações geográficas. Por isso, os estudos geográficos que buscam refletir sobre as redes de saúde, a regionalização da saúde e os serviços de saúde ganham ainda mais força, pois é perceptível a relevância desses estudos nos processos de produção do espaço “[...] como um conjunto indissociável de sistema de objetos e sistema de ações” (SANTOS, 1996, p. 19).

Há de se destacar que o desenvolvimento de uma Geografia dos serviços de saúde, no Brasil, ainda se encontra em um estágio incipiente, contudo, estudos mencionados anteriormente revelam a importância deste campo de estudos para além dos limites da ciência geográfica, pois promovem importantes investigações e discussões na saúde pública. Nesse sentido, a discussão sobre o acesso aos serviços de saúde públicos torna-se inovadora devido à escassez de pesquisas sobre a temática, ao passo que possibilita resgatar os estudos de Geografia dos serviços de saúde tão pouco discutidos no país.

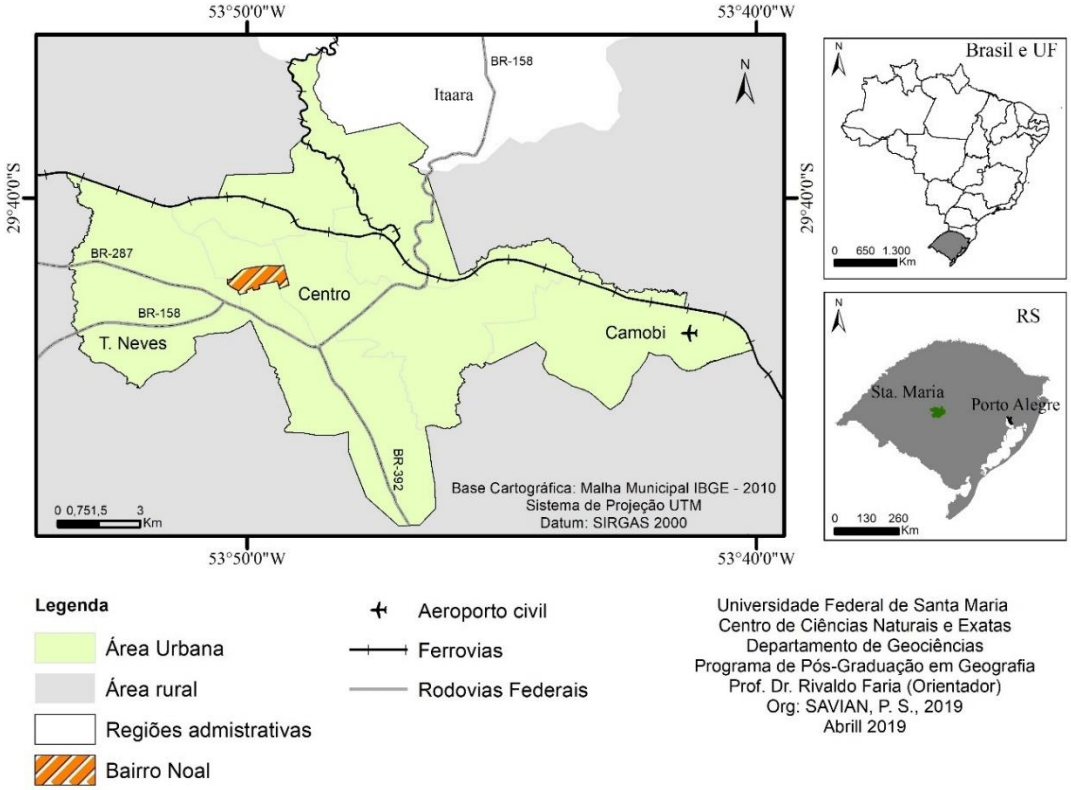
2. MATERIAIS E MÉTODOS

3.1 DESENHO DO ESTUDO

A presente pesquisa trata-se de um estudo transversal de base populacional[7] que foi realizada no Bairro Noal, localizado na região administrativa Centro-Oeste, na área urbana do munícipio de Santa Maria, Rio Grande do Sul (Figura 2).

O município encontra-se localizado na região central do Estado do Rio Grande do Sul, Brasil, sob a latitude central 29º 41’02” e longitude central 53º48’25” (IBGE, 2010). De acordo com o IBGE (2017), o município tem área total de 1.788,1 km² e possui uma população estimada de 278.445 mil habitantes, com cerca de 95% da população residente na área urbana.

Figura 2: Localização da área de estudo, Bairro Noal, Santa Maria, RS



Fonte: Org. da autora, 2019.

[7] Os estudos transversais visualizam a situação de uma população em um determinado momento, (ROUQUAYROL & ALMEIDA, 2006), e são também chamados de inquéritos epidemiológicos, pois, a partir destes estudos, pode-se inferir algo, fato que os difere dos estudos descritivos.

A definição da área de estudo deu-se através de três principais fatores: privação social elevada, adquação da unidade de saúde às normas da PNAB (2012) e conversas sistemáticas com os gestores da Atenção Básica à Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Santa Maria (SMSSM). O primeiro critério para definição da área de estudo foi considerar os níveis de privação social a que está submetida a população de Santa Maria (SAVIAN, 2016). Segundo orientações da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB, 2017), as unidades básicas de saúde da família devem estar localizadas, preferencialmente, nas áreas mais carenciadas e vulneráveis, que é o que ocorre nesse bairro. Segundo estudo de Savian (2016), trata-se de uma área carenciada, indicando alto nível de privação social e material da população. O segundo critério utilizado foi a aderência às normativas da PNAB (2012). E o útlimo critério para definir a área de estudo foram os diálogos sistemáticos com os gestores dos serviços de ABS da Secretaria Municipal de Saúde de Santa Maria (SMSSM), no setor do Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEPeS).

Esse diálogo foi facilitado devido à participação no projeto de extensão intitulado “Implementação de tecnologia geográfica nas ações de planejamento e vigilância à saúde na cidade de Santa Maria”, registrado no Sistema de Informações para o Ensino (SIE) da UFSM, sob o número 045575 e coordenado pelo Núcleo de Pesquisa em Geografia da Saúde (NePeGS) do Departamento de Geociências da Universidade Federal de Santa Maria. De acordo com resultados do referido projeto (FARIA, 2017), nesse bairro, existem dois modelos de assistência à saúde: o modelo de saúde da família (ESF Lídia) e o modelo de Unidades Básicas de Saúde tradicionais (UBS Centro Social Urbano). Ambos os serviços de saúde, localizados no Bairro Noal, são públicos e a intenção foi saber se eles cumprem seu papel na atenção básica à saúde. Portanto, a partir desses três critérios utilizados e de uma vasta extensão de revisão de literatura, acreditou-se que o Bairro Noal possuia as características ideais para a realização da pesquisa sobre o acesso e utilização dos serviços de saúde.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da Universidade Federal de Santa Maria/ Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa, sob o parecer número 2.272.068 (Anexo 1), atendendo, portanto, a resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Os procedimentos metodológicos foram definidos e organizados em quatro seções integradas, a saber: pesquisa bibliográfica; levantamento da base de dados; modelagem e análise da base de dados.

3.2 PESQUISA BIBLIOGRÁFICA

Buscou-se, por meio de uma revisão bibliográfica narrativa (ROTHER, 2007), descrever e discutir o desenvolvimento do referencial teórico através da análise de artigos e demais publicações sobre a Geografia Médica e da Saúde, o Sistema Único de Saúde e os conceitos de Atenção Básica à Saúde e acesso e utilização dos serviços de saúde. Para escrever o estado da arte do assunto em pauta, consideraram-se os artigos científico publicados nas principais revistas brasileiras de Saúde Coletiva e Geografia, a saber: Revista de Saúde Pública, Cadernos de Saúde Pública e Saúde e Sociedade, Hygeia; e também, observaram-se livros, dissertações e teses, nacionais e internacionais. As plataformas de pesquisa digitais utilizadas foram o *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e Google Scholar.

Vários trabalhos foram consultados na área da Geografia. No entanto, como a Geografia da Saúde é um tema interdisciplinar, foi necessário alargar a pesquisa bibliográfica a áreas correlatas à Geografia, como as Ciências Sociais e as Ciências da Saúde. Isso porque as revisões narrativas não utilizam critérios predefinidos na metodologia de busca de referências e nem os critérios utilizados para avaliar e selecionar as pesquisas que constituem a revisão de literatura. Essencialmente, a análise da literatura utilizada foi escolhida a partir da interpretação e da análise crítica pessoal do autor (ROTHER, 2007).

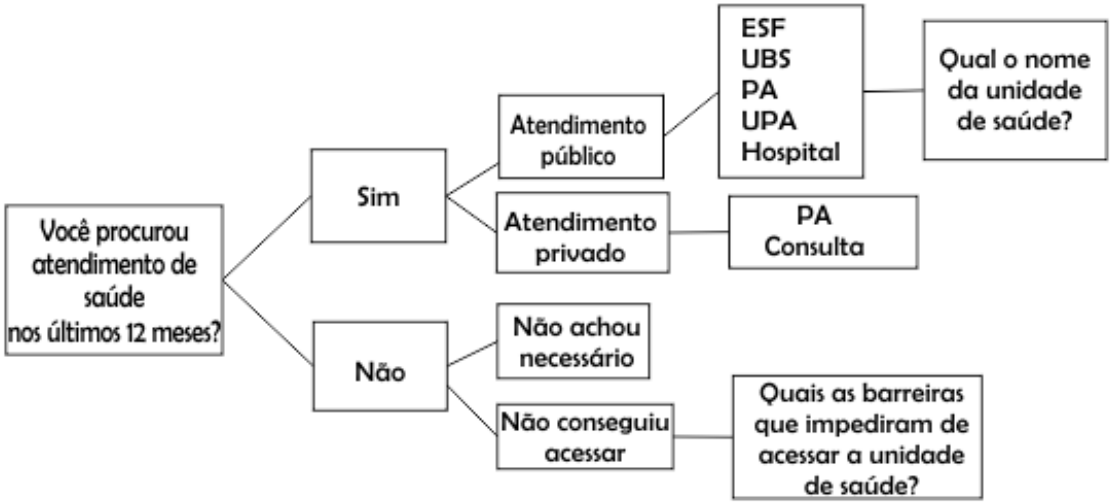
3.3 LEVANTAMENTO DA BASE DE DADOS

O levantamento da base de dados secundários deu-se a partir de pesquisa na plataforma digital do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), com base no Censo Demográfico de 2010 para todo o município de Santa Maria, RS. Na plataforma digital do IBGE, foram obtidas também as bases cartográficas em escala 1:50000 em Sistema de Projeção Cartográfica SIRGAS 2000 para a elaboração da cartografia temática utilizada na discussão.

Outra fonte de aquisição de dados utilizada na pesquisa foi obtido junto à Secretaria Municipal de Saúde de Santa Maria, no setor do Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NePeS). Esses dados foram coletados através do projeto de extensão “Implementação de tecnologia geográfica nas ações de planejamento e vigilância à saúde na cidade de Santa Maria”, realizado entre os anos de 2016 e 2017. Dentre os produtos dessa ação extensionista que foram utilizados nessa dissertação encontra-se a localização das unidades de saúde de acordo com o tipo, o limite dos territórios e das microáreas de atuação das Equipes Saúde da Família (ESF) e Equipes Agentes Comunitários de Saúde (EACS).

O instrumento de coleta de dados primários sobre o acesso e a utilização dos serviços de saúde foi um questionário padronizado aplicado na forma de entrevista. O questionário elaborado teve como base as questões da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) realizada no ano de 2013. As questões foram adaptadas da PNS e com base no fluxograma elaborado pela autora (Figura 3), a fim de atender às questões científicas da pesquisa.

Figura 3: Fluxograma do desenvolvimento do questionário sobre o Acesso e Utilização dos serviços básicos de saúde.



Fonte: Org. da autora, 2019.

A elaboração do fluxograma procura contribuir para a operacionalização dos objetivos que a pesquisa propõe. Partindo desse pressuposto, primeiramente, a entrevista busca atender a questões específicas da pesquisa, que é saber se o sujeito

de pesquisa utilizou algum serviço de saúde nos últimos doze meses (médica e/ou odontológica). A depender da resposta do sujeito, se sim ou se não, procura-se saber se esse atendimento foi público ou privado. Essa questão nos interessa, pois, ambos os serviços de saúde localizados no Bairro Noal, são públicos e a intenção é saber se as pessoas estão utilizando esses serviços. A partir de então, foram elaboradas as questões que constam no questionário, o qual foi aplicado aos sujeitos de pesquisa (Anexo 2), que estão divididas em 5 módulos, a saber: módulo 1 - características do usuário, módulo 2 - informação do domicílio, módulo 3 - visitas domiciliares de equipe de saúde da família e agentes de endemias, módulo 4 - cobertura de plano de saúde e módulo 5 - utilização dos serviços de saúde.

Essa metodologia é amplamente utilizada para avaliação de serviços de saúde sendo útil para o planejamento em saúde por possuir um alto poder descritivo (FACCHINI, 2006; DIAS-DA-COSTA *et al.*, 2008). Além disso, possui agilidade em sua realização e relativo baixo custo. Em relação a abordagem, nessa dissertação, trabalhou-se com a abordagem quantitativa, pois a análise dos dados obtidos, através do questionário respondido pelos sujeitos da pesquisa e de outra série de dados secundários obtidos no IBGE e Departamento de Informática do SUS (DATASUS), é de natureza numérica.

3.4 AMOSTRA/POPULAÇÃO-ALVO

A partir da realização do cálculo amostral, ficou definida uma amostra de duzentas e cinquenta (250) pessoas a serem entrevistas. A população-alvo do estudo são indivíduos com idade igual ou superior a 18 anos, de ambos os gêneros, residentes no bairro Noal. Os sujeitos da pesquisa são divididos em dois agrupamentos distintos:

- Grupo I: população residente no bairro Noal, cobertos pela ESF Lídia e prováveis usuários do serviço.
  Entrevistados: 125 pessoas
- Grupo II: população residente no bairro Noal, cobertos pela UBS “tradicional” Centro Social Urbano e prováveis usuários do serviço.
  Entrevistados: 125 pessoas

3.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Os critérios de inclusão e exclusão dos sujeitos na pesquisa foram os seguintes:

Inclusão: Ter idade igual ou superior a 18 anos e ser residente do bairro Noal.

Exclusão: Ter idade inferior a 18 anos e não ser residente do bairro Noal.

3.6 ANÁLISE ESTATÍSTICA

A análise dos dados será realizada com uso de técnicas exploratórias de dados espaciais. Primeiramente será realizada a análise descritiva dos dados, apresentando a distribuição de frequências relativas e as médias e desvios padrão para variáveis contínuas. Posteriormente será realizada análise descritiva com base na distribuição proporcional para as características demográficas e socioeconômicas, para as condições de saúde, acesso e utilização dos serviços de saúde.

A análise estatística dos dados dependeu do tipo de variável selecionada. As variáveis foram as seguintes: dicotômicas, categórica nominal, categórica ordinal, numérica discreta. Para análise dos dados, foi utilizado o programa estatístico BioEstat 5.0. A análise descritiva incluiu cálculos de proporções e intervalos de confiança de 95% para as variáveis categóricas. Nas variáveis numéricas, foi calculada a média, mediana e desvio-padrão. Para associação entre variáveis qualitativas, foi utilizado o teste do Qui-quadrado de Pearson.

Os dados também foram analisados em Sistema de Informação Geográfica (SIG) com uso de operações de estatística espacial, empregando a utilização do Programa ArcGis da empresa Esri. A representação gráfica das classes foi feita com recurso ao método de quebras naturais (*natural breaks*), evitando a existência de classes vazias e refletindo a variabilidade real das variáveis, segundo Ferreira (2014). Após a modelagem, foi produzida a cartografia temática utilizada na discussão do estudo.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

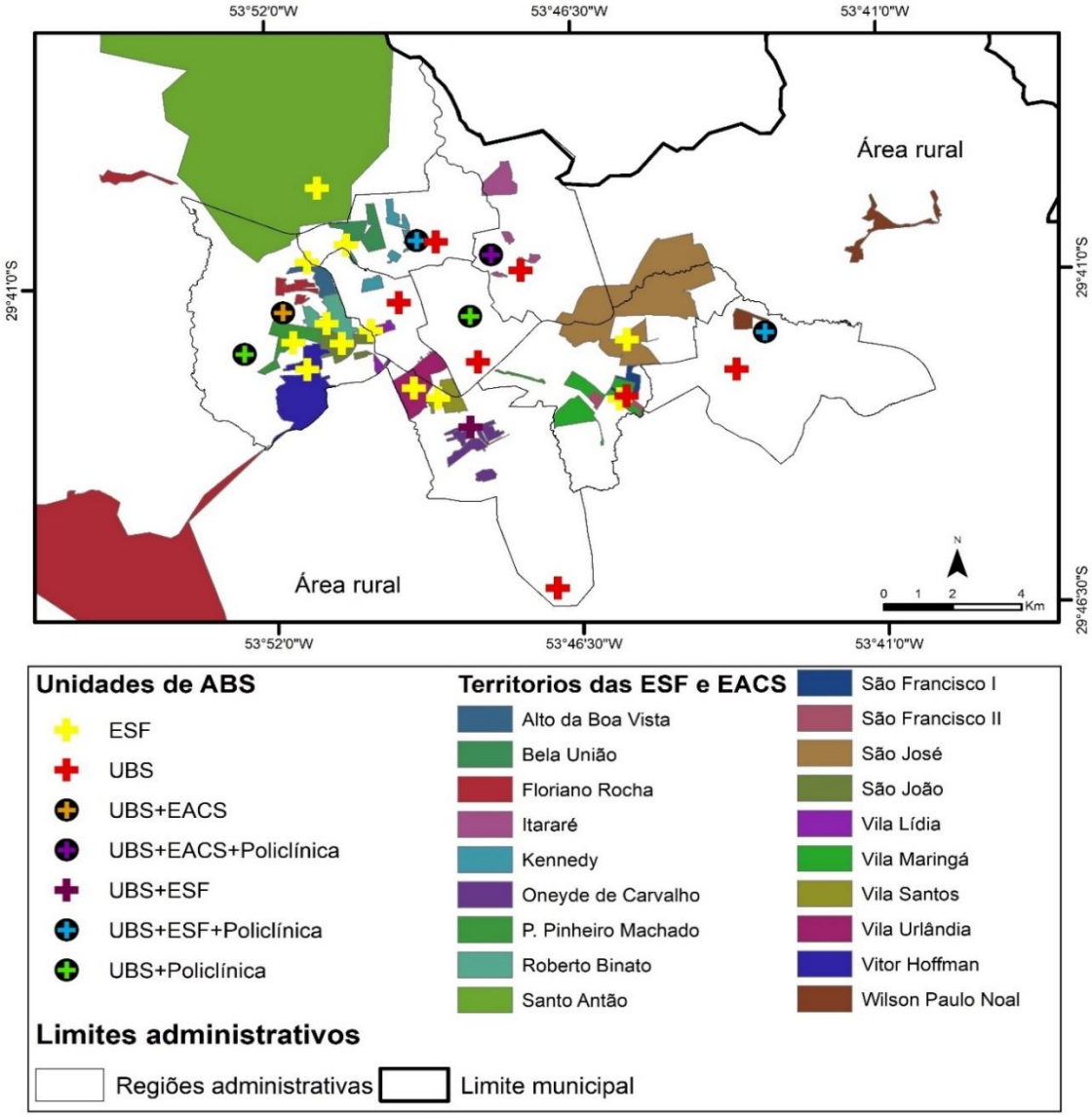
4.1 CARACTERIZAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA NO SUS NA ÁREA URBANA DE SANTA MARIA, RS.

A figura 4 apresenta como está organizada territorialmente a atenção básica à saúde em Santa Maria, RS. O município tem uma ABS fragmentada em dois modelos de atenção, a saber: o modelo territorializado, representado pela Estratégia Saúde da Família (ESF) e Equipes de Agentes Comunitários de Saúde (EACS), com território definido e população adscrita, organizado sob a dimensão da saúde da família; e o modelo não territorializado, representado pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) tradicionais, sem território definido e população adscrita e organizado para atender a uma demanda espontânea (FARIA, 2018). Tanto as UBS tradicionais, quanto as EACS são modelos de organização territorial, que estão em processo de transição para se reorganizar sob o viés da saúde da família. Portanto, devem ou deveriam deixar de existir, adaptando-se às orientações da PNAB (BRASIL, 2017).

Em Santa Maria, atualmente, são onze Estratégias Saúde da Família (ESF) e cinco Equipes Agentes Comunitários de Saúde (EACS) instaladas na área urbana, atendendo em média, respectivamente, 48.999 habitantes e 15.000 habitantes. Isso se considerar as recomendações da PNAB (2017) de que cada equipe de Saúde da Família deve atender no máximo 3.500 pessoas, sendo o mínimo recomendado de 2.000 pessoas. Em relação às ESF/EACS, o percentual de habitantes coberto por esse serviço em Santa Maria é de aproximadamente 22,98% da população. Portanto, a cobertura de ABS em Santa Maria está bem abaixo do esperado quando comparada à média estadual e nacional, que é, respectivamente, 72,6% e 65,0% da população coberta (SIAB, 2017).

A fragmentação em dois modelos de atenção assinala que não houve ainda um processo consistente de substituição da atenção tradicional em relação à saúde da família em Santa Maria (Figura 4). Há um processo lento de substituição que contribui para existência de vazios assistenciais. Devido a essa organização fragmentada, que é algo relativamente comum na maioria dos municípios brasileiros, foi apresentado, no ano de 2006, o Pacto pela Saúde, em Defesa do SUS e da Gestão (BRASIL, 2006), tendo como meta prioritária, a resolução da fragmentação da atenção básica, unificando, o que antes era fragmentado, em torno da ESF (FARIA, 2017).

Figura 4: Territórios das Equipes de Saúde da Família (ESF) e Equipe Agentes Comunitários de Saúde (EACS) da área urbana de Santa Maria, RS.



Fonte: Faria (2018), com atualizações.

Entre as possíveis causas das dificuldades enfrentadas no processo de consolidação da ESF e, consequentemente, da baixa cobertura assistencial, podem-se assinalar as disfunções entre diferentes gestões municipais da saúde. De fato, a cada nova gestão municipal deriva uma nova equipe de governo e nem sempre há continuidade na política de planejamento entre esses governos. Portanto, a baixa cobertura das ESF e EACS deriva diretamente das escolhas políticas, mais tradicionais ou progressistas, a depender da filiação ideológica ou mesmo partidária (SAVIAN e FARIA, 2017).

Além das disfunções entre as gestões, há ainda muitas restrições em pensar mais abertamente o modelo assistencial. O modelo tradicional em vigência possui inúmeras lacunas, o que o torna incapaz de atender às necessidades de saúde da população e de solucionar seus problemas. Isso ocorre, essencialmente, porque esse modelo de atenção tem papel passivo em relação à população. Os serviços de saúde estão no território, porém, cabe a população acorrer a eles quando há alguma necessidade de saúde. Já o modelo assistencial da Saúde da Família possui um papel ativo em relação à população. A partir de ações intersetoriais, de promoção e prevenção de saúde, esse modelo leva os profissionais de saúde e a saúde ao território da população.

O atributo essencial para atuação das ESF é a definição de territórios de saúde e adscrição da clientela, para, então, planejar e desenvolver ações de vigilância em saúde. Porém, a definição de territórios de atuação dos serviços não é simples, é extremante complexa, pois de acordo com Barcellos e Rojas (2004), o território é consequência de acumulações de fatos históricos, socioeconômicos, ambientais que irão ou não promover condições para a produção do processo saúde-doença.

A estruturação territorial da ABS no SUS ocorre através da “territorialização da saúde”. Entende-se aqui que a territorialização é uma metodologia

> capaz de operar mudanças no modelo assistencial e nas práticas sanitárias vigentes, desenhando novas configurações loco-regional, baseando-se no reconhecimento e esquadrinhamento do território segundo a lógica das relações entre ambiente, condições de vida, situação de saúde e acesso às ações e serviços de saúde (TEIXEIRA, PAIM; VILASBÔAS, 1998, p. 88).

A partir da territorialização da saúde, portanto, são definidas as áreas de atuação dos serviços de ABS Tais áreas e seus limites, que é o próprio território, irão indicar qual deverá ser a porta de entrada do usuário ao sistema de saúde (FARIA, 2014). Dessa maneira, ao organizar os serviços de ABS a partir de bases territoriais, definidas e orientadas por ações de vigilância à saúde, o processo de territorialização irá direcionar como se dará o acesso aos serviços de saúde (CARVALHO, 2003). Em Santa Maria, a territorialização da ABS iniciou de maneira equivocada, sem uma referência territorial, o que compromete o planejamento e a gestão do próprio território.

Os principais problemas derivados desse planejamento territorial imperfeito são as escalas geográficas. O relatório diagnóstico da ABS de Santa Maria, apresentado por Faria (2017), mostra, por exemplo, que não foram respeitados os limites do urbano e do rural; as localizações das unidades de saúde, ao que parece, foram instaladas

aleatoriamente, sem padrões de distâncias e direções e as descontinuidades dos territórios de atuação das unidades, que apresentam limites irregulares e incoerentes (Figura 4). Toda essa conjuntura pode comprometer o acesso e utilização dos serviços de saúde da ABS pelos usuários.

Em relação às unidades básicas de saúde tradicionais (UBS), ou seja, as que não possuam território e população adscrita definida, Santa Maria possui nove UBS sem Saúde da Família distribuídas por toda a área urbana do município. Considerando as orientações da PNAB (2017), recomenda-se para grandes centros urbano que cada UBS atenda no máximo 18 mil habitantes, ou seja, as nove UBS de Santa Maria devem atender aproximadamente 162.000 mil habitantes. Embora o Plano Municipal de Saúde (SANTA MARIA, 2013), não indique, é de se supor que as áreas urbanas não territorializadas pelos serviços de Saúde da Família, sejam de responsabilidade das UBS tradicionais.

No entanto, não é possível afirmar que a população que reside nessas áreas estão, de fato, sendo atendidas pelas UBS. E não é possível, justamente porque não há responsabilização territorial das UBS. Por esse fato, não se pode dizer que as UBS não se configuram como porta de entrada do usuário no sistema de saúde. De fato, se não há condicionamento de fluxo, logo, não há como coordená-los (SAVIAN e FARIA, 2017). O fluxo é condicionado, sobretudo, pelos limites territoriais dos serviços. Acontece que as UBS não têm uma dimensão exata da demanda, pois trata-se de uma demanda que vem de todas as partes. Do modo como está estruturada hoje, toda população da cidade pode acessar essa unidade, até mesmo os usuários que estão adscritos pelas equipes Saúde da Família. Essa dimensão só pode ser mensurada em relação a um público-alvo definido geograficamente, como é o caso das unidades de Saúde da Família.

4.1.1 Caracterização da Atenção Básica à Saúde na área de estudo

O bairro Noal está localizado na região administrativa centro-oeste na área urbana de Santa Maria e possui uma população total de 7.582 habitantes (IBGE, 2010). A figura 5 apresenta os dois tipos de serviços de ABS ofertados para a população do bairro, um territorializado (ESF Lídia) e outro não territorializado (UBS Centro Social Urbano).

Ao analisar a figura 5 é possível observar que a ESF Lídia possui um território de atuação geograficamente delimitado e subdividido em cinco microáreas de atuação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Atualmente, estão cadastradas 2660 pessoas no território da ESF, subdividas em microáreas conforme a tabela 1.

Tabela 1: Distribuição da população adscrita na ESF Lídia, por microárea de atuação dos ACS, Santa Maria, RS.

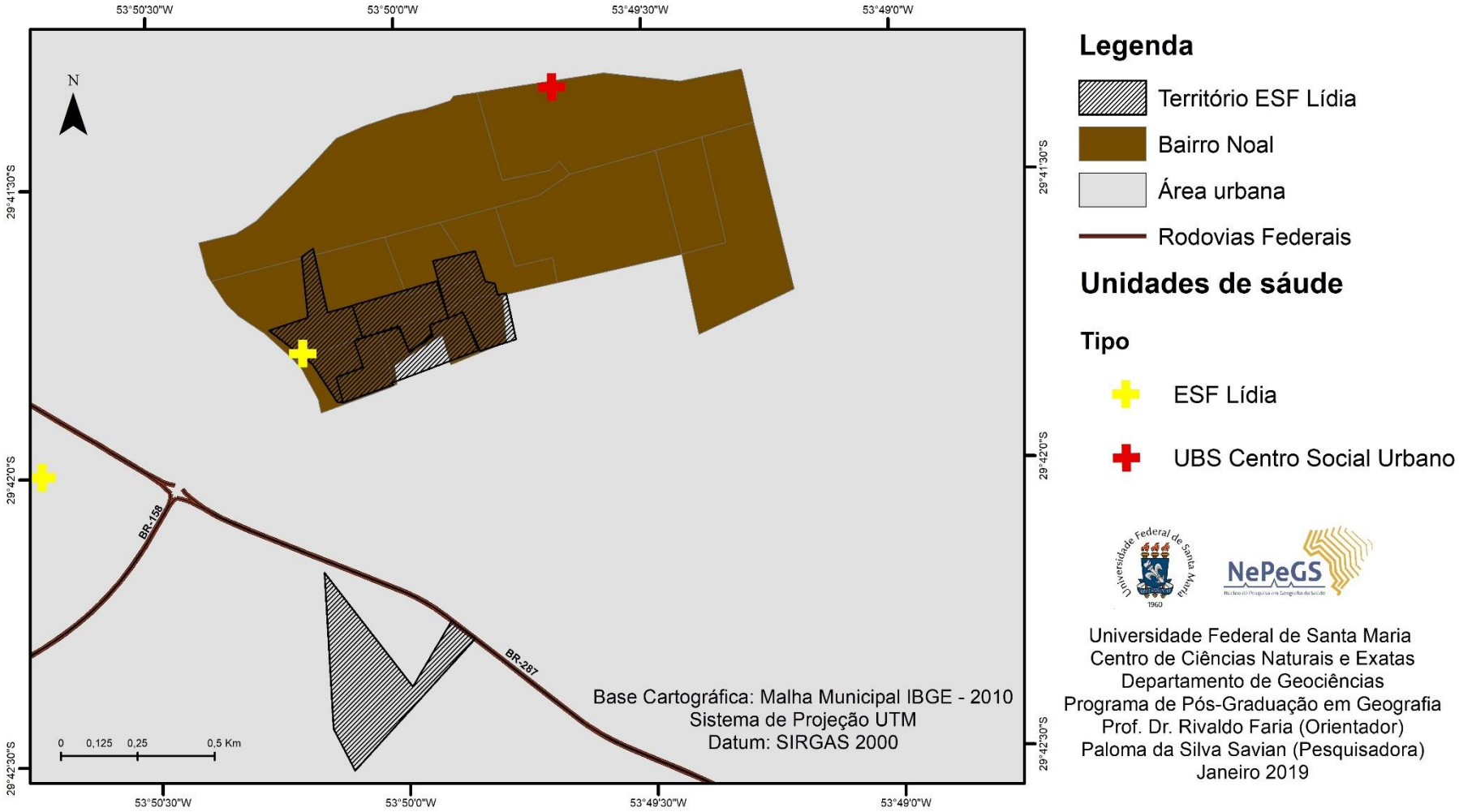
Microárea	**População adscrita aproximada**[8]	**ACS**
Microárea 01	633	1
Microárea 02	395	1
Microárea 03	580	1
Microárea 04	529	1
Microárea 05	523	1

Fonte: Estratégia Saúde da Família Lídia, 2018.

A ESF Lídia possui no seu quadro de profissionais de saúde, um(a) médico(a) clínico geral, pertencente ao Programa Mais Médicos, um(a) enfermeiro(a) concursado(a), um(a) dentista concursado(a), um(a) auxiliar de saúde bucal, um(a) técnico(a) em enfermagem e quatro agentes comunitários de saúde. Os serviços de saúde oferecidos são consultas médicas e odontológicas, pré-natal, puericultura e puerpério, vacinação, curativos e demais procedimentos de enfermagem, bem como visitas domiciliares a pacientes e usuários. O horário de atendimento da unidade é das 08:00 horas da manhã às 12:00 e das 13:00 horas às 17:00 horas da tarde.

[8] Os dados de população adscrita foram fornecidos pelos ACS, no entanto, deve-se esclarecer que esse dado é impreciso, pois nem toda a população do território de atuação da ESF Lídia foi cadastrada pelos ACS.

Figura 5: Bairro Noal e suas unidades de saúde, ESF Lídia e UBS Centro Social Urbano, Santa Maria, RS.



Fonte: Org. da autora, 2019.

Já a UBS Centro Social Urbano está organizada para atender a uma demanda espontânea e não tem território definido e população adscrita. Possui o seu quadro de profissionais de saúde distribuídos da seguinte maneira: cinco médicos (consórcio), dos quais dois são clínicos gerais, um(a) pediatra, um(a) ginecologista e um(a) ginecologista-obstetra; um(a) enfermeiro(a) concursado e um(a) dentista concursado(a). Os profissionais atuantes na residência médica foram desconsiderados devido à volatilidade de sua presença nas unidades, no entanto, sua presença é fundamental para o funcionamento da mesma. Os serviços de saúde prestados à população vão desde a vacinação, consultas médica (agendadas) e odontológicas (distribuição diária de fichas para consulta), pré-natal (pré-agendado), aplicação de medicação até a realização de curativos. O horário de funcionamento da unidade de saúde é das 07:00 horas da manhã às 17:00 horas da tarde, sem fechar ao meio dia. De acordo com informações coletadas na unidade, são realizados uma média diária de 250 atendimentos na unidade de saúde, em diversos tipos de serviços. Se considerar a média diária, é de se supor que são realizados cerca de cinco mil (5 mil) atendimentos mensais na unidade de saúde.

4.2 PERFIL DEMOGRÁFICO, SOCIAL E ECONÔMICO DA ÁREA DE ESTUDO

Esta seção apresenta uma análise descritiva dos indicadores demográficos, sociais e econômicos da área de estudo. Foram incluídos nessa análise do inquérito de saúde 250 participantes, residentes no Bairro Noal e que possuíam informações sobre as variáveis de interesse do estudo. No total, 125 participantes foram classificados no grupo I (Cobertos pela ESF e prováveis usuários do serviço) e 125 partipantes no grupo II (Cobertos pela UBS “tradicional” e prováveis usuários do serviço). Foram predominantes na pesquisa os indivíduos do gênero feminino (63,6%) e de raça/etnia branca (58,4%) (Tabela 2).

Na distribuição por grupos etários, observa-se um maior número de pessoas com idades entre 18 e 29 anos (33,6%) e um menor número com idades entre 40 e 49 anos (13,3%) (Tabela 2). Dentre os indivíduos amostrados, a maior idade encontrada foi 94 anos. Em relação à escolaridade, o número de indivíduos que declararam não terem estudado foi de 6,8%. Já 32,4% dos indivíduos declararam ter ensino médio completo e apenas 12,8% ensino superior completo (Tabela 2).

Tabela 2: Distribuição da população estudada conforme variáveis demográficas, Bairro Noal, Santa Maria - RS

Variáveis	n (%)
Gênero	
Feminino	159 (63,6%)
Masculino	91 (36,4%)
Grupos de idade	
18 a 29 anos	84 (33,6%)
30 a 39 anos	51 (20,4%)
40 a 49 anos	33 (13,3%)
50 – 59 anos	36 (14,3%)
60 anos ou mais	46 (18,4%)
Raça/etnia	
Branca	146 (58,4%)
Indígena	2 (0,8%)
Parda	56 (22,4%)
Preta	44 (17,6%)
Não declarada	2 (0,8%)
Escolaridade	
Não estudou	17 (6,8%)
Ensino fundamental incompleto	71 (28,4%)
Ensino fundamental completo	19 (7,6%)
Ensino médio incompleto	22 (8,8%)
Ensino médio completo	81 (32,4%)
Ensino superior incompleto	8 (3,2%)
Ensino superior completo	32 (12,8%)
Situação profissional	
Nunca trabalhou	13 (5,2%)
Aposentado/Pensionista	45 (18%)
Desempregado	60 (24%)
Empregado – Com C.L.T	93 (37,2)
Empregado – Sem C.L.T	39 (15,6)
Renda mensal*	
Sem renda	28 (11,2%)
Menos de 1 salário mínimo	26 (10,4%)
1 salário mínimo	99 (39,6%)
Até 2 salários mínimos	63 (25,2%)
Até 3 salários mínimos	29 (11,6%)
Até 4 salários mínimos	0 (0%)
Acima de 5 salários mínimos	4 (1,6%)
Recebe auxílio governamental	
Sim	22 (8,8%)
Não	228 (91,2%)

Nota: * Salário mínimo vigente em 2018 = R$ 954,00.
Fonte: Org. da autora, 2019.

Quanto à situação profissional, cerca de 37,2% dos entrevistados estavam trabalhando com vínculo empregatício regido pela Consolidação das Leis do Trabalho (C.L.T.) brasileira. Ademais, 24% dos entrevistados estavam desempregados e 15,6% empregados em trabalhos informais, não celetistas. Em relação à renda mensal dos indivíduos, 39,6% alegaram receber apenas um salário mínimo por mês, aproximadamente, R$954,00 pelas atividades remuneradas realizadas. Cerca de 11,2% dos entrevistados não possuíam nenhum tipo de renda no momento da

entrevista. Quanto ao auxílio governamental, 22 indivíduos (8,8%) afirmaram receber auxílio na modalidade, Bolsa família ou Bolsa Escola, do Governo Federal.

4.2.1 Perfil demográfico, social e econômico do Grupo I (Cobertos pela ESF e prováveis usuários)

Conforme dados da tabela 3, foram predominantes neste grupo os indivíduos do gênero feminino (58,4%) e de raça/etnia branca (41,6%). Na distribuição por grupos etários, observa-se um maior número de pessoas com idades entre 18 e 29 anos (29,6%) e um menor número com idades entre 40 e 49 anos (14,4%). Em relação à escolaridade, o número de participantes que declararou não ter estudado foi de 13,6%. Já 43,2% dos demais participantes declararam ter ensino fundamental incompleto e apenas 3,2% afirmaram ter ensino superior completo.

Tabela 3: Distribuição da população do Grupo I (Cobertos pela ESF e prováveis usuários do serviço) conforme variáveis demográficas e socioeconômicas, Bairro Noal, Santa Maria - RS

Variáveis	n (%)
Gênero	
Feminino	73 (58,4%)
Masculino	52 (41,6%)
Grupos de idade	
18 a 29 anos	37 (29,6%)
30 a 39 anos	19 (15,2%)
40 a 49 anos	18 (14,4%)
50 – 59 anos	22 (17,6%)
60 anos ou mais	29 (23,2%)
Raça/etnia	
Amarela	0 (0%)
Branca	52 (41,6%)
Indígena	1 (0,8%)
Parda	39 (31,2%)
Preta	31 (24,8%)
Não declarada	2 (1,6%)
Escolaridade	
Não estudou	17 (13,6%)
Ensino fundamental incompleto	54 (43,2%)
Ensino fundamental completo	18 (14,4%)
Ensino médio incompleto	11 (8,8%)
Ensino médio completo	20 (16%)
Ensino superior incompleto	1 (0,8%)
Ensino superior completo	4 (3,2%)
Situação profissional	
Nunca trabalhou	11 (8,8%)
Aposentado/Pensionista	30 (24%)
Desempregado	37 (29,6%)

	Continuação...
Empregado – Com C.L.T	21 (16,8%)
Empregado – Sem C.L.T	26 (20,8%)
Renda mensal*	
Sem renda	18 (14,4%)
Menos de 1 salário mínimo	22 (17,6%)
1 salário mínimo	59 (47,2%)
Até 2 salários mínimos	20 (16%)
Até 3 salários mínimos	5 (4%)
Até 4 salários mínimos	0 (0%)
Acima de 5 salários mínimos	0 (0%)
Recebe auxílio governamental	
Sim	21 (16,8%)
Não	104 (83,2%)

Nota: *salário mínimo vigente de R$ 954,00, no ano de 2018.
Fonte: Org. da autora, 2019.

A situação profissional dos participantes da pesquisa demonstra que cerca de 29,6% estão desempregados e 24% são aposentados/pensionistas. Apenas 16,8% da amostra afirma estar empregada conforme regimento celetista e 20,8% exercem atividade remunerada sem vínculo com celetista. A renda mensal dos participantes da pesquisa gira em torno de um salário mínimo, representando a renda de 47,2% dos entrevistados. Os que declararam receber menos de um salário mínimo representam 17,6% do total. Somando os participantes que recebem apenas um salário mínimo e menos de um salário é possível afirmar que cerca de 64,8%, ou seja, mais da metade da população vive com cerca de R$ 945,00 mensais. Os participantes que declaram receber auxílio do governo, somam 16,8% do total da amostra (Tabela 3).

4.2.2 Perfil demográfico, social e econômico do Grupo II (cobertos pela UBS "tradicional" e prováveis usuários do serviço)

Nesse segundo grupo, foram classificados 125 participantes. Foram predominantes nesse grupo os indivíduos do gênero feminino (68,8%) e de raça/etnia branca (75,2%) (Tabela 4).

Tabela 4: Distribuição da população do Grupo II (Cobertos pela UBS tradicional e prováveis usuários do serviço) conforme variáveis demográficas e socioeconômicas, Bairro Noal, Santa Maria - RS

Variáveis	n (%)
Gênero	
Feminino	86 (68,8%)
Masculino	39 (31,2%)
Grupos de idade	

	Continuação...
18 a 29 anos	47 (37,6%)
30 a 39 anos	32 (25,6%)
40 a 49 anos	15 (12%)
50 – 59 anos	14 (11,2%)
60 anos ou mais	17 (13,6%)
Raça/etnia	
Amarela	0 (0%)
Branca	94 (75,2%)
Indígena	1 (0,8%)
Parda	17 (13,6%)
Preta	13 (10,4%)
Não declarada	0 (0%)
Escolaridade	
Não estudou	0 (0%)
Ensino fundamental incompleto	17 (13,6%)
Ensino fundamental completo	1 (0,8%)
Ensino médio incompleto	11 (8,8%)
Ensino médio completo	61 (48,8%)
Ensino superior incompleto	7 (5,6%)
Ensino superior completo	28 (22,4%)
Situação profissional	
Nunca trabalhou	2 (1,6%)
Aposentado/Pensionista	15 (12%)
Desempregado	23 (18,4%)
Empregado – Com C.L.T	72 (57,6%)
Empregado – Sem C.L.T	13 (10,4%)
Renda mensal*	
Sem renda	10 (8%)
Menos de 1 salário mínimo	4 (3,2%)
1 salário mínimo	40 (32%)
Até 2 salários mínimos	43 (34,4%)
Até 3 salários mínimos	24 (19,2%)
Até 4 salários mínimos	0 (0%)
Acima de 5 salários mínimos	4 (3,2%)
Recebe auxílio governamental	
Sim	1 (0,8%)
Não	124 (99,2%)

Nota: *salário mínimo vigente de R$ 954,00, no ano de 2018.
Fonte: Org. da autora, 2019.

Na distribuição por grupos etários, observou-se um maior número de pessoas com idades entre 18 e 29 anos (37,6%) e um menor número com idades entre 50 e 59 anos (11,2%). No que diz respeito à escolaridade, os participantes que declararam ter ensino médio completo somam 48,8%. Já 22,4% dos demais participantes declararam ter ensino superior completo e apenas 13,6% afirmaram ter ensino fundamental incompleto (Tabela 4).

A situação profissional dos participantes da pesquisa demonstra que cerca de 57,6% estão empregados conforme regimento celetista e 12% são aposentados/pensionistas. Cerca de 18,4% da amostra afirma estar desempregada e 10,4% exercem atividade remunerada sem vínculo celetista. A renda mensal dos participantes da pesquisa gira em torno de até dois salários mínimos e até três salários

mínimos, representando a renda, respectivamente 34,4% e 19,2% dos entrevistados. Os que declararam receber um salário mínimo representam 32% do total e apenas 3,2% da população recebe acima de cinco salários mínimos. Os participantes que declaram receber beneficio social do governo, somam 0,8% do total da amostra (Tabela 4). Todos declararam receber bolsa-família, um programa de transferência direta de renda que beneficia famílias em situação de pobreza e extrema pobreza, tem como foco pessoas com renda familiar per capita inferior a R$ 89,00 mensais, e está baseado na garantia de renda, inclusão produtiva e no acesso aos serviços públicos (BRASIL, 2003).

4.2.3 Perfil territorial do Grupo I e Grupo II: tecendo algumas considerações

As descrições baseadas na amostra de base populacional, demostram que, em geral, os usuários dos dois serviços de saúde analisados, Grupo I e II, são bastante diferentes entre si, sobretudo em relação às características socioeconômicas da população. Exceção para as semelhanças encontradas nas suas características demográficas de idade e gênero. A participação da população jovem e do gênero feminino na pesquisa foi predominante. No entanto, distinguem-se de modo bastante evidente em variáveis como a escolaridade, a situação profissional e o recebimento de auxílio governamental.

Com base nas variáveis apresentadas na tabela 3 , percebe-se que a ESF Lídia foi implantada em uma área socialmente mais carente e vulnerável, como orienta a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), o que é algo muito positivo. O Grupo I (Cobertos pela ESF Lídia e prováveis usuários do serviço) possuiu uma população jovem e socialmente bastante privada; por isso, as ações de saúde descentralizadas e a distribuição de unidades de saúde por territórios vulneráveis, cumprem o papel de estar onde acontece a vida das pessoas, ou seja, os serviços devem cuidar dos indivíduos no contexto da família e da comunidade. Alguns estudos comprovam que os adultos cobertos pela atuação do serviço de ESF são mais propensos a ter uma fonte regular de cuidados com a saúde, a obter consultas médicas e odontológicas, a ter acesso a medicamentos de uso regular e a estar satisfeitos com a atenção à saúde recebida, em comparação aos não cobertos pela ESF ou afiliados a plano privado de saúde (LIMA-COSTA *et al.*, 2013; PORTELA, 2017).

Todavia, a cobertura da ESF no bairro Noal abrange cerca de aproximadamente 2660 pessoas, ou seja, cerca de 35,08% da população total do bairro, o que demonstra uma baixa cobertura no bairro quando comparada com a média brasileira. Viana (2008) lembra que existem limitações para a consolidação da ESF como modelo organizador da atenção básica à saúde, sobretudo, em grandes centros urbanos, devido à diversidade de outros modelos de atenção. Essa diversidade de modelos releva a manutenção histórica de modelos pré-SUS, que se reporta ao modelo médico-assistencial privatista.

E Santa Maria, não se foge a essa regra. Há uma multiciplidade de modelos de atenção, como pode ser observado na figura 4. Ao longo dos anos, em um lento processo, o modelo de UBS “tradicionais” foram aos poucos substituídos pelo novo modelo de atenção. Todavia, a modalidade “tradicional” de atenção à saúde ainda permanece e a cobertura da ESF de Santa Maria representa uma cobertura média de 25,5% do território total do município (FARIA, 2018). Em comparação à média de cobertura do serviço da saúde da família no Estado do Rio Grande do Sul é de 49,5% e do país, de 56,2% (MALTA *et al.*, 2016). Portanto, a cobertura da saúde da família em Santa Maria é baixa e, por isso, os usuários dependem quase exclusivamente das UBS tradicionais. Afinal, a elas cabe a responsabilidade de atender às necessidades de saúde de mais de 70% da população santa-mariense.

O Grupo II (Cobertos pela UBS Tradicional e prováveis usuários do serviço) representa uma população do bairro Noal com características que indicam uma população socialmente menos carenciada, quando comparada ao Grupo I. Percebe-se uma relação significativa entre a escolaridade e a renda média mensal dos entrevistados, conforme tabelas 4. Não há nenhum entrevistado no grupo II que não tenha estudo, enquanto no grupo I essa situação afeta cerca de 13,6% da população amostrada. Em relação à renda média mensal, o grupo II apresenta renda superior, chegando, em alguns casos, os entrevistados relatarem receber mais de 5 salários mínimos mensais.

A UBS Centro Social Urbano, funciona nesse modelo tradicional de oferta e demanda, sem território delimitado e população adscrita, como as demais UBS da cidade. Ademais, o atendimento dessa unidade de saúde não se restringe a população do bairro Noal, podendo acolher pessoas vindas de todas as partes da cidade, inclusive da ESF. Logo, a população residente no bairro e coberta pela UBS “tradicional” pode estar exposta a graves problemas relacionados com o acesso ao

serviço de saúde, uma vez que esse serviço têm um comportamento passivo em relação à população (TOMASI et al, 2011). Ou seja, o serviço de saúde está no território, porém cabe à população acorrer a ele quando há algum problema de saúde.

Nesse caso, a programação e as ações dessas UBS são feita, para atender a uma demanda vinda de toda parte, sem controle dos fluxos e sem referência territorial (FARIA, 2018). E na maioria das vezes, nem as próprias UBS tem uma dimensão exata da demanda, pois essa dimensão só pode ser medida em relação a um público-alvo definido geograficamente.

Figura 6: Território de atuação da ESF Lídia, Bairro Noal, no município de Santa Maria, RS.

Fonte: Org. da autora, 2019.

4.3 VISITAS DOMICILIARES DA EQUIPE SAÚDE DA FAMÍLIA E AGENTES DE COMBATE À ENDEMIAS

Em relação ao Grupo I (Cobertos pela ESF e prováveis usuários do serviço) os resultados apresentam que 84,8% dos entrevistados possuem seus domicílios cadastrados na unidade de saúde do bairro (Tabela 5). Apenas 13,6% declararam não serem cadastrados, mesmo estando sob a área geograficamente delimitada do serviço de saúde da família e 1,6% não souberam responder ao questionamento. Ademais, cerca de 84,9 % dos entrevistados cadastrados na ESF, afirmaram que esse cadastrado existia há mais de um ano (Tabela 5).

Ao analisar os dados mencionados, percebe-se que, em geral, há um vínculo entre a população e a ESF Lídia. Como definiu Starfield (2002), a longitudinalidade do contato está intimamente ligada à utilização regular do estabelecimento de saúde pela população, e o foco da equipe na população adstrita é fundamental para reconhecer e responder às necessidades de saúde da comunidade. De fato, a comunidade sente-se relativamente vinculada ao serviço, pois, ao serem questionados sobre qual era o serviço de referência para atender a suas demandas em saúde, 67,6% dos entrevistados afirmaram que sempre procuram a ESF Lídia. Esse contato longitudinal, fortalece o vínculo entre os profissionais e os usuários, pois leva em consideração as diferenças individuais e dos grupos populacionais, questão fundamental para a ampliação do acesso aos serviços de saúde, sobretudo, em populações em situação de desigualdade (TRAVASSOS E CASTRO, 2012; MALTA *et al.*, 2016).

Da mesma forma que é possível tecer algumas considerações sobre a população adscrita da ESF, por certo também é crucial refletir sobre o fato de 13,6% da população que reside na área de cobertura da ESF e que não está cadastrada no serviço. Essencialmente, é preciso considerar a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Conforme Unglert (1993), o território é um espaço político-operativo do sistema de saúde, mais deve ser pensado muito além dessa definição, pois é no território onde acontece a interação população-serviços no nível local, caracterizado por populações específicas e com problemas de saúde definidos. Logo, há de se considerar que a dinâmica populacional altera as características do território.

Tabela 5: Cadastramento, visitas domiciliares da Equipe Saúde da Família e Agente de Combate a Endemias no Grupo I, Bairro Noal, Santa Maria - RS.

Variáveis	n (%)
O seu domicílio está cadastrado na unidade de saúde da família?	
Sim	106 (84,8%)
Não	17 (13,6%)
Não sei	2 (1,6%)
Se sim, quando o seu domicílio foi cadastrado?	
Há menos de 2 meses	5 (4,7%)
De 2 meses a menos de 6 meses	5 (4,7%)
De 6 meses a menos de um ano	6 (5,7%)
Há um ano ou mais	90 (84,9%)
Nos últimos doze meses, com que frequência o seu domicílio recebeu uma visita de algum agente comunitário ou algum membro da equipe de saúde da família?	
Mensalmente	39 (31,2%)
A cada 2 meses	14 (11,2%)
De 2 a 4 meses	12(9,6%
Uma vez a cada 6 meses	2 (1,6%)
Uma vez por ano	23 (18,4%)
Nunca recebeu	35 (28%)
Nos últimos doze meses, com que frequência o seu domicílio recebeu uma visita de algum agente de endemias (como a dengue, por exemplo)?	
Mensalmente	9 (7,2%)
A cada 2 meses	-
De 2 a 4 meses	1 (0,8%)
Uma vez a cada 6 meses	3 (2,4%)
Uma vez por ano	23 (18,4%)
Nunca recebeu	89 (71,2%)

Fonte: Org. da autora, 2019.

Para Pereira e Barcellos (2006), a dinâmica populacional torna frágil a relação entre população e área de cobertura do serviço, ou seja, do território da ESF. Isso porque as famílias cadastradas podem se mudar para outras áreas ao longo do ano, logo, aqueles moradores de domicílios cadastrados na área de atuação do serviço não farão mais parte daquele território. Do ponto de vista da dinâmica territorial, essa mudança de moradores de um domicílio cadastrado na ESF, dificulta o acompanhamento da população e a alimentação do sistema de informação (PEREIRA E BARCELLOS, 2006).

Sobre essa dinâmica, Monken e Barcellos (2005) concluem que o território é mais que uma extensão geométrica, é também um perfil demográfico, epidemiológico, político, social e cultural que está em permanente construção e mutação. Por isso, é possível que esses 13,6% não cadastrados na ESF resultem dessa dinâmica territorial.

Nessa discussão, é também crucial refletir sobre o papel central na gestão dos territórios pelo ACS, por ser o profissional que está em contato com o território da ESF, articulando formas de intervir junto à comunidade. Como afirma Fonseca (2013, p. 10) "[...] o seu papel é amplo e essencial para a realização de ações, possibilitando a construção de propostas integradas e articuladas à realidade de cada família assistida". Quando questionados sobre qual a frequência o domicílio recebia a visita do ACS ou de outro membro da equipe saúde da família, 31,2% dos entrevistados responderam que a visita era feita mensalmente e 18,4% recebiam a visita apenas uma vez por ano (Tabela 5).

Os que declararam não terem recebido nenhuma visita dos membros da equipe nos últimos doze meses que antecederam à entrevista, somavam 28% (Tabela 5). Segundo a PNAB (BRASIL, 2017) e as orientações da normativa que regula a profissão do ACS (BRASIL, 2018), o mesmo deve, por meio de ações domiciliares ou comunitárias, ampliar o acesso da comunidade sob sua responsabilidade às ações e aos serviços de saúde.

As visitas domiciliares devem ser programadas em conjunto com os demais membros da equipe e levar em consideração critérios de risco e vulnerabilidade das famílias. Desse modo, as famílias que possuem maior necessidade devem ser visitadas mais vezes, mantendo como referência a média de uma visita/família/mês[9] (BRASIL, 2012). Se considerar que 18,4% afirmaram receber a visita apenas uma vez por ano e que 28% não receberem nenhuma visita no último ano, conclui-se que 46,4% dos entrevistados podem não estar recebendo um acompanhamento correto da ESF.

Nesse sentido, é importante considerar que 28% é um valor muito elevado para uma população que está sob responsabilidade sanitária da ESF. Significa que a busca ativa do ACS não aconteceu e sem ela a intervenção sobre os determinantes da saúde, atividades de promoção à saúde, prevenção de doenças, monitoramento e acompanhamento de grupos de risco, além de ações ligadas à vigilância sanitária. Por outro lado, mesmo os que receberam apenas uma visita no ano (18,4%) parecem

[9] A PNAB reeditada no ano de 2017, não especifica a referência média de visitas a serem realizadas pelos ACS. Esse fato demonstra claramente os retrocessos em relação à função exercida pelo ACS, uma vez que a PNAB (2017) esvaia o papel do ACS na atenção básica e reduz de quatro para um o número mínimo de ACS por equipe de Saúde da Família.

estar sendo monitorados precariamente. E muita coisa pode acontecer na saúde de uma pessoa em um ano.

A atuação dos ACS na ESF Lídia talvez, tenha sido prejudicada devido à falta de um dos membros da equipe de agentes, pois, a ESF possuía apenas quatro ACS para às cinco microáreas existentes. Certamente, houve um possível impacto dessa ausência nas visitas domiciliares. Além do mais, à falta do ACS demostra um problema crônico na ABS, que são os recursos humanos. Conforme relata Faria (2018) sobre um estudo realizado na cidade de Santa Maria, os trabalhadores da ABS nem sempre são repostos, e isso é um grave problema, pois sem a busca ativa do ACS, a equipe perde parte de sua capacidade de desenvolver ações territorializadas. Relembra-se, que conforme orientação da PNAB, às áreas de maior vulnerabilidade social, caso da ESF Lídia, devem ter uma cobertura de 100% de ACS. Isso porque, estudos indicam que áreas carenciadas são mais necessitadas de serviços de saúde e tendem a ficar mais adoentadas (MENDOZA-SASSI e BERIA, 2001; BARATA, 2009; POLITI, 2014).

Portanto, uma única visita pode significar certa negligência, pois o trabalho cotidiano de busca ativa do ACS é fundamental, por ser este o momento de escuta, diálogo e fortalecimento do vínculo com a comunidade (FONSECA *et al.* 2013). Além do mais, conhecer a população das áreas de abrangência da ESF e suas principais características e necessidades é fundamental para a melhoria das condições de vida e saúde da população, lembrando que o território está em constante mutação e o ACS é o personagem que reconhecerá primeiramente as mudanças no perfil territorial da população. O território muda e as pessoas nele, então a ação investigativa do ACS é fundamental para antecipar situações agudas de saúde, logo, a promoção da saúde está diretamente relacionada à presença do ACS no território.

Somente o vínculo entre a população e os membros da ESF não é suficiente para refletir, de fato, que a população esteja recebendo uma atenção preventiva e de promoção pelos ACS e demais membros da equipe. Tal como se apresenta hoje, a ESF parece ainda ter um papel passivo de receber a população, quando deve ir ao território para prevenir e promover saúde (isso considerando o número de visitas domiciliares dos ACS). É como se a ESF atuasse, para uma boa parte da população, como uma UBS tradicional.

De fato, quando se analisa apenas respostas dos entrevistados que declararam serem portadores de doenças crônicas não transmissíveis, 18,5% afirmaram que receberam, no último ano, apenas uma vez a visita do ACS, e aqueles que não

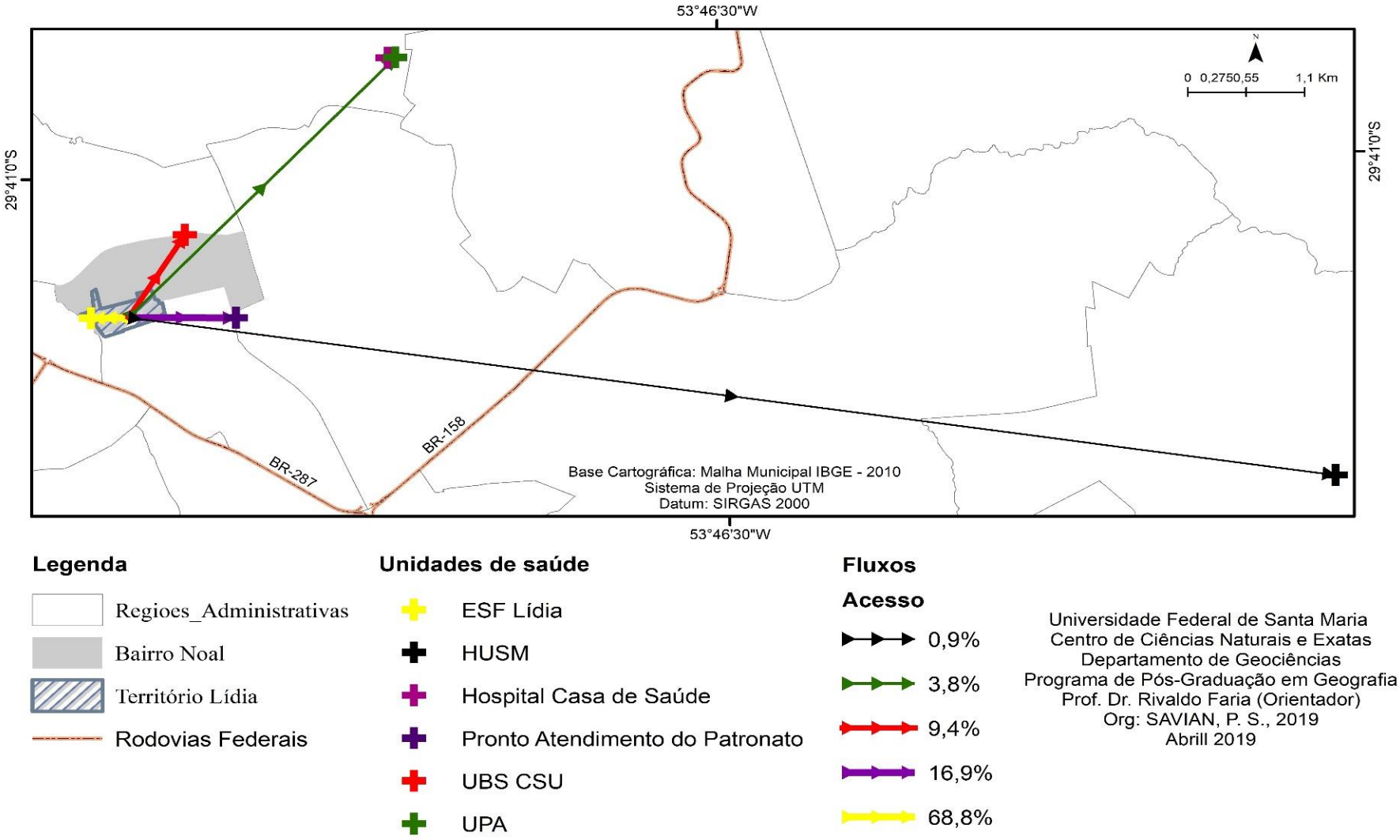
receberam nenhuma visita do ACS no último ano somam 16,6%. Ou seja, 35,1% dos doentes crônicos não obtiveram um acompanhamento adequado dos ACS e demais membros da equipe, considerando a literatura que trata da frequência do acompanhamento de saúde em situações de cronicidade (BRASIL, 2011, 2013). O acompanhamento periódico desses indivíduos mediante ações de prevenção e controle objetiva evitar a superlotação de pronto atendimentos e internações hospitalares, além de promover uma melhor qualidade de vida e reduzir mortes (MALFATTI E ASSUNÇÃO, 2011). O que se pode considerar é que, baseado nos resultados relativos à busca ativa do ACS, a adscrição à ESF não se traduz, necessariamente, na garantia de atendimento universal das demandas de saúde da população. Ainda é necessário que se reflita sobre o processo de trabalho das equipes da ESF, pois nem sempre há um alinhamento com os princípios da vigilância em saúde, um dos pilares que sustentam a estratégia saúde da família (MALFATTI; ASSUNÇÃO, 2011; MELO *et al.*, 2013).

Os resultados relativos ao acesso da população que referiu ter alguma doença crônica apontam lacunas na prestação dos cuidados de saúde. A atenção à saúde aos doentes crônicos prioriza a ABS, trabalhando com os casos estáveis da patologia. No entanto, a baixa adesão ao tratamento de saúde ou à falta de acompanhamento das unidades de saúde podem alterar às condições de saúde do paciente, logo, ocorre o risco da agudização das condições crônicas, que é o que acontece quando os crônicos não são atendidos com ações preventivas e de promoção. Quando ocorre o processo de agudização dessas doenças, o paciente necessita de atendimento em serviços de saúde maior complexidade no sistema de saúde, gerando maiores custos.

Ao que parece, quando isso ocorre, demonstra que os princípios da ABS não estão sendo cumpridos ou estão se articulando através de um conjunto de ações isoladas e incomunicáveis entre si, e, por consequência, tornam o serviço incapaz de prestar uma atenção contínua e resolutiva às pessoas com doenças crônicas (MENDES, 2011). Logo, esse fato influencia diretamente no modo como a população utiliza os serviços de saúde.

Ao considerar as visitas dos Agentes de Controle de Endemias (ACE) nos doze meses anteriores à pesquisa, 71,2% dos entrevistados afirmaram não terem recebido nenhuma visita, e apenas 18,4% receberam a visita pelo menos uma única vez (Tabela 5). O ACE deve estar em contato permanente com a comunidade, pois é preciso conhecer os problemas do território para buscar soluções.

Figura 7: Fluxos indicando o acesso aos serviços de saúde no Grupo I



Fonte: Org. da autora, 2019

Entretanto, não é o que se percebe a partir dos dados coletados e dos registros fotográficos. Há residências abandonadas, depósitos irregulares de resíduos sólidos, terrenos baldios que podem ser focos endêmicos (Figura 6). Portanto, com a falta do ACE, não há inspeção cuidadosa sobre essas questões. Em consequência dessa ausência, é possível que as atividades voltadas a orientar a população para prevenir e controlar possíveis doenças, como a dengue, chagas, leishmaniose entre outras, não existam. Não há sequer, recenseamento de animais, uma das atribuições do ACE.

Assim como o ACS, o ACE cumpre um papel fundamental para o controle de doenças, e deve sempre trabalhar de modo integrado às equipes de atenção básica na ESF para sanar as necessidades de saúde da população (BRASIL, 2017). Além do mais, buscar parceiras com o ACS para uma maior integração entre as vigilâncias epidemiológica, sanitária e ambiental, é fundamental para que os resultados alcançados sejam resolutivos e, de fato, exista, vigilância em saúde (MONKEN; BARCELLOS, 2005).

4.4 ACESSO E UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE ABS[10]

Pelas análises anteriores, pode-se concluir que se as características sociais e econômicas são diferentes entre os dois recortes espaciais estudados, também diferentes são suas necessidades de saúde. De fato, o acesso ao serviço encontra-se numa relação direta com a necessidade, de um lado, e com os modos de oferta e arranjos organizacionais, de outro. Portanto, são duas condições sociais diferentes, com dois arranjos organizacionais diferentes. Nesse sentido, deve-se indagar como se dá, objetivamente, o acesso de cada um desses dois grupamentos populacionais aos seus respectivos serviços de ABS. Para fins de análise dos dados, a partir desse tópico os resultados serão apresentados de forma desagregada, ou seja, inicia-se a apresentação dos resultados do Grupo I, e posteriormente, do Grupo II.

[10] Foram excluídos da análise sobre o acesso e uso dos serviços de saúde de ABS, aqueles que afirmaram acessar e utilizar serviços privados de saúde nos últimos doze meses que antecederam a pesquisa.

4.4.1 Acesso aos serviços de públicos de ABS do Grupo I (Cobertos pela ESF e prováveis usuários do serviço)

No grupo I, durante os doze meses que antecederam a entrevista, 86,2% dos indivíduos consultaram algum profissional de saúde (médico ou enfermeiro) e 13,8% dos indivíduos relataram não terem consultado em nenhum serviço de saúde ou profissional de saúde. Dos que referiram procurar algum profissional de saúde, a utilização se deu principalmente para a realização de controle de doenças crônicas, os quais somaram 43 casos (40,6%), seguidos de 27 (25,5%) procuras devido a consultas de rotina ou *check-up* e 12 (11,3%) consultas para diagnóstico de problemas de saúde. Dos que não consultaram, 8 (47,%) responderam que não consideravam necessário, 6 (35,3%) referiram se automedicar e 3 (17,7%) relataram não quer ir ao serviço. Os entrevistados que referiram procurar serviços públicos de saúde somam 106 pessoas (98,1%) e os que procuram serviços privados de saúde são 2 (1,9%).

Os resultados indicam associação significativa entre as variáveis gênero[11], diagnóstico de doenças crônicas e a realização de consulta com profissional de saúde (IC 95%) (Tabela 6). Os resultados mostraram que as mulheres acessaram mais os serviços de saúde para consulta com profissional de saúde, quando comparado aos homens no último ano anterior à entrevista. Essa variável indica características próprias aos comportamentos de grupos de sujeitos sociais que podem apresentar importantes repercussões para o estado de saúde e para o acesso e utilização dos serviços de saúde.

Tabela 6: Frequência e Teste do Qui-quadrado dos fatores demográficos, socieconômicos e necessidade de saúde em relação ao acesso aos serviços de saúde (Consulta com profissional de saúde) nos últimos doze meses anteriores à pesquisa, Grupo I.

Variáveis	**Consulta com profissional de saúde do SUS**				
	Sim		**Não**		**p-valor*****
	n	**(%)**	**n**	**(%)**	
Geral	106	(86,2%)	17	(13,8%)	-
Gênero					
Feminino	65	(91,5%)	6	(8,5%)	**0,0437**
Masculino	41	(78,8%)	11	(21,2%)	

[11] "Todos nós somos sexo e gênero, isto é, temos um sexo, biologicamente determinado, que influencia algumas das nossas condições de saúde, mas também somos gênero, isto é, produto do processo sociocultural que molda na sociedade os papéis femininos e masculinos e define as pautas de relação entre homens e mulheres. Há, assim, uma relação de mútua determinação entre sexo e gênero no qual este último adquire a maior hierarquia na produção dos estados de saúde" (BARATA, 2009, p. 74)

Continuação...

Grupos de idade					
18 a 64 anos	88	(84,6%)	16	(15,4%)	0,2398
65 anos ou mais	18	(94,7%)	1	(5,3%)	
Raça/etnia*					
Branca	45	(86,5%)	7	(13,5%)	0,9999
Preta ou Parda	58	(85,3%)	10	(14,7%)	
Escolaridade					
Sem instrução	17	(100%)	-	-	
Ensino Fundamental (1 a 8 anos)	60	(83,3%)	12	(16,7%)	0,7317
Ensino Médio (9 a 11 anos)	25	(83,3%)	5	(16,7%)	
Ensino Superior (12 anos ou mais)	4	(100%)	-	-	
Renda mensal**					
Sem renda	16	(88,9%)	2	(11,1%)	
Até 2 salários mínimos	85	(85%)	15	(15%)	0,8648
Mais de 2 salários mínimos	4	(100%)	-	-	
Recebe auxílio governamental					
Sim	19	(90,5%)	2	(9,5%)	0,7346
Não	87	(85,3%)	15	(14,7%)	
Percepção do estado de saúde					
Muito bom	12	(80,0%)	3	(20%)	
Bom	52	(82,5%)	11	(17,5%)	0,1802
Regular, Ruim ou Muito Ruim	42	(93,3%)	3	(6,7%)	
Portador de doenças crônicas					
Sim	51	(94,4%)	3	(5,6%)	**0,01982**
Não	55	(79,7%)	14	(20,3%)	

Notas: *Dados tabulados por raça/etnia não incluem as populações amarela, indígena e não declarada; ** salário mínimo vigente de R$ 954,00, no ano de 2018; *** Teste do Qui-Quadrado, *p <0,05.*

Estudos comprovam que as mulheres têm maior predisposição para o uso de serviços de saúde do que os homens (TRAVASSOS E MARTINS, 2004; BARATA, 2009; VIEIRA, 2010). Isso ocorre porque, de acordo com Gomes, Nascimento e Araújo (2007), há algumas questões relacionadas a menor procura dos homens por serviços de saúde, entre elas questões de trabalho, a falta de unidades voltadas para a saúde do homem e a representação do “cuidar”, como uma tarefa feminina. Continuam os autores, que, por outro lado, há também o imaginário social que vê o homem como ser invulnerável, e acaba contribuindo para que ele se cuide menos e se exponha mais a situações de risco.

Estudos de base populacional realizados em todo mundo relatam uma taxa mais alta de uso de serviços de saúde entre mulheres do que homens (KOOPMANS;

LAMERS, 2007; MANUEL, 2017). Outros estudos relatam diferenças de gênero no tipo de serviços de saúde utilizados. Por exemplo, as mulheres têm uma maior probabilidade de usar serviços de atenção primária (KOOPMANS; LAMERS, 2007), enquanto os homens são mais propensos a usar serviços de emergência e hospitalares (BERTAKIS *et al.*, 2000).

De acordo com Pinheiro *et al.* (2002), embora as mulheres vivam e utilizam mais serviços de saúde do que os homens, elas relatam mais morbidade e problemas psicológicos. Um estudo norte-americano de Bird & Rieker (1999) nos releva que os homens tendem a sofrer mais de doenças crônicas fatais e maiores restrições de atividades devido à prevalência dos problemas crônicos de saúde. Já as mulheres apresentam, com frequência, doenças agudas e transitórias (infecções de vias respiratórias, por exemplo) e doenças crônicas não fatais. Esses dados mostram a importância do que Mendes (2011) assinala, a saber, que o modelo de atenção deve acompanhar as mudanças no perfil epidemiológico da população mundial, sobretudo brasileira, pois é notável a ascensão das doenças crônicas no perfil de morbi-mortalidade da população.

Por isso, Yarnall *et al.* (2003) frisam a importância de que se realize, pelo menos, uma consulta anual com profissional de saúde, isso para um adulto sem diagnóstico de doença, e com, no mínimo, quarenta minutos de atenção médica por ano. Caso o adulto seja portador de doenças crônicas, devem ser acrescidos vinte minutos de atenção médica para cada condição crônica. Conforme os dados levantados, pode-se afirmar que há associação positiva entre ter sido diagnosticado com doença crônica e consultar com profissional de saúde (Tabela 6). Os dados dessa pesquisa indicam resultados semelhantes a outros estudos transversais de base populacional, que mostram que adultos portadores de doenças crônicas e cobertos pela ESF realizavam mais consultas médicas que seus correspondentes cobertos pelo modelo tradicional de atenção primária (RODRIGUES, 2008; LIMA-COSTA, TURCI e MACINKO, 2013).

Isso se dá pelo fato de que, conforme o Ministério da Saúde (BRASIL, 2013), os doentes crônicos necessitam de cuidado continuado/ programado, que deve ser ofertado a usuários que apresentam condições que exigem o seu acompanhamento pela equipe de atenção básica à saúde. Esse cuidado inclui a realização de consultas e exames com certa periodicidade, de acordo com as necessidades individuais dos usuários. Inquestionavelmente, o fortalecimento da ABS como coordenadora do

cuidado, é fundamental para garantir a prestação de assistência contínua ao usuário do sistema de saúde e consolidar os vínculos entre a população e os nós de atenção, para atenção integral da pessoa com doença crônica.

A existência de disparidades raciais/étnicas no acesso dos serviços de saúde está bem estabelecida na literatura mundial. Estudos mostram uma menor probabilidade de ter uma fonte habitual de cuidados, menos consultas médicas e menos gastos com saúde entre grupos minoritários raciais/étnicos (MANUEL, 2017). Embora a maioria dos estudos mostre que a população de raça/etnia negra ou parda, enfrente maiores desigualdades para acessar e utilizar os serviços de saúde, nessa pesquisa não se conseguiu encontrar tal associação.

A idade, escolaridade, renda mensal, o recebimento de auxílio governamental e a percepção do estado de saúde dos indivíduos não interferiram no acesso aos serviços de saúde, uma vez que não houve associação estatística significativa com a frequência de consultas com profissional de saúde. Importante ressaltar que, embora não se tenha conseguido identificar resultados de associação estatística significativos em algumas variáveis a partir da amostra, não significa que as relações estudadas não existam na população. Isso porque os resultados estão diretamente ligados ao tamanho amostral. Percebe-se que, devido ao contexto socioeconômico da população, geralmente a procura é maior pelos serviços públicos de saúde, sendo que o principal local procurado, para esse Grupo I pesquisado, é a ESF Lídia (Figura 7). Os resultados indicam também que os entrevistados procuraram outros serviços de saúde situados na área urbana do município de Santa Maria. Em relação aos tipos de serviços de saúde procurados para atendimento, 68,9% da população afirma ter procurado a ESF Lídia, sugerindo, assim, a importância do serviço de atenção básica como local habitual de procura. Outro serviço bastante procurado foi a unidade de Pronto Atendimento Municipal do Patronato, 14,4% e 8% a UBS Centro Social Urbano (Figura 7).

O elevado número de procuras, tanto do Pronto Atendimento do Patronato, quanto da UBS Centro Social Urbano, pode estar configurando uma sobreposição de serviços de saúde. Essa sobreposição de serviços implica também, em uma sobreposição de responsabilidades. Em áreas onde já está definida à responsabilidade sanitária pela população adscrita, como é o caso da ESF Lídia, é fundamental evitar essas sobreposições e possibilitar à identificação precisa de qual serviço de saúde a população deve recorrer. Isso porque, as responsabilidades de

cada serviços, tanto financeiras quanto de assistência à saúde, deve estar bem esclarecida para os usuários.

Eventualmente, o que pode estar causando tal sobreposição, são os modelos assistencial distintos que funcionam no bairro. Devido à falta de territórios de saúde bem delineados para os serviços da UBS Centro Social Urbano, bem como, para demais UBS do município, esse serviço acaba atendendo àqueles usuários que estão sobre áreas territorializadas. Logo, são usuários cuja responsabilidade sanitária pertence a outra unidade de saúde. Em suma, às sobreposições de serviços podem comprometer à oferta de serviços pelo sistema público de saúde, tendo em vista à indefinição das responsabilidades específicas de cada unidade de saúde.

Já os consultórios particulares e pronto atendimento privados foram informados por número muito pequeno de pessoas, apenas 2,7%. Dentre os entrevistados, 12% afirmaram ter plano de saúde, médico ou odontológico, particular, de empresa ou órgão público. Esse fato, corrobora para a pequena procura por serviços de saúde privados de saúde, uma vez que aqueles que não têm acesso a planos de saúde dependem dos serviços públicos de saúde (TRAVASSOS; CASTRO, 2012).De acordo com Barata (2008), a relativa redução de planos privados de saúde entre os usuários pode ser reflexo da diminuição do emprego formal, por exemplo. Os dados da tabela 3, demonstram que o desemprego e o trabalho informal são altos, 29,6% e 20,8%, respectivamente. Logo, a redução do vínculo com os planos de saúde está diretamente associada ao cenário econômico, sobretudo, a queda do nível de empregos formais. Afinal, a maior parte dos planos de saúde é de planos coletivos empresariais, que são aqueles oferecidos pelas empressas aos seus colaboradores, conforme o Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (2017). Então, quando as famílias enfrentam uma redução de renda, ora por perda de emprego, ora por outros motivos, a adesão aos planos de saúde, consequentemente diminui, pois também se torna menor o poder de compra das famílias.

4.4.2 Acesso aos serviços de públicos de ABS do Grupo II (Cobertos pela UBS “tradicional” e prováveis usuários do serviço)

Em relação ao Grupo II, os resultados indicaram que 90,4% dos entrevistados usaram algum serviço ou consultaram com profissional de saúde nos últimos doze meses que antecederam à pesquisa, enquanto 9,6% relataram não terem procurado

esses serviços. Quando questionados sobre o que fazem quando percebem alguma necessidade de saúde, todos declararam buscar algum serviço de saúde para sanar suas necessidades.

Dos que referiram procurar algum profissional de saúde, a utilização se deu principalmente para a realização de consultas de rotina ou *check-up*, os quais somaram 33 casos (35,9%), seguidos de 22 procuras (23,9%) devido ao controle de doenças crônicas e 8 consultas (8,7%) para diagnóstico de problemas de saúde. Dos que não consultaram, 8 (66,7%) responderam que não o consideravam necessário e 4 (33,3%) referiram se automedicar.

Os entrevistados que referiram procurar serviços públicos de saúde somam 92 pessoas (81,4%) e os que procuram serviços privados de saúde são 21 (18,6%). Igualmente ao Grupo I, não foram realizadas análises das variáveis de acesso para aqueles que afirmaram acessar e utilizar serviços privados de saúde nos últimos doze meses que antecederam à pesquisa.

Neste grupo, diferente do anteiror, não houve associação estatística significativa entre as variáveis gênero e portador de doenças crônicas não transmissíveis e a consulta com profissionais de saúde nos últimos doze meses anteriores à pesquisa. Analisando-se todo o grupo de entrevistados, apesar de haver predomínio do gênero feminino, não houve diferença de gênero quanto à consulta com profissional de saúde (Tabela 7).

Em relação ao fator econômico, o rendimento mensal dos indivíduos influenciou o acesso aos serviços de saúde nos últimos doze meses, uma vez que, houve associação estatística significativa (Tabela 7). O fato de existir uma relação entre a renda e a saúde é bastante discutida na literatura mundial. Chen (2008) acredita que essa relação é bi-causal, isso porque um baixo nível de renda causa saúde deficiente na população e essa, por sua vez, pode causar um baixo nível de renda, gerando vícios na relação. Importante ressaltar que no Brasil, alguns trabalhos mostram que os indivíduos de baixa renda demandam menos os serviços de saúde, principalmente a parte que se refere à saúde preventiva (IBGE, 2005; NERI, SOARES, 2007). De fato, isso pode ocorrer porque, embora existam os serviços públicos de saúde, as populações mais carenciadas não têm acesso a estes. A distância até eles, a falta de informação, os elementos de ordem cultural podem afetar a procura por cuidados de saúde. Então, as pessoas carenciadas têm maiores chances de não conseguirem

acessar os serviços de saúde preventivos ou tratamentos de saúde (SANTOS; JACINTO; TEJADA, 2012).

Tabela 7: Frequência e Teste do Qui-quadrado dos fatores demográficos, socieconômicos e necessidade de saúde em relação ao acesso aos serviços de saúde (Consulta com profissional de saúde) nos últimos doze meses anteriores à pesquisa, Grupo II.

Variáveis	**Consulta com profissional de saúde do SUS**				
	Sim		**Não**		**p-valor *****
Geral	**n**	**(%)**	**n**	**(%)**	
	92	(88,5%)	12	(11,5%)	-
Gênero					
Feminino	63	(91,3%)	6	(8,7%)	0,2026
Masculino	29	(82,8%)	6	(17,2%)	
Grupos de idade					
18 a 64 anos	87	(87,9%)	12	(12,1%)	0,7428
65 anos ou mais	5	(100%)	-	-	
Raça/etnia*					
Branca	69	(89,6%)	8	(10,4%)	0,4924
Preta ou Parda	22	(84,6%)	4	(15,4%)	
Escolaridade					
Sem instrução	-	-	-	-	
Ensino Fundamental (1 a 8 anos)	12	(85,7%)	2	(14,3%)	0,5151
Ensino Médio (9 a 11 anos)	61	(91%)	6	(9%)	
Ensino Superior (12 anos ou mais)	19	(82,6%)	4	(17,4%)	
Renda mensal**					
Sem renda	6	(60%)	4	(40%)	
Até 2 salários mínimos	72	(92,3%)	6	(7,7%)	**0,0107**
Mais de 2 salários mínimos	14	(87,5%)	2	(12,5%)	
Percepção do estado de saúde					
Muito bom	15	(71,4%)	6	(28,6%)	
Bom	62	(93,9%)	4	(6,1%)	**0,0191**
Regular, Ruim ou Muito Ruim	15	(88,2%)	2	(11,8%)	
Portador de doenças crônicas					
Sim	29	(96,7%)	1	(3,3%)	0,0954
Não	63	(85,1%)	11	(14,9%)	

Notas: *Dados tabulados por raça/etnia não incluem as populações amarela, indígena e não declarada; ** salário mínimo vigente de R$ 954,00, no ano de 2018; *** *p <0,05.*
Fonte: Org. da autora, 2019.

Já as populações que apresentam renda maior têm maiores possibilidades de adquirir bens e serviços de saúde, tais como: consultas médicas, medicamentos e planos de saúde (SANTOS; JACINTO; TEJADA, 2012). No Grupo II, os entrevistados

que declararam ter procurado serviços privados de saúde somam, 18,7%. Ao comparar com o Grupo I, percebe-se um aumento significativo no uso de serviços privados de saúde. Esse fato explica-se, no que se refere à posse de planos privados de saúde, foi observado que algumas pessoas pagavam planos familiares ou que por meio de desembolso próprio, acessavam serviços privados. Considerando a posse de planos privados de saúde, apenas 32,8% da amostra estavam cobertos por planos de saúde.

Ao desagregar a amostra foi possível analisar que, embora o percentual de pessoas com planos privados de saúde tenha aumentado consideravelmente, em relação ao Grupo I, 44,73% dos proprietários de planos de saúde procuraram atendimento pelo serviço público de saúde, no SUS. De fato, esse número demostra que uma parcela bastante expressiva dos usuários com cobertura privada preferem utilizar os serviços públicos de saúde a procurar os serviços privados, seja pela qualidade do serviço ou do profissional da saúde, seja por limitações estipuladas pelos planos de saúde ao uso de alguns serviços ou ao elevado custo de determinados procedimentos médicos (BARATA, 2008). Conforme Barata (2008), isso reflete a maior cobertura de planos de saúde nesse grupo populacional e, por outro lado, a existência de serviços públicos de qualidade e resolutivos, influenciando e atraindo parte dessa população coberta.

Essa característica, do uso misto dos serviços público-privado, leva a crer que alguns usuários possam estar fazendo uso intempestivo do plano de saúde. Ou seja, os planos privados de saúde normalmente são usados para resolver situações agudas da atenção (SANTOS; UGA ; PORTO, 2006, 2008). Cabe então, aos serviços públicos de saúde, o papel central de promoção, prevenção e vigilância em saúde. Nesses casos, destaca-se o quão importante é papel e modo de atuação da Estratégia Saúde da Família no que se refere às questões mais básicas de saúde.

Em relação às condições de saúde, a autopercepção do estado de saúde também influenciou o acesso aos serviços de saúde (Tabela 7). De acordo com o estudo de Louvison *et al.* (2008), a autopercepção do estado de saúde é determinante para o maior acesso e uso de serviços de saúde, sobretudo, entre os usuários que relatam estado de saúde deficiente. Isso porque a busca por serviços de saúde é consequência de diversas determinações que explicam as necessidades de saúde que levam a população a acessar ou não os cuidados de saúde. Conforme Levesque

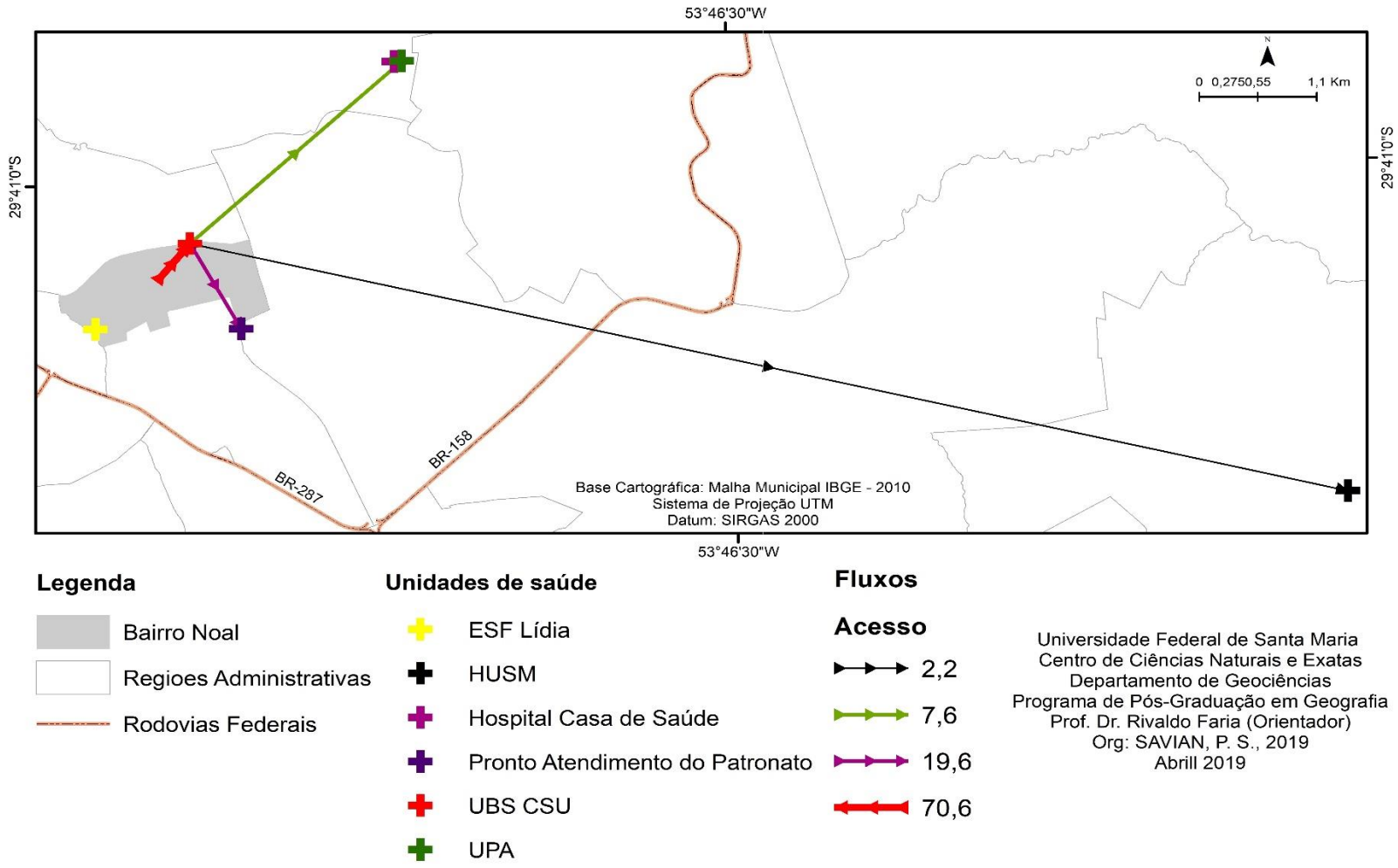
et al. (2013), a percepção do próprio estado de saúde e das suas necessidades é o primeiro passo para iniciar a buscar por cuidado relativo a sua saúde.

Nesta pesquisa a questão utilizada para determinar a autopercepção do estado de saúde tem como opção de resposta uma escala com cinco categorias: muito bom, bom, regular, ruim ou muito ruim. Sendo que as categorias regular, ruim e muito ruim se enquadram na percepção de estado de saúde deficiente. Como assinalam Reichert, Loch e Capilheira (2012), a opção por uma das categorias é subjetiva e está fortemente associada ao entendimento individual do que é ter saúde, pois a "percepção do estado de saúde" pode assumir diferentes significados e dimensões (biológicas, psicológicas e sociais).

Ao desagregar a amostra do Grupo II, foi possível analisar que os fatores demográficos mais significativos que influenciam a percepção do estado de saúde, foram idade e nível de educação. As pessoas mais velhas podem perceber sua saúde como pior do que a dos jovens devido à presença doenças crônicas e a condições físicas mais frequentes presentes na velhice (KALETA *et al.*, 2009). Assim como os jovens têm uma melhor autopercepção do estado de saúde devido à ausência de doenças crônicas e à menor restrição de atividades. A escolaridade, por sua vez, demonstra que quanto maior o nível de escolarização, melhor é a auto-percepção da saúde, vice-versa (KALETA *et al.*, 2009).

Percebe-se que, devido ao contexto socioeconômico da população, geralmente a procura é maior pelos serviços públicos de saúde, sendo que o principal local procurado, pelo Grupo II pesquisado, é a UBS CSU (Figura 8). Além da UBS CSU, os entrevistados relataram procuraram outros serviços de saúde situados na área urbana do município de Santa Maria. Em relação aos tipos de serviços de saúde procurados para atendimento, 70,6% da população afirma ter procurado a UBS CSU, sugerindo, assim, a importância desse serviço de atenção básica para a população do bairro Noal. Outro serviço bastante procurado pelos entrevistados foi a unidade de Pronto Atendimento Municipal do Patronato, 19,6% e 7,6% a UPA (Figura 8).

Figura 8: Fluxos indicando o acesso aos serviços de saúde, no Grupo II



Fonte: Org. da autora, 2019.

Assim como no Grupo I, a sobreposição de serviços pode ser percebida entre os usuários da UBS CSU. Os sistemas hierárquicos ou piramidais de atenção se caracterizam pelas limitações das conexões, e é onde predominam os fluxos hierárquicos, das unidades básicas de saúde à centros de maior complexidade (MENDES, 2011). Nesse caso, não há caminhos alternativos e podem ocorrer pontos de estrangulamento, limitando o acesso dos usuários aos níveis superiores da hierarquia ou a sobreposição de serviços. A consequência disso é a produção de sistemas de saúde caros e ineficientes. De acordo com Mendes (2011) é necessário que os serviços atuem articulados, através de sistemas reticulares de atenção, ou seja, redes poliárquicas, justamente para resolver as sobreposições de serviços.

Assim é permitido percorrer caminhos diferentes entre os nós da rede de serviços, visto que elas são interconectadas (OLIVEIRA *et al.*, 2004). A partir de então, é possível garantir na ABS, maior acesso aos serviços de saúde necessários à manutenção da saúde da população.

4.4.3 Considerações sobre o acesso aos serviços de saúde do Grupo I e Grupo II

Os resultados globais avaliados em relação aos dois grupos populacionais estudados mostram, quatro variáveis associadas estatísticamente, ao acesso dos serviços de saúde: no grupo I, gênero e ser portador de doenças crônicas não-transmissíveis, e no grupo II, renda e percepção do estado de saúde. Em diversos casos, como este, os indicadores universais não foram suficientes e adequados para comparar algumas condições particulares de vida e de saúde da população estudada. Isso se explica porque, entre os resultados da pesquisa está a marcante desigualdade verificada em relação às condições de vida das populações estudadas, que refletiu diretamente no processo saúde-doença e na demanda por serviços de saúde, bem como sua utilização.

Na análise desses resultados são importantes duas considerações: o perfil territorial da população amostrada e os distintos modelos assistenciais de saúde. A análise do perfil territorial dos entrevistados através da coleta sistemática de dados, nos permite diagnosticar quem são os entrevistados, e também as possível situações-problema dessa população e de seu território, indicando suas inter-relações espaciais

(MONKEM, 2008). Incialmente, o Grupo I, como já mencionado anteriormente, é exposto à condições socioecômicas mais desfavorecidas em relação ao Grupo II.

Os resultados dessa pesquisa, mostram que, em geral, os indicadores de acesso aos serviços de saúde apresentam melhor performance entre o Grupo I (Cobertos pela ESF e prováveis usuários do serviço). A existência de uma fonte regular de serviço de saúde, no caso a ESF Lídia, e a procura por atenção à saúde com a realização de uma ou mais consultas médicas nos últimos doze meses, são elementos positivos em relação a atuação da saúde da família no território. Estudos indicam que o alcance dessas ações está associado, sobretudo, a existência de uma fonte regular de serviços de saúde (LIMA-COSTA *et al.*, 2013; PORTELA, 2017). Por exemplo, o números de analfabetos no Grupo I somava 16,03% da amostra total. Sabe-se que a população com nenhuma ou baixa escolaridade tende a sofrer maiores desigualdades no acesso e uso dos serviços de saúde (TRAVASSOS; MARTINS 2004, BARATA, 2008). Contudo, um resultado extremamente relevante dessa pesquisa foi o fato de todos os entrevistados analfabetos, afirmarem ter acessado algum serviço de saúde nos últimos doze meses anteriores à pesquisa. Esse fato, muito positivo, demonstra que o acesso universal e contínuo a serviços de saúde, resolutivos e de qualidade, é possível e a saúde da família cumpre um papel fundamental na garantia do acesso às populações mais carenciadas e vulneráveis do seu território, como orienta a PNAB (2017).

Outro resultado bastante interessante em relação à ESF Lídia, foi o baixo acompanhamento das pessoas com doenças crônicas não-transmissíveis, residentes na área coberta pela ESF Lídia. Os indíviduos entrevistados relataram que as visitas domiciliares realizadas pelos ACS e demais membros da saúde da família foram muito baixas, assim, resultando em um acompanhamento deficiente para esse grupo, que possui alto risco de agudização das condições crônicas de saúde. Embora, tais resultados indiquem problemas na cobertura integral à saúde dos doentes crônicos no âmbito da ABS, ainda assim, os entrevistados portadores de doenças crônicas acessam e utilizam o serviço da ESF Lídia. E isso é um fato possitivo. O que não se conseguiu mensurar nessa pesquisa, foi em que situações esses usuários estão recorrendo a ESF: intempestivamente ou em casos de agudização das condições crônicas da doença. Mas o que pode se perceber, é o baixo alcance das ações e medidas dos membros da equipe em relação à população adscrita no território de

atuação da ESF, que não garante a resolutividade das demandas de saúde desse público específico.

Em relação ao Grupo II, a renda mais elevada entre os entrevistados, surge como um fator bastante conhecido da literatura brasileira: quem possuiu maior poder aquisitivo, tem maiores chances de obter cuidados de saúde (SANTOS; JACINTO; TEJADA, 2012). De acordo com Chiavegatto Filho et al. (2015) isso ocorre porque, o efeito da renda na saúde seria, em grande parte, uma consequência da escolaridade, que nesse grupo foi mais elevada quando comparada ao Grupo I (Tabelas 3 e 4). Portanto, com mais anos de educação, os indivíduos estariam mais dispostos a investir na sua própria saúde (CUTLER; LLERAS-MUNEY, 2009). Nesse caso, independentemente da presença ou não de doenças crônicas referidas, os indivíduos com maior renda frequentam mais os serviços de saúde.

Outro resultado importante, agora em relação aos modelos de atenção à saúde, é a percepção dos usuários acerca do sistema de saúde e da atenção prestada quando precisam de serviços de saúde, que também é fundamental para avaliar a sua qualidade. Na avaliação dos entrevistados do Grupo I, 13,4% consideraram o atendimento muito bom, 67,4% bom e apenas 3,2% ruim ou muito ruim. Já no Grupo II (Cobertos pela UBS Centro Social Urbano e prováveis usuários dos serviço), 16,9% avaliaram o atendimento como muito bom, 51,9% bom e apenas, 5,6% ruim ou muito ruim. A proporção de entrevistados satisfeitos, assim considerado a soma dos escores “muito bom” e “bom”, foi maior entre os usuários do Grupo I e a proporção de insatisfeitos foi mais alta entre os residentes na área coberta pela UBS Centro Social Urbano.

Esses resultados indicam, portanto, a heterogeneidade no perfil territorial e de acesso aos serviços de saúde, bem como a qualidade dos serviços oferecidos pelas distintas fontes de atenção básica. Essas diferenças são consequência das desigualdades socioeconômicas e da organização da atenção básica no âmbito do SUS, ou seja, ESF *versus* UBS tradicional. Com isso, os resultados reforçam a importância da saúde da família, como estratégia da ABS em um município de médio porte, como Santa Maria.

4.5 INTERFERÊNCIAS DE BARREIRAS FÍSICO-GEOGRÁFICAS NO ACESSO E UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

A definição do conceito de acesso, reflete as relações que se estabelecem entre os usuários e o sistema de saúde na busca por cuidados de saúde. Essa busca para acessar os serviços de saúde englobam diversos contextos, com ênfase para as desigualdades socioeconômicas, os fatores ligados à organização da oferta e demanda e também aos fatores geográficos (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Quando se refere a fatores geográficos, é preciso considerar as barreiras naturais ou aquelas criadas a partir da transformação do espaço geográfico pelas ações humanas, pois esses fatores integram os principais entraves ao acesso aos cuidados de saúde (JÚNIOR *et al.*, 2010). Segundo Penchansky e Thomas (1981), as barreiras geográficas, englobam à distância percorrida, o modo de transporte, o tempo de deslocamento ou viagem, e demais custos, que são fatores que refletem diretamente na acessibilidade, devendo ser analisados sob a perspectiva da localização geográfica dos serviços de saúde em relação à população usuária.

A acessibilidade geográfica aos serviços de saúde é mais vantajosa para os que se localizam geograficamente mais próximo ao serviço ou pertencem a classes sociais abastadas. Todavia, conforme Santana (2004), o rendimento é um dos fatores mais importantes no acesso aos cuidados de saúde, pois o baixo rendimento corresponde a maiores necessidades em saúde e maiores dificuldades de acesso geográfico, seguido pela escolaridade, ocupação e local de residência (os locais de residência de população mais idosa e mais pobre, são também as áreas com menor acessibilidade geográfica a este tipo de serviço).

De acordo com Unglert et. al. (1987, p. 441), o conceito de barreira geográfica deriva “daqueles obstáculos naturais ou gerados pela implantação urbana que orientam a organização dos fluxos numa dada estrutura de circulação, e que criam “distâncias relativas” que variam do nível local para o regional”. A escolha do bairro como unidade de análise das barreiras geográficas indicou que não existem importantes problemas de acessibilidade geográfica aos serviços de ABS no território estudado, ou seja, não há interferências significativas de barreiras geográficas em sua extensão territorial.

Tanto os entrevistados do Grupo I, quanto os entrevistados do Grupo II, referiram que não há problemas para acessar os serviços de saúde do bairro. Embora

exista a possibilidade de homogeneização da unidade análise, no interior da mesma, é possível observar diferenças espaciais entre as repostas dos usuários.

Tabela 8: Acessibilidade físico-geográfica aos serviços de saúde da ESF Lídia e UBS Centro Social Urbano*

Variáveis	Área de cobertura da ESF Lídia	Área de cobertura da UBS Centro Social Urbano
Distância percorrida		
Não se aplica**	1 (1,3%)	-
Menos de 1 Km	72 (98,7%)	59 (78,7%)
De 1 km a 2 km	-	11 (14,7%)
De 2km a 4 km	-	5 (6,6%)
De 4 km a 6 km	-	-
Superior a 6 km	-	-
Tempo de deslocamento		
Menos de 30 minutos	72 (98,7%)	59 (78,7%)
De 31 minutos a 60 minutos	-	16 (21,3%)
De 1hora a 1 hora e 59 minutos	-	-
De 2 horas a 3 horas	-	-
Mais de 3 horas	-	-
Atendimento no domicílio	1 (1,3%)	-
Meio de transporte		
Ônibus	1 (1,3%)	11 (14,7%)
Veículo particular	-	15 (20%)
Carona ou transporte escolar	-	-
A pé	71 (97,4%)	45 (60%)
Bicicleta	-	-
Motocicleta	-	4 (5,3%)
Ambulância	-	-
Não houve deslocamento (domicílio)	1 (1,3%)	-
Custo de deslocamento		
Sim	1 (1,3%)	30 (40%)
Não	72 (98,7%)	45 (60%)

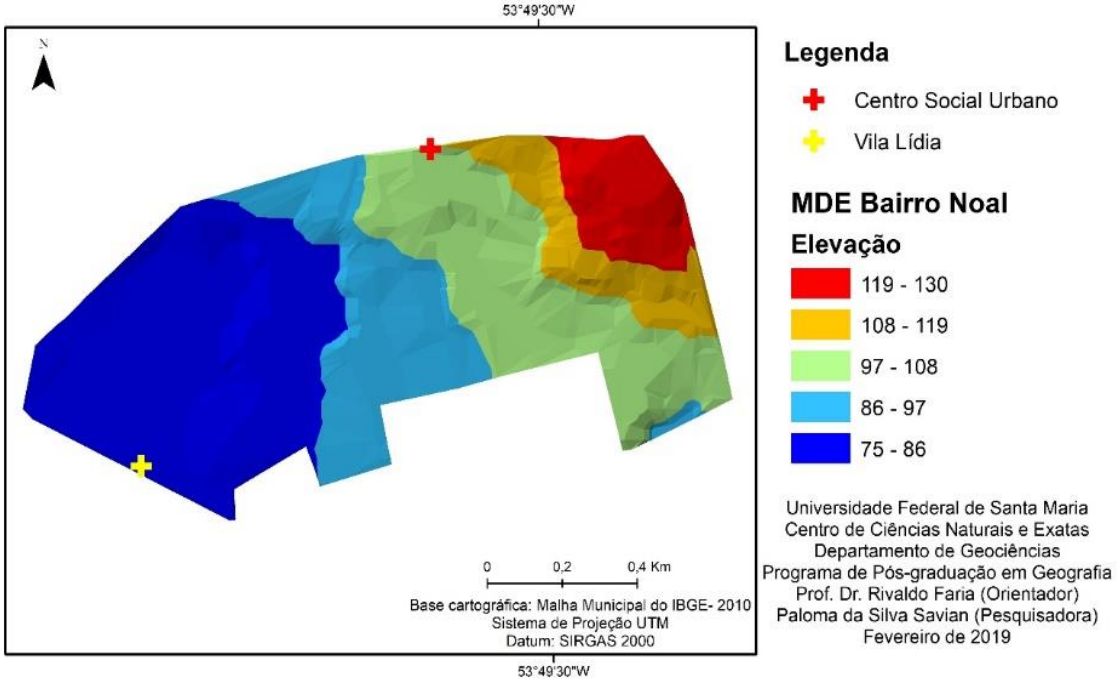
Nota:* Foram consideradas as respostas, apenas, daqueles que declaram ter utilizados os serviços, ou da ESF Lídia, ou da UBS CSU. ** atendimento domiciliar.
Fonte: Org. da autora, 2019.

O território de abrangência da ESF Lídia, não possui relevo acidentado e irregular, caracteriza-se pela presença de poucas ladeiras e um terreno aplainado por toda sua extensão territorial (Figura 9). O trajeto é plano e há disponibilidade de transporte coletivo (Figura 10). Em relação à organização da oferta de serviços de ABS no bairro Noal, a ESF Lídia encontra-se a oeste do bairro e não possui localização central em relação à área de abrangência da equipe saúde da família.

Em relação à distância percorrida em quilômetros entre as microáreas até a ESF Lídia, 98,7% dos usuários estimaram percorrer, em média, a distância menor que um quilômetro. Na área da ESF, o tempo de deslocamento, desde a residência do

usuário até o serviço de saúde utilizado, foi bastante homogêneo para os entrevistados, 98,7% relataram ser inferior a 30 minutos (Tabela 8).

Figura 9: Modelo Digital de Elevação (MDE) do Bairro Noal, Santa Maria, RS



Fonte: Org. da autora, 2019.

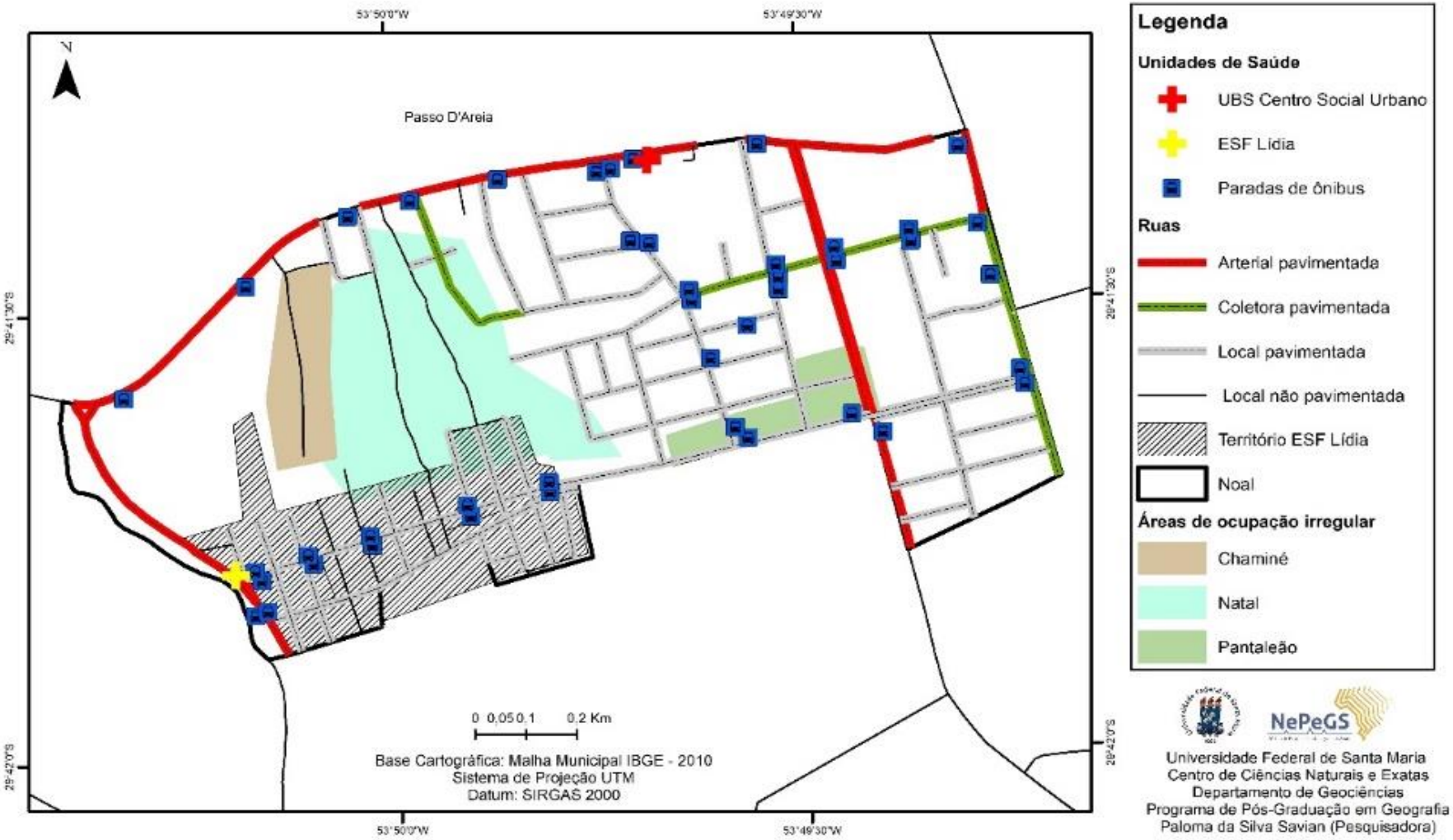
O principal modo de deslocamento utilizado pela população foi o deslocamento a pé, 94,7 %, fato comum a todas as microáreas (Tabela 8). Essa preferência está relacionada ao fácil deslocamento e à própria distância até a unidade de saúde. De acordo com estudos de Júnior *et al.* (2010), essa preferência também pode estar relacionada aos custos do deslocamento, pois, por se tratar de uma área carente, esse modo de deslocamento é mais comum. Os custos de deslocamento não foram importantes dificultadores do acesso à ESF Lídia, provavelmente pela facilidade e o modo de deslocamento e a disponibilidade de transportes públicos. Apenas 1,3% afirmaram ter algum custo de deslocamento de sua residência à unidade de saúde.

Já a UBS Centro Social Urbano, encontra-se a norte do bairro, em uma transição com o bairro Passo D'Areia, sendo uma unidade de saúde de grande porte e que possui uma demanda alta de usuários diariamente, não possuindo adscrição de clientela. Situa-se em uma importante avenida da área urbana, com fluxo de veículos e transporte público intenso (Figura 10). Ao considerar a área de abrangência da UBS Centro Social Urbano, onde as distâncias são maiores, também houve a

predominância da forma de deslocamento a pé. Mesmo que exista disponibilidade adequada de transportes públicos que facilitam o acesso daquelas áreas mais distantes à UBS, esse modo de deslocamento é a preferência de 60% dos entrevistados (Tabela 8). Outros meios de deslocamento bastante utilizados foram, o transporte coletivo de ônibus, 14,7%; veículo próprio, 20%; e motocicletas, 5,3%.

No caso da área coberta pela UBS CSU, 40% dos entrevistados alegaram algum custo de deslocamento para chegar à unidade de saúde, ou seja, uma parcela representativa de usuários precisou utilizar recursos financeiros próprios para efetuar o pagamento da tarifa do transporte público ou para gastos com veículos de transporte (Tabela 8). Esse resultado indica que a distância geográfica entre as residências e a unidade de saúde pode se tornar uma barreira geográfica, impedindo o acesso ao serviço da UBS CSU. Todavia, nenhum usuário retratou a distância como um fator de impedimento, no momento da pesquisa, mas é necessário que se atente a essa questão. Nessa unidade, o tempo de deslocamento foi mais heterogêneo. Para 78,7% dos entrevistados o tempo de deslocamento foi menor que 30 minutos e para 21,3%, de 31 minutos até 1 hora de deslocamento até a unidade de saúde, variando de acordo com a forma de deslocamento (Tabela 8). Entretanto, ressalta-se que pode existir alguma imprecisão nesses dados de deslocamento, em ambas unidades de saúde, devido a dificuldade de alguns entrevistados em mensurar o tempo de deslocamento e a distância entre a sua residência e a unidade de saúde (FAQUINELLO; CARREIRA; MARCON, 2010).

Figura 10: Acessibilidade aos serviços de saúde no bairro Noal, Santa Maria - RS



Fonte: Org. da autora, 2019

Não foram identificadas diferenças significativas na acessibilidade geográfica entre as equipes de ESF e UBS, tendo, no entanto, a ESF apresentado melhor situação. Considerando os vários fatores associados à acessibilidade geográfica, sobretudo, a relação entre a localização da oferta do atendimento à saúde e os usuários, os recursos existentes para o transporte, o tempo de deslocamento, a distância e os custos do mesmo, a ESF Lídia apresenta um panorama adequado à acessibilidade da população coberta. Isso é compreensível porque, como é possível observar na figura 10, a distância entre as residência cobertas pelo serviço até a ESF Lídia, é menor que um quilômetro. Além do mais, a grande maioria das ruas são pavimentadas, logo, devido as curtas distâncias e boa acessibilidade, o deslocamento dos usuários até o serviço não foi um obstáculo.

Em geral, a posição geográfica da ESF Lídia tem se situado próxima, conforme opinião da população. Todavia, a classificação da ESF como “longe” ou “perto” pela população, abarca o conceito de distâncias relativas, pois para além do posicionamento geográfico, existem outros aspectos relacionados às condições físicas do usuário que podem afetar a questão das distâncias (SANTANA, 2004). Por exemplo, um idoso que apresente dificuldades de motricidade e que tem necessidade de auxílio para chegar até a unidade ou pessoas de baixa renda que tem custo de deslocamento de sua residência até a unidade de saúde, englobam fatores (idade e renda) que podem potencializar as barreiras geográficas, tornando-as relativamente mais distantes (FAQUINELLO; CARREIRA; MARCON, 2010).

Entre os usuários que afirmaram frenquentar a ESF Lídia, o acesso foi considerado fácil. A proximidade física da ESF, como confirmado pela maioria dos entrevistados que relataram chegar a pé, reduz distância, tempo e custos com deslocamento até o serviço de saúde. O fato da grande maioria dos indivíduos alegarem facilidade para a busca de atendimento na ESF Lídia e a não existência de barreiras geográficas, pode resultar em acompanhamento médico mais resolutivo e maior vínculo com a unidade de saúde, melhorando as condições de saúde e, consequentemente, resultando em um maior acesso ao serviço por parte dos usuários.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pluralidade e complexidade das condições sociais, econômicas e culturais refletem na saúde das pessoas, interferindo significativamente na demanda e busca por cuidados de saúde. O ato de buscar um serviço de saúde, denota a capacidade da população perceber suas necessidades de saúde e obter atendimento, ou seja, acessar. Dentre a multiplicidade de conceituações, sobre o acesso aos serviços de saúde, podemos concebe-lo como à relação existente entre os usuários e os recursos de saúde disponíveis no território, influenciado pelas característicias daqueles que utilizam e daqueles que ofertam os serviços de saúde.

A investigação sobre o acesso e utilização dos serviços públicos de saúde no Bairro Noal, município de Santa Maria – RS foi um estudo teórico-prático que buscou inserir a ciência geográfica nas análises e discussões em saúde pública. O acesso da população aos serviços é um pré-requisito fundamental para avaliar a qualidade da oferta dos serviços existentes e a eficácia das políticas públicas em saúde. O recorte espacial definido como área de pesquisa, o Bairro Noal, permitiu a partir dos seus usos e suas funções, criar perfis territoriais que nos revelam as condições de acesso aos serviços de saúde.

Essencialmente, os resultados principais dessa pesquisa sugere há necessidade de mais esforços de políticas púbicas para a diminuição das desigualdades sociais e de saúde da população. Embora, a comunidade do bairro Noal seja, em sua maior parte, uma comunidade pouco favorecida na questão socioeconômica, não há carência de serviços de saúde. Os serviços estão no território, e o acesso ao sistema de saúde aconteceu, em sua maioria, pelos serviços de ABS, próximos do local onde vivem os grupos familiares. Pode-se concluir, que houve sim, desigualdades no acesso da população do bairro, aos serviços de saúde.

Uma vez que as desigualdades no acesso, são passíveis de uma sequência de respostas políticas, organizacionais e também, educacionais, para reduzi-las, ou quem dera, elimina-las, é necessário reorientar os serviços de saúde para lidar com as disparidades no acesso. E isso é necessário para que, de fato, os príncipios constitucionais da seguridade em saúde possam ser cumpridos integralmente e assegurados, universalmente.

O município de Santa Maria, precisa considerar, seriamente, a meta prioritária de resolução da fragmentação da atenção básica, unificando, o que antes era

fragmentado, em torno da Estratégia Saúde da Família, como previsto no Pacto pela Saúde, em Defesa do SUS e da Gestão (BRASIL, 2006). A partir da análise dos resultados, foi possível perceber que um dos maiores entraves ao acesso, foram os distintos modelos de atenção à saúde: modelo saúde da família e modelo de UBS tradicionais. Com lógicas de atuação diferenciadas, ambos modelos, oferecem vantagens, mas também limitações aos usuários.

Nesse sentido, rever o modelo assistencial em vigor e a necessidade de substituição por outro modelo que possa suprir as demandas e necessidades de saúde dos usuários é fundamental para melhoria no acesso as serviços de saúde e na qualidade dos serviços prestados. Investir na atenção básica, como modelo de caráter substitutivo, é investir em ações de prevenção e promoção da saúde, opostamente ao modelo tradicional que tem um enfoque curativo e no tratamento de doenças. No entanto, cabe salientar que para efetivar a consolidação da ABS, somente a implantação da ESF no território não garante a substituição do modelo assistencial anterior. É necessário que a gestão municipal, de fato, faça opção pela ABS, em sua plenitude. Só desse modo, ocorrerá a substituição do modelo tradicional de assistência à saúde e a garantia de que os cidadãos terão acesso equitativo aos serviços de saúde do SUS.

Cabe destacar que, nessa pesquisa, a maioria dos indicadores do acesso aos serviços de saúde apresentou melhores resultados entre o grupo dos usuários regulares e prováveis usuários da ESF, em comparação aos residentes da área coberta pela UBS CSU. Todavia, em ambos grupos, o acesso aos serviços de saúde não foi garantido em sua totalidade, próximo ao local de domicílio. Os entrevistados relataram utilizar outros serviços de saúde, além da ESF Lídia e da UBS CSU, para atender suas necessidades de saúde. Assim, os fatores organizacionais dos serviços de saúde e os fatores demográficos e socioeconômicos da população, exerceram influência fundamental na busca por cuidados de saúde e pelo acesso efetivo a esses serviços.

Diante do exposto, considera-se que o Sistema Único de Saúde (SUS) alcançou inúmeros progressos na consolidação do acesso universal aos serviços de saúde, porém, ainda são evidenciadas desigualdades em relação a população usuária. Quando o acesso equitativo não ocorre, a entrada nos serviços e os fluxos ficam comprometidos e podem acontecer de qualquer lado do SUS, ou de um lado apenas, normalmente nos pronto-atendimentos e emergência de hospitais (FARIA,

2018). Sem dúvidas, é um processo desafiador para a gestão municipal ordenar ações de longo prazo, com vistas a garantir o acesso universal aos serviços de saúde, no contexto da ABS. Por isso, acredita-se que os resultados desse trabalho, possam contribuir com o dabate sobre o acesso no Brasil, bem como, com as instâncias executivas do município e o Conselho Municipal de Saúde de Santa Maria, pois trata-se de um conjunto de informação capazes de ajudar na formulação e avaliação de políticas públicas no setor da saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADAY, Lu Ann.; ANDERSEN, Ronald. A framework for the study of access to medical care. **Health Services Research***,* [s.l], v. 9, n. 3, p. 208-220, 1974.

AGOSTINHO, Milena Rodrigues *et al.* Autopercepção da saúde entre usuários da Atenção Primária em Porto Alegre, RS. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, [s.l.], v. 5, n. 17, p.9-15, 25 mar. 2010. Sociedade Brasileira de Medicina de Familia e Comunidade (SBMFC). Disponível em: <https://www.rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/175>. Acesso em: 21 jan. 2019.

AGUIAR, Raphael Augusto Teixeira de. **A construção internacional do conceito de Atenção Primária à Saúde (APS) e sua influência na emergência e consolidação do Sistema Único de Saúde no Brasil.** 2013. 166 f. Dissertação (Mestrado) - Curso Mestrado em Saúde Pública, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2013.

ALBUQUERQUE, Mariana Vercesi de; VIANA, Ana Luiza D'Ávila. Perspectivas de região e redes na política de saúde brasileira. **Saúde em Debate**, [s.l.], v. 39, n. , p.28-38, 1 dez. 2015

ALMEIDA, E. P. **O uso do território brasileiro e os serviços de saúde no período técnico-científico-informacional**. Tese (Doutorado em Geografia Humana) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

ANDERSEN, Ronald; NEWMAN, John F.. Societal and Individual Determinants of Medical Care Utilization in the United States. **Milbank Quarterly**, [s.l.], v. 83, n. 4, p.95-124, nov. 2005. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2690261/>. Acesso em: 10 abr. 2017 .

ASSIS, Marluce Maria Araújo; JESUS, Washington Luiz Abreu de. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l], v. 11, n. 17, p.2865-2875, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n11/v17n11a02.pdf>. Acesso em: 29 maio 2017.

BAHIA, Ligia *et al.* Segmentação da demanda dos planos e seguros privados de saúde: uma análise das informações da PNAD/98. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 7, n. 4, p.671-686, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232002000400006&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 20 jan. 2017.

BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria. Análise da produção legislativa em saúde no Congresso Nacional brasileiro (1990-2006). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p.97-109, 2010. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/csp/2010.v26n1/97-109/pt>. Acesso em: 20 jan. 2018.

BARATA, Rita Barradas. **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/48z26/pdf/barata-9788575413913.pdf>. Acesso em: 17 abr. 2017.

BARCELLOS, Christovam; BUZAI, Gustavo D.; HANDSCHUMACHER, Pascal. Geografia e saúde: o que está em jogo? História, temas e desafios. **Confins**, [s.l.], n. 37, p.29-38, 24 set. 2018. OpenEdition. http://dx.doi.org/10.4000/confins.14954. Disponível em: <https://journals.openedition.org/confins/14954>. Acesso em: 20 jan. 2018.

BARCELLOS, Christovam *et al.* Inter-relacionamento de dados ambientais e de saúde: análise de risco à saúde aplicada ao abastecimento de água no Rio de Janeiro utilizando Sistemas de Informações Geográficas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 14, p.597-605, jul. 1998. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/arquivos/secretarias/saude/inf_socioamb/0001/texto1.pdf>. Acesso em: 11 nov. 2017.

BARCELLOS, Christovam *et al.* Organização Espacial, Saúde e Qualidade de Vida: Análise Espacial e Uso de Indicadores na Avaliação de Situações de Saúde. **Informe Epidemiológico do SUS**, Brasília, v. 11, n. 3, p.129-138, jul. 2002. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/713/2/BARCELLOS_Analise espacial e uso de indicadores_saude_2002.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2017.

BARCELLOS, Christovam.; ROJAS, Luisa Iñiguez. **O território e a Vigilância em Saúde**. EPSJV: Programa de Formação de Agentes Locais de Vigilância em Saúde - Proformar – Unidade de Aprendizagem I, Módulo III. Rio de Janeiro. 2003

BARRETT, Frank A. A medical geographical anniversary. **Social Science & Medicine**, [s.l.], v. 37, n. 6, p.701-710, set. 1993. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0277953693903639>. Acesso em: 28 jun. 2017.

BASTOS, Francisco Inácio. AIDS no Brasil : Uma Epidemia em Mutação - A Dinâmica da Epidemia de AIDS no Brasil a Partir dos Casos Notificados. **RADIS – AIDS Uma Epidemia em Mutação**, Rio de Janeiro, [s.n], 1996.

BATISTELLA, Carlos. Saúde, Doença e Cuidado: complexidade teórica e necessidade histórica. In: FONSECA, Angélica Ferreira; CORBO, Anamaria D'andrea. **O território e o processo saúde-doença.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. p. 25-50. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/l24.pdf>. Acesso em: 24 maio 2017.

BERTAKIS, K. D. *et al.* Gender differences in the utilization of health care services. **Journal Of Family Practice**, [s.l], v. 49, n. 2, p.147-152, fev. 2000. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10718692

BOUSQUAT, Aylene; COHN, Amélia. A dimensão espacial nos estudos sobre saúde: uma trajetória histórica. **História, Ciências, Saúde-manguinhos**, [s.l.], v. 11, n. 3, p.549-568, dez. 2004. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-59702004000300002&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 15 jun. 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde. 8ª Conferência Nacional de Saúde. In: **Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 2.203, de 5 de novembro de 1996**. Aprova, nos termos do texto a esta portaria, a NOB 1/96, a qual redefine o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde, constituindo, por conseguinte, instrumento imprescindível à viabilização da atenção integral a saúde da população e ao disciplinamento das relações entre as três esferas de gestão do sistema. *Diário Oficial da União*, DF, 6 de novembro de 1996.

BRASIL. **Congresso Nacional. Constituição da República Federativa do Brasil 1988.** Diário Oficial da União, Brasília, DF, 5 out. 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm Acesso: 29 Mar 2017

BRASIL. **Lei n.º 8080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 20 de setembro de 1990a.

BRASIL. **Lei n.º 8142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 31 de dezembro de 1990b.

BRASIL. **Lei nº 12.871 de 22 de outubro de 2013**. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis n. 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e n. 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Diário Oficial da União, 23 out. 2013.

BRASIL. Lei nº 13.595, de 5 de janeiro de 2018. **Altera a Lei Nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, para dispor sobre a reformulação das atribuições, a jornada e as condições de trabalho, grau de formação profissional, os cursos de formação técnica e continuada e a indenização de transporte dos profissionais Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias**. Brasília, DF, 17 abr. 2018

BRASIL. Medida Provisória nº 132, de 20 de outubro de 2003. **Cria o Programa Bolsa Família e dá outras providências**. Diário Oficial da União, Poder Executivo,Brasília, Distrito Federal, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e da Gestão.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/PactosPelaVida_Vol1DiretOperDefesaSUSeGestao.pdf. Acesso em: 20 ago. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 95, de 26 de janeiro de 2001**. Norma Operacional da Assistência à Saúde NOAS-SUS 01/2001. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, fev. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002.** Norma Operacional da Assistência à Saúde NOAS-SUS 01/2002. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, fev. 2002b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 545, de 20 de maio de 1993**. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica – SUS 01/93.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programas de Agentes Comunitários e Saúde da Família: PACS/PSF**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997. Disponível em:

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução n. º 258, de 7 de janeiro de 1991**. Aprova a Norma Operacional Básica/Sus 01/91, constante do Anexo I, da presente resolução, que trata da nova política de financiamento do Sistema Único de Saúde. (Ementa elaborada pela CDI/MS). *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 10 de janeiro de 1991.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. Disponível em:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica**. Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em:

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf . Acesso em: 10 abr. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília, 2011. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

CAIRUS, Henrique Fortuna; RIBEIRO JUNIOR, Wilson. **Textos Hipocráticos:** o doente, o médico e a doença. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/9n2wg/pdf/cairus-9788575413753.pdf>. Acesso em: 07 jul. 2017.

CARVALHO, Nilson Maestri. **Os territórios da saúde e a saúde dos territórios:** discutindo o processo de territorialização em saúde a partir do caso de um serviço de atenção primária em Porto Alegre, RS. 2003. 155 f. Tese (Doutorado) - Curso de Mestrado em Administração, Escola de Administração, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2003. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/3531/000389476.pdf?sequence=1>. Acesso em: 22 out. 2017.

CASTELLS, Manuel. **A sociedade em Rede:** Era da Informação: Economia, Sociedade e Cultura. 6. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1999.

CASTRO, Ana Luisa Barros de; FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues. A política brasileira de atenção primária à saúde. In: MACHADO, Cristiani Vieira; BAPTISTA, LIMA, Luciana Dias de; FARIA, Tatiana Wargas de. **Políticas de saúde no Brasil: continuidades e mudanças.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 173-196.

CASTRO, Josué de. **Geografia da Fome.** São Paulo: Brasiliense, 1957.

CENTA, Maria de Lourdes; ALMEIDA, Bernardo Montesanti Machado de. O PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA SOB OLHAR DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR. **Fam. Saúde Desenv.**, Curitiba, v. 5, n. 2, p.103-113, maio 2003. Disponível em: <revistas.ufpr.br/refased/article/download/8090/5709>. Acesso em: 08 jan. 2018.

CONFALONIERI, Ulisses Eugenio Cavalcanti; MARINHO, Diana. Mudança Climática Global e Saúde: Perspectivas para o Brasil. **Multiciência**, Campinas, n. 8, p.48-64, maio 2007. Disponível em: <https://www.multiciencia.unicamp.br/artigos_08/a_03_8.pdf>. Acesso em: 10 out. 2017.

CONILL, Eleonor Minho. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafio os para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, p.7-16, 2008.

CUNHA, Alcione Brasileiro Oliveira; VIEIRA-DA-SILVA, Ligia Maria. Acessibilidade aos serviços de saúde em um município do Estado da Bahia, Brasil, em gestão plena do sistema. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 26, p.725-737, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n4/15.pdf>. Acesso em: 12 jun. 2017.

CURTIS, Sarah; TAKET, Ann R. **Health and societies:** changing perspectives. Londres: Arnold, 1996.

CZERESNIA, Dina; RIBEIRO, Adriana Maria. O conceito de espaço em epidemiologia: uma interpretação histórica e epistemológica. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p.595-605, set. 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2000000300002>. Acesso em: 20 out. 2017

DEGANI, Vera Catarina. **A resolutividade dos problemas de saúde:** opinião de usuários em uma unidade básica de saúde. 2002. 201 f. Dissertação (Mestrado) -

Curso de Mestrado em Enfermagem, Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2002. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/1862/000310803.pdf>. Acesso em: 22 nov. 2017.

DIAS-DA-COSTA, Juvenal Soares *et al.* Utilização dos serviços ambulatoriais de saúde por mulheres: estudo de base populacional no Sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, [s.l.], v. 24, n. 12, p.2843-2851, dez. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001200013>. Acesso em: 13 maio 2017.

DONABEDIAN, A. **An introduction to Quality Assurance in Health Care**. Oxford University Press, New York, 2003.

DUTRA, Denecir de Almeida. **Geografia da saúde no Brasil:** arcabouço teórico-epistemológico, temáticas e desafios. 2011. 191 f. Tese (Doutorado) - Curso de Doutorado em Geografia, Geografia, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2011. Disponível em: <http://www.acervodigital.ufpr.br/bitstream/handle/1884/26567/Tese+Completa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 12 set. 2017.

DUTTON, Diana. Financial, organizational and professional factors affecting health care utilization. **Social Science & Medicine**, [s.l.], v. 23, n. 7, p.721-735, jan. 1986. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0277953686901218>. Acesso em: 20 jun. 2017.

FACCHINI, Luiz Augusto *et al.* Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 11, n. 3, p.669-681, set. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232006000300015&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 23 jun. 2017.

FARIA, R. **Implementação de tecnologia cartográfica nas ações de planejamento e vigilância à saúde na área urbana de Santa Maria, Rio Grande do Sul**. [mimeo] Santa Maria: Universidade Federal de Santa Maria, 2017.

FARIA, Rivaldo Mauro de. **Território Urbano e o Processo Saúde-Doença**: perfil territorial da saúde no São Geraldo em Pouso Alegre - MG. 2008. 166f. Dissertação (Mestrado) – Curso de Mestrado em Geografia, Departamento de Geociências, Universidade Estadual de Campina, Campinas, 2008.

FARIA, Rivaldo Mauro de. **A territorialização da Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde:** perspectiva de adequação aos perfis do território urbano de Pouso Alegre - MG. 2012. 337 f. Tese (Doutorado) - Curso de Doutorado em Geografia, Departamento de Geociências, Universidade Estadual de Campina, Campinas, 2012. Disponível em: <http://repositorio.unicamp.br/handle/REPOSIP/286710>. Acesso em: 06 maio 2017.

FARIA, Rivaldo Mauro. OS DESIGUAIS LIMITES DA PORTA DE ENTRADA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) EM POUSO ALEGRE-MG, BRASIL. **Raega - O**

Espaço Geográfico em Análise, Curitiba, v. 29, p.135-156, 6 dez. 2013. Universidade Federal do Paraná. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/raega/article/view/30624>. Acesso em: 07 maio 2017.

FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues *et al.* A posição da Estratégia Saúde da Família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB 2012. **Saúde em Debate**, [s.l.], v. 38, n. , p.13-33, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0013.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2017.

FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues. **Dos programas de medicina comunitária ao Sistema Único de Saúde:** uma análise histórica da atenção primária na política de saúde brasileira. 2005. 261p. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005

FERREIRA, C. M. **Iniciação à análise geoespacial**. São Paulo: Editora Unesp, 2014.

FERTONANI, Hosanna Pattrig *et al.* Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p.1869-1878, jun. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232015000601869&script=sci_abstract>. Acesso em: 13 set. 2017.

FLEURET, Sebastien; ATKINSON, Sarah. Wellbeing, health and geography: A critical review and research agenda. **New Zealand Geographer**, [s.l.], v. 63, n. 2, p.106-118, ago. 2007. Wiley-Blackwell. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1745-7939.2007.00093.x>. Acesso em: 20 jan. 2018.

FONSECA, Graziele Gorete Portella da *et al.* Acolhimento e vínculo no processo de fazer dos agentes comunitários de saúde: Revisão Integrativa. **Saúde (santa Maria)**, Santa Maria, v. 39, n. 2, p.9-22, dez. 2013. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/revistasaude/article/view/7921>. Acesso em: 10 jan. 2019.

FORTES, Paulo Antônio de Carvalho; RIBEIRO, Helena. Saúde Global em tempos de globalização. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 23, n. 2, p.366-375, jun. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v23n2/0104-1290-sausoc-23-2-0366.pdf>. Acesso em: 14 jul. 2017

GAWRYSZEWSKI, Ana Raquel Bonder; OLIVEIRA, Denize Cristina; GOMES, Antonio Marcos Tosoli. Acesso ao SUS: representações e práticas de profissionais desenvolvidas nas Centrais de Regulação. **Physis**: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 1, n. 22, p.119-140, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v22n1/v22n1a07.pdf>. Acesso em: 23 out. 2017.

GEDDES, Arthur. Report to the commission on medical geography. **Social Science & Medicine. Part D**: Medical Geography, [s.l.], v. 12, n. 3-4, p.227-237, jan. 1978. Disponível em:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0160800278900394>. Acesso em: 07 set. 2017.

GIL, Célia Regina Rodrigues. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 22, p.1171-1181, jun. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n6/06.pdf>. Acesso em: 22 out. 2017.

GIOVANELLA, Ligia e MENDONÇA, Maria Helena Magalhães. Atenção primária em saúde. In: GIOVANELLA, Ligia *et al.* (Org). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008. p. 575-626.

GIOVANELLA, Ligia; FLEURY, Sonia. Serviços de saúde: acesso, processos, avaliação, aspectos econômicos, descrição de caso: Universalidade da atenção à saúde: acesso como categoria de análise. In: EIBENSCHUTZ, Catalina. **Política de saúde: o público e o privado.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996. p. 177-198. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/q5srn/pdf/eibenschutz-9788575412732-09.pdf>. Acesso em: 14 jul. 2017.

GOMES, Romeu; NASCIMENTO, Elaine Ferreira do; ARAÚJO, Fábio Carvalho de. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cadernos de Saúde Pública**, [s.l.], v. 23, n. 3, p.565-574, mar. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2007000300015&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 12 jan. 2019.

GONDIM, G.M.M. et al. O Território da Saúde: a organização do sistema de saúde e a territorialização. In. Miranda et al (Orgs.) **Território, Ambiente e Saúde.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008. p.237-255.

GUIMARÃES, Raul Borges. **Saúde:** fundamentos de Geografia humana. São Paulo: Unesp, 2015. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/4xpyq/pdf/guimaraes-9788568334386.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2017.

GUIMARÃES, Raul Borges. A dupla determinação geográfica da saúde: Uma teoria em construção. In: RIBEIRO, Eduardo Augusto Werneck (Org.). **Novos temas e debates para a Geografia da Saúde**. Blumenau: Editora Instituto Federal Catarinense, 2019. Cap. 3. p. 1-32. Disponível em: <http://editora.ifc.edu.br/wp-content/uploads/sites/33/2019/01/Novos-temas-para-se-pensar-as-pesquisas-em-Geografia-da-Sa%C3%BAde.pdf>. Acesso em: 03 jan. 2019.

GUIMARÃES, Raul Borges. Geografia e saúde coletiva no Brasil. **Saúde e Sociedade**, [s.l.], v. 25, n. 4, p.869-879, dez. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0104-12902016000400869&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 10 jan. 2018.

GUIMARÃES, Raul Borges. **Transbordar do hospital pela cidade:** saúde e produção do espaço. 1994. 135 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Mestrado em Geografia, Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1994.

HARDING, S *et al.* Decline in, and lack of difference between, average birth weights among African and Portuguese babies in Portugal. **International Journal Of Epidemiology**, [s.l.], v. 35, n. 2, p.270-276, 9 nov. 2005. Oxford University Press (OUP). Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16280368>. Acesso em: 23 jan. 2017.

HUSAIN, Zakir. Thirty years after Alma Ata:: time to look back and think ahead. **Bangladesh News.** Bangladesh, fev. 2018. Disponível em: <www.independent-bangladesh.com/features/thirty-years-after-alma-ata-timeto-look-back-and-think-ahead.html>. Acesso em: 15 ago. 2017.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional de Saúde 2013:** percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas – Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação [Internet]. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: ftp://ftp.ibge.gov.br/PNS/2013/pns2013.pdf. Acesso em: 09 de mar. 2017.

JUNQUEIRA, Renata Dias. Geografia Médica e Geografia da Saúde. **Hygeia**: revista brasileira de Geografia Médica e da Saúde, Uberlândia, v. 5, n. 8, p.57-91, jun. 2009. Disponível em: <http://www.seer.ufu.br/index.php/hygeia/article/viewFile/16931/9336>. Acesso em: 3 ago. 2017.

KALETA, Dorota *et al.* Factors influencing self-perception of health status. **Central European journal of public health**, v. 17, n. 3, p. 122, 2009. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/40728100_Factors_Influencing_Self-perception_of_Health_Status. Acesso em: 24 Fev. 2019.

KASSOUF, Ana Lúcia. Acesso aos serviços de saúde nas áreas urbana e rural do Brasil. **Revista de Economia e Sociologia Rural**, [s.l.], v. 43, n. 1, p.29-44, mar. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-20032005000100002>. Acesso em: 20 jan. 2017.

KOOPMANS, Gerrit T.; LAMERS, Leida M.. Gender and health care utilization: The role of mental distress and help-seeking propensity. **Social Science & Medicine**, [s.l.], v. 64, n. 6, p.1216-1230, mar. 2007. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17194514?dopt=Abstract>. Acesso em: 11 fev. 2019.

LACAZ, Carlos da Silva , BARUZZI, Roberto G. , SIQUEIRA JR , Waldomiro. **Introdução à Geografia Médica do Brasil.** São Paulo: EDUSP, 1972.

LEE, Douglas H.k.. Physiological climatology as a field of study. **Social Science & Medicine. Part D**: Medical Geography, [s.l.], v. 12, n. 3-4, p.220-226, jan. 1978. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0160800278900382>. Acesso em: 13 ago. 2017.

LEVESQUE, Jean-frederic; HARRIS, Mark F; RUSSELL, Grant. Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. **International Journal For Equity In Health**, [s.l.], v. 12, n. 1, p.1-9,

2013. Disponível em: https://equityhealthj.biomedcentral.com/articles/10.1186/1475-9276-12-18>. Acesso em: 17 maio 2017.

LEWINSOHN, Rachel. Prophet in His Own Country: Carlos Chagas and the Nobel Prize. **Perspectives In Biology And Medicine**, [s.l.], v. 46, n. 4, p.532-549, 2003. Johns Hopkins University Press. Disponível em: http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/102650/1/2-s2.0-1542598939.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2017.

LIMA-COSTA, Maria Fernanda; TURCI, Maria Aparecida; MACINKO, James. Estratégia Saúde da Família em comparação a outras fontes de atenção: indicadores de uso e qualidade dos serviços de saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, [s.l.], v. 29, n. 7, p.1370-1380, jul. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2013000700011&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 04 jan. 2019.

MALFATTI, Carlos Ricardo Maneck; ASSUNÇÃO, Ari Nunes. Hipertensão arterial e diabetes na Estratégia de Saúde da Família: uma análise da frequência de acompanhamento pelas equipes de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 16, n. 1, p.1383-1388, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232011000700073&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 09 jan. 2019.

MALTA, Deborah Carvalho *et al.* A Cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. Ciênc Saúde Coletiva, v. 21, n. 2, p. 327-338, 2016

MANUEL, Jennifer I. Racial/Ethnic and Gender Disparities in Health Care Use and Access. **Health Services Research**, [s.l.], v. 53, n. 3, p.1407-1429, 8 maio 2017. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/1475-6773.12705>. Acesso em: 14 fev. 2019.

MARTÍNEZ, Manuel López. El legado de Hipócrates. **Bioética**, Habana, p.8-9, jan. 2004. Disponível em: <http://www.cbioetica.org/revista/41/410809.pdf>. Acesso em: 15 dez. 2017.

MAY, Jacques M.. History, definition, and problems of medical geography: A general review. **Social Science & Medicine. Part D**: Medical Geography, [s.l.], v. 12, n. 3-4, p.211-219, jan. 1978. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0160800278900370>. Acesso em: 13 ago. 2017.

MAZETTO, Francisco de Assis Penteado. Pioneiros da geografia da saúde: séculos XVIII, XIX e XX. In.: BARCELLOS, Christovam. (Org.) **A Geografia e o contexto dos problemas de saúde.** Coleção Saúde e Movimento. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2008.

MELO, Erik Cristóvão Araújo *et al.* Acessibilidade geográfica e econômica na Estratégia Saúde da Família: avaliação da satisfação por usuários com hipertensão arterial sistêmica. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, Vitória, v. 15, n. 4,

p.37-47, out. 2013. Disponível em: <http://periodicos.ufes.br/RBPS/article/view/7597/5261>. Acesso em: 10 jan. 2017.

MENDES Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), 2011.

MENDES, Eugênio Vilaça (Org.) **Distrito Sanitário**: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo: Hucitec, 1993.

MENDES, Eugênio Vilaça. **A construção social da Atenção Primária à Saúde.** Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2015. Disponível em: http://www.saude.go.gov.br/wp-content/uploads/2016/12/a-construcao-social-da-atencao-primaria-a-saude.pdf. Acesso em: 12 jun. 2017.

MENDES, Eugênio Vilaça. **Atenção Primária à Saúde no SUS.** Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MENDONÇA, Francisco. Clima, tropicalidade e saúde: Uma perspectiva a partir da intensificação do aquecimento global. **Revista Brasileira de Climatologia**, [s.l], v. 1, p. 97-110, 2006.

MENDONÇA, Francisco; ARAÚJO, Wiviany Mattozo de; FOGAÇA, Thiago Kich. A geografia da saúde no Brasil: Estado da arte e alguns desafios. **Investigaciones Geograficas**, Chile, n. 48, p.41-52, 2014. Disponível em: <https://investigacionesgeograficas.uchile.cl/index.php/IG/article/view/36675/38269>. Acesso em: 2 dez. 2017.

MENDOZA-SASSI, Raúl; BÉRIA, Jorge Umberto. Utilización de los servicios de salud: una revisión sistemática sobre los factores relacionados. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p.819-832, ago. 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v17n4/5288.pdf>. Acesso em: 11 set. 2017.

MONKEN, Maurício. **Espaço e Vigilância em Saúde:** uma Perspectiva Metodológica de Territorialização em Sistemas Locais de Saúde. In: VI Congresso Paulista de Saúde Pública, Águas de Lindóia,1999.

NOGUEIRA, Helena; REMOALDO, Paula Cristina. **Olhares Geográficos sobre a Saúde**. Ed. Colibri, 2010.

NOSSA, Paulo Nunes. Linhas de investigação na Geografia da Saúde e a noção holística de saúde. In: BARCELLOS, Christovam. **A Geografia e o contexto dos problemas de saúde.** Rio de Janeiro: Abrasco, 2008. p. 1-10.

OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos; PEREIRA, Iara Cristina. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 66 , n. Especial, p.158-164, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66nspe/v66nspea20.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2017.

Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). **Declaração de Alma-Ata**. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde. 1978. Disponível em: http://www.opas.org.br. Acesso em: 12 mar. 2017.

Organização Mundial da Saúde (OMS). **Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO)** - 1946. Disponível em: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>. Acesso em: 18 maio 2014.

PAIM, Jairnilson Silva. A formação de recursos humanos em Saúde Coletiva. In: **Saúde, Crise e Reformas**. Salvador: Centro Editorial e Didático da Universidade Federal da Bahia, p. 105-129, 1986.

PAIM, Jairnilson Silva. A Reforma Sanitária e a municipalização. **Saúde e Sociedade**, [s.l.], v. 1, n. 2, p.29-47, 1992. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12901992000200003>. Acesso em: 10 nov. 2017.

PAIM, Jairnilson Silva. A Reforma Sanitária e os Modelos Assistenciais. In: ROUQUAYROL, Maria Zélia (org.). **Epidemiologia e Saúde**. Rio de Janeiro: MEDSI, 1993, p. 455-466

PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma Sanitária Brasileira:** Contribuição para compreensão e crítica. 300 f. Tese (Doutorado) - Curso de Doutorado em Saúde Pública, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2007. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/10376/1/5555555555.pdf>. Acesso em: 7 out. 2017.

PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antonio. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde-manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p.15-36, mar. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v21n1/0104-5970-hcsm-21-1-00015.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2018.

PAUL, Bimal Kanti. Approaches to medical geography: An historical perspective. **Social Science & Medicine**, [s.l.], v. 20, n. 4, p.399-404, jan. 1985. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0277953685900152>. Acesso em: 12 set. 2017.

PELICIONE, Américo Focesi. **Padrão de consumo de medicamentos em duas áreas da Região Metropolitana de São Paulo, 2001-2002. 2005.** 112f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005. Disponível em: . Acesso em: 6 abr. 2017.

PESSOA, Samuel Barnsley. **Ensaios Médico-Sociais**. São Paulo: CEBES/Editora Hucitec.1978

PICKENHAYN, Jorge Amancio. Geografia de la Salud: el camino de las aulas. In: BARCELLOS, C. (Org.) **A Geografia e o contexto dos problemas de saúde**. Coleção Saúde e Movimento. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2008.

POLITI, Ricardo. Desigualdade na utilização de serviços de saúde entre adultos: uma análise dos fatores de concentração da demanda. **Economia Aplicada**, [s.l.], v. 18, n. 1, p.117-137, mar. 2014. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-80502014000100006>. Acesso em: 11 fev. 2019.

PORTELA, Gustavo Zoio. Atenção Primária à Saúde: um ensaio sobre conceitos aplicados aos estudos nacionais. **Physis**: Revista de Saúde Coletiva, [s.l.], v. 27, n. 2, p.255-276, jun. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312017000200255&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 05 dez. 2018.

PORTO, Silvia Marta; SANTOS, Isabela Soares; UGA, Maria Alicia Dominguez. A utilização de serviços de saúde por sistema de financiamento. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 11, n. 4, p. 895-910, Dez. 2006 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000400013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 26 Fev. 2019.

RABELLO, Lucíola Santos. Introdução: como abordamos a promoção da saúde. In: **Promoção da saúde**: a construção social de um conceito em perspectiva do SUS. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010, pp. 21-38.

RAWAF, Salman; MAESENEER, Jan de; STARFIELD, Barbara. From Alma-Ata to Almaty: a new start for primary health care. **The Lancet**, [s.l.], v. 372, n. 9647, p.1365-1367, out. 2008. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18922572>. Acesso em: 06 jun. 2017.

RIBEIRO, Fátima Aparecida. **Atenção Primária (APS) e Sistema de Saúde no Brasil:** Uma perspectiva histórica. 308 f. Tese (Doutorado) - Curso de Mestrado em Ciências, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

RODRIGUES, Maria Aparecida Pinheiro *et al.* Uso de serviços ambulatoriais por idosos nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, [s.l.], v. 24, n. 10, p.2267-2278, out. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2008001000008&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 04 jan. 2019.

ROJAS, Luisa Iñiguez. Geografía y salud: temas y perspectivas en América Latina. **Cadernos de Saúde Pública**, [s.l.], v. 14, n. 4, p.701-711, out. 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X1998000400012&script=sci_abstract&tlng=es>. Acesso em: 10 maio 2017.

ROSA, Walisete de Almeida Godinho; LABATE, Renata Curi. Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, [s.l.], v. 13, n. 6, p.1027-1034, dez. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000600016>. Acesso em: 07 jul. 2017.

ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia & Saúde.** 6. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003.

SÁNCHEZ, Gloria Matilde Vargas. **Dialéctica del concepto de miasma a través de la historia.** 2011. 68 f. Tese (Doutorado) - Curso de Maestría En Medicina Alternativa, Departamento de Medicina, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá,

2011. Disponível em: <http://www.bdigital.unal.edu.co/4152/1/05-598656.2011.pdf>. Acesso em: 14 jul. 2017.

SANTA MARIA. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2013-2017**. Santa Maria, 2013.

SANTANA, Paula. **Geografias da saúde e do desenvolvimento**. Coimbra: Almedina, 2005.

SANTANA, Paula. **Introdução a Geografia da Saúde:** Território, Saúde e Bem-estar. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra, 2014.

SANTOS, Isabela Soares; UGA, Maria Alicia Dominguez; PORTO, Silvia Marta. O mix público-privado no Sistema de Saúde Brasileiro: financiamento, oferta e utilização de serviços de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 13, n. 5, p. 1431-1440, out. 2008 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000500009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 26 Fev. 2019.

SANTOS, Milton. **A Natureza do Espaço:** razão e emoção. São Paulo: Hucitec, 1996.

SANTOS, Milton. **Por uma outra globalização:** do pensamento único à consciência universal. 6. ed. São Paulo: Record, 2001.

SAVIAN, Paloma da Silva. **Análise espacial da privação social da cidade de Santa Maria, Rio Grande do Sul.** 2016. 52 f. TCC (Graduação) - Curso de Geografia, Departamento de Geociências, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2016.

SAVIAN, Paloma da Silva; FARIA, Rivaldo Mauro de. Territórios da saúde: processo de territorialização das estratégias saúde da família (ESF), na cidade de Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil. In: II Congreso Internacional de Geografía Urbana, 2017, Lújan. **Actas del II Congreso Internacional de Geografía Urbana.** Lújan: Universidad Nacional de Lújan, 2018. p. 271 - 284. Disponível em: <http://congresogeografiau.wixsite.com/cgeourbana/actas-del-ii-cigu>. Acesso em: 10 fev. 2017.

SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica. **Cadastramento Familiar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: http://www2.datasus.gov.br/SIAB. Acesso em: 17 de abril de 2017.

SILVA JÚNIOR, Evanildo Souza da *et al.* Acessibilidade geográfica à atenção primária à saúde em distrito sanitário do município de Salvador, Bahia. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, [s.l.], v. 10, n. 1, p.49-60, nov. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1519-38292010000500005&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 10 jan. 2017.

SILVA, Luiz Jacintho da. **Evolução da doença de Chagas no Estado de São Paulo**. 1981. Tese (Doutorado) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 1981.

SORRE, Max. **Les Fondements de la Géographie Humaine**. Paris: Armand Colin, 1943.

SORRE, Max. Principes de cartographie appliquee a l'ecologie humaine. **Social Science & Medicine. Part D**: Medical Geography, [s.l.], v. 12, n. 3-4, p.238-250, jan. 1978. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0160800278900400>. Acesso em: 12 set. 2017.

STARFIELD, Barbara. **Atenção Primária:** equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

TEIXEIRA, Carmem Fontes; PAIM, Jairnilson Silva; VILASBÔAS, Ana Luiza. SUS, Modelos assistenciais e vigilância da saúde. **Informe Epidemiológico do Sus**, [s.l], p.7-28, abr. 1998. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/iesus/v7n2/v7n2a02.pdf>. Acesso em: 19 maio 2017.

TRAVASSOS, Claudia; CASTRO, Mônica Silva Monteiro de. Determinantes e Desigualdades Sociais no Acesso e na Utilização de Serviços de Saúde. In: Giovanella, Ligia. (Org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil.** FIOCRUZ. 2012.

TRAVASSOS, Claudia; MARTINS, Mônica. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p.190-198, 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000800014>. Acesso em: 07 maio 2017.

UNGLERT, Carmen Vieira de Sousa. O enfoque da acessibilidade no planejamento da localização e dimensão de serviços de saúde. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, p.445-452, dez. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89101990000600002&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 23 set. 2017.

UNGLERT, Carmen Vieira de Sousa. Territorialização em sistemas de saúde. In: MENDES, Eugênio Vilaça. **Distrito Sanitário.** São Paulo: Hucitec, 1995. p. 221-235.

UNGLERT, Carmen Vieira de Sousa; ROSENBURG, Cornélio Pedroso; JUNQUEIRA, Claudette Barriguela. Acesso aos serviços de saúde: uma abordagem de geografia em saúde pública. **Revista de Saúde Pública**, [s.l.], v. 21, n. 5, p.439-446, out. 1987. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v21n5/09.pdf>. Acesso em: 14 out. 2017.

UNGLERT, Carmen Vieira de Sousa.Territorialização em Sistemas de Saúde. In: MENDES, Eugênio Vilaça (Org). **Distritos Sanitários: processo social de mudança nas práticas sanitárias para o Sistema Único de Saúde**. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1993, p 221-235.

URTEAGA, Luis. Miseria, miasmas y microbios: las topografías médicas y el estudio del medio ambiente en el siglo XIX. **Geo Crítica**, Universidad de Barcelona, n. 29, nov. 1980. Disponível em: <http://www.ub.edu/geocrit/geo29.htm>. Acesso em: 07 jul. 2017.

VAZ, Dirley dos Santos; REMOALDO, Paula Cristina Almeida. A Geografia da Saúde brasileira e portuguesa: algumas considerações conceptuais. **Geousp- Espaço e Tempo**, São Paulo, v. , n. 29, p.173-192, 2011. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/geousp/article/view/74242>. Acesso em: 13 maio 2017.

VIANA, Ana Luiza D'Ávila *et al.* Regionalização e Redes de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 23, n. 6, p.1791-1798, jun. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413132018000601791&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 12 fev. 2019.

VIANA, Ana Luiza D'Ávila *et al.* Atenção básica e dinâmica urbana nos grandes municípios paulistas, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, [s.l.], v. 24, n. 1, p.79-90, 2008.. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2008001300013&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 19 fev. 2019

VIEITES, Renato Guedes; FREITAS, Inês. A Influência de Maximilien Sorre e Vidal de La Blache na Geografia Médica de Josué de Castro. **Scientia Plena**, [s.l], v. 5, n. 6, p.1-12, jun. 2009. Disponível em: <https://www.scientiaplena.org.br/sp/article/viewFile/633/294>. Acesso em: 11 out. 2017.

ANEXO A – PARECER DO CEP/UFSM

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA/ PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ACESSO E UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE NO BAIRRO NOAL, SANTA MARIA, RIO GRANDE DO SUL, BRASIL
Pesquisador: RIVALDO MAURO DE FARIA
Área Temática:
Versão: 1
CAAE: 74629417.5.0000.5346
Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Maria/ Pró-Reitoria de Pós-Graduação e
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.272.068

Apresentação do Projeto:
O Brasil adotou a Atenção Básica de Saúde (ABS) como estratégia para a reorganização do sistema de saúde no movimento constitucional concluído em 1988 com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). O setor de saúde passou a ser orientado pelos princípios e diretrizes do SUS e da ABS a fim de reduzir as iniquidades de saúde e universalizar o acesso aos serviços de saúde. No entanto, sabe-se que o acesso aos serviços de saúde não é alcançado por todos os cidadãos brasileiros.

Desta forma, o projeto propõe um um estudo transversal de base populacional no bairro Noal, na área urbana do município de Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil. A população-alvo do estudo são 250 indivíduos com idade igual ou superior a 18 anos, de ambos os sexos, residentes no bairro Noal. Os sujeitos da pesquisa serão divididos em dois agrupamentos distintos: Agrupamento 1: população residente no bairro Noal e cadastrada na área de cobertura da Estratégia Saúde da Família Vila Lídia; Agrupamento 2: população residente no bairro Noal e não cadastrada na Estratégia Saúde da Família Vila Lídia, usuários da Unidade Básica de Saúde (UBS) Centro Social Urbano.

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar
Bairro: Camobi **CEP:** 97.105-970
UF: RS **Município:** SANTA MARIA
Telefone: (55)3220-9362 **E-mail:** cep.ufsm@gmail.com

O instrumento de coleta de dados será um questionário padronizado aplicado na forma de entrevista, na residência do participante. A base de dados será analisada em Sistema de Informação Geográfica (SIG) com uso de operações de estatística espacial, utilização do Programa ArcGis da empresa Esri.

Objetivo da Pesquisa:

GERAL: compreender a dinâmica espacial do acesso e da utilização dos serviços da Atenção Básica à saúde do SUS. O estudo será realizado no bairro Noal, na área urbana de Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil.

ESPECÍFICOS:

- Compreender os aspectos que levam a população do bairro acessar ou não acessar os serviços de saúde;
- Analisar como as barreiras geográficas interferem no acesso e na utilização dos serviços de saúde;
- Avaliar as desigualdades no acesso e na utilização dos serviços de saúde em relação às características socioeconômicas, demográficas e geográficas da população.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

RISCOS: cansaço ao responder o questionário.

BENEFÍCIOS: indiretos, uma vez que o resultado da pesquisa poderá ajudar os gestores municipais a traçar ações para efetivar os pressupostos do SUS e políticas em saúde capazes de minimizar os problemas relacionados ao acesso e utilização dos serviços de saúde.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta registro do projeto, folha de rosto, termo de confidencialidade, termo de consentimento livre esclarecido devidamente assinados.

Recomendações:

Veja no site do CEP - http://w3.ufsm.br/nucleodecomites/index.php/cep - na aba "orientações gerais", modelos e orientações para apresentação dos documentos. ACOMPANHE AS ORIENTAÇÕES DISPONÍVEIS, EVITE PENDÊNCIAS E AGILIZE A TRAMITAÇÃO DO SEU PROJETO.

O prazo de respostas às pendências é de 30 dias. Passado esse prazo o projeto é retirado.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_981563.pdf	28/08/2017 22:36:30		Aceito
Outros	SIE_Relat_do_Projet.pdf	28/08/2017 22:31:41	RIVALDO MAURO DE FARIA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declara_instit.pdf	28/08/2017 22:28:28	RIVALDO MAURO DE FARIA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo_Confidencialidade.pdf	22/08/2017 10:15:49	RIVALDO MAURO DE FARIA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_.pdf	22/08/2017 10:12:09	RIVALDO MAURO DE FARIA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_CEP.pdf	22/08/2017 10:10:25	RIVALDO MAURO DE FARIA	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	22/08/2017 10:09:14	RIVALDO MAURO DE FARIA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SANTA MARIA, 13 de Setembro de 2017

Assinado por:
CLAUDEMIR DE QUADROS
(Coordenador)

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar
Bairro: Camobi **CEP:** 97.105-970
UF: RS **Município:** SANTA MARIA
Telefone: (55)3220-9362 **E-mail:** cep.ufsm@gmail.com

ANEXO B – QUESTIÓNARIO – ACESSO E UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NO BAIRRO NOAL, SANTA MARIA.

MÓDULO 1 – CARACTERÍSTICAS DO USUÁRIO

01. Gênero
( ) Feminino
( ) Masculino
( ) Transgênero
02. Idade
03. Situação Civil
( ) Solteiro
( ) Casado
( ) Divorciado
( ) Viúvo
( ) União Estável
04. Escolaridade
( ) Não estudou
( ) Fundamental completo
( ) Fundamental incompleto
( ) Ens. Médio Completo
( ) Ens. Médio Incompleto
( ) Ens. Superior Completo
( ) Ens. Superior Incompleto
05. Raça/Cor
( ) Branca
( ) Preta
( ) Parda
( ) Amarela
( ) Indígena
( ) Não Declarada
06. Situação profissional
( ) Nunca trabalhou
( ) Aposentado/Pensionista
( ) Desempregado
( ) Empregado - Trabalha de carteira assinada
( ) Empregado - Trabalha sem carteira assinada
07. Renda familiar (Sem auxílio governamental)
( ) Sem renda
( ) Menos de um Salário Mínimo* (SM)
( ) Um SM
( ) Até 2 SM
( ) Até 3 SM
( ) Até 4 SM
( ) Acima de 5 SM

*No ano de 2018= 954,00

08. Você recebe algum auxílio do governo?

( ) Não se aplica
( ) Bolsa Escola
( ) Bolsa Família
( ) Bolsa Fome Zero
( ) PETI(Programa de Erradicação do Trabalho Infaantil)
( ) Vale Gás

MÓDULO 2 – INFORMAÇÕES DO DOMICÍLIO

09. Tipo de domicílio

( ) Apartamento
( ) Casa
( ) Outro:

10. Condições de moradia

( ) Alvenaria
( ) Madeira
( ) Alvenaria/madeira
( ) Outro:

11. Quantas pessoas moram na casa?

12. Nº de banheiros no domicilio

( ) Não Existe
( ) Apenhas um banheiro
( ) Dois banheiros
( ) Três ou mais banheiros

13.De que forma é feito o escoadouro dos banheiros ?

( ) Rede geral de esgoto ou pluvial
( ) Fossa séptica
( ) Fossa rudimentar
( ) Vala
( ) Direto para rio, lago ou mar

14. Forma de abastecimento de água?

( ) Rede geral de distribuição
( ) Poço ou nascente na propriedade
( ) Poço ou nascente fora da propriedade
( ) Água da chuva armazenada em cisterna
( ) Rios, lagos e igarapés
( ) Outro:

15. Qual o destino dado ao lixo?

( ) Coletado diretamente por serviço de limpeza
( ) Coletado em caçamba de serviço de limpeza
( ) É queimado na propriedade
( ) É enterrado na propriedade
( ) Jogado em terreno baldio ou logradouro
( ) Jogado em rio, lago ou mar

( ) Outro:

16.Qual a origem da energia elétrica utilizada neste domicílio?

( ) Não tem energia elétrica

( ) Rede geral

( ) Outra origem (gerador, placa solar, eólica etc.)

MÓDULO 3 - VISITAS DOMICILIARES DE EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA E AGENTES DE ENDEMIAS

17. O seu domicílio está cadastrado na unidade de saúde da família?

( ) Sim

( ) Não

( ) Não sei

18. Se sim, quando o seu domicílio foi cadastrado?

( ) Há menos de 2 meses

( ) De 2 a menos de 6 meses

( ) De 6 meses a menos de um ano

( ) Há um ano ou mais

19.Nos últimos 12 meses, com que frequência o seu domicílio recebeu uma visita de algum agente comunitário ou algum membro da equipe de saúde da família?

( ) Mensalmente

( ) A cada 2 meses

( ) De 2 a 4 meses

( ) Uma vez a cada seis meses

( ) Uma vez por ano

( ) Nunca recebeu

20.Nos últimos 12 meses, com que frequência o seu domicílio recebeu uma visita de algum agente de endemias (como a dengue, por exemplo)?

( ) Mensalmente

( ) A cada 2 meses

( ) De 2 a 4 meses

( ) Uma vez a cada seis meses

( ) Uma vez por ano

( ) Nunca recebeu

MÓDULO 4 – COBERTURA DE PLANO DE SAÚDE

22. Você tem algum plano de saúde, médico ou odontológico, particular, de empresa ou órgão público?

( ) Sim

( ) Não

22. Você tem algum plano de saúde apenas para assistência odontológica?

( ) Sim

( ) Não

23. Há quanto tempo sem interrupção você possui esse plano de saúde?

( ) Não se aplica

( ) Até 6 meses

( ) Mais de 6 meses até 1 ano
( ) Mais de 1 ano até 2 anos
( ) Mais de 2 anos

MÓDULO 5 – ACESSO E UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

24. Algum médico ou profissional de saúde, diagnosticou você como portador de alguma doença crônica? (Hipertensão, Asma, Diabetes, Depressão etc.)

( ) Sim
( ) Não

25. De modo geral, como você considera seu estado de saúde ?

( ) Muito bom
( ) Bom
( ) Regular
( ) Ruim
( ) Muito ruim

26. Quando você tem alguma necessidade de saúde ou doença, você costuma procurar algum serviço de saúde ou profissional de saúde?

( ) Sim
( ) Não

27. Nos últimos 12 meses você procurou algum serviço de saúde?

( ) Sim
( ) Não

Caso **SIM**, passe para a pergunta 28. Caso **NÃO** passe a pergunta **48.**

28. Qual o tipo de serviço de saúde você procurou quando estava precisando de atendimento de saúde:

( ) ESF Lídia
( ) UBS Centro Social Urbano
( ) Pronto Atendimento do Patronato
( ) Unidade de pronto atendimento (UPA)
( ) Pronto-socorro ou emergência de hospital público
( ) Hospital público/ambulatório
( ) Consultório particular ou clínica particular
( ) Ambulatório ou consultório de empresa ou sindicato
( ) Pronto-atendimento ou emergência de hospital privado
( ) Hospital privado
Outro serviço:

Caso **PÚBLICO** prossiga o questionário. Caso **PRIVADO** passe as perguntas **45,46,47** e **finalize** o questionário.

29. Qual foi o motivo principal pelo qual você procurou atendimento relacionado à saúde?

( ) Controle de doenças crônicas
( ) Consulta de rotina ou check-up
( ) Acidente ou lesão
( ) Sintomas ou Doença

( ) Problema odontológico
( ) Reabilitação ou terapia
( ) Continuação de tratamento
( ) Pré-natal
( ) Puericultura
( ) Parto
( ) Consulta para diagnóstico
( ) Exame complementar de diagnóstico
( ) Vacinação
( ) Outro atendimento preventivo
( ) Solicitação de atestado de saúde
( ) Outro:

30. Você costuma sempre procurar esse mesmo serviço de saúde quando precisa de atendimento de saúde?
( ) Sim
( ) Não

31. Na primeira vez que procurou atendimento de saúde você foi atendido (a)?
( ) Sim
( ) Não

Caso **SIM**, passe a pergunta **33,** caso **Não** passe a pergunta **32 e subsequentes**

---

32. Por que motivo você não foi atendido (a) na primeira vez que procurou atendimento de saúde?
( ) Não conseguiu vaga ou pegar senha
( ) Não tinha médico atendendo
( ) Não tinha dentista atendendo
( ) Não havia serviço ou profissional de saúde especializado para atender
( ) Esperou muito e desistiu
( ) O serviço de saúde não estava funcionando
( ) Os equipamentos do serviço de saúde não estavam funcionando ou disponíveis para uso.
( ) Não podia pagar pela consulta
( ) Outro:

33. Nos últimos doze meses quantas vezes você consultou um desses profissionais de saúde?
( ) Médico
( ) Dentista
( ) Enfermeiro
( ) Outro profissional:

34.Qual foi o procedimento para conseguir o atendimento médico ou com enfermeiro?
( ) Não se aplica
( ) Foi direto ao serviço de saúde, sem marcar consulta
( ) Agendou a consulta previamente
( ) Foi encaminhado(a) ou ajudado(a) por equipe de saúde da família

( ) Foi encaminhado(a) por outro serviço ou profissional de saúde
( ) Outro

35.Qual foi o procedimento para conseguir o atendimento odontológico?

( ) Não se aplica
( ) Foi direto ao serviço de saúde, sem marcar consulta
( ) Agendou a consulta previamente
( ) Foi encaminhado(a) ou ajudado(a) por equipe de saúde da família
( ) Foi encaminhado(a) por outro serviço ou profissional de saúde
( ) Outro

36. Nos últimos 30 dias você apresentou algum sintoma ou problema de saúde?

( ) Sim
( ) Não

37. Nos últimos 30 dias você procurou algum serviço ou profissional de saúde ou recebeu algum atendimento relacionado à sua própria saúde?

( ) Não se aplica
( ) Sim
( ) Não

38. Qual foi o motivo principal pelo qual você procurou atendimento relacionado à saúde?

( ) Não se aplica
( ) Controle de doenças crônicas
( ) Consulta de rotina ou check-up
( ) Acidente ou lesão
( ) Sintomas ou Doença
( ) Problema odontológico
( ) Reabilitação ou terapia
( ) Continuação de tratamento
( ) Pré-natal
( ) Puericultura
( ) Parto
( ) Consulta para diagnóstico
( ) Exame complementar de diagnóstico
( ) Vacinação
( ) Outro atendimento preventivo
( ) Solicitação de atestado de saúde
( ) Outro:

39. Quanto tempo você demorou para chegar ao serviço de saúde procurado pela última vez?

( ) Menos de 30 minutos
( ) De 31 minutos a 60 minutos
( ) De 1hora a 1 hora e 59 minutos
( ) De 2 horas a 3 horas
( ) Mais de 3 horas
( ) Atendimento no domicílio

40. Qual o meio de transporte utilizado para se deslocar ao último serviço de saúde procurado?
( ) Ônibus
( ) Veículo particular
( ) Carona ou transporte escolar
( ) A pé
( ) Bicicleta
( ) Animal
( ) Motocicleta
( ) Ambulância
( ) Táxi
( ) Outros meios
( ) Não houve deslocamento (domicílio)

41.Qual a distância que você percorreu para acessar o serviços de saúde procurado?
( ) Não se aplica
( ) Menos de 1 Km
( ) De 1 km a 2 km
( ) De 2km a 4 km
( ) De 4 km a 6 km
( ) Superior a 6 km

42. Você teve algum custo de deslacomento da sua residência até o serviço de saúde?
( ) Não se aplica
( ) Sim
( ) Não

43. Quanto tempo você aguardou para ser atendido no último serviço de saúde procurado?
( ) Menos de 30 minutos
( ) De 31 minutos a 60 minutos
( ) De 1hora a 1 hora e 30 minutos
( ) De 2 horas a 3 horas
( ) Mais de 3 horas
( ) Atendimento domiciliar

44. Como você avalia o atendimento de saúde recebido no último serviço de saúde procurado?
( ) Muito bom
( ) Bom
( ) Regular
( ) Ruim
( ) Muito ruim

Responder as questões **45, 46, 47** somente se a resposta na questão número **28** for **PRIVADO**. Finalize o questionário.

---

45. Qual foi o motivo principal pelo qual você procurou atendimento relacionado à saúde?
( ) Controle de doenças crônicas

( ) Consulta de rotina ou check-up
( ) Acidente ou lesão
( ) Sintomas ou Doença
( ) Problema odontológico
( ) Reabilitação ou terapia
( ) Continuação de tratamento
( ) Pré-natal
( ) Puericultura
( ) Parto
( ) Consulta para diagnóstico
( ) Exame complementar de diagnóstico
( ) Vacinação
( ) Outro atendimento preventivo
( ) Solicitação de atestado de saúde
( ) Outro:

46. Você costuma sempre procurar esse mesmo serviço de saúde quando precisa de atendimento de saúde?
( ) Sim
( ) Não

Caso **NÃO** passe a pergunta **47 e finalize o questionário.**

47. Por qual motivo você procurou esse serviço de saúde?
( ) Decisão própria
( ) Cadastro no plano de saúde
( ) Não conseguiu atendimento no serviço público de saúde
( ) Rapidez no atendimento
( ) Outro motivos

Responder a questão **48**, apenas, se a resposta da questão **28** for NÃO e finalize o questionário.

47. Nos últimos doze meses, por qual motivo você não procurou os serviços de saúde?
( ) Não houve necessidade
( ) Não quis ir
( ) Automedicação
( ) Curandeiro, benzedeira, centro espírita
( ) O percuso até o serviço de saúde era muito demorado
( ) O local de atendimento era distante ou de difícil acesso
( ) Horário incompatível
( ) O atendimento é muito demorado
( ) O estabelecimento não possuía especialista compatível com suas necessidades
( ) Achou que não tinha direito
( ) Não tinha quem o(a) acompanhasse
( ) Não gostava dos profissionais do estabelecimento
( ) Greve nos serviços de saúde
( ) Dificuldade de transporte

( ) Não tinha dinheiro para deslocar-se até o serviço de saúde
( ) Outro: