

TEMAS EM SAÚDE COLETIVA n° 8

**Acesso aos serviços de saúde em
Municípios da Baixada Santista**

Acesso aos serviços de saúde em Municípios da Baixada Santista

Secretário de Estado da Saúde de São Paulo

Luiz Roberto Barradas Barata

Coordenador de Ciência Tecnologia e Insumos Estratégicos em Saúde

Ricardo Oliva

Diretora do Instituto de Saúde

Luiza Sterman Heimann

Comissão Editorial

Lenise Mondini

Marisa Feffermann

Monique Borba Cerqueira

Olga Sofia Fabergé Alves

Regina Figueiredo

Sandra Greger Tavares

Silvia Bastos de Paula

Tereza Etsuko da Costa Rosa

TEMAS EM SAÚDE COLETIVA n° 8

**Acesso aos serviços de saúde em
Municípios da Baixada Santista**

Organizadores

Maria Mercedes Loureiro Escuder

Paulo Henrique Nico Monteiro

Lígia Rivero Pupo



Dados Internacionais de Catalogação na Publicação – CIP

Elaborado por: Ana Maria da Silva - IS
Acesso aos serviços de saúde em Municípios da Baixada Santista /
Organizado por Maria Mercedes Loureiro Escuder, Paulo Henrique Nico
Monteiro e Lígia Rivero Pupo. São Paulo: Instituto de Saúde, 2008.
215p. (Temas em Saúde Coletiva, 8)

ISBN 978-85-88169-12-8

1. Acesso aos Serviços de Saúde 2. Serviços de Saúde 3. Atenção
Primária à Saúde 4. Sistema Único de Saúde I. Escuder, Maria
Mercedes Loureiro. II. Monteiro, Paulo Henrique Nico. III. Pupo,
Lígia Rivero. IV. Série.

Produção Gráfica e Impressão:

Art Printer Gráficos Ltda.

Diagramação:

Douglas Deschauer Rejowski

Capa:

Douglas Deschauer Rejowski

Pintura:

Benedito Calixto - Santos em 1910

Autores

- 1. Ana Aparecida Sanches Bersusa** - Enfermeira, Mestre em Enfermagem pela Escola de Enfermagem - USP, Pesquisadora Científica do Instituto de Saúde. anab@isaude.sp.gov.br
- 2. Aylene Emília Moraes Bousquat** - Médica, Doutora em Medicina pela Faculdade de Medicina - USP, Pesquisadora do Centro de Estudos Contemporâneos (CEDEC) e docente da Universidade Católica de Santos. aylenebousquat@uol.com.br
- 3. Aurea Aparecida Eleuterio Pascalicchio** - Médica, Mestre em Ciência Ambiental pelo Programa de Pós-Graduação em Ciência Ambiental - PROCAM-USP e Doutora em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública - USP, Médica Sanitarista do Instituto de Saúde. aureapa@isaude.sp.gov.br
- 4. Aurea Maria Zöllner Ianni** - Cientista Social, Doutora em Ciência Ambiental pelo Programa de Pós-Graduação em Ciência Ambiental - PROCAM-USP, Pesquisadora Científica do Instituto de Saúde. aureanni@isaude.sp.gov.br
- 5. Carlos Botazzo** - Cirurgião Dentista, Doutor em Saúde Coletiva pela UNICAMP, Pesquisador Científico do Instituto de Saúde. botazzo@isaude.sp.gov.br
- 6. Kátia Cibelle Machado Pirotta** - Cientista Social, Doutora em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública - USP, Pesquisadora Científica do Instituto de Saúde. katia@isaude.sp.gov.br
- 7. Lígia Rivero Pupo** - Psicóloga e bacharel em Filosofia, Mestre em Ciências pela Faculdade de Medicina - USP, Pesquisadora Científica do Instituto de Saúde. ligia@isaude.sp.gov.br
- 8. Luiz Vicente Souza Martino** - Cirurgião Dentista, Especialista em Saúde Pública pela Faculdade de Odontologia - USP, Pesquisador do Instituto de Saúde. lmartino@isaude.sp.gov.br
- 9. Maria Cecília Goi Porto Alves** - Estatística, Doutora em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública - USP, Pesquisadora Científica do Instituto de Saúde. cecilia@isaude.sp.gov.br
- 10. Maria de Lima Salum e Morais** - Psicóloga, Doutora em Psicologia pelo Instituto de Psicologia - USP, Pesquisadora Científica do Instituto de Saúde. salum@isaude.sp.gov.br
- 11. Maria Mercedes Loureiro Escuder** - Enfermeira, Mestre em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública-USP, Pesquisadora Científica do Instituto de Saúde. mescuder@isaude.sp.gov.br
- 12. Maria Theresa B. Pavão** - Psicóloga, mestranda em Saúde Coletiva na Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), Psicóloga do Instituto de Saúde. mtheresa@isaude.sp.gov.br

13. **Monique Borba Cerqueira** - Socióloga, Doutora em Políticas Sociais e Movimentos Sociais - PUC/SP, Pesquisadora Científica do Instituto de Saúde. monique@isaude.sp.gov.br
14. **Neuber José Segri** - Estatístico, Mestre em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública-USP. nsegri@gmail.com
15. **Olga Sofia Fabergé Alves** - Cientista Social, mestranda em História pela Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo - USP, Pesquisadora Científica do Instituto de Saúde. olga@isaude.sp.gov.br
16. **Paulo Henrique Nico Monteiro** - Bacharel em Educação Física, Mestre em Ciências pela Coordenadoria de Controle de Doenças da SES-SP, Pesquisador Científico do Instituto de Saúde. monteiro@isaude.sp.gov.br
17. **Renato Barboza** - Cientista Social, Mestre em Ciências pela Coordenadoria de Controle de Doenças da SES-SP. Pesquisador Científico do Instituto de Saúde. renato@isaude.sp.gov.br
18. **Suzana Kalckmann** - Bióloga, Doutora em Ciências pela Coordenadoria de Controle de Doenças da SES-SP, Pesquisadora Científica do Instituto de Saúde, SES-SP. suzanak@isaude.sp.gov.br

Sumário

O contexto da pesquisa

Maria Mercedes Loureiro Escuder e Paulo Henrique Nico Monteiro 13

Considerações teóricas sobre acesso

Ligia Rivero Pupo e Paulo Henrique Nico Monteiro 17

Aspectos gerais da pesquisa

Maria Mercedes Loureiro Escuder, Maria Cecília Goi Porto Alves e Paulo Henrique Nico Monteiro..... 19

Plano de amostragem

Maria Cecília Goi Porto Alves e Maria Mercedes Loureiro Escuder21

Acesso e Estruturação da Atenção Básica na Região Metropolitana da Baixada Santista: uma análise dos gestores

Renato Barboza, Aurea Maria Zöllner Ianni, Maria de Lima Salum e Morais, Olga Sofia Fabergé Alves, Paulo Henrique Nico Monteiro, Fernanda Ferrari e Bruno Walter Caporrino29

A pró-atividade do Programa Saúde da Família e o Acesso em Saúde

Aurea Maria Zöllner Ianni e Paulo Henrique Nico Monteiro51

Uso de serviços de saúde

Maria Cecília Goi Porto Alves, Olga Sofia Fabergé Alves, Aylene Bousquat, Maria Mercedes Loureiro Escuder e Neuber José Segri65

O cenário do acesso ao sistema de saúde da Baixada Santista dos pacientes hipertensos e ou diabéticos

Áurea Eleutério Pascalicchio, Ana Aparecida Sanches Bersusa e Maria Mercedes Loureiro Escuder85

Consumo de álcool na Baixada Santista

Maria de Lima Salum e Morais e Maria Theresa B. Pavão97

Acesso aos insumos de prevenção, diagnóstico do HIV e tratamento das DST na Região Metropolitana da Baixada Santista

Lígia Rivero Pupo e Renato Barboza 107

Os serviços de Atenção Básica e a saúde do adolescente

Kátia Cibelle Machado Pirotta 125

Acesso a exames de diagnóstico precoce ou prevenção secundária de neoplasias: Papanicolau, mamografia e dosagem de antígeno prostático específico – PSA

Suzana Kalckmann e Renato Barboza..... 143

O pré-natal e o puerpério na região da Baixada Santista: um panorama da atenção entre as mulheres com filhos menores de 24 meses

Kátia Cibelle Machado Pirotta e Maria Mercedes Escuder 161

Acesso e saúde bucal na Baixada Santista

Luiz Vicente Souza Martino e Carlos Botazzo..... 173

Modos de vida e acesso aos serviços de saúde em duas favelas da Baixada Santista

Monique Borba Cerqueira e Ligia Rivero Pupo..... 193

Prefácio

Este livro promove um encontro muitas vezes considerado banal entre a produção de conhecimentos por meio da pesquisa científica e as práticas de condução e gestão dos serviços de saúde do SUS. Banal porque muitas vezes tomado como natural, como se houvesse uma articulação linear entre o que se produz nos espaços de pesquisa e as necessidades de informações nos serviços de saúde para o aprimoramento da execução do trabalho das equipes, para a gestão das ações e serviços ou para o controle social. No entanto, longe de ser banal este encontro é a mediação das características, interesses e contextos de produção de dois processos diversos.

A produção científica emerge e realiza-se em contextos que têm regras próprias de legitimação definidas, o que implica em aspectos relativos às escolhas de temas de interesse, teorias de base, métodos de coleta, processamento e análise de dados, formas de publicação e divulgação, entre outros. Estas regras têm como base critérios validados pela própria comunidade científica e responde a interesses diversos. O grupo de pesquisa faz escolhas temáticas, teóricas e metodológicas que mantém algum controle sobre a produção. No entanto, esta produção envolve interesses de agências financiadoras, de editorias de revistas de publicação e dos critérios de valoração dos grupos de pesquisa que levam em conta aspectos como produtividade, formação e dedicação do corpo docente, coerência e consistência das propostas. Esses aspectos interferem na escolha de temas e métodos tidos como relevantes no contexto histórico vigente da produção científica e do grupo em questão.

Os serviços de saúde são estruturados e conduzidos segundo a política de saúde construída no Brasil que produziu o SUS, com ações voltadas essencialmente para responder às necessidades de saúde da população, e estabelece princípios e diretrizes gerais de organização dos serviços que são norteadores destas ações. Estas linhas são historicamente cristalizadas em normas de condução, instrumentos de planejamento e gestão, protocolos clínicos de orientação da intervenção, enfim, em conhecimentos orientadores de práticas. O conhecimento nos serviços de saúde tem a especificidade da necessidade da informação para ação e gestão. E esta, muitas vezes, limita-se à capacitação voltada à capilarização do cumprimento de normas emanadas no SUS e conduzidas em todos os serviços de saúde do país.

No entanto, apesar dos serviços de saúde utilizarem grande parte do seu tempo desenvolvendo ações que poderíamos chamar de “rotineiras”, para além de conduzir a política de forma uniforme, normatizada e protocolada, existe um espaço importante, senão essencial, da sua atividade voltado à tomada de decisão autônoma e específica. Conhecer as necessidades de saúde da população, e com este conhecimento produzir respostas sociais competentes e criativas, organizando serviços e ações para o enfrentamento

dos problemas identificados e não normatizados, é tarefa essencial e estimulante. Além desta atividade que necessita conhecimento novo, não se pode deixar de considerar a tomada de decisão cotidiana, em problemas que são reclamados e surgem a cada momento. Neste caso, além de conhecimento, é preciso decisão imediata, o que muitas vezes se dá em condições não ideais.

Nos serviços, a necessidade de conhecimento e informação deve adequar-se às características dos seus tempos e espaços reais, freqüentemente exíguos e precários. A urgência e a falta de recursos ideais são aspectos sempre relatados nos serviços de saúde. O mesmo ocorre com a disseminação de conhecimento e a necessidade de informação. Freqüentemente não se utiliza a informação, exceto aquela necessária ao cumprimento das normas e condução das ações rotineiras e que estão disponíveis nos sistemas de informação estruturados. Reforça esta lacuna a constatação de que muitas vezes os dados disponíveis nos sistemas têm baixa qualidade, são tardios, possuem conteúdos definidos nos seus contextos de criação, muitas vezes diversos da necessidade para gestão em outros contextos, sendo freqüentemente não validados.

Por outro lado, as características dos serviços dificultam a incorporação da informação como elemento do cotidiano por outras razões. As equipes assoberbadas por demandas cotidianas maiores que sua composição ou competência, a inexistência de ferramentas ou de conhecimento necessário para extrair informação dos dados existentes, a não percepção de que a informação produzida reflete pressupostos, pontos de vista e intenções, a falta da cultura da informação como ferramenta que amplia possibilidades na ação cotidiana, entre outros, dificultam o uso da informação nos serviços.

As ações de capacitação têm sido o momento do encontro entre estes dois espaços, contudo, até recentemente, eram tomadas como uma seta apontando do espaço do saber para o espaço do fazer. Muitas vezes os temas são pautados pelas linhas de pesquisa pré-existentes na instituição ofertante, o material didático se mostra inadequado, pois desatualizado e descontextualizado, o que reflete uma concepção de educação na qual se deposita no aluno o conhecimento tido como relevante (educação bancária). Mas capacitar é trocar, é re-significar, é sempre construir um novo, mesmo quando trata-se de velhos temas.

O fato é que este livro não promove um encontro banal. Os critérios de validação da produção e uso do conhecimento nestes dois espaços obedecem a lógicas diversas. O crescimento do SUS nos últimos anos promoveu a emergência de um ator ativo e ruidoso, responsável pelo fazer cotidiano voltado a conduzir e gerenciar ações que aproximem as respostas do sistema às necessidades das pessoas e grupos sociais, e passou a exigir uma nova relação entre a produção de conhecimento científico e de conhecimento para ação. Esta emergência demandou uma ruptura com um período prévio, quando havia uma assimetria entre informação e o conhecimento científico e a ações desenvolvidas nos serviços de saúde. É hoje necessário adequar a produção de conhecimento às necessidades de construção de um sistema que produza saúde e aborde o sofrimento dos sujeitos, e que, especialmente, identifique as lacunas de conhecimento ou busque responder aqueles aspectos que se mostram precários e frágeis.

Daí a importância de um trabalho como este que foi realizado pelos pesquisadores do Instituto de Saúde. Antes de tudo, por tratar-se de um inquérito de saúde que permite

obter dados e informações não disponíveis nos sistemas existentes. A própria emergência do tema, sua condução e a negociação junto aos gestores, além do compromisso com o retorno aos agentes envolvidos, são procedimentos que indicam que neste projeto o que se buscou foi priorizar o encontro, no sentido de produzir conhecimento científico para dar base à ação nos serviços de saúde da Baixada Santista.

Os temas escolhidos no instrumento de coleta e análise dos dados estão entre aqueles mais relevantes para o cotidiano dos serviços de saúde, portanto necessitam aprofundamentos para a adequação de ações e aprimoramento do andamento da política de saúde. O acesso é uma categoria de análise que pode ser tomada como promotora deste encontro por um lado pela sua pouca utilização na pesquisa acadêmica e por outro, pela forma descuidada com que é tratada nos serviços de saúde. Esta mediação do acesso é uma ponte possível para a aproximação de muitas relações essenciais, e não só entre pesquisa e serviços, mas também entre informação e ação, entre conhecimento e decisão e traz, desta forma, elementos essenciais para intervir nos serviços de saúde com vistas a sua melhor capacidade de responder às necessidades da população com qualidade.

Os resultados mostram diversos aspectos que indicam o avanço do SUS, mas também que muito ainda é preciso ser aprimorado. Quanto se avançou! E quanto falta avançar! Mas cada tema analisado indica possibilidades para sua abordagem, tal a relevância prática do seu conteúdo. A hora é de arregaçar as mangas e enfrentar as dificuldades, assim como consolidar os ganhos, o que deve ser realizado de forma adequada a cada realidade específica. Intervir. Eis a etapa que se inicia.

Outros temas poderiam ser objeto de futuros encontros tais como a resolutividade, as redes que articulam municípios e sua regulação, a adequação dos parâmetros assistenciais do SUS, tão criticados, entre outros assuntos. Estes emergem cotidianamente como problemas nos serviços de saúde e se conformam como possibilidades de encontro entre a produção de conhecimento científico e a prática cotidiana no SUS. Encontro este que deve se dar entre diferentes, mas com capacidade de atender igualmente aos interesses e necessidades dos dois pólos, portanto entre iguais. E esta é a dialética do encontro que deve ser enfrentada no SUS de hoje.

Marcos Drumond Junior

O contexto da pesquisa

*Maria Mercedes Loureiro Escuder
Paulo Henrique Nico Monteiro*

O PROESF em São Paulo

O Projeto de Expansão e Consolidação do Programa da Saúde da Família - PROESF, é uma iniciativa do Ministério da Saúde, a partir da assinatura por parte do governo brasileiro de um acordo de empréstimo com o Banco Mundial - BIRD, voltada para a organização e o fortalecimento da Atenção Básica à Saúde no País. Têm como principais objetivos a implantação e consolidação da Estratégia de Saúde da Família e a qualificação do processo de trabalho e desempenho dos serviços, com o intuito de assegurar respostas efetivas dos serviços de saúde para a população, em todos os municípios brasileiros.

Foi previsto, especialmente por meio do repasse de recursos, o fortalecimento das Secretarias de Estado da Saúde com vistas à institucionalização do processo de avaliação e monitoramento neste âmbito de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS).

Nesse contexto, o estado de São Paulo assinou, no segundo semestre de 2004, uma carta de compromisso com o Ministério da Saúde para desenvolver ações de monitoramento e avaliação das estratégias da Atenção Básica no estado, com a coordenação e execução sendo realizada pelo Instituto de Saúde (IS). O desenvolvimento de projetos de pesquisa foi definido como uma das estratégias de fortalecimento das estâncias regionais de gestão no SUS no estado.

Para definição de temas para as pesquisas, construiu-se uma agenda sobre a temática da Atenção Básica a partir de uma consulta pública com gestores regionais de saúde, membros da diretoria e representantes regionais do Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS-SP), membros da comunidade acadêmica paulista (especialmente aquela que tem como objeto de pesquisa o SUS em geral e a Atenção Básica em particular) e membros do Conselho Gestor do PROESF e suas equipes.

Com o objetivo de investigar a situação de saúde e condições de acesso aos serviços de saúde no SUS no geral, e no nível da Atenção Básica especialmente, o Núcleo de Condições de Vida e Situação de Saúde do Instituto de Saúde formulou uma proposta de investigação que articulou três frentes de pesquisa. Definiu-se como objetivo geral estudar as condições de acesso aos serviços de saúde, a partir da ótica da população, considerando as dimensões da procura, uso dos serviços e as condições de vida e de saúde. Para tanto, foram realizados dois estudos de caráter qualitativo e um de caráter quantitativo, que teve como estratégia de coleta de dados a realização de um inquérito domiciliar.

O primeiro estudo, de abordagem qualitativa, teve como objetivo investigar a percepção dos gestores do SUS em uma região metropolitana sobre os aspectos relacionados às necessidades de saúde da população e sobre os fatores que influenciam ou determi-

nam as condições de acesso aos serviços de saúde na região. Foram realizadas entrevistas com os gestores dos diversos níveis de gestão municipal e regional e a análise se deu tanto no que diz respeito às relações intermunicipais, quanto dentro dos diferentes níveis nas secretarias municipais de saúde dos municípios de Cubatão e São Vicente.

O segundo protocolo de abordagem qualitativa, intitulado "*Estudo sobre condições de vida, modos de vida e acesso aos serviços de saúde nos municípios de Cubatão e São Vicente*", teve como objetivo verificar as relações existentes entre o acesso aos serviços de saúde e as condições e os modos de vida, por meio da análise dos determinantes geográficos, sócio-culturais, econômicos e organizacionais. O desenho empírico adotado nessa pesquisa possibilitou a investigação das condições de acesso aos serviços de saúde da população residente em duas grandes áreas de ocupação irregular: favelas Vila Esperança, em Cubatão, e México 70, em São Vicente.

A metodologia adotada e os principais resultados desses dois estudos estão descritos detalhadamente nos capítulos 05 e 15.

É importante frisar que o conceito de acesso¹ utilizado remete necessariamente à relação entre o usuário, suas necessidades de saúde e os serviços de saúde. Ao mesmo tempo, os estudos pretenderam investigar as necessidades identificadas pela população tanto no que diz respeito à sua saúde quanto às questões ligadas ao acesso à rede de serviços, dando centralidade à Atenção Básica, na medida em que exerce um papel estratégico e é considerada como estruturante dos outros níveis de atenção à saúde no SUS.

Nesse sentido, os dados obtidos e as análises realizadas pelos três estudos poderão fornecer importantes subsídios para os gestores locais e regionais, além de possibilitar a construção de conhecimento relativo ao tema, na medida em que poderão ser comparadas e cotejadas as visões dos gestores sobre as necessidades de saúde da população e os fatores relacionados ao acesso aos serviços de saúde, com os dados quantitativos e qualitativos obtidos junto à população que é, em última análise, alvo das políticas públicas desenvolvidas por esses mesmos gestores.

Um dos principais desafios na organização dos serviços de saúde e na adoção dos modelos de atenção à saúde diz respeito às Regiões Metropolitanas, na medida em que essas regiões, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), concentravam em 2006, 43,3% da população do Brasil (IBGE). Além disso, pela natureza de concentração populacional e de contigüidade territorial entre os municípios, as regiões metropolitanas apresentam fluxos e dinâmicas inter e intra municipais característicos, que influenciam na organização das políticas públicas e nos serviços oferecidos à população.

No estado de São Paulo existem atualmente três regiões metropolitanas: a Região Metropolitana de São Paulo, a Região Metropolitana da Baixada Santista (RMBS) e a Região Metropolitana de Campinas. Atualmente concentram cerca de 24 milhões de habitantes, ou seja, 58,5% da população do estado de São Paulo e 12,3% da população do Brasil, e foram responsáveis, em 2004, por 30,94% do Produto Interno Bruto nacional (PIB).

¹ O referencial teórico sobre acesso em saúde usado nessa pesquisa está detalhado no cap.02.

A RMBS foi escolhida para esse estudo, pois, ao contrário das regiões de São Paulo e Campinas, não foram desenvolvidos outros inquéritos domiciliares de saúde semelhantes nessa região. Segundo o IBGE, em 2006 a população residente da RMBS era de 1.666.453 habitantes, o que representa 4,06 % da população residente do estado de São Paulo. Além disso, dentre as três regiões metropolitanas do estado de São Paulo, é a de menor área geográfica (2.373 km², o que corresponde a menos de 1% da superfície do estado) e de menor PIB total e por habitante, US\$ 6,56 bilhões e US\$ 4,081 respectivamente.

A situação sanitária da Baixada Santista também foi um fator importante na escolha da região de estudo. Tomando como exemplo a mortalidade infantil, a RMBS mostra uma situação desfavorável em relação ao estado de São Paulo e às outras regiões metropolitanas. O Coeficiente de Mortalidade Infantil (CMI) é um importante medidor das condições de vida e sanitárias de uma população e das condições de acesso da população aos serviços de saúde.

No período 2002 a 2006, o CMI médio da RMBS foi 19,3, muito acima do estado de São Paulo, que, para o mesmo período, é de 14,2 óbitos a cada mil nascidos vivos.

Além disso, a análise desse coeficiente aponta para a grande diversidade entre os municípios da região. Em 2006, o município de São Vicente apresentou um coeficiente de 20,9, enquanto que em Praia Grande esse índice atingiu 15,1 por mil nascidos vivos. Mesmo assim, esses dados apontam que, no que diz respeito à mortalidade infantil, a Baixada Santista apresenta uma situação desfavorável quando comparada com o restante do estado de São Paulo, que registrou nesse mesmo ano, uma taxa de 13,3 por mil nascidos vivos.

É importante ressaltar que o desenvolvimento do projeto, em suas três frentes, só foi possível graças à articulação com as prefeituras dos municípios envolvidos e com suas secretarias municipais, em especial as secretarias de saúde, na medida em que disponibilizaram espaços de trabalho para as equipes de campo e possibilitaram a interlocução com os diversos atores envolvidos no processo. Para tanto, foram realizadas reuniões de apresentação do projeto e adequação do mesmo às realidades e especificidades locais, assim como para a elaboração e oficialização de termos de compromisso entre o Instituto de Saúde e as secretarias municipais.

O Campo – Região Metropolitana da Baixada Santista (RMBS)

A Região Metropolitana da Baixada Santista (RMBS) foi criada em 1996 e é formada por nove municípios (Bertioga, Cubatão, Guarujá, Itanhaém, Monguagá, Peruíbe, Praia Grande, São Vicente e Santos), que representam 1% da superfície do estado, com população predominantemente urbana. Sua formação se deu a partir do município de Santos, cuja ocupação está associada originalmente ao porto que desempenhou um papel fundamental no contexto do complexo cafeeiro a partir do final do século XIX.

Cerca de 70% do território da RMBS é considerado área de proteção ambiental. Cubatão está em uma área de mangue e serra que, devido à falta de espaço, acabou sendo invadida pela população. A região possui áreas sujeitas a erosão, inundações e deslizamentos de terra, sobretudo nas encostas da Serra do Mar, além do pólo industrial de Cubatão, cujas emissões de poluentes aéreos foram contidas e disciplinadas, mas que

ainda é apontado como um dos poluidores da Bacia do Rio Cubatão e do Estuário de Santos e São Vicente.

O espaço urbano mais densamente ocupado da Região Metropolitana da Baixada Santista é formado por cinco municípios: Santos, São Vicente, Cubatão, Guarujá e Praia Grande, todos eles com mais de 100 mil habitantes e que apresentam as maiores densidades demográficas da região.

Essa mancha urbana adensada se constituiu a partir da expansão de Santos em direção à São Vicente, e guarda características de continuidade e homogeneidade, com os mesmos padrões urbanísticos. As estimativas populacionais do IBGE de 2006 mostram que esse conjunto de municípios abriga 85,2% dos habitantes da Baixada Santista.

O projeto abrangeu esses cinco maiores municípios da região, que dada sua dimensão geográfica e populacional, produziram indicadores que se assemelham ao conjunto de municípios da Baixada, em se tratando de acesso a serviços de saúde, além de configurar um espaço metropolitano importante para os objetivos do estudo.

Considerações teóricas sobre acesso

Ligia Rivero Pupo

Paulo Henrique Nico Monteiro

O acesso universal, igualitário e integral aos serviços de saúde faz parte dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). A característica universal do acesso aos serviços indica que compete ao SUS atender toda a população por meio de serviços públicos, tanto através de órgãos estatais, quanto de instituições particulares conveniadas. O acesso igualitário significa que todos os cidadãos, independentemente de nível socioeconômico, gênero ou etnia, devem ser atendidos igualmente pelos serviços públicos de saúde. No que diz respeito ao acesso integral, entende-se que toda a população deve ter acesso gratuito e irrestrito a todos os níveis de assistência, desde o primário até os procedimentos terapêuticos e diagnósticos mais complexos. Embora o SUS venha buscando o aprimoramento destes aspectos, a insatisfação de usuários e de trabalhadores com os serviços é grande, sendo também evidente a baixa qualidade e resolutividade apresentada pelo sistema, em seus diversos níveis.

O conceito *acesso* é central em muitas discussões que têm o intuito de qualificar a organização do serviço de saúde, de forma a contribuir para a adoção de modelos de atenção à saúde que sejam adequados às necessidades da população e às especificidades e características locais. Contudo, a terminologia empregada varia entre os autores. Alguns optam pelo substantivo *acessibilidade* para designar o caráter do que é acessível, outros preferem o termo *acesso* para designar o ingresso e a entrada nos serviços. Outros, ainda, utilizam ambos os termos para indicar o grau de facilidade com que as pessoas obtêm cuidados de saúde.⁴

Não é objetivo desse capítulo esgotar a discussão acerca do acesso aos serviços de saúde, nem avançar na discussão conceitual dos aspectos e características dos sistemas e modelos de atenção à saúde. Faremos brevemente uma descrição de alguns pontos que serviram de referências para as análises apresentadas nos capítulos seguintes.

Donabedian² opta pelo termo *acessibilidade*, e o define como um dos aspectos do serviço relativo à capacidade de responder às necessidades de saúde de uma determinada população. Nesse sentido, centra-se na análise dos condicionantes e determinantes do acesso a partir da ótica da organização dos serviços e sistemas de saúde. Discute, portanto, quais são as características dos serviços que facilitam ou dificultam o acesso da população.

Frenk-Mora³ caracteriza a *acessibilidade* pela idéia de complementaridade entre características da oferta de serviços e da população. Considera que a *acessibilidade* é a relação funcional entre *resistência* e *poder de utilização*. Chama de *resistência* um conjunto de obstáculos que são encontrados na procura e obtenção de cuidados, e nesse sentido, vinculados aos serviços. Define *poder de utilização* a capacidade da população para superar tais obstáculos, de forma a melhor utilizar os serviços oferecidos. A discussão sobre a *acessibilidade* se daria, portanto, na relação existente entre as características dos indivíduos e dos serviços oferecidos.

O mesmo autor aponta que, no tocante à resistência, os obstáculos podem ser caracterizados como ecológicos, financeiros e organizacionais. Quanto ao *poder de utilização* da população, os obstáculos podem ser classificados como financeiros, de tempo, de transporte e de lidar com a organização dos serviços.

Unglert⁵ avança nessa discussão e identifica aspectos que os tomadores de decisão devem levar em conta para que os obstáculos relativos ao acesso aos serviços possam, de alguma maneira, ser minimizados ou mesmo eliminados:

1. *Obstáculos geográficos*: por intermédio do adequado planejamento da localização dos serviços de saúde;
2. *Obstáculos econômicos*: pela remoção de barreiras derivadas do sistema de pagamento ou de contribuição pelo usuário;
3. *Obstáculos funcionais ou organizacionais*: por meio da oferta de serviços oportunos e adequados às necessidades da população;
4. *Obstáculos socioculturais*: com a adequação das normas e técnicas dos serviços aos hábitos e costumes da população em que se inserem.

Carr-Hill¹ ressalta que a forma como as pessoas percebem a disponibilidade dos serviços e o grau de informação que têm sobre eles afetam tanto a decisão de procurá-los, como as dificuldades e facilidades para obterem cuidados de saúde.

Considerando as definições anteriores, observa-se que o conceito de acesso sempre implica a relação entre o usuário, suas necessidades de saúde e os serviços de saúde. É a partir dessa perspectiva que foram desenvolvidas as análises aqui apresentadas. Portanto, ao tratar do tema acesso, deve-se olhar para além da oferta e organização dos serviços e dos recursos tecnológicos disponíveis. Deve-se considerá-lo, também, sob o prisma da população e dos trabalhadores de saúde.

Referências:

1. Carr-Hill RA, Hardman G, Martin S, Peacock S, Sheldon TA, Smith P. A formula for distributing NHS revenues based on small area use of hospital beds. York. Centre for Health Economics, University of York; 1994.
2. Donabedian A. An introduction to quality assurance in health care. New York: Oxford University Press, 2003.
3. Frenk-Mora J. El concepto y la medición de accesibilidad / Concept of the accessibility measurement. *Salud pública Mex.* 1985; 27(5):438-53.
4. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad. Saúde Pública.* 2004; 20 (sup.2): S 190-96.
5. Unglert CVS. The importance of accessibility in the planning of localization and size of health services. *Rev. de Saúde Pública.* 1990; 24(6): 445-52.

Aspectos gerais da pesquisa

Maria Mercedes Loureiro Escuder

Maria Cecília Goi Porto Alves

Paulo Henrique Nico Monteiro

Aspectos éticos

O projeto preocupou-se em atender as exigências éticas e científicas fundamentais para pesquisa com seres humanos seguindo as recomendações da Resolução CNS 196/96. Para tanto, foi apresentado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde-SES (CEPIS) em 2007 sob o parecer nº 119798.

Para cada indivíduo sorteado, foi entregue e lido um termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) em linguagem clara e acessível, com informações sobre os objetivos e finalidades do projeto, os procedimentos da entrevista, os meios de divulgação dos resultados e a forma de garantir o sigilo e a confidencialidade com as informações fornecidas. Foi ainda garantida a possibilidade interrupção da entrevista e da não participação da pesquisa sem nenhuma penalização. Os indivíduos receberam informações sobre o nome da instituição responsável pelo projeto, da coordenadora da pesquisa, assim como telefone de contato para maiores esclarecimentos, se necessário.

Instrumento de coleta de dados

Para a coleta de dados foi elaborado um questionário dividido em sete blocos, com os seguintes temas:

- Bloco A – respondido pelo chefe da família ou por um adulto. Na primeira parte foram registrados todos os moradores do domicílio, com informações sobre idade, sexo e relação de parentesco com o chefe da família. A segunda parte envolveu questões sobre as condições de habitação e caracterização sócio-demográfica dos moradores. A última parte se referiu à inserção da família no Programa Saúde da Família (PSF) ou no Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS);
- Bloco B – as questões desse bloco foram aplicadas a todos os moradores do domicílio. Abordaram características pessoais do entrevistado, demográficas e de escolaridade, situação de saúde, doenças crônicas, procura e uso de serviços, auto-avaliação em saúde, conhecimento e uso de práticas alternativas de saúde;
- Bloco C – aplicado aos homens e mulheres maiores de 12 anos, conteve perguntas sobre consumo de álcool e busca de tratamento para alcoolismo;
- Bloco D – respondido pelas mulheres de 20 anos e mais, esse bloco levantou informações sobre exames preventivos como papanicolau, mamografia e ultrassonografia;
- Bloco E – aplicado a mães de crianças com até 24 meses, esse bloco foi composto por perguntas sobre acesso a serviços de saúde para o pré-natal, puericultura e puerpério;

- Bloco F – com sete questões, foi destinado às pessoas com 60 anos e mais. Foi composto por perguntas sobre acesso dos idosos a exames de audição e oftalmológico, vacina contra gripe e consulta odontológica;
- Bloco G – investigou aspectos relacionados à vida sexual e reprodutiva das pessoas maiores de 11 anos, com ênfase em questões como DST e Aids, e métodos contraceptivos entre as mulheres. Para as mulheres de 12 a 19 anos, incluiu questões sobre fecundidade.

Para elaboração do instrumento de coleta de dados foram consultados questionários do Censo de 2000 e Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios (PNAD) formulados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Pesquisa Mundial de Saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS) e Inquérito de Saúde (USP, UNICAMP, UNESP e Instituto de Saúde).

A equipe de campo

Para o trabalho de campo, a pesquisa contou com quatro supervisores com experiência reconhecida em outros inquéritos domiciliares na área de saúde pública. Para dar conta do número de entrevistas nos cinco municípios envolvidos, foram formadas duas equipes, com 22 entrevistadores cada uma. Todos os entrevistadores tinham nível universitário e experiência em pesquisa.

A primeira equipe, sediada em São Vicente, foi responsável pela coleta de dados dos municípios de São Vicente, Praia Grande e parte de Santos. A segunda equipe teve como sede dos trabalhos o próprio Instituto de Saúde em São Paulo e foi responsável pela coleta de dados em Cubatão, Guarujá e parte de Santos.

As duas equipes contaram com o apoio das Secretarias Municipais de Saúde dos municípios envolvidos, que forneceram mapas das áreas sorteadas e disponibilizaram agentes de saúde para acompanhar entrevistadores em lugares de difícil acesso.

Anteriormente à coleta dos dados, todos os entrevistadores e coordenadores de campo receberam treinamento específico que incluiu os seguintes temas:

- A Atenção Básica no SUS: princípios, organização e estrutura;
- Dimensões do conceito de Acesso;
- Temas de saúde (saúde reprodutiva, adolescentes, hipertensão e diabetes);
- Inquérito domiciliar: desenho e plano de amostragem;
- Aspectos fundamentais de ética em pesquisa.

O instrumento de coleta de dados foi lido em conjunto e discutido amplamente, de modo a esclarecer todas as dúvidas levantadas pelos entrevistadores.

Num segundo momento, os entrevistadores fizeram um pré-teste do instrumento no distrito de Brasilândia na cidade de São Paulo, com o objetivo de aprimorar o questionário assim como os meios de abordagem dos entrevistados.

A coleta dos dados foi realizada entre os meses de março a junho de 2007 e foram realizadas 6.815 entrevistas.

Plano de amostragem

Maria Cecília Goi Porto Alves
Maria Mercedes Loureiro Escuder

A amostra foi obtida por procedimentos de amostragem probabilística.

A população de estudo foi constituída pelos residentes em domicílios particulares na área urbana dos municípios com mais de 100.000 habitantes da Região Metropolitana da Baixada Santista: São Vicente, Cubatão, Santos, Praia Grande e Guarujá.

Esses municípios foram agrupados em três estratos: Município de São Vicente, Município de Cubatão e o conjunto de municípios: Santos, Guarujá e Praia Grande. Os dois primeiros constituíram domínios de estudo, uma vez que além de obter resultados para o conjunto de municípios da RMBS, pretendia-se estabelecer comparações entre Cubatão e de São Vicente, especialmente em aspectos referentes ao uso de serviços de saúde.

Tamanho da amostra

O tamanho da amostra foi calculado considerando-se a estimação de parâmetros (proporções) entre os moradores que referiram uso de serviços de saúde nos últimos 15 dias. Foi, portanto, utilizado nesse cálculo a expressão algébrica referente à estimação de proporções^{2,5}:

$$n = \frac{p \cdot (1-p)}{(d/t)^2} \cdot deff. \text{ Adotando-se uma estimativa de 50\% para o parâmetro de interesse } P,$$

um erro de amostragem \bar{d} de 8%, um nível de confiança de 95% na construção de intervalos

de confiança ($t=1,96$) e um efeito do delineamento $deff$ de 2: $n = \frac{0,50 \times 0,50}{(0,08 / 1,96)^2} \cdot 2 = 300.$

Esperava-se, com base em dados de inquéritos anteriores, que 20% das pessoas entrevistadas referissem a utilização de serviços de saúde nos últimos 15 dias. Portanto, para estudar aspectos relacionados ao serviço de saúde utilizado por 300 pessoas, deveriam ser entrevistadas 1500 pessoas ($300/0,20=1500$).

Determinou-se que esse seria o número de pessoas entrevistadas em Cubatão, o menor dos estratos. Nos outros, as amostras seriam maiores, não sendo, no entanto, possível adotar a partilha proporcional, uma vez que o número máximo de entrevistas permitido pelas limitações de tempo e orçamentárias seria de 6000.

A opção pela partilha não proporcional da amostra levou à necessidade de introduzir pesos, que foram fixados em 1; 1,75 e 6, respectivamente, para os municípios de Cubatão, São Vicente e o conjunto dos municípios de Santos, Praia Grande e Guarujá, correspondendo a tamanhos de amostra de cerca de 1500, 2500 e 2000. No que diz respeito aos pesos amostrais, Cubatão e São Vicente foram privilegiados em relação a Santos, Praia Grande e Guarujá, pela condição de domínios de estudo. Os tamanhos de amostra e pesos nos estratos estão apresentados na Tabela 1.

Tabela 1. Tamanho de amostra e respectivos pesos das observações a serem coletadas, segundo município.

Município	Tamanho amostra	Peso estimado
Cubatão	1506	1
São Vicente	2459	1,75
Santos, Guarujá e Praia Grande	2035	6
Total	6000	

No projeto, pretendia-se a abordagem de distintos temas para subpopulações também distintas (menores de dois anos de idade, adolescentes do sexo feminino, mulheres de 20 a 59 anos e idosos). Essa demanda levou à necessidade de considerar no planejamento de amostragem a divisão da população nos seguintes subgrupos: de menores de dois anos; de dois a 11 anos; homens de 12 a 19 anos; mulheres de 12 a 19 anos; homens de 20 a 59 anos; mulheres de 20 a 59 anos; população de 60 anos ou mais.

Foi verificado então se o tamanho de amostra proposto permitia a estimação de proporções com erros de amostragem aceitáveis nos grupos etários de interesse, adotando-se, para a distribuição da amostra, o critério de partilha proporcional.

Nesse sentido e considerando a distribuição percentual por sexo e idade da população urbana do Estado de São Paulo no Censo de 2000 (Tabela 2), foi calculado o número de pessoas nos grupos idade/sexo que seriam entrevistadas, caso a amostra fosse de 6000 pessoas (Tabela 3).

Tabela 2. População residente em área urbana em municípios com mais de cem mil habitantes da Região Metropolitana da Baixada Santista, segundo grupo sexo/idade e municípios. Ano de 2000.

Subgrupo populacional	Cubatão		S. Vicente		S. G. PG		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
menores 2 anos	4194	3,90	11111	3,68	28188	3,23	43493	3,39
2 a 11 anos	20235	18,79	54354	17,99	140017	16,02	214606	16,72
homens 12 a 19 anos	8788	8,16	23353	7,73	63346	7,25	95487	7,44
mulheres 12 a 19 anos	8663	8,05	23516	7,78	63486	7,27	95665	7,45
homens 20 a 59 anos	30015	27,88	78489	25,98	227077	25,99	335581	26,14
mulheres 20 a 59 anos	29520	27,42	85475	28,29	251250	28,75	366245	28,53
60 anos e mais	6246	5,80	25844	8,55	100431	11,49	132521	10,33
Total	107661	100,00	302142	100,00	873795	100,00	1283598	100,00

Fonte: Fundação IBGE – Censo 2000.

Tabela 3. Tamanhos de amostra previstos, segundo grupo sexo/idade e municípios. Projeto Acesso, 2007.

Subgrupo populacional	Cubatão	S. Vicente	S.G.PG	Total
,enores de 2 anos	59	90	66	203
2 a 11 anos	283	442	326	1003
homens 12 a19 anos	123	190	148	446
mulheres 12 a19anos	121	191	148	447
homens 20 a 59 anos	420	639	529	1568
mulheres 20 a59anos	413	696	585	1712
60 anos e mais	87	210	234	620
Total	1506	2459	2035	6000

Verificou-se que para o grupo de menores de dois anos, as estimativas deveriam ser feitas para o conjunto de municípios da baixada, com erro de amostragem de 10 pontos percentuais. Mas para os outros grupos sexo/idade, seria possível obtê-las dentro de cada estrato, com esse mesmo erro de amostragem.

A seguir foi feito o cálculo do número de domicílios a serem sorteados, uma vez que as pessoas são localizadas por meio dos domicílios em que residem. Para isso, foram inicialmente calculadas as médias de pessoas de cada grupo sexo/idade por domicílio (razão pessoas/domicílio), utilizando-se dados do Censo de 2000 (Tabela 4).

Tabela 4. Domicílios e população residente em área urbana de municípios da Região Metropolitana da Baixada Santista, em 2000.

Município	Domicílios	Residentes	Razão
Cubatão	30185	107661	3,567
São Vicente	85367	302142	3,539
Santos, Guarujá, Praia Grande	260553	873795	3,354
Subtotal	376105	1283598	3,413

Fonte: IBGE – Censo 2000.

Utilizando as razões acima, foram estimados os números de domicílios que deveriam ser visitados para localização das pessoas da amostra (Tabela 5).

Tabela 5. Números planejados de domicílios e pessoas na amostra e razão pessoas/domicílios em municípios da RMBS. Ano 2000.

Município	Pessoas	Razão	Domicílios
Cubatão	1506	3,567	423
São Vicente	2459	3,539	695
Santos, Guarujá e Praia Grande	2035	3,354	607
Total	6000	3,413	1725

Os domicílios foram selecionados dentro de setores censitários previamente sorteados, uma vez que foi adotada amostragem por conglomerados em dois estágios: setor censitário e domicílio⁴. As unidades primárias de amostragem (setores censitários) foram selecionadas com probabilidade proporcional ao tamanho, expresso pelo número de domicílios do Censo de 2000.

Para determinar o número de setores a serem sorteados, foram levados em consideração dois critérios: o número mínimo de setores deveria ser 30, para manter o vício do estimador de variância dentro de limites aceitáveis⁴, e o número médio de entrevistas por setor censitário (\bar{b}) deveria ser fixado de forma a manter as estimativas do efeito do delineamento abaixo de 2:

$$deff \cong 1 + p(\bar{b} - 1) < 2$$

onde \bar{b} é a média de pessoas que utilizaram serviço de saúde 15 dias por setor ($\bar{b} =$ (domicílios por setor)*(razão pessoas/domicílios)*0,20) e p é o grau de homogeneidade intraclasse, estimado em 0,08 em estudo anterior¹.

Com base nesses critérios, foi fixado que em cada setor censitário deveriam ser sorteados de 14 a 20 domicílios, conforme os municípios da amostra (Tabela 6).

Tabela 6. Domicílios, setores e domicílios por setor da amostra e estimativas do efeito do delineamento ($deff$), por estrato.

Estrato	Domicílios	Setores	Domicílios/setor	\bar{b}	$deff$
Cubatão	423	30	14,10	10,06	1,7
São Vicente	695	40	17,375	12,30	1,9
Santos, Guarujá, P. Grande	607	30	20,233	13,57	2,0
Total	1725	100			

¹ Alves MCGP. Dados não publicados do Inquérito Multicêntrico de Saúde de São Paulo, ISA-SP.

Prevendo que a taxa de não resposta seria de 20%, foram sorteados números maiores de domicílios por setor: 18, 22 e 26 nos estratos Cubatão, São Vicente e, em conjunto, Santos, Guarujá e Praia Grande, respectivamente.

Todas as pessoas residentes nos domicílios sorteados foram incluídas na amostra.

As frações de amostragem foram:

$$\text{Cubatão} \rightarrow f = \frac{30 M_i}{30185} \cdot \frac{18}{M_i} = \frac{540}{30185} = \frac{1}{55,89815}$$

$$\text{São Vicente} \rightarrow f = \frac{40 M_i}{85367} \cdot \frac{22}{M_i} = \frac{880}{85367} = \frac{1}{97,00796}$$

$$\text{Santos-Praia Grande-Guarujá} \rightarrow f = \frac{30 M_i}{260553} \cdot \frac{26}{M_i} = \frac{780}{260553} = \frac{1}{334,04231}$$

Qualidade na coleta de dados

Foram planejadas estratégias que objetivaram garantir a precisão desejada para as estimativas amostrais e diminuir vícios de não observação³.

Para contornar um dos efeitos da não resposta, foi acrescido em 20% o número de unidades domiciliares sorteadas, buscando-se manter o erro de amostragem dentro dos limites estabelecidos.

Além de tentar atingir uma taxa de resposta de 80% para o total da amostra, estabeleceu-se como meta a obtenção de 65% das entrevistas previstas em cada setor censitário. As estratégias planejadas para alcançar esse objetivo foram: realização de pelo menos três visitas aos domicílios com ausência de resposta (fechados ou com recusa em receber o entrevistador), e de pelo menos três visitas a cada pessoa incluída no quadro de moradores do domicílio e que não havia ainda respondido ao questionário da pesquisa (ausente ou que recusou dar entrevista).

Outras estratégias visando à diminuição da não resposta foram adotadas: entrega de cartas a todos os moradores durante a atividade de arrolamento de domicílios, divulgação da pesquisa através de membros da comunidade, agendamento de entrevistas por telefone (celular, residencial ou comercial), contato com os síndicos dos prédios pelos supervisores de campo, entre outras.

Visando garantir a validade dos resultados, foi feita a conferência de 100% dos questionários, que eram devolvidos para o entrevistador caso ocorressem problemas. Foram também reentrevistadas 10% das pessoas da amostra, para verificar a concordância das duas entrevistas realizadas com o mesmo entrevistado e para comprovar a não ocorrência de falsificações.

Operacionalização do plano de amostragem

A primeira tarefa consistiu no sorteio dos setores censitários dos cinco municípios da RMBS, utilizando listagem produzida pelo IBGE com dados do Censo de 2000 (Agregado de Setores). Nessa relação constam os dados necessários ao sorteio: tipo e situação do setor, domicílios existentes, moradores distribuídos por idade e sexo e moradores distribuídos por anos de estudo. Foram incluídos no sorteio os setores com códigos de situação 1, 2 e 3, correspondentes a área urbanizada, área não urbanizada e área urbanizada isolada, respectivamente. Todos os rurais foram excluídos, bem como os setores tipos 2 a 6, cor-

respondentes a quartéis, alojamentos, embarcações, aldeias indígenas e penitenciárias respectivamente, além do tipo 7, referente a asilos, orfanatos, conventos e hospitais.

Para o sorteio em cada estrato, os setores foram ordenados segundo o percentual de chefes de família com oito ou mais anos de estudo, levando à estratificação implícita por escolaridade do chefe, variável frequentemente utilizada como indicador de condições de vida da população.

Para os setores sorteados, foram obtidos no IBGE os croquis e a descrição dos limites geográficos correspondentes. Antes de iniciar o trabalho de campo, várias instituições da RMBS foram contatadas em busca de auxílio para a complementação de informações referentes à delimitação e localização exatas de alguns dos setores da amostra, especialmente os situados em áreas de invasão de Cubatão, para os quais os croquis não continham toda a informação desejada.

No local, os croquis foram atualizados. Os pesquisadores de campo foram orientados a percorrer todo o setor, conferindo os traçados das ruas, seus nomes e complementado os mapas com ruas ou vielas faltantes.

Nessa mesma visita ao setor, foi feito o "arrolamento", atividade que consistiu na elaboração de listas com todos os endereços existentes. Esse material voltou para o escritório para, primeiramente, se proceder à contagem e numeração dos domicílios, excluindo-se os endereços comerciais e de domicílios em reforma ou construção, sem perspectiva de término durante o trabalho de campo da pesquisa.

Com base no número atual de domicílios existentes, foi realizada a seleção de segunda etapa, sorteando-se números que corresponderiam aos domicílios da amostra. Estes foram transcritos nas listagens de endereços do arrolamento, identificando, assim, aqueles que pertenceriam à amostra e que seriam digitados.

A partir do arquivo de endereços da amostra, foram elaboradas etiquetas para serem coladas nos questionários, contendo as informações referentes à localização dos domicílios sorteados, bem como alguns detalhes constantes na folha de arrolamento que pudessem facilitar a sua identificação.

Na primeira visita aos domicílios, foi elaborada a relação de moradores, identificando assim todos os indivíduos a serem incluídos na amostra.

Resultados

A amostra efetivamente obtida foi de 6815 entrevistados (Tabela 7).

Tabela 7. Amostra de indivíduos segundo idade e estrato (municípios). Projeto Acesso.

Subgrupo populacional	Cubatão	S. Vicente	S. G. PG	Total
menores de 2 anos	64	86	66	216
2 a 11 anos	395	493	389	1277
homens 12 a 19 anos	133	190	133	456
mulheres 12 a 19 anos	160	180	147	487
homens 20 a 59 anos	497	623	504	1624
mulheres 20 a 59 anos	587	763	664	2014
60 anos e mais	129	328	284	741
Total	1965	2663	2187	6815

Foram visitados 2507 domicílios (Tabela 8). Esse número foi maior que o planejado em função do crescimento observado em relação ao Censo 2000. Permitiu-se que a amostra incluísse número maior de domicílios por ter sido fixada a fração de amostragem de cada município, mantendo-se a autponderação dentro deles. A diferença foi mais acentuada em Cubatão.

Em cerca de 10% dos domicílios visitados não foi possível contatar algum dos moradores. Em 4,9% deles houve recusa em receber o pesquisador e 5,6% estiveram fechados, sem nenhum morador presente durante as visitas realizadas.

Tabela 8. Situação dos domicílios - trabalho de campo do Projeto Acesso. Abril a junho de 2007.

Situação	Cubatão		S. Vicente		S. G. PG		Total	
	nº.	%	nº.	%	nº.	%	nº.	%
Com entrevista realizada	598	93,9	886	87,8	759	88,4	2243	89,5
Recusa	15	2,3	53	5,2	54	6,3	122	4,9
Fechado	24	3,8	70	6,9	46	5,3	140	5,6
Domicílios visitados	637	100,0	1009	100,0	859	100,0	2505	100,0
Excluídos*	35	-	87	-	105	-	227	-

*imóvel vago (para alugar ou vender, em construção), inexistente, casa de veraneio, imóvel comercial.

Nos domicílios onde foi possível obter a relação de moradores e, conseqüentemente, a identificação das pessoas a serem entrevistadas, houve 6,8% de moradores que se recusaram a responder o questionário e 3,1% que não puderam ser encontrados nas várias visitas feitas ao domicílio, perfazendo 9,9% de não respondentes.

Tabela 9. Situação dos indivíduos da amostra - trabalho de campo do Projeto Acesso. Abril a junho de 2007.

Situação	Cubatão		S. Vicente		S.G.PG		Total	
	nº.	%	nº.	%	nº.	%	nº.	%
Entrevistado	1965	92,7	2663	90,2	2187	87,9	6815	90,0
Recusa	54	2,5	89	3,0	91	3,7	234	3,1
Ausente	101	4,8	200	6,8	210	8,4	511	6,8
Total (a ser entrevistado)	2120	100,0	2952	100,0	2488	100,0	7560	100,0
Impossibilitado*	5	-	4	-	4	-	13	-

* no presídio, temporariamente fora do município, hospitalizado, etc.

A estimativa final da taxa de não resposta foi feita acrescentando ao percentual de moradores que não responderam ao questionário, o percentual estimado de pessoas que residiam nos domicílios sem resposta (fechados e com recusa). Ou seja, foram consideradas no cálculo da não resposta tanto as pessoas identificadas no quadro de moradores, quanto aquelas que se supunha residirem nos domicílios em que não foi possível preen-

cher o quadro de moradores. A taxa de não resposta foi assim estimada em 20,8%.

Uma vez que foi estabelecida a meta de atingir 65% de resposta em cada unidade primária de amostragem, a estimativa da taxa de resposta foi feita para cada setor censitário. Os resultados estão apresentados na Tabela 10 e indicam que, em apenas dois setores, a meta não foi atingida.

Tabela 10. Frequência de setores segundo taxa de resposta - trabalho de campo do Projeto Acesso. Abril a junho de 2007.

Taxa de resposta	Setores
< 65	2
65† 75	31
75† 85	22
85† 95	37
>= 95	6
Total	100

Análise dos dados

A análise dos dados foi conduzida utilizando-se o programa Stata 9.0, módulo "survey", que permite incorporar aspectos referentes ao delineamento complexo de amostragem empregados neste inquérito: estratificação não proporcional, sorteio de conglomerados e ponderação¹.

As estimativas de proporções apresentadas neste livro foram obtidas, portanto, a partir de dados ponderados. Com essa finalidade foi criada uma variável denominada "peso", definida pelo inverso da fração de amostragem.

Os testes de independência de variáveis foram realizados por meio da estatística χ^2 de Pearson, ajustada ao delineamento pela correção de segunda-ordem de Rao-Scott⁶.

Referências bibliográficas

1. Alves MCGP e Silva NN. Métodos de estimação de variância em amostras provenientes de inquéritos domiciliares. *Revista de Saúde Pública* 2007; 41: 938-46.
2. Cochran WG. *Sampling techniques*. New York: John Wiley & Sons; 1977.
3. Kasprzyk D. *Measurement error in household surveys: sources and measurement*. In: United Nations. *Household sample surveys in developing transition countries*. United Nations, New York, 2005.
4. Kish L. *Survey sampling*. New York: John Wiley & Sons; 1965.
5. Silva NN da. *Amostragem probabilística: um curso introdutório*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo; 1998.
6. Skinner CJ, Holt D, Smith TMF. *Analysis of complex surveys*. Chichester: John Wiley & Sons, Inc.; 1989.

Acesso e Estruturação da Atenção Básica na Região Metropolitana da Baixada Santista: uma análise dos gestores

Renato Barboza

Aurea Maria Zöllner Ianni

Maria de Lima Salum e Morais

Olga Sofia Fabergé Alves

Paulo Henrique Nico Monteiro

Fernanda Ferrari

Bruno Walter Caporrino

Histórico e caracterização da Região Metropolitana da Baixada Santista

A Região Metropolitana da Baixada Santista (RMBS) foi criada em 1996 e é formada por nove municípios (Bertioga, Cubatão, Guarujá, Itanhaém, Monguagá, Peruíbe, Praia Grande, São Vicente e Santos), que representam 1% da superfície do estado, com população predominantemente urbana. Sua formação se deu a partir do município de Santos, cuja ocupação está associada originalmente ao porto que desempenhou um papel fundamental no contexto do complexo cafeeiro a partir do final do século XIX⁶.

A construção da Rodovia Anchieta, na década de 1940, trouxe nova configuração espacial e urbana à Baixada Santista, transformando a região no mais importante pólo turístico e de lazer do Estado e dinamizando, ainda mais, seu setor terciário.

Na década de 1950, inicia-se uma fase importante para a economia regional, com a inauguração da Refinaria Presidente Bernardes, em Cubatão, que, juntamente com outras indústrias petroquímicas, constituíram uma das mais importantes cadeias produtivas do país. O crescimento de Santos, Cubatão e Guarujá provocou um movimento em direção a outros municípios. São Vicente, Praia Grande e o distrito de Vicente de Carvalho, no Guarujá, adquiriram características de cidade-dormitório, apresentando intensa conurbação entre si, só interrompida pelas restrições de ordem física, que impediram a presença de uma mancha urbana totalmente contínua.

Cerca de 70% do território da RMBS é área de proteção ambiental. Cubatão está em uma área de mangue e serra que, devido à falta de espaço, acabou sendo invadida pela população. A região possui áreas sujeitas a erosão, inundações e deslizamentos de terra, sobretudo nas encostas da Serra do Mar, além do pólo industrial de Cubatão, cujas emissões de poluentes aéreos foram contidas e disciplinadas, mas que ainda é apontado como um dos poluidores da Bacia do Rio Cubatão e do Estuário de Santos e São Vicente.

A Baixada Santista possui uma estrutura industrial dinâmica cujos segmentos mais expressivos são o refino de petróleo e a metalurgia básica, além do ramo químico. A importância desses setores é complementada por inúmeras plantas industriais de bens intermediários.

Em Cubatão, concentra-se o complexo químico-siderúrgico formado pelo pólo petroquímico, desenvolvido ao redor da Refinaria Presidente Bernardes, da Petrobrás, de indústrias de fertilizantes e químicas, e a Companhia Siderúrgica Paulista - COSIPA. Devido à presença do Porto de Santos, a economia regional se especializou nas atividades de

comercialização e outras complementares. Assim, é importante o setor de transportes, voltado para cargas e movimentações de média e longa distância.

Em 1963, se inicia o funcionamento da COSIPA, desencadeando o desenvolvimento do grande pólo petroquímico de Cubatão, que fornecia matéria prima para a expansão do parque industrial sediado no planalto paulista.

Até meados de 1960, a ocupação urbana concentrava-se de forma mais acentuada no município de Santos, seguido dos municípios de São Vicente e Cubatão, que apresentavam, então, uma ocupação de baixa densidade. No entanto, ainda que nas décadas de 50/60 a densidade demográfica da região fosse baixa, o desenvolvimento provocado pela instalação da Refinaria e do Pólo Petroquímico, além do funcionamento do Porto, promoveu um certo extravasamento populacional de Santos. Decorrente das particularidades topográficas da região, tendo de um lado a orla marítima e de outro a Serra do Mar, o crescimento demográfico da cidade expandiu-se para os municípios circunvizinhos, ao longo da faixa litorânea.

A partir da década de 60, a consolidação da indústria automobilística trouxe desdobramentos significativos para a região: consolidou-se o acesso ao litoral, havendo com isso o incremento do lazer e turismo na região. A intensificação da atividade turística ampliou as demandas por bens e serviços em Santos e São Vicente, que sofreram acentuado processo de adensamento populacional e decorrente expansão urbana⁴.

No *Relatório Zero*⁵, divulgado pelo Comitê da Bacia Hidrográfica da Baixada Santista em 2002, há um diagnóstico de industrialização e urbanização intensas, que caracterizaram a região da Baixada Santista nas últimas décadas. O Relatório afirma que o município de São Vicente cumpriu papel e funções auxiliares nesse contexto. Este município auxiliou na acomodação da expansão residencial de Santos e Cubatão, tendo desenvolvido também atividades comerciais de prestação de serviços e até mesmo de lazer e turismo. Embora ainda guarde a função turística como característica importante quanto à sua inserção sócio-econômica, São Vicente adquiriu também a função auxiliar de bairro dormitório. No desempenho dessas funções urbanas, São Vicente e Guarujá respondem complementarmente às funções de Santos, porém para estratos de renda diferentes: Guarujá, para os estratos de renda alta e São Vicente, para os de rendas média e baixa. Cubatão, ainda que seja uma cidade industrial, configura-se como cidade dormitório dos trabalhadores menos qualificados de Santos e Guarujá.

Todos os municípios litorâneos desempenham função de lazer praiano, bem como funções de segunda moradia para os turistas.

O espaço urbano mais densamente ocupado da Região Metropolitana da Baixada Santista é formado por cinco municípios: Santos, São Vicente, Cubatão, Guarujá e Praia Grande. Essa mancha urbana adensada se constitui a partir da expansão de Santos em direção a São Vicente, e guarda características de continuidade e homogeneidade, com os mesmos padrões urbanísticos. Mais especialmente, Santos e São Vicente fazem um todo paisagístico.

Assim como Santos, São Vicente tem em sua porção noroeste – continental - as áreas ocupadas por uma população de renda mais baixa e que vem se deslocando para Cubatão, identificando-se assim o vetor Noroeste – São Vicente/Cubatão -, determinado pela Via Anchieta e pela alça da Rodovia dos Imigrantes. Esta ocupação urbana é caracterizada pela forte presença de conjuntos habitacionais de população de baixa renda.

Situada em área de preservação ambiental, a costa da Mata Atlântica, o crescimento dos municípios vem alterando as características naturais da região. A área continental, embora habitada, ainda apresenta características naturais bastante importantes; grandes porções de manguezais ainda não estão comprometidas, há manchas significativas de vegetação de porte, e o poder público está atuando energicamente no sentido de disciplinar o uso e a ocupação das áreas.

Em São Vicente, entretanto, a ocupação urbana já exerceu impacto negativo no delicado equilíbrio ambiental natural, tendo em vista as características de suscetibilidade como: influência das marés, a permeabilidade do solo e a pouca profundidade do lençol freático. A atividade mineradora na área alterou a configuração da cobertura vegetal e do relevo, através de retiradas maciças de materiais – areia e terra. Essas ações acarretaram uma progressiva degradação da flora, da fauna e do ecossistema dos manguezais.

O lançamento de esgoto sanitário e industrial constitui sério problema de contaminação para os cursos d'água de toda a região, agravando-se em função das baixas declividades que dificultam sua diluição e dispersão. Os resíduos sólidos depositados neste tipo de solo são imediatamente assimiláveis pelos lençóis d'água, devido à baixa profundidade e à alta permeabilidade. A deposição de resíduos tóxicos industriais assume proporções de extrema gravidade, não apenas pela toxicidade, como pelo alcance ainda não mensurado dos riscos⁴. A descarga desses efluentes sólidos e líquidos tem contribuído, em muito, para a deterioração do solo e dos cursos d'água da planície, interagindo com todo o estuário de Santos pelo fluxo das marés.

Dessa forma, a problemática do saneamento básico é um tema relevante para as políticas públicas de saúde no contexto metropolitano da Baixada Santista, influenciando diretamente as condições de vida e saúde de sua população.

Objetivos

Com os objetivos gerais de identificar e caracterizar a dinâmica de acesso aos serviços de saúde e de conhecer o panorama da Atenção Básica na Região Metropolitana da Baixada Santista, procurou-se:

- situar a Região Metropolitana da Baixada Santista (RMBS) em termos históricos e de desenvolvimento recente;
- recuperar a trajetória recente da Atenção Básica à saúde na RMBS;
- recuperar a trajetória da atenção à saúde nos municípios de Cubatão, São Vicente, Santos, Peruíbe e Praia Grande, investigando os condicionantes do acesso aos serviços de saúde;
- verificar o quadro atual da Atenção Básica nos referidos municípios em termos de organização, recursos, dificuldades e avanços;
- identificar, na percepção dos gestores, os principais problemas de acesso aos serviços de saúde, tanto nos de Atenção Básica, quanto naqueles de média e alta complexidade, verificando os fluxos e impasses na referência e contra-referência;
- averiguar, junto aos gestores regionais (Coordenação da Atenção Básica) e locais (Unida-

des de Saúde) das Secretarias Municipais de Saúde de Cubatão e São Vicente, as questões do controle social e das ações intersetoriais e interdisciplinares na Atenção Básica;

- investigar a percepção dos gestores da Atenção Básica de Cubatão e São Vicente a respeito do acesso aos serviços da rede básica de saúde e da articulação da Atenção Básica com os outros níveis do sistema de saúde;
- verificar as propostas para a melhoria do acesso aos serviços de saúde e as prioridades declaradas pelos gestores para a Atenção Básica nesses municípios.

Metodologia

Optamos, no presente estudo, por trabalhar com a proposta de pesquisa social apresentada por Marconi e Lakatos⁸ (p. 195), segundo a qual, as técnicas de investigação científica compõem “*um conjunto de preceitos ou processos de que se serve uma ciência ou arte e a habilidade para usar esses preceitos ou normas*”. Nessa linha, a abordagem qualitativa articula, no processo de investigação, a pesquisa documental e bibliográfica com a realização de pesquisas de campo.

Desenvolvemos um estudo orientado pela abordagem qualitativa, apreendendo os significados que os atores selecionados atribuíam aos diferentes processos envolvidos na problemática da atenção à saúde, no contexto metropolitano da Baixada Santista, com destaque para a Atenção Básica em saúde e para o acesso aos serviços.

Os métodos qualitativos foram amplamente discutidos por vários autores. Entre eles, destacamos a contribuição de Nogueira-Martins e Bógus¹⁰ para quem:

(...) os métodos qualitativos produzem explicações contextuais para um pequeno número de casos, com uma ênfase no significado do fenômeno. O foco é centralizado no específico, no peculiar, almejando sempre a compreensão do fenômeno estudado, geralmente ligado a atitudes, crenças, motivações, sentimentos e pensamentos da população estudada (p.48).

Na mesma linha teórica, ao problematizar a importância das metodologias qualitativas, Minayo⁹ (2004) também aponta que:

(...) são aquelas capazes de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas (p.10).

Delineamos uma metodologia que pretende dialogar com os dados do inquérito domiciliar sobre a situação de saúde e acesso ao SUS na Baixada Santista. A presente investigação foi desenvolvida a partir de um estudo de caso que teve como lócus privilegiado os municípios de Cubatão, São Vicente, Santos, Praia Grande e Peruíbe. A opção pelo estudo de caso, do ponto de vista metodológico, permite conhecer de forma ampla e profunda a

atuação das instituições responsáveis pelo setor Saúde, no caso as Secretarias Municipais de Saúde, e sua inserção e articulação em outros espaços regionais na RMBS.

De acordo com estudo clássico empreendido por Goode & Hatt⁷ (p.422), *“o estudo de caso não é, portanto, uma técnica específica. É um meio de organizar dados sociais preservando o caráter unitário do objeto social estudado. Expresso diferentemente, é uma abordagem que considera qualquer unidade social como um todo”*. O estudo de caso constituiu-se, em estudos qualitativos, em um método amplamente utilizado e aceito para a execução de pesquisas de cunho exploratório.

O presente trabalho, um estudo em profundidade de caso(s) significativamente escolhido(s), possibilitou uma análise com um detalhamento que nos permitiu conhecer de forma compreensiva a realidade investigada.

Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas e em profundidade com os atores selecionados⁹. As entrevistas foram baseadas em roteiros organizados em eixos temáticos relacionados aos objetivos propostos, contendo um conjunto de perguntas formuladas para os informantes-chave. Todas as entrevistas foram conduzidas por dois pesquisadores, com o intuito de obter as informações da forma mais completa possível.

Os instrumentos elaborados foram testados anteriormente à aplicação, assegurando a qualidade da fase de campo da pesquisa.

Participantes

Com o intuito de abarcar as múltiplas dimensões do fenômeno estudado, selecionamos os atores que consideramos informantes-chave por julgar que os mesmos desempenhavam funções de caráter técnico, administrativo e político nas estruturas governamentais do setor Saúde nas esferas local e municipal. Na seleção dos entrevistados, também se levou em consideração sua experiência acumulada – como tempo de atuação na área da saúde e no cargo – em relação aos temas e questões definidos como centro da investigação, ou seja, o acesso à rede de Atenção Básica à saúde na RMBS.

Foram, então, identificados, selecionados intencionalmente e entrevistados, onze atores:

- a. os secretários municipais de saúde de Cubatão, São Vicente, Praia Grande, Santos e Peruíbe;
- b. os responsáveis pela gerência da rede de Atenção Básica no quadro das Secretarias Municipais de Saúde de Cubatão e São Vicente;
- c. quatro gestores de Unidades Básicas de Saúde (de UBS tradicionais e de Unidades de Saúde da Família): dois no município de Cubatão e dois em São Vicente.

Análise dos dados

As entrevistas foram gravadas, transcritas e submetidas à técnica de análise de conteúdo, segundo o referencial analítico proposto por Bardin¹, compreendendo as fases de pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados e interpretação.

Segundo Bardin¹, a análise de conteúdo pode ser definida como:

(...) um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens (p. 42).

As entrevistas foram analisadas segundo os objetivos e questões levantados no estudo, após a identificação e organização das “*unidades de registro*” emergentes das mensagens, bem como das “*unidades de contexto*” que circunscrevem o universo de significados e sentidos das mesmas. Posteriormente, foram elaboradas categorias de análise, agrupando elementos, idéias, expressões e outros aspectos que apresentassem características comuns.

Aspectos éticos

Todos os sujeitos identificados e selecionados como informantes-chave foram devidamente esclarecidos sobre os objetivos do projeto, sua importância e contribuição para o fortalecimento das políticas regionais de saúde, em especial da Atenção Básica.

Os participantes da pesquisa assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em que se asseguravam os direitos de sigilo e confidencialidade durante todo o processo, assim como os direitos de conhecer os resultados da pesquisa e de interromper a entrevista se e quando achassem oportuno.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde, conforme preconizado pela resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Resultados da Estruturação da Atenção Básica na Baixada Santista

Segundo o Ministério da Saúde² (p.12), a Atenção Básica tem sido definida como “*um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação*”.

Considerando-se a Atenção Básica enquanto estruturante do sistema de saúde e sua importância estratégica para a melhoria das condições de vida e situação de saúde da população, apresentamos uma análise dos gestores loco-regional sobre a estruturação e o acesso dos municípios aos serviços de saúde na RMBS.

Os resultados são apresentados por município e pelo Departamento Regional de Saúde de Santos. Também há uma análise do nível local das Secretarias de Saúde de Cubatão e São Vicente.

Santos

Santos é o município pólo da Região Metropolitana da Baixada Santista. Possui um sistema de saúde formado por uma extensa rede de serviços abrangendo todos os níveis de complexidade (básica, média e alta), na atenção à saúde dos seus municípios e da região.

Indagado sobre a trajetória da Atenção Básica em Santos, o secretário destacou a importância do processo de municipalização da saúde como elemento impulsionador para a implantação dessa rede na gestão David Capistrano. Nessa época, foram instaladas as policlínicas organizadas por região para atender 25.000 usuários, sendo essas, responsáveis pela identificação dos principais problemas de saúde da comunidade e pelo planejamento e desenvolvimento de ações coletivas de promoção à saúde. Enfatizou, também, o conceito de rede e a construção do ambulatório de especialidades como elementos primordiais na organização do sistema de referência e contra-referência municipal.

As policlínicas representaram a materialização da rede descentralizada de serviços de saúde. Essas unidades organizavam a oferta da atenção, por meio de consultas com profissionais das clínicas básicas (pediatras, clínicos, gineco-obstetras, enfermeiros, dentistas, auxiliares, entre outros), coleta de exames, dispensação de medicamentos, encaminhamentos para serviços de apoio, diagnóstico e especialidades, além de ações permanentes de promoção, prevenção e vigilância epidemiológica.

Anterior a esse período, o entrevistado observou que a Atenção Básica estava estruturada a partir das Unidades Básicas de Saúde (UBS), com poucos recursos e baixa resolatividade e conectividade com a comunidade. Posteriormente, a denominação de policlínicas foi substituída por Unidades Básicas de Saúde (UBS), pois havia dificuldades de entendimento de suas funções institucionais, inclusive para o Ministério da Saúde, confundindo-as com ambulatórios de especialidades.

O Programa de Saúde da Família (PSF) foi recentemente implantado em Santos. No início dessa gestão existiam apenas duas equipes de Saúde da Família e a Secretaria apresentou uma proposta, aprovada no Conselho Municipal, tendo como fito a ampliação para 13 equipes.

Em relação à reorganização da Atenção Básica, por meio da estratégia Saúde da Família, o gestor assume uma posição cuidadosa e realista, ao considerar os aspectos sociais, históricos e geográficos da cidade de Santos, que apresenta um alto processo de urbanização e verticalização. Nessa perspectiva, optaram por reorganizar e fortalecer a rede de Atenção Básica, investindo prioritariamente nas UBSs, estruturadas segundo o modelo tradicional, mas com a incorporação de agentes comunitários de saúde, em algumas unidades criteriosamente selecionadas. Adverte que a estratégia *“Saúde da Família não é a panacéia para resolver aquilo que a Unidade Básica de Saúde não resolveu.”*

Os principais critérios definidos pela Secretaria para implantação das unidades de Saúde da Família foram baseados nas dificuldades de acesso da população aos serviços, principalmente por barreiras geográficas, priorizando, assim, moradores dos morros e comunidades de baixa renda. Esse processo foi participativo e discutido com a comunidade local, envolvendo-a inclusive na seleção dos agentes comunitários. Após a contratação das equipes do PSF, as famílias foram cadastradas, segundo áreas previamente definidas e orientadas por critérios de territorialização. A última etapa foi a definição e a locação da sede para as unidades, dificultada pela disponibilidade de imóveis com planta física adequada às necessidades dos equipamentos de saúde.

A gestão municipal adotou o conceito de território como elemento central para orientar o processo de implementação do sistema municipal de saúde, organizando a oferta da atenção nas suas diferentes complexidades. Na rede de Atenção Básica os efeitos foram po-

sitivos, refletindo-se em melhorias no acesso da população aos serviços, entretanto, ainda há vários desafios a serem enfrentados na perspectiva da integralidade e da equidade.

Nesse contexto, ao discutir a reorganização da rede de Atenção Básica, o secretário afirma que *“conseguiu fazer uma articulação melhor da UBS com o território, (...) pois nesses anos desestruturou completamente o conceito de território”*. Nos últimos anos, a Secretaria tem procurado qualificar o processo de trabalho nas UBSs, implementando estratégias inovadoras, como a terapia comunitária que tem apresentado resultados positivos para o fortalecimento dos vínculos interpessoais e institucionais.

Um dos problemas da rede de Atenção Básica em Santos refere-se ao processo de invasão de usuários de outros municípios, bem como dos próprios santistas que preferem por várias razões utilizar serviços externos à área de abrangência do seu território, geralmente localizados em regiões mais centrais da cidade.

Uma das decisões operacionalizadas pela Secretaria de Saúde foi a devolução dos pacientes para suas áreas de origem, tanto interna, quanto externa ao município. Essa problemática também reflete uma posição política do gestor do município-polo, ao defender a responsabilidade sanitária que deve ser assumida por cada secretário na gestão da Atenção Básica. Sobre essa decisão, o secretário destaca que *“foi desconfortável pra gente, mas a gente insiste que a Atenção Básica é no município; a gente começou a tirar uma porção de gente das Unidades Básicas e devolver pros municípios.”*

Além das dificuldades relacionadas às barreiras geográficas para a população moradora dos morros, o que interfere negativamente no seu acesso aos serviços, também há dificuldades na organização do processo de trabalho nas unidades da rede básica. A burocracia, a marcação da agenda, a fila e o absenteísmo alto nas consultas foram identificados como os principais problemas.

O gerenciamento da agenda nas unidades foi priorizado pela secretaria municipal, que, segundo o entrevistado, *“obrigou que a unidade trabalhasse com encaixe, não fechasse tudo em agenda, e a gente pôs o SISO, que é um sistema informatizado próprio, que a própria unidade marca no Ambulatório de Especialidades. Não precisa ir e voltar, já sai com a agenda; a gente facilitou pela informática o acesso”*.

Em relação à atenção de média complexidade, os problemas que interferem no acesso, referem-se principalmente a disponibilidade de leitos hospitalares e alguns gargalos em especialidades, como por exemplo, oftalmologia e vascular. Para o gestor, os dois prestadores filantrópicos do município *“não cumprem a lei, não dão 60% dos serviços para o SUS por uma questão de sobrevivência, desenvolveram planos próprios de saúde que competem com os leitos SUS”*.

Na alta complexidade, os problemas são mais sérios, pois não há definições para as redes de oncologia e ortopedia, levando o gestor a *“ficar no improviso”*. A rede de cardiologia, também apresenta dificuldades, comprometendo a resolutividade e os encaminhamentos para as referências que estão localizadas em São Paulo, no caso das cirurgias cardíacas. O gestor também destaca a falta de acesso aos leitos do Hospital Guilherme Álvaro sob gestão estadual no município de Santos, como um elemento que agrava ainda mais a problemática da alta complexidade na região metropolitana.

A contratação e o gerenciamento dos recursos humanos no setor saúde representam um problema sério para a gestão do sistema municipal. Há um déficit importante de profissionais, além de alta rotatividade nos quadros contratados pela administração direta. Segundo o entrevistado, *“falta gente, muita gente entrou e saiu, muita gente nem entrou, e a gente está contratando emergencialmente, que é uma guerra, né?... A gente está caçando médico aí com o laço.”*

Para o entrevistado, os processos de negociação e pactuação regional têm enfrentado vários problemas para formação de consensos entre os gestores de saúde. Há dificuldades entre os municípios, devido às *“invasões”* de usuários que ocorrem não só na média e alta complexidades, mas também na rede de Atenção Básica, evidenciando a fragilidade do processo de regionalização do SUS na Baixada Santista.

Quanto à regionalização e sua relação com a organização da Atenção Básica no âmbito municipal, o gestor reitera que *“o cidadão tem que estar no seu município com uma rede capaz de acolher, e Santos tem que estar com os braços abertos pra aquilo que ela é referência; então acho que existe uma anarquia na região, que acaba envolvendo a Atenção Básica.”*

Essa problemática está comprometendo a resolutividade das unidades de saúde de Santos e foi discutida com os demais secretários da região em reuniões da Comissão Inter-gestores Regional. O entrevistado compreende que é necessário que os demais municípios adotem um sistema de avaliação e controle, senão *“eles não vão ter domínio da sua população, acho que tem cada vez mais pessoas se registrando nas UBSs de Santos e isso tem trazido uma série de transtornos gerenciais”*. Sugere aos seus pares, que *“os secretários têm que saber porquê que não tem adesão do município dele na rede básica. Então a gente está insistindo que para a Atenção Básica, o município tenha uma avaliação, um controle adequado, um controle maior.”*

Por fim, em relação ao processo de pactuação, o entrevistado enfatiza que há dificuldades técnicas e políticas dos profissionais do Departamento Regional de Saúde para o desempenho do seu papel coordenador e articulador da gestão da saúde na região metropolitana.

Cubatão

A política de saúde no município de Cubatão vem sendo conduzida pelo mesmo secretário há cinco anos, o que pode indicar o estágio articulado em que se encontra o sistema de saúde da cidade.

Quando da posse do atual prefeito, o sistema de saúde local encontrava-se totalmente desorganizado; havia dificuldades com a Atenção Básica considerada caótica, com a atenção secundária e com os servidores. A decisão foi de recuperar os próprios, que estavam sucateados; atuar diretamente junto aos recursos humanos, com vistas à recuperação das equipes; e desencadear uma reforma administrativa, concedendo maior autonomia às Unidades de Saúde, delegando-lhes uma responsabilidade que não existia.

A estratégia utilizada na reorganização da atenção do município foi focada no processo de reestruturação da Atenção Básica, com a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF), numa perspectiva de reorientação do modelo de atenção. Havia dificuldades de acesso da população aos serviços de saúde, já que 60% dos munícipes encontravam-se, e encontram-se ainda, assentados em áreas de preservação de mananciais, no

topo da Serra do Mar, sem qualquer tipo de serviço de saúde estruturado nessas regiões.

Segundo o secretário, decidiu-se pela implantação do PSF nessas áreas em função da resolatividade que o programa apresenta e garantia de acesso com “*qualidade e humanização*”.

A implantação do PSF em Cubatão enfrentou questões semelhantes às adotadas em outros municípios de porte médio e grande do estado de São Paulo; ou seja, houve, no momento inicial, a convivência de uma rede pré-existente de Unidades Básicas (funcionando em moldes tradicionais, isto é, de programação em saúde, com especialidades), com a implantação da Saúde da Família, configurando-se um hibridismo na rede de Atenção Básica.

Como a unidade mista, ou híbrida, não funcionava, passou-se de um momento de convivência para a adoção do desmembramento das equipes. Os principais problemas da convivência dos modelos eram: a) população habituada ao atendimento de um determinado profissional; b) pacientes que queriam ser atendidos sem pertencer à micro-área de abrangência da Saúde da Família; c) cumplicidade entre os médicos generalistas e especialistas, da Saúde da Família e das Unidades Básicas. Segundo o secretário, havia uma cumplicidade entre eles quanto à divisão da clientela, sem que os do PSF assumissem a prática generalista, da família, o que perpetuava a lógica da especialidade; d) o fator remuneração, já que a Saúde da Família permitia pagar em níveis salariais mais elevados, pelo menos no início. Segundo o entrevistado, a Atenção Básica começou a evoluir no município quando houve a separação dos modelos/equipes na rede dos serviços, constituindo-se no sistema municipal de saúde, atualmente em funcionamento em Cubatão.

Algumas estratégias foram então adotadas, tendo em vista a superação desses problemas e a convivência das duas modalidades de atenção. Adotou-se a estratégia - que segundo o secretário municipal foi “*deturpar*” o PSF - de trabalhar, desde o início, com uma equipe ampliada de saúde. Criou-se uma equipe multiprofissional, que dá apoio ao médico de Saúde da Família. Essa equipe responde à coordenação de Saúde da Família da Secretaria da Saúde e tem a função de “*tira-dúvidas*” sobre questões específicas dos médicos do PSF. Atua de forma volante, deslocando-se para junto das equipes de Saúde da Família. O secretário afirma que o objetivo é dar suporte de referência e contra-referência clínica para o médico da família, além de desempenhar papel formador junto a este profissional, já que a Escola médica - tal como se encontra estruturada -, não forma médicos aptos a atuar neste modelo de atenção, tendendo à formação especializada. Segundo ele, a debilidade/especialização da formação graduada gera insegurança nos profissionais e/ou falta de experiência, com conseqüências na qualidade da atenção prestada.

Outro aspecto decisivo para a organização da Atenção Básica no município foi tentar reverter a *ambulatorização* do Pronto Socorro. Nesse sentido, criou-se um serviço de agendamento e atendimento de emergência.

A fim de instituir uma gerência adequada deste processo, garantindo sua consecução e efetivação, desenvolveu-se um projeto de informatização da Secretaria de Saúde. O objetivo é que o sistema informatizado sirva aos fluxos internos da própria secretaria, bem como aos fluxos de contato com empresas (compras, prestação de serviços, etc.). Em âmbito interno, o sistema está voltado para: o acesso ao prontuário do paciente, o controle da retirada de medicamentos pelos usuários, a marcação de exames e encaminhamentos, a confirmação de agendamento de consultas, o controle dos procedimentos médicos, o acompanhamento dos recursos humanos (faltas, horários, exames e medicamentos dispensados, etc.). A esse sistema

será agregada a implantação do cartão do usuário, além de televisões nos serviços de saúde que, se pretende, divulguem programas educativos, informações úteis, etc.

Há uma percepção do gestor de que houve a ampliação e melhora do acesso dos usuários aos serviços de saúde no município. A concepção refere-se, principalmente, ao aumento de disponibilização de serviços: aumento do número de exames, aumento do número de consultas (sobram de 30% a 40% de vagas nas Unidades de Saúde), melhoria do sistema hospitalar, com a criação de um centro de custos e a terceirização de serviços, como o de raio-X, por exemplo. O secretário reconhece que a falta de resolutividade na atenção clínica é fator limitante no acesso à saúde. Uma tensão que permanece, sem horizonte imediato de solução, é entre o número de exames e consultas oferecidas e a disponibilização de medicamentos, em especial os de alto custo, bem como a invasão, por moradores de outros municípios da Baixada, no sistema local de saúde.

O grande problema, no que se refere à estruturação da Atenção Básica, parece localizar-se na gestão de recursos humanos. Superada a fase anterior, caótica, de contratações, aumentou-se o piso salarial, definiu-se uma política de valorização do profissional de nível universitário, e implantou-se uma política de contratações via Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), especialmente para as equipes de PSF. A opção por este tipo de vínculo ocorreu porque não há quadros na Prefeitura adequados a esse serviço, a remuneração do PSF é diferenciada, há falta de pessoal qualificado para este modelo, e porque a OSCIP possibilita flexibilização na contratação/demissão da mão de obra; agilidade que a modalidade de concursos públicos estatais não permitem. Pretende-se que os agentes comunitários de saúde (ACS) migrem para a folha de pagamento da Prefeitura assim que for possível, pois se antes não era permitida a contratação via instituição estatal, agora é.

Alguns problemas na gestão de recursos humanos e que interferem na resolutividade/ acesso da atenção, permanecem, ainda, sem solução. Uma delas é a *fidelização* do profissional. Exposto a condições adversas de trabalho (áreas de risco, dificuldade de acesso geográfico etc.), o profissional médico não se estabelece, prejudicando o funcionamento regular do sistema. Outro problema, já bastante citado, é a falta de resolutividade dos profissionais da ponta, que, segundo o secretário, não se resolve apenas com capacitação e treinamentos.

São Vicente

No município a atenção à saúde segue o modelo voltado para as Unidades Básicas de Saúde (UBS), com as especialidades básicas, o Centro de Especialidades, que é referência para essas unidades, o hospital fazendo a retaguarda e pronto-socorros atendendo urgência e emergência.

Atualmente a cidade conta com 19 UBS, 2 Centros de Especialidades, 1 pronto-socorro (CREI), que funciona como um pequeno hospital e 5 Equipes de Saúde da Família.

Quanto ao Programa de Saúde da Família (PSF), São Vicente foi uma das primeiras cidades da região a implantar essa estratégia, porém este não se desenvolveu no mesmo ritmo de crescimento dos outros municípios da região.

Até o final do ano de 2007, pretende-se expandir as equipes de saúde da Família para 20, realizando um processo de migração do modelo de UBS para PSF. Para o entres-

tado, *“Vai desgastando uma para fortalecer a outra”*. Essa expansão terá como prioridade a área continental do município que possui os indicadores de saúde mais preocupantes.

Um dos principais problemas apontados para o fortalecimento da Atenção Básica no município é a alta rotatividade dos profissionais da saúde. O gestor comenta que a deficiência na formação dos profissionais, agravada pela super especialização, principalmente dos médicos, dificulta a sua atuação como generalista, essencial para a efetividade do PSF. Como na região ainda não há uma residência médica voltada para a Estratégia de Saúde da Família, a secretaria municipal oferece uma capacitação para o profissional que tenha interesse em trabalhar no programa.

Indagado sobre o acesso da população aos serviços de saúde, o entrevistado destacou como principal dificuldade a falta de informação da população sobre o que é Atenção Básica e o que pode ser ofertado nesse nível de atenção. Apontou que os munícipes têm o mesmo posicionamento sobre as unidades de média e alta complexidade: *“o problema não é o acesso por não ter o serviço. As informações é que complicam”*.

Em relação à média e alta complexidade, outra dificuldade colocada pelo gestor municipal, refere-se à qualificação dos profissionais da saúde, onde se traçam protocolos e procedimentos desnecessários que são difíceis de serem custeados pela Secretaria Municipal. Na opinião do entrevistado, ainda é um desafio conseguir que os profissionais da rede solicitem somente os exames necessários. Assim, decidiu pela reorganização do fluxo dos pedidos de exames, concentrando a solicitação nos especialistas: *“só pode pedir tomografia se for neuro”*.

Quanto à questão de pactuação regional, percebe-se que há uma reclamação pela posição ocupada pelo município de Santos, como referência para determinados procedimentos de maior complexidade, pois atualmente enfrenta dificuldades para atender sua própria demanda.

Nesse sentido, questiona a implantação de um ambulatório de especialidades no Departamento Regional de Saúde, localizado em Santos. Pondera que o Estado tem sido omisso nas questões referentes ao financiamento e a infra-estrutura da saúde na região, e o descreve como nó descentralizador das ações, às vezes até ao contrário, suas ações são mais voltadas para a estadualização do que para a municipalização. Porém, avalia que no período mais recente está ocorrendo uma mudança de postura do gestor estadual.

Praia Grande

O processo de modificação do modelo de assistência à saúde no município deu-se a partir da gestão anterior (sete anos atrás). Iniciou-se o processo de municipalização e descentralização das ações de saúde para os bairros, na tentativa de mudar a política do pronto-atendimento e levar as Unidades Básicas de Saúde (UBS) para mais perto da população. Inicialmente, optou-se pela implantação de Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), e posteriormente foi instalado o Programa de Saúde da Família (PSF). Há, desde então, um aprofundamento nesta transição do modelo de assistência.

Atualmente a cidade conta com 70% da população coberta pelo PSF. Ocorreu uma reestruturação das unidades em termos de adequação física para abrigar o programa. As unidades foram construídas especificamente para receber um trabalho interdisciplinar. Hoje o município conta com 40 Unidades de Saúde, sendo 20 Equipes de Saúde da Família e as outras 20 funcionando como UBS.

Visa-se a descentralização das ações para buscar a integralidade, através de um processo lento para não perder a qualidade do atendimento. A tendência é centralizar as ações nos profissionais da saúde para que os mesmos administrem suas áreas. Propõe-se concluir esse processo em 100% do município, enxugar o modelo de atenção organizado em UBS tradicionais, para crescer, visto não ser possível ter outro modelo funcionando em paralelo. Além disso, tem-se o objetivo de terminar a implantação do PSF e a qualificação desse processo através da Educação Permanente.

Todos os profissionais da saúde são contratados via administração direta e estão vinculados ao quadro de funcionários da Prefeitura. Na visão do secretário, têm-se assim profissionais que trabalham de acordo com as necessidades da população.

O sistema local de saúde possui também um Centro de Especialidades, um pronto-socorro de retaguarda para emergências e hospital (Santa Casa de Misericórdia e Beneficência). O entrevistado critica a atuação das Santas Casas, uma vez que o custo para mantê-las é muito alto, e as ameaças de interrupção dos serviços são frequentes. Dentre as dificuldades apontadas no acesso à Atenção Básica, coloca-se a situação cultural onde as pessoas tendem a procurar os pronto-socorros, numa lógica voltada ao imediatismo das consultas: *“não existem grandes dificuldades. Com 20 UBSs nós temos no máximo três quilômetros de distância da moradia da pessoa até a unidade. O acesso é permitido”*.

O secretário aponta como grande dificuldade a continuidade da atenção ofertada na média e na alta complexidade. No município existe uma grande demanda reprimida de exames de maior complexidade (tomografia e ressonância), e nos procedimentos hospitalares de traumatologia-ortopedia, oncologia e terapia renal.

O secretário assume uma posição crítica em relação à lógica centralizada do município de Santos, afirmando que o mesmo perdeu a dimensão de organização e a condição de referenciar politicamente a Baixada Santista no Setor Saúde. O entrevistado defende a estratégia de pactuação regional para a promoção do acesso igualitário aos serviços de saúde em todos os municípios da região, fortalecendo junto ao Estado o processo de descentralização. Também questiona a implantação do Ambulatório de Especialidades no Departamento Regional de Saúde (DRS), onde se defende levar desenvolvimento para outras regiões que também necessitam, já que Santos, onde se encontra o DRS, possui uma maior estrutura para atender as demandas de saúde da população na média e alta complexidade.

O gestor municipal propõe a criação de um hospital no município, onde se vê a possibilidade de ter uma ação regionalizada, além de potencializar as estruturas hospitalares (aumentar leitos de UTI), em parceria com a Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), como meio para melhorar a qualidade técnica do serviço.

Peruíbe

Peruíbe encontra-se em fase inicial de reestruturação de sua rede de serviços. Somente a partir de 2005, com a posse do atual secretário de saúde, o município desencadeia o processo de reorganização da Atenção Básica. A incipiência do sistema local de Atenção Básica revela-se na própria estrutura municipal, uma vez que a Saúde se organiza como Departamento na estrutura da Prefeitura e não como uma Secretaria autônoma. Está em trâmite no Legislativo municipal, uma proposta de criação da Secretaria de Saúde, contudo o secretário

afirma que o processo de trabalho atual já segue o organograma proposto.

O entrevistado avalia que a Atenção Básica no município *“não funcionava”*. Do total de 24.000 atendimentos/ano, cerca de 15.000 deles ocorriam no Pronto Socorro, ou seja, mais de 50% do total de procedimentos realizados, sendo que o restante era feito nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), os *“Postinhos”*. Questiona também o alto número de atendimentos, comparando-o ao total da população do município, representando quase um terço da população. Esta constatação denunciou uma inversão na dinâmica do sistema de saúde local, afetando negativamente o acesso dos usuários aos serviços. Pondera que ou, ainda, a população de Peruíbe ficava muito doente, ou a assistência não era de boa qualidade, ou não se estava trabalhando com as reais necessidades de saúde da população, indicando que havia um desajuste completo na estrutura do sistema e na rede de serviços.

Segundo o secretário, Peruíbe tinha uma cultura hospitalocêntrica, encaminhando-se a maioria dos usuários para Santos, invertendo assim, o papel da Atenção Básica na sua articulação e referenciamento para os níveis secundário e terciário do sistema. Também não havia triagem e a resolutividade era baixa nos serviços da atenção primária.

Esta avaliação levou o município a adotar o Programa de Saúde da Família (PSF) como estratégia para reorganizar a porta de entrada do sistema: *“hoje a gente está colocando PSF na maioria dos locais”*.

O programa foi incorporado na rede de UBSs pré-existente. Como elas tinham equipes compostas pelas clínicas básicas (clínico geral, gineco-obstetra e pediatria), transformou-se o clínico geral em clínico do PSF. Passou-se, então, a reorientar a demanda, *“o discurso que a gente faz é esse: você não precisa de pediatria, você precisa de um médico primeiro, um médico que vai triar e se achar que é pediatria, vai pro pediatra”* (...) *“você vai no médico inteiro, o indivíduo inteiro, então você precisa de um médico por inteiro”*.

A decisão de *“misturar”* UBSs, de modelo tradicional e PSF, ocorreu porque existem vários tipos de usuários e necessidades: a urgência/emergência com risco de vida real, o que não é urgência nem emergência, mas não dá para esperar e a demanda que pode esperar. Reorganizaram a atenção com um Pronto Atendimento, e foram redirecionando as outras demandas para o PSF. Esse procedimento reduziu drasticamente a demanda do Pronto Socorro.

A proposta da atual gestão é que as UBSs desempenhem a função de centros de referência, nas áreas da cidade com maior concentração populacional. A idéia é manter uma unidade com 4 ou 5 equipes de PSF *“em volta”*. No momento, há 12 equipes de PSF, e apenas uma unidade é exclusiva. Em relação às especialidades, o secretário aponta que esse nível de atenção requer profissionais com um determinado perfil, que o município tem dificuldade para atrair e fidelizar. A atenção de nível secundário e terciário é feita fora do município (hemodiálise, quimioterapia e radioterapia, consultas de especialidades mais complexas, cirurgias, UTIs, etc.).

Sobre a gestão dos recursos humanos na Atenção Básica, o secretário refere como problemas: o regime de trabalho, a formação médica e a forma de contratação.

O médico do PSF era contratado por cinco dias da semana, trabalhando apenas quatro, com um dia de folga. A atual gestão retirou esse dia de folga, suplementando o salário e introduzindo reuniões de equipe e visitas domiciliares, o que, segundo o gestor, resultou em me-

lhoria da qualidade da atenção. Outra dificuldade referia-se ao desempenho do profissional verificado pelo número de atendimentos realizados. Os médicos atendiam, rapidamente, as 16 consultas preconizadas por período e iam embora; com a complementação salarial desencadeou-se a reversão dessa dinâmica garantindo maior resolutividade clínico-terapêutica.

Sobre a formação do profissional de saúde, o município tem procurado complementá-la através de cursos e treinamentos, com o objetivo de melhorar a eficácia dos serviços na perspectiva da implementação do PSF. Contrataram a Universidade Federal de São Paulo para a gestão dos recursos humanos da *“assistência básica”*. Eles oferecem, em contrapartida, treinamentos para médicos, agentes comunitários, dentre outros profissionais e cursos de pós-graduação para médicos e enfermeiras. Também assessoram a formação dos Distritos Sanitários, que são um meio para melhorar a *“inter-relação entre os setores, as vigilâncias”*, voltadas para promoção da saúde, vertente estruturadora da Atenção Básica.

A grande dificuldade ainda é o acesso dos usuários à média e à alta complexidade. Segundo o entrevistado, o PSF fica desacreditado quando o município não tem condições para resolver os problemas de saúde mais complexos, descumprindo o princípio da integralidade: *“porque não adianta você,... coloca o PSF, começa a aparecer um monte de coisa, e como você resolve?”*

Referindo-se ao perfil de morbimortalidade do município, cita o índice de mortalidade infantil como alarmante - um dos maiores do estado - e a dificuldade de atingir a meta de redução proposta. Refere-se também aos problemas de hipertensão e diabetes, com altos índices de internação. Segundo o secretário, a Atenção Básica teria o papel de melhorar esse quadro, espera, por isso, que a atual reestruturação do sistema resulte numa melhoria das condições de saúde da população.

A gestão local: o caso de Cubatão e São Vicente

Nas entrevistas realizadas com as coordenadoras da atenção básica e gerentes das unidades de saúde, percebe-se a valorização da Estratégia da Saúde da Família (ESF) como meio para melhorar o acesso e a assistência. Todas também apontam as dificuldades para a realização de exames de maior complexidade e para o acesso a consultas de especialidades. O sistema de referência parece funcionar melhor em Cubatão, mas a contra-referência é falha nos dois municípios. Em suma, parece que a região não está suficientemente organizada para dar atenção integral aos munícipes, permanecendo o lapso entre a Atenção Básica e a média e alta complexidade. É, portanto, evidente a falta de integração do sistema de saúde. Apesar de haver algumas centrais de regulação, faltam especialistas e recursos mais adequados para o atendimento de todos os problemas de saúde da população.

As informantes são unânimes em alegar que a forma de contratação das equipes do PSF, via Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPI) e cooperativas, é um grande problema. Além de diferenciar os profissionais dessas equipes dos demais funcionários da administração direta, não há garantias de renovação de contratos nem interesse dos próprios profissionais em manter um vínculo precário, sem garantias trabalhistas.

Na área de atendimento médico, observa-se que, apesar de alguns profissionais serem elogiados, há queixas no sentido de falta de interesse, de informação aos pacientes e de relatórios para o seguimento dos casos.

Observa-se, também, certa tendência a culpabilizar a população por problemas de acesso, seja porque as entrevistadas consideram que “*falta educação*” para a prevenção e que os munícipes desconhecem a “*finalidade*” da Atenção Básica, seja porque faltam às consultas pré-agendadas. Não comentaram a possibilidade de a população estar faltando pelo fato de as consultas serem agendadas com muita antecedência, o que pode implicar que o usuário já resolveu de outra forma o problema pelo qual procurou a unidade. Parece, também, que não reconhecem que a Atenção Básica deve, além de manter suas atividades rotineiras e preventivas, encarregar-se de atender os problemas de saúde eventuais da população. Em Cubatão, ainda se pensa na implantação de encaixe de procura do dia para preencher as vagas de faltosos (o que já deveria ser uma rotina das unidades), indicando que ainda permanece na região a cultura de atender apenas os agendados.

A não-informatização do sistema, que permite que o mesmo usuário faça exames em diversas unidades, é um dos problemas relatados como responsável pelas dificuldades de acesso a exames. As informantes propõem, então, como medida urgente, informatizar as unidades. Enquanto em Cubatão, houve avanço em relação à entrega de exames nas Unidades (antes centralizada), em São Vicente, onde já se obtinha acesso a resultados de exames pela internet, houve um retrocesso em relação ao laboratório. A coordenadora da Atenção Básica relata que estão procurando resolver o problema mudando de laboratório.

Todas as informantes de Cubatão e a coordenadora da Atenção Básica de São Vicente relatam que o problema de medicação está resolvido – o que não é totalmente confirmado pelas gerentes da Unidade de Saúde da Família desse município.

Uma questão, apontada principalmente pela supervisão do PSF de Cubatão, e também pelas gerentes das unidades, é a falta de espaço físico e a inadequação e até precariedade de suas instalações.

Embora todas apontem que, em termos de indicadores de saúde, a principal preocupação dos municípios é o índice de mortalidade infantil (em alguns casos, também materna), não são relatados – com exceção de iniciativas da UBS de São Vicente e, supostamente, do PSF de Cubatão – programas e ações voltadas especificamente para a questão.

Em todos os casos, as ações intersetoriais limitam-se a encaminhamentos, palestras em escolas, creches e outras entidades (o que não é pouco), mas não se verificam ações de planejamento e realização de ações conjuntas com outras secretarias, o que, evidentemente, poderia ajudar a melhorar as condições sociais e de saúde da população.

Outra questão importante é a falta de conselhos gestores em todas as unidades de Cubatão e em algumas de São Vicente. Tem-se a impressão de que o princípio da participação popular e do controle social não foi incorporado pela maior parte das gestoras entrevistadas.

As barreiras físicas de acesso existem principalmente nos morros de Cubatão e na parte continental de São Vicente, mormente para especialidades. O transporte é precário e os munícipes têm dificuldade financeira para custeá-lo, deixando muitas vezes de comparecer a exames e consultas por esse motivo. Uma das soluções propostas, em São Vicente, é a criação de Centro de Especialidades na área continental.

Em síntese, como em outras regiões de São Paulo – e do Brasil –, apesar do esforço localizado de alguns gestores, há ainda muitas barreiras ao acesso da população ao sis-

tema integral de saúde. Verificam-se desde obstáculos físicos até a percepção enviesada da equipe de saúde em relação às necessidades dos municípios, passando pela morosidade e burocracia da máquina administrativa.

Departamento Regional de Saúde

O Departamento Regional de Saúde (DRS) está localizado no município-pólo (Santos) e tem como principal atribuição, a gestão da política regional de saúde.

Indagado sobre a trajetória da Atenção Básica nos municípios da Baixada Santista, o diretor do DRS enfatizou a importância do Programa Saúde da Família (PSF), como uma das principais estratégias implementadas pelos gestores para organizar a oferta da atenção primária à saúde. Para o entrevistado, *“a rede básica é uma atribuição do município”*, cabendo a esse ente federado a organização do sistema local de saúde para suprir as necessidades e as demandas de seus municípios.

Apesar dos avanços observados na região, o entrevistado defende que o PSF deve estar articulado a outras formas de organização da Atenção Básica (modelo tradicional), e também junto às unidades que ofertam procedimentos de média e alta complexidades.

Ao refletir sobre o processo de implementação do SUS na Baixada Santista, o diretor destaca que os principais desafios para a consolidação do sistema na região estão relacionados à integralidade e à equidade da atenção ofertadas nos serviços de saúde da rede básica e, adverte que *“o Programa Saúde da Família, não é por si só a solução, mas deve integrar um sistema”*.

Atualmente, a cobertura e o estágio de implementação do PSF é desigual na Baixada Santista, apresentando grandes variações entre os municípios. Para o entrevistado, os municípios que possuem maior cobertura e que mais avançaram no seu desenvolvimento são: Praia Grande, Cubatão e São Vicente. Apesar dos avanços observados nesses municípios, relata que os mesmos ainda enfrentam dificuldades relacionadas ao acesso da população, tanto na rede básica, quanto na atenção hospitalar.

Nesse contexto, as dificuldades relacionadas a gerência do sistema local de saúde na região, como por exemplo, a definição de papéis e competências das unidades de saúde, a integração e a articulação entre os níveis de atenção (básica, média e alta complexidade), constituem os principais desafios a serem enfrentados pelos gestores no âmbito municipal.

Ao discutir a problemática do acesso na Atenção Básica, o diretor aponta que *“alguns municípios avançaram muito nisso e outros não”*. A localização geográfica das Unidades Básicas de Saúde, a infra-estrutura dos equipamentos de saúde e a contratação e fixação dos recursos humanos, são apontados como os principais fatores que dificultam as condições de acesso da população na região, bem como a organização do processo de trabalho das equipes de saúde.

Sobre esse último aspecto, ao analisar a organização da oferta da Atenção Básica adverte que a mesma *“não está, em primeiro lugar, bem distribuída e, em segundo, não tem a efetividade dos serviços que ela deveria estar prestando à população. Isso cria um acesso dificultado, ela não responde às necessidades que a região precisa ter.”*

Quanto à estrutura e à organização do SUS na região para responder as demandas da média complexidade, o entrevistado enfatiza que há desigualdades relacionadas a

oferta e ao acesso da população aos procedimentos de diagnóstico e terapia para algumas especialidades. O município-pólo ainda possui o sistema de saúde mais organizado e resolutivo para esse nível de atenção. O gestor regional avalia que *“é uma desigualdade que não é boa, se a gente for pensar a região como um conglomerado urbano”*.

Esse problema se torna ainda mais complexo porque o número de serviços de saúde e de leitos disponíveis para internação (leitos de UTI, adulto, neonatal e infantil) é insuficiente, gerando uma demanda reprimida no sistema de saúde da região. Apesar de se tratar de uma região metropolitana, vários casos ainda precisam ser referenciados para o município de São Paulo, pois há problemas na resolubilidade do sistema. O entrevistado comenta que há um *“estrangulamento sério na área de traumatismo-ortopedia cirúrgica”*.

Em relação aos avanços, destaca o Hospital Guilherme Álvaro (sob gestão estadual) que atualmente atende todos os municípios da região metropolitana e às vezes outros municípios do Vale do Ribeira. A gerência das vagas desse hospital é controlada pela central de vagas do DRS, que na medida do possível, atende todas as solicitações.

Outro avanço enfatizado pelo gestor refere-se aos diversos mutirões (mamografia, catarata, varizes, entre outros), realizados periodicamente no decorrer do ano, e que estão até *“formando um calendário”*. Na sua opinião, o financiamento dos mutirões não chega a ser um problema, pois essa estratégia não onera os recursos da saúde do tesouro municipal.

No contexto metropolitano, os processos de negociação e pactuação inter-gestores municipais e o gestor estadual (DRS), são fundamentais para o desenvolvimento da política regional de saúde na Baixada Santista. O entrevistado defende que *“a pactuação seria melhor para todo mundo, porque garante acesso dos municípios à complexidade e, ao mesmo tempo, dá direito ao gestor da complexidade organizar a sua rede”*. Avalia que esse processo também é importante para os municípios que tem um sistema de saúde menos estruturado, pois esse tipo de arranjo institucional *“obriga que se organizem minimamente e eu vejo isso como o passo mais signficante, no sentido de ter um SUS atuante, com acesso e com integralidade.”*

Em relação a garantia de acesso da população, principalmente para média e alta complexidade, pondera que a Programação Pactuada Integrada (PPI) só será factível quando houver uma maior articulação política dos gestores para negociar e pactuar as referências intermunicipais, sob a coordenação do gestor estadual. O entrevistado avalia a discussão da PPI na região, *“teve toda a discussão em relação à referência e contra-referência, mas não chegou-se efetivamente a pô-la em prática.”*

Ao refletir sobre a importância do DRS para promover a redução das iniquidades no âmbito regional da saúde, o entrevistado avalia que *“se tiver uma atenção regulatória, o DRS vai atuar melhor, na medida em que a gente tiver ampliado esses serviços. Aí, eu acho que a gente pode passar para uma atenção mais integralizada.”*

No atual contexto de implementação do “Pacto pela Saúde e de Gestão” que está orientado pelos princípios constitucionais do SUS, enfatizando as necessidades de saúde da população, exigirá cada vez mais o desenvolvimento e a institucionalização das relações inter-gestores municipais e o gestor estadual. É um desafio para todos os gestores que apostam na consolidação do SUS. Nesse sentido, a constituição do Colegiado de Gestão Regional tem sido uma nova experiência para o processo de pactuação e decisão coletiva.

Ao comentar o processo de instalação desse Colegiado na Baixada Santista, o diretor do DRS enfatiza que *“agora é a grande oportunidade. A gente vê esse momento como muito criativo, como o melhor momento. Eu poderia dizer: Eu vou levar para a minha história de vida ter participado desse momento da vida no SUS na região!”*

Por outro lado, essa nova experiência requer uma maior habilidade política da equipe do DRS para coordenar o processo de pactuação e fortalecer a política regional de saúde no contexto do Pacto pela Saúde e de Gestão.

Conclusões

A análise dos depoimentos dos entrevistados nos municípios de Santos, Cubatão, São Vicente, Praia Grande e Peruíbe, apontam alguns aspectos muito importantes a serem considerados no desenvolvimento de uma política para a área de saúde na região.

Sobre o estágio de estruturação da Atenção Básica nos municípios:

A análise demonstrou que cada um dos municípios se encontra em estágio ou fase diferente de (re)estruturação da sua rede de Atenção Básica. Uma categorização dessas diferentes fases permite configurar uma *tipologia* pela qual os municípios podem ser identificados:

- A. os municípios com um projeto claro de estruturação da Atenção Básica, e que já se encontra plenamente implantado. Em função disto, vêem avançando no sentido da resolução de questões de média e alta complexidade. É o caso de Santos e Cubatão;
- B. os municípios que estão em fase de estruturação e implantação da sua Atenção Básica, encontrando-se, portanto, na etapa da identificação dos nós e principais entraves a serem enfrentados, definindo, a partir disso, a melhor estratégia de estruturação e organização dos serviços. Para estes municípios, ainda há grande dependência do município-pólo da região bem como dos outros municípios circunvizinhos, no que se refere à atenção de média e alta complexidade. É o caso de Peruíbe e São Vicente;
- C. por fim, o município que já estruturou sua Atenção Básica e que tem clareza dos limites da abrangência e resolutividade da sua rede, na medida em que, em virtude de suas características sócio-demográficas, encontra limites no desenvolvimento da rede de média e alta complexidade. Esse município tem clareza da necessária interdependência dos outros municípios, formulando uma proposição de articulação solidária, baseada na descentralização regional. É o caso de Praia Grande.

Sobre o modelo de atenção:

A grande reviravolta na Atenção Básica da região ocorre no final da década de 1990, a partir da Norma Operacional Básica (1996) e da política indutiva de implantação do PSF pelo Ministério da Saúde. O PSF é, nesse sentido, o programa estruturador dessa reorganização da Atenção Básica na maioria dos municípios da Baixada Santista. Os depoimentos revelam que o PSF entra como eixo estruturador dos sistemas locais de saúde e como estratégia de resolução da porta de entrada. Pode-se dizer que a pró-atividade do PSF é concebida pelos secretários como meio de viabilizar o acesso no que se refere à porta de entrada da rede de serviços.

Sendo assim, uma atribuição importante do PSF, preconizada pelas Portarias de sua criação (Portaria 1886/GM, 18 de dezembro de 1997) e pelos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão³ (2006), que é a reorientação do modelo assistencial, fica relegada a segundo plano.

Os gestores enfatizam atribuições como: a 'triagem' que o médico generalista pode/deve fazer; a melhoria dos encaminhamentos, do generalista aos especialistas (resolutividade); ou a descompressão da demanda nos serviços de média complexidade (Pronto Socorro). Desta forma, deixam em segundo plano o aspecto da integralidade da atenção, pressuposto do modelo de Saúde da Família, e atributo da prática do médico de família; também deixam secundado o aspecto do cuidado em saúde, ambos, fatores importantes na reorientação do modelo assistencial.

Portanto, o PSF, nos municípios da Baixada Santista, desempenha primordialmente o papel de fator (re)estruturador do sistema local de saúde, mais que fator de propulsão da reestruturação do modelo de atenção.

Sobre a gestão regional:

A (re)estruturação da Atenção Básica nos municípios da Baixada Santista, mesmo que não completamente concluída, faz (re)emergir um problema latente, e antigo, que é a pactuação em âmbito da média e alta complexidade; envolvidos aí todos os fatores como: atribuições dos municípios, central de controle de vagas, financiamento, etc. Nesse sentido, o papel da DRS torna-se fundamental na construção de instâncias e canais de discussão e mediação dos interesses. Reafirma-se, também, a importância da gestão política desse processo, na medida em que há municípios com demandas, redes de serviços e perfis sócio-demográficos bastante diferentes entre si.

O acesso aos serviços:

A (re)estruturação da Atenção Básica na região da Baixada Santista, ainda que se encontre em etapas diferenciadas conforme o município promoveu a ampliação e melhoria das condições de acesso aos serviços de saúde, pode-se afirmar que houve, de fato, reorientação da demanda (des-hospitalização); melhoria na resolutividade da Atenção Básica (exames, encaminhamentos, número de consultas, etc.) e houve, principalmente, ampliação da rede de atenção, através das Equipes de Saúde da Família (ESF).

Sabe-se, entretanto, que a oferta de serviços é apenas uma das condicionantes da acessibilidade em saúde, visto que o acesso integral envolve a percepção/adesão da população aos serviços prestados. Nesse sentido, o gestor municipal não tem uma avaliação dessa condicionante do acesso, já que os depoimentos não revelaram preocupação explícita com essa variável. No nível dos serviços locais (UBS e ESF) chega-se, inclusive, a culpabilizar a população por problemas de acesso aos serviços.

Compreende-se a preocupação do gestor em solucionar, em primeira instância, a organização e estrutura do seu sistema local; cabe, entretanto, ressaltar a importância de que essa etapa seja rapidamente vencida no sentido de evoluir para uma melhor estratégia de acessibilidade local.

Recomendações aos gestores

No nível local – SMS:

- A estratégia de saúde da família constitui-se como um meio para ampliar o acesso da população aos serviços de saúde nos municípios estudados na Baixada Santista. Há uma maior proximidade e vínculo com os usuários do SUS, evidenciando melhorias na “porta de entrada”, entretanto ainda há vários desafios para avançar na qualidade do modelo de atenção na rede básica.
- Houve avanços na organização da referência em níveis de atenção mais complexos, contudo a contra-referência, principalmente quanto às especialidades, continua sendo um problema nos sistemas locais investigados. Há necessidade de implantar ou, dependendo do caso, implementar, mecanismos e instrumentos, que propiciem o monitoramento e avaliação da resolutividade dos encaminhamentos. Também é preciso melhorar o sistema de agendamento nas unidades de saúde, investindo na informatização das mesmas e, na produção de informações que possam ser analisadas, orientando e fortalecendo o processo de trabalho das equipes de saúde. É importante investir na formação das equipes para a realização de ações de acolhimento dos usuários dos serviços de saúde.
- A participação social ainda é frágil no âmbito das unidades de saúde, tanto do modelo tradicional, quanto da Saúde da Família. É necessário implantar ou implementar os conselhos gestores nas unidades, almejando assim, o fortalecimento do processo de participação popular e controle social no nível local do SUS nos municípios estudados;
- As ações intersetoriais no nível local, ainda representam um grande desafio, pois estão restritas a atividades pontuais, muitas vezes descontextualizadas e sem continuidade nos municípios investigados. Ainda estão baseadas em modelos campanhistas ou de pregação (palestras e entrega de materiais educativos).
- É importante investir em processos de educação permanente para formação, desenvolvimento e qualificação dos recursos humanos das unidades de saúde, problematizando questões relacionadas à concepção de Atenção Básica, à organização do processo de trabalho, ao planejamento e avaliação das ações de saúde. Deve-se dar especial atenção à discussão da promoção da saúde e das ações preventivas, especialmente aquelas relacionadas ao nível primário e secundário.

No nível central – SMS:

- Implementar uma política de recursos humanos sustentável, priorizando a contratação de profissionais da saúde pela administração direta, através de concursos públicos, para minimizar os efeitos negativos da falta de quadros, principalmente no nível local.
- Desenvolver estratégias para incentivo, fixação e formação permanente dos profissionais da saúde.
- Fortalecer as equipes responsáveis pela supervisão e acompanhamento das unidades de saúde da Atenção Básica nos municípios, sejam elas do modelo tradicional ou Saúde da Família.
- Participar ativamente dos processos de implementação da regionalização da saúde na Baixada Santista, através do Colegiado Gestor Regional, bem como de outros es-

paços de pactuação, fortalecendo a produção de consensos solidários e cooperativos para a consolidação do SUS na região.

No Departamento Regional de Saúde:

- Protagonizar o papel de articulador regional das políticas públicas de saúde, implementando processos e canais de comunicação, pactuação e decisão junto às Secretarias Municipais e à Secretaria Estadual de Saúde.
- Investir em processos de pactuação e construção de consensos técnicos e políticos, principalmente nos espaços do Conselho Gestor Regional e da Comissão Inter-gestores Regional para a implementação e consolidação das diretrizes do Pacto pela Vida e de Gestão.
- Pautar, discutir e formular um plano de ação para o enfrentamento da problemática da média e alta complexidade na região, envolvendo as equipes do DRS e das SMS. Nesse contexto, pactuar solidariamente e cooperativamente com os gestores a questão da gestão e da gerência dos leitos do Hospital Guilherme Álvaro.

Referências Bibliográficas

1. Bardin, L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1979.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília;1998.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, Brasília; 2006.
4. Carol, FJ. Identificação e Avaliação de Vazios Urbanos na Área Continental do Município de São Vicente (SP): potencialidades e possibilidades de uso. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de São Carlos. São Carlos; 2005.
5. Comitê da Bacia Hidrográfica da Baixada Santista. Relatório Zero. CDRoom. Setembro de 2002.
6. Docas S. A. Entrevista com Wilma Therezinha Fernandes de Andrade, historiadora, por ocasião de homenagens a Saturnino de Brito. Disponível em http://www.docas.com.br/interna_01_form.html. Acessado em fevereiro de 2008.
7. Goode, P, Hatt. Métodos em pesquisa social. São Paulo: Cia. Editora Nacional, 1977.
8. Marconi, MA, Lakatos, EM. Fundamentos de metodologia científica, São Paulo: Atlas; 2003.
9. Minayo, MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo -Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco; 2004.
10. Nogueira-Martins, MCF, Bógus, CM. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. *Saúde e Sociedade*. 2004; 13: 44-57.

A pró-atividade do Programa Saúde da Família e o Acesso em Saúde

Aurea Maria Zöllner Ianni
Paulo Henrique Nico Monteiro

Introdução

No Brasil, a Atenção Primária/Básica é considerada a principal estratégia de organização da atenção à saúde da população e está baseada na Saúde da Família⁴. Segundo o Ministério da Saúde (MS), até 2006 haviam sido implantadas 26.729 equipes de saúde da família no Brasil, em 5.106 municípios, com cobertura de 46,2% da população brasileira, o que corresponde a cerca de 85,7 milhões de pessoas⁵. Neste contexto, avaliar a Atenção Básica (AB) implica avaliar a implantação e o desenvolvimento do Programa Saúde da Família (PSF).

Dada sua complexidade, a Atenção Básica configura-se num espaço de (re)construção de necessidades e práticas em saúde¹¹ e, sendo o Programa Saúde da Família o modelo de atenção preferencial para a estruturação da Atenção Básica, é nele que se expressam essas necessidades e práticas. Uma das principais características do Programa de Saúde da Família (PSF) é a sua pró-atividade, que se caracteriza pela execução de ações sobre a situação e as necessidades de saúde das populações, visando facilitar o acesso aos serviços de saúde¹², além da realização de atividades de prevenção e promoção da saúde e encaminhamento para as unidades de saúde quando houver necessidade, tendo como base de organização o território, a população adscrita.

A noção de pró-atividade do programa é, há algum tempo, pauta da agenda da AB. Segundo Viana e Fausto¹⁵, a abordagem integral da Medicina Preventiva já propunha as bases das práticas da Atenção Básica, que deveriam conjugar *“duas questões essenciais: a atenção que se faz em primeiro lugar e que se faz mais próxima do cotidiano, do ambiente sociocultural do indivíduo e das famílias”*¹⁵ (p.152).

Esta concepção foi sendo posteriormente, redefinida, chegando aos dias de hoje a quatro grandes campos de atuação: *um conjunto de atividades* (de promoção, prevenção e recuperação da saúde); *um nível de assistência* (o primeiro nível de atenção e contato da população com os serviços de saúde); *uma estratégia de organização do sistema* (distribuição de recursos, cobertura de serviços, coordenação entre os níveis de atenção, etc.) e *uma filosofia* (direito à saúde, garantia de acesso e equidade, etc.)¹⁵. Ainda que tenha havido a ampliação do escopo do que veio a se constituir, nos dias de hoje, o campo da Atenção Básica, os aspectos da proximidade dos serviços e população, do contato inicial, da permeabilidade dos serviços às demandas dos indivíduos/comunidades, permaneceram.

No PSF, mais propriamente, a idéia de proximidade entre as Unidades Básicas e os domicílios - como espaços necessários, importantes e acessíveis à população em busca

de atenção - é componente fundamental. Segundo Souza (p.45)¹³, “*para cuidar da saúde das famílias/comunidades, verifica-se que o melhor local de intervenção é o mais próximo possível*”¹³. A autora afirma ainda que, se no modelo clássico de atenção à saúde a base do atendimento é a demanda espontânea, o PSF propõe um caminho inverso, “*ele vai ao encontro das pessoas/famílias/comunidades*” (p. 46)¹³.

Serão, portanto, essas as características que conformarão o que se denomina, sinteticamente, de *pró-atividade* do programa.

A Política Nacional de Atenção Básica⁴ propõe claramente essa orientação:

atuar no território, realizando cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional, ações dirigidas aos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade onde atua, buscando o cuidado dos indivíduos e das famílias ao longo do tempo, mantendo sempre uma postura pró-ativa frente aos problemas de saúde. (grifo nosso).

Mesmo que de forma não tão explícita quanto neste trecho, outros aspectos concernentes à *pró-atividade* do programa aparecem na mesma Portaria⁴, tais como o desenvolvimento de “*relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita*” (p.11); a atribuição dos profissionais de “*realizar ações de atenção integral conforme a necessidade de saúde da população local*” (p.42), e a de “*realizar busca ativa e notificação de doenças e agravos de notificação compulsória*” (p.42).

A mesma Portaria⁴, define as atribuições dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), todas elas caracteristicamente *pró-ativas*, o que os torna os principais agentes na realização deste preceito do programa.

Nesse sentido, Nakamura e Cohn⁸ afirmam que, na substituição do modelo de atenção em saúde, o PSF encontra na Equipe de Saúde da Família (ESF), e em especial nos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), seus atores privilegiados, que se constituem como sujeitos fundamentais nesse processo.

No caso da Baixada Santista, mais especificamente, o PSF é compreendido pelos gestores como uma importante estratégia de expansão da rede de atenção à saúde, em especial nas áreas de invasão e ocupação ilegal, consideras de proteção ambiental (mangues e encostas da Serra do Mar) e onde, segundo os próprios gestores, há muitas dificuldades de implantação de equipamentos públicos, tais como unidades de saúde, escolas etc.¹.

Considerados estes aspectos, o acesso à saúde, objeto da presente pesquisa, foi compreendido não apenas no que se refere à oferta dos serviços de Atenção Básica, mas também quanto à ação *pró-ativa* do programa em suas relações com os usuários e suas necessidades sentidas.

¹ No projeto “Gestão em Saúde e Acesso à Atenção Básica na Região Metropolitana da Baixada Santista” (detalhado no cap. 04), foram realizadas entrevistas com os gestores municipais de Cubatão e São Vicente, nas quais os secretários apontaram a importância do PSF como estratégia para expansão da cobertura, especialmente em áreas de ocupação ilegal e invasão.

Neste contexto, verificar as condições de acesso aos serviços de saúde (procura e utilização) na ótica da população e com ênfase na Atenção Básica, implica olhar a *pró-atividade* do programa, aspecto fundamental na avaliação da AB e seu modelo de atenção.

Resultados

O questionário do projeto “*Inquérito Domiciliar sobre acesso a serviços de saúde em municípios do Estado de São Paulo*” continha 16 questões formuladas para captar a relação do PSF com a população cadastrada nos diferentes municípios da Região Metropolitana da Baixada Santista (RMBS) que se constituíram como campo da pesquisa: Santos, Cubatão, São Vicente, Praia Grande e Guarujá.

Objetivou-se, com este módulo do questionário, abarcar os aspectos relativos à *pró-atividade* do PSE, o que fez com que as questões fossem estruturadas com base nas ações e práticas desenvolvidas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Ainda que houvesse uma ou outra questão extensiva às Equipes de Saúde da Família (ESF), elas apenas desdobravam as questões focadas na ação dos ACS, na medida em que se compreende que é a ação dos ACS aquela que melhor revela e realiza o que se preconiza como a *pró-atividade* do programa¹⁰; deveria ser, portanto, sobre essa atuação que a *pró-atividade* no PSF poderia ser melhor captada, aferida.

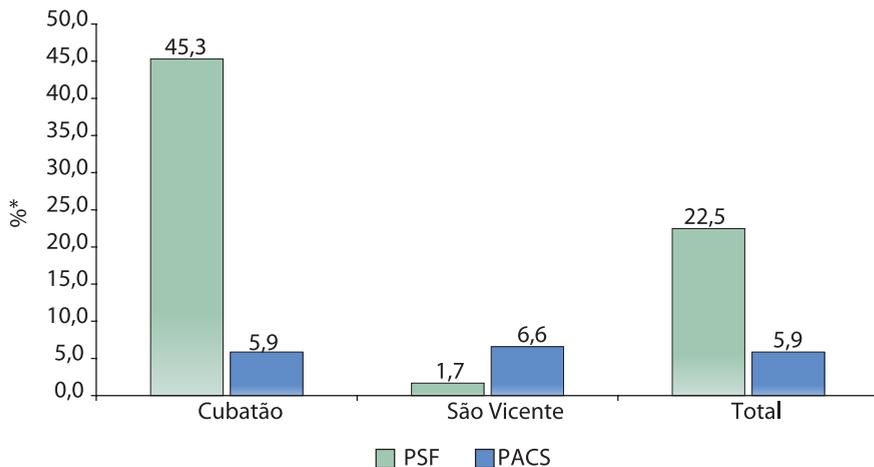
As questões acerca do PSF foram respondidas pelo responsável pelo domicílio e foram organizadas com o objetivo de verificar a extensão da cobertura do programa na RMBS, a regularidade das ações dos ACS junto à população adscrita, as principais características das ações por eles desenvolvidas e a resolutividade das mesmas. Antevendo eventuais problemas ou dificuldades no âmbito da *pró-atividade*, e considerando que o acesso aos serviços de saúde sob a ótica da população constituía o objeto do Inquérito Domiciliar, colocou-se uma questão sobre a reação dos usuários nos casos em que ocorressem dificuldades na resolução dos seus problemas de saúde.

Cobertura

Os dados de cobertura do PSF e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) na RMBS, seguem a tendência do estado de São Paulo¹¹, com cerca de 28% dos entrevistados afirmando que as famílias do domicílio são cadastradas num ou outro programa. Os resultados de cobertura obtidos nos municípios de Cubatão (CT), e São Vicente (SV), foram respectivamente 51,2% e 8,3%, – municípios escolhidos, justamente, por apresentarem os maiores diferenciais de cobertura de programas de saúde da família na região –, confirmam a grande disparidade inter-municipal quanto à adoção do Programa Saúde da Família (PSF) como modelo de atenção e estratégia de organização da Atenção Básica.

¹¹ A média da cobertura de PSF para o Estado de São Paulo é de 25% da população (Secretaria de Estado da Saúde. Coordenadoria de Planejamento de Saúde/Atenção Básica. Dez 2007)

Figura 1. Percentual dos domicílios cadastrados, segundo os entrevistados, de acordo com os municípios. Projeto Acesso - Região da Baixada Santista - 2007

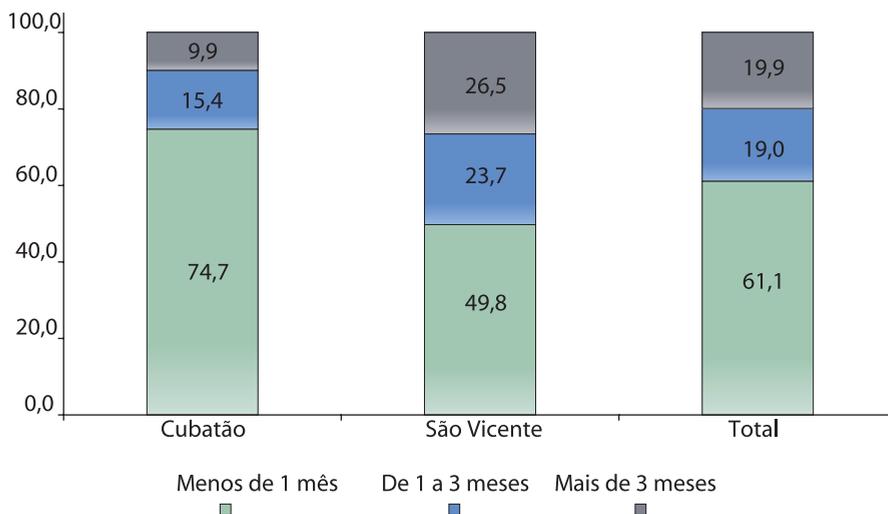


Regularidade das ações

No que se refere à regularidade da ação dos ACS, utilizou-se a periodicidade de visitas dos Agentes Comunitários de Saúde como indicador, tendo sido adotado como parâmetro o preconizado pelo Ministério da Saúde para o PSF – que é de uma Visita Domiciliar (VD), no mínimo, ao mês. Os resultados apontam que as ESF têm realizado essa atividade com a regularidade esperada.

Das famílias que disseram ser cadastradas no PSF ou no PACS, é importante notar que na RMBS aproximam-se dos 20% os entrevistados que referiram ter seu domicílio visitado pelo ACS há mais de três meses; ou seja, há um percentual bastante significativo de famílias que receberam visitas dos Agentes Comunitários de Saúde em quantidade bem aquém do mínimo de visitas preconizadas pelo programa. Mais alta ainda é essa proporção no município de São Vicente, onde a população que referiu não receber sequer uma visita do ACS nos últimos três meses atinge os 26,5%. No município de Cubatão, em contrapartida, aproximadamente 75% da população referiu ter recebido a visita dos Agentes Comunitários de saúde há menos de um mês.

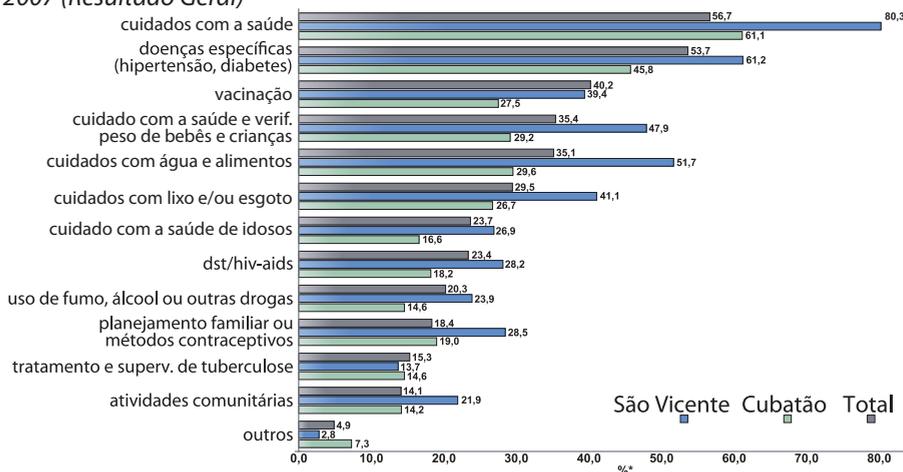
Figura 2. Distribuição percentual da última visita do Agente Comunitário de Saúde (ACS), segundo município. Projeto Acesso - Região da Baixada Santista - 2007



Características das ações

Sobre as principais características das ações desenvolvidas pelos ACS, segue, na figura abaixo, a especificação das mais referidas pelos entrevistados.

Figura 3. Distribuição percentual das orientações ou atividades desenvolvidas pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS). Projeto Acesso - Região da Baixada Santista - 2007 (Resultado Geral)



Observa-se, para o conjunto da RMBS, uma clara obediência às orientações propostas pelo programa, e que estão expressas nas *Fichas de Acompanhamento* do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB)³.

Predominam os cuidados com a saúde em geral, destacando-se, em seguida, o acom-

panhamento da hipertensão e diabetes, da saúde de bebês e crianças e orientações sobre alimentos e saneamento básico. Em menor proporção, aparecem os cuidados com a saúde dos idosos, com as doenças sexualmente transmissíveis DST/Aids, as relativas ao uso de fumo, álcool ou outras drogas e ligadas ao tratamento supervisionado de tuberculose.

Das ações de promoção da saúde destacam-se os grupos de planejamento familiar e de orientação sobre o uso de métodos contraceptivos, atividades de educação em saúde - já tradicionais na agenda da Atenção Básica -, além de atividades comunitárias não detalhadas.

Os municípios de Cubatão e São Vicente, comparativamente ao conjunto dos dados da região, mais uma vez, se destacam por diferenciais importantes. Com um maior índice de resposta, em primeiro e segundo lugares, aparecem os cuidados com a saúde em geral e os com as doenças específicas - hipertensão e diabetes. Nestes aspectos, Cubatão e São Vicente apresentam um perfil que corresponde ao da RMBS como um todo. Entretanto, avançando em ordem seqüencial, as orientações e atividades desenvolvidas pelos ACS nesses dois municípios diferem bastante das desenvolvidas nos demais, o que revela as especificidades da situação de saúde vivenciada nessas cidades.

Cuidados na esfera do que se constitui o campo da vigilância sanitária - os alimentos, a água, o esgoto e o lixo - são mais referidos nesses dois municípios. Os cuidados com bebês e crianças também aparecem em Cubatão e São Vicente com maior relevância do que a vacinação, por exemplo. No caso de Cubatão, este dado equivale à expressiva resposta de atividades ou orientações desenvolvidas, visando o planejamento familiar ou a utilização de métodos contraceptivos. Olhando, portanto, a distribuição percentual das orientações ou atividades desenvolvidas pelos ACS na RMBS, pode-se dizer que há evidente consonância em todos os municípios pesquisados quanto aos cuidados com saúde, em geral, e cuidados com hipertensão e diabetes, diferindo, na distribuição percentual, dos demais cuidados.

Comparando-se os dados dos dois municípios selecionados com os dados do total da RMBS, é possível inferir que a *pró-atividade* do PSF, em Cubatão, está articulada a uma grande direcionalidade do programa no contexto do sistema local de saúde. Todas as respostas obtidas neste município revelam não apenas a ampla cobertura do programa, bem como sugerem que há forte orientação sobre onde e como o ACS deve atuar. Neste município, o nível de resposta para todas as variáveis selecionadas foi, de longe, a mais alta, comparando-se aos demais.

A distribuição percentual da variável *outros*, no que se refere às orientações ou atividades desenvolvidas pelos ACS, é bastante pequena, tanto para o conjunto dos municípios pesquisados, quanto para os municípios de Cubatão e São Vicente. No entanto, ao desmembrar esta variável, as respostas sinalizam algo importante. Nestes dois municípios essas outras atividades correspondem, em larga medida, à marcação de consultas e encaminhamentos. No caso de São Vicente, por exemplo, além da menor direcionalidade do programa no contexto do sistema local, evidencia-se, também, o quanto do tempo do ACS vinculado ao PSF é ocupado pelas atividades de encaminhamento e marcação de consultas, conforme figuras a seguir. Vale lembrar que, pela própria estrutura do programa, os Agentes Comunitários vinculados ao PACS não têm a possibilidade de agendamento de consultas, na medida em que não contam com médicos em suas equipes de saúde.

Figura 4. Distribuição percentual dos que responderam “Outras Orientações” - Detalhamento (Cubatão). Projeto Acesso - Região da Baixada Santista - 2007

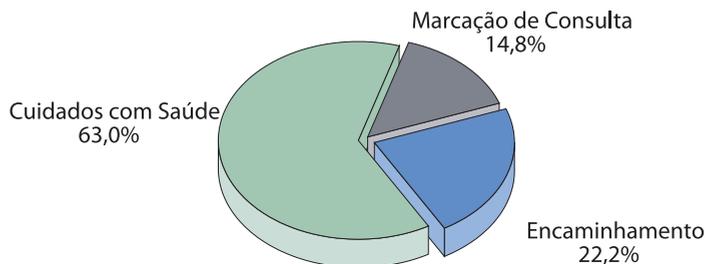
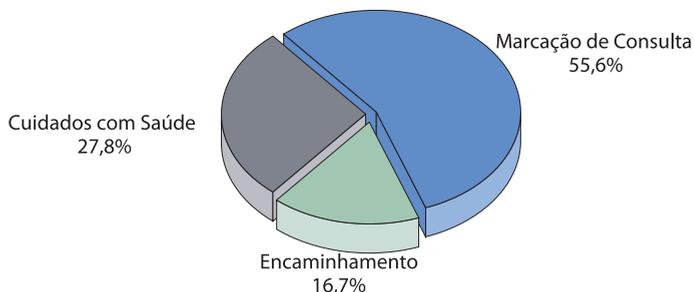


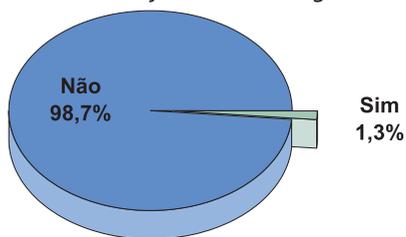
Figura 5. Distribuição percentual dos que responderam “Outras Orientações” - Detalhamento (São Vicente). Projeto Acesso - Região da Baixada Santista - 2007



Formulou-se uma questão específica para saber se o ACS desenvolvia outro tipo de atividade, que não apenas a orientação. O objetivo desta pergunta era captar, para além das ações preconizadas pelo programa - aquelas que constam do SIAB, ou aquelas das agendas programáticas (da saúde da mulher, de idosos, das DST/AIDS, etc.), as iniciativas mais autônomas ou espontâneas das ESF, bem como eventuais demandas específicas de saúde da população dos municípios. A resposta, entretanto, foi quase unânime para o conjunto da RMBS: 88,8% das famílias responderam que o ACS não desenvolve outro tipo de atividade; 6,6% responderam que sim e 4,7% não responderam ou não souberam responder. Desmembrando os 6,6% das respostas positivas, verifica-se que 54,1% referiram o agendamento de consultas e os encaminhamentos, reafirmando a tendência de respostas da questão anterior.

Finalizando o bloco de questões que caracterizavam a ação dos ACS, havia uma pergunta sobre a adesão da população às ações desenvolvidas. O objetivo era investigar a aceitação da população a outros tipos de ação que o ACS ou a ESF viessem a desenvolver. A grande maioria dos entrevistados, seja do total da RMBS ou os dos municípios de Cubatão e São Vicente, respondeu não participar e que nenhum membro de sua família participa. Ao especificar algumas dessas atividades tais como grupos de portadores de doenças, de gestantes, de adolescentes, de amamentação, ou outras, verificou-se que a adesão é, ainda, muito pequena.

Figura 6. Percentual de entrevistados que participam de atividades desenvolvidas pela Equipe de Saúde da Família (EFS). Projeto Acesso - Região da Baixada Santista - 2007



Resolutividade

Na perspectiva de captar a resolutividade da pró-atividade do PSF na região, perguntou-se se, nos últimos meses, o entrevistado ou alguém de sua família tinha sido encaminhado ao médico do PSF pelo ACS e, em caso positivo, se tinha sido atendido. Responderam afirmativamente 32,2% das famílias de Cubatão, 14,4% de São Vicente e 29,2% do total dos municípios pesquisados.

Dos encaminhados, 89,9% foram atendidos pelo médico da Equipe de Saúde da Família (EFS), o que aponta para a grande resolutividade do programa para esta modalidade de ação, a consulta do generalista, ou a entrada no sistema de saúde. Com relação aos que não foram atendidos (os 10% restantes), os motivos apontados dizem respeito à falta de médicos, ao não comparecimento à consulta, a greve de funcionários, à demora em conseguir exames, ao longo tempo de espera para a consulta, etc.

Pode-se concluir, portanto, que a marcação de consulta e encaminhamento realizado pelos ACS que fazem parte do Programa Saúde da Família (PSF) garante a entrada da população no sistema de saúde, na medida em que quase 90% dos entrevistados afirmaram que ele próprio ou algum membro de sua família realizou a consulta com o médico da ESF quando encaminhados pelos Agentes Comunitários de Saúde.

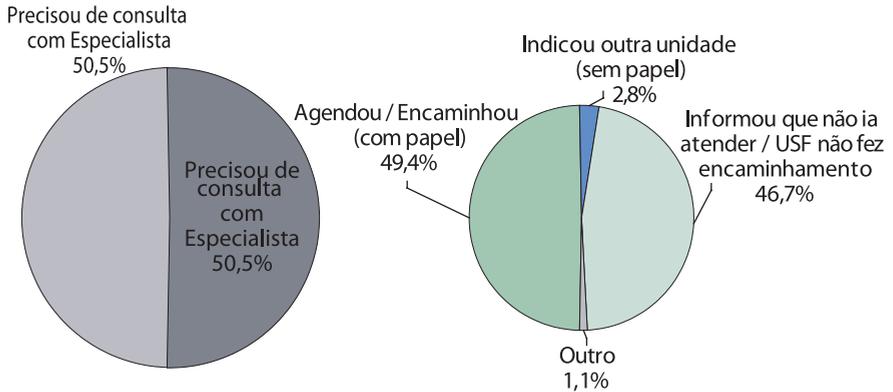
No que se refere à coordenação ou integração dos serviços, ou seja, a capacidade do sistema de saúde manter o usuário acessando os serviços de que necessita¹⁴, a resolutividade do sistema local e regional é significativamente menor. Perguntados sobre necessidades de consultas com especialistas nos últimos 6 meses, 50,5% afirmaram ter tido essa necessidade.

A pesquisa apontou que as ESF conseguem resolver cerca de 50% desses casos, enquanto os outros 50% da população que necessitou da consulta de especialidades encontram dificuldades de solução. 50% dos informantes - seja de Cubatão, São Vicente ou no total da RMBS -, afirmam que o ACS, diante dessa dificuldade, indicou outra unidade, ou informou que a Unidade de Saúde de Família (USF) não iria atender, ou encaminhou o usuário sem papel, etc.

Esse aspecto revela a baixa resolutividade do programa, quando se trata do acesso às especialidades. Em outras palavras, no caso da RMBS, o PSF, a despeito de garantir o acesso à primeira consulta (do generalista), não garante o encaminhamento para outros níveis de atenção à saúde.

Percentual dos entrevistados que precisaram de uma consulta com um especialista nos últimos 6 meses. Projeto Acesso – Região da Baixada Santista – 2007

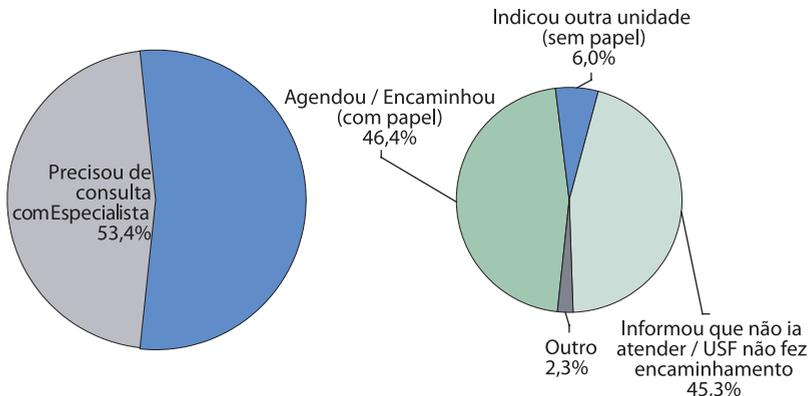
Percentual dos tipos de encaminhamentos dados pelos Agentes Comunitários de Saúde, quando o entrevistado precisou consultar o especialista. Projeto Acesso – Região da Baixada Santista – 2007



Ainda a respeito do encaminhamento realizado pela ESF, quando da necessidade de consulta de especialidades, existe uma importante variação nos dados obtidos nos municípios de Cubatão e São Vicente. No primeiro município, o índice de encaminhamento (incluindo-se aí o encaminhamento “com papel” e “sem papel”) é de 52,4%. Por outro lado, em São Vicente 65% das famílias afirmaram que a ESF não fez qualquer tipo de encaminhamento ou orientação, assim como mostram as figuras abaixo.

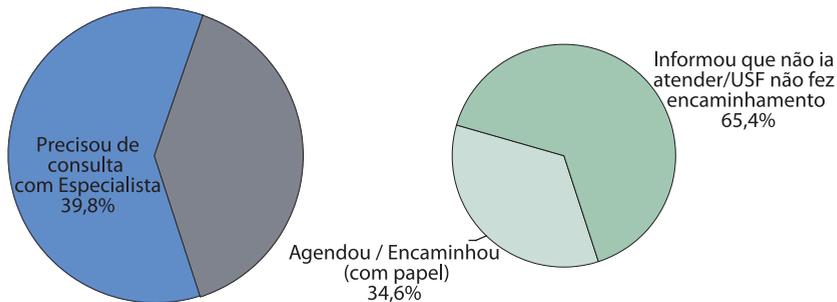
Percentual dos entrevistados que precisaram de uma consulta com um especialista nos últimos 6 meses. Projeto Acesso – Município de Cubatão – 2007

Percentual dos tipos de encaminhamentos dados pelas ESF, quando o entrevistado precisou consultar o especialista. Projeto Acesso – Município de Cubatão – 2007



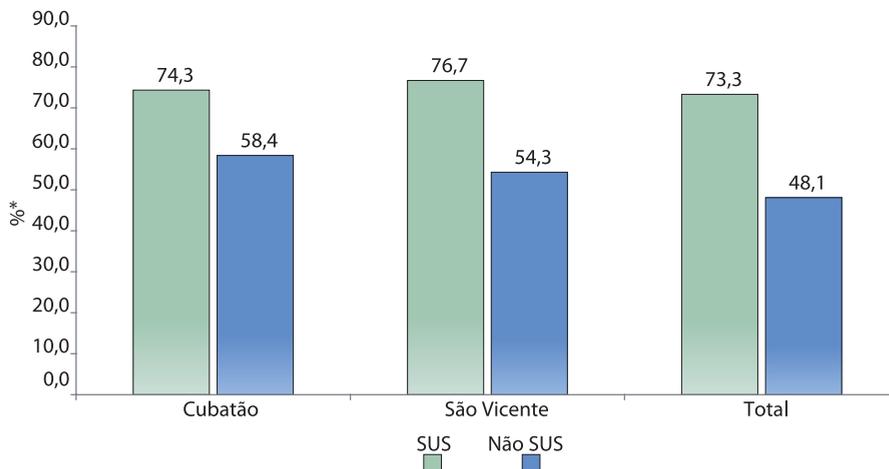
Percentual dos entrevistados que precisaram de uma consulta com um especialista nos últimos 6 meses. Projeto Acesso – Município de São Vicente – 2007

Percentual dos tipos de encaminhamentos dados pelas ESF, quando o entrevistado precisou consultar o especialista. Projeto Acesso – Município de São Vicente – 2007



Antevendo essas dificuldades ou falhas na resolutividade do encaminhamento feito pelos ACS, e considerando que o acesso aos serviços de saúde, na ótica da população, constituía o objeto deste Inquérito, perguntou-se como o usuário havia procedido nos casos em que achava que necessitava do serviço do especialista, e a ESF não fez o encaminhamento. Para a RMBS, 56,5% dos informantes responderam que conseguiram agendar consulta “por conta própria”, contra 26,3% que não haviam conseguido. Daqueles que conseguiram marcar consulta, parte significativa o fez em serviços do SUS e o restante junto ao sistema suplementar ou ao serviço privado, como mostra a figura que segue:

Figura 10. Percentual dos entrevistados que conseguem marcar consulta “por conta própria”, de acordo com SUS, não SUS, segundo município. Projeto Acesso - Região da Baixada Santista - 2007



Discussão

A cobertura dos modelos de atenção que têm a Saúde da Família como referência na RMBS atinge um percentual médio de 28%, correspondendo à média encontrada no Estado de São Paulo, que é de 25%. Os resultados do Inquérito Domiciliar de Cubatão e São Vicente, municípios escolhidos justamente pelos grandes diferenciais de cobertura nessa modalidade, confirmam esses diferenciais. Cubatão, com cobertura de mais de 50% do PSF, fica acima da média estadual, e São Vicente, com cobertura de 8,3%, fica bem abaixo dessa média, incluídos nesse município o PSF e o PACS. Isto evidencia as profundas diferenças na estratégia política adotada por cada um desses municípios no que se refere à (re)organização do seu sistema local de saúde, especialmente ao modelo assistencial adotado na Atenção Básica.

Na trilha da determinação federal, que preconiza o modelo de Saúde da Família como estratégia prioritária de (re)estruturação do sistema de saúde^{4,7}, os resultados da pesquisa em Cubatão confirmam a adesão do município a esse modelo, enquanto os resultados obtidos em São Vicente revelam a baixa adesão deste à orientação federal.

Esses diferenciais parecem repercutir não apenas na regularidade das ações desenvolvidas pelas ESF (mais especificamente pelos ACS) nos dois municípios, mas também na característica dessas ações. Dito de outra forma, a adoção de estratégias diferentes na estruturação da Atenção Básica parece interferir na direcionalidade do programa em cada um dos municípios, na medida que, em Cubatão a regularidade das visitas domiciliares é muito mais alta e as atividades mais efetivas, sugerindo melhor acesso a esses serviços.

Portanto, considerados os aspectos de cobertura, regularidade e características das ações, fatores importantes para o dimensionamento da *pró-atividade* do programa, pode-se concluir que Cubatão assume, no contexto regional, um papel de destaque, na medida em que os dados do total da RMBS ficam bem aquém dos deste município.

O Ministério da Saúde atribui à Atenção Básica o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde, e esse nível de atenção deve estar orientado pelos princípios da acessibilidade e responsabilização¹⁴. Fatores como a extensão da cobertura, a regularidade e a característica das ações são, portanto, fundamentais na garantia desse primeiro contato, que é mais comumente denominado como “porta de entrada” do sistema. Nesse sentido, a RMBS segue a média estadual que apresenta, ainda, no que se refere à cobertura, baixa acessibilidade, se comparada à média do país.

São Vicente e Cubatão se inserem neste contexto revelando grandes polaridades. A taxa de cobertura, a regularidade e a características das ações indicam o nível de responsabilização da ESF pela população adscrita e o nível de coordenação do cuidado, atribuições intrínsecas à noção de *pró-atividade* do programa¹⁰. Estar em contato permanente e direto com a população possibilita o desenvolvimento dessas ações.

Sobre as características das ações, é importante apontar a forte tendência daquelas que correspondem à agenda proposta pelo SIAB, bem como a implementação de algumas agendas programáticas já instituídas e tradicionais na rede, como a de DST/AIDS, a das imunizações, etc. Isto, sem dúvida, reflete o caráter indutivo do sistema, na medida em que o SIAB foi implantado com esse objetivo, está embasado no perfil epidemiológico da população brasileira, e é frequentemente alimentado por pesquisas dessa ordem. O mesmo ocorre com as agen-

das programáticas, já que várias delas foram implantadas a partir do quadro sanitário brasileiro. Nesse sentido, a acessibilidade aos serviços, por meio do PSF, pode ser problematizada já que essas agendas restringem os espaços para captação de novas demandas, ou novos eventos em saúde-doença, que não os que já se encontram, de alguma forma, aí inscritos. Não há dúvidas de que o PSF cumpre importante papel na acessibilidade aos serviços, considerados os eventos de morbidade incluídos no programa. Entretanto, a incorporação de outros/novos eventos nessa agenda pode encontrar certo grau de dificuldade, pois a *pró-atividade* do programa baseia-se num sistema *programático fechado* e de *notificação*¹.

As questões ambientais, ou do campo da vigilância sanitária, como as da água, do esgoto, do lixo e dos alimentos, aparecem com alta frequência na caracterização das ações dos ACS e com destaque nos dois municípios em estudo, Cubatão e São Vicente. Nestes municípios, a prevalência dessas ações é superior às da média da região como um todo. Isso remete à especificidade da dinâmica demográfica e urbana desses municípios. Ambos fazem fronteira com a Serra do Mar, área de proteção ambiental, o que significa, para a população de baixa renda, espaço potencial de ocupação para moradia. Entretanto, a ocupação dessas áreas impõe à agenda da Atenção Básica a ênfase nas ações de vigilância sanitária, o que se reflete nos resultados da pesquisa. Outras especificidades ambientais da região, entretanto, não aparecem na ação dos ACS, como a contaminação química, por exemplo. É famoso o caso do Pólo Petroquímico de Cubatão que acabou por comprometer, inclusive, os lençóis freáticos dos municípios circunvizinhos. As informações e notificações do PSF, submetidas às preconizações do SIAB, desconsideram esse tipo de evento.

Ao desmembrar as respostas relativas a outras atividades ou orientações desenvolvidas pelos ACS, verifica-se que nos dois municípios alvo há grande incidência de marcação de consultas e encaminhamentos, 32% em Cubatão e 72% em São Vicente. Esses resultados revelam dois aspectos: um, é o fato de que os ACS, quando inseridos em um programa que possibilita a marcação e agendamento de consultas, estão cumprindo, por meio dessas atividades, o compromisso da Atenção Básica de garantir o acesso aos serviços; outro, que o alto percentual desse tipo de atividade em São Vicente merece ser melhor avaliado pelo gestor local, no sentido de verificar a eficácia dessa ação.

A análise dos resultados sobre a resolutividade das ações, confirma o que a literatura sobre essa questão vem apontando^{9,12}, quando do agendamento e encaminhamento para a consulta por parte do ACS, o usuário tem garantida a consulta médica do generalista, o médico de família que trabalha no PSF. Por outro lado, quando identificada a necessidade de permanência no sistema, neste caso a consulta de especialidades, a população encontra grandes dificuldades (metade da população que precisou de consultas com especialistas não foi encaminhada pelo PSF). Nesse sentido, no que se refere à atividade da equipe mínima, portanto, o papel de “responsabilidade sanitária” do PSF parece estar sendo bem desempenhado, o que não ocorre quanto ao aspecto da coordenação do cuidado, ou seja, a capacidade do sistema de saúde manter a integração dos serviços; mais especificamente, à garantia de continuidade desse cuidado e dos fluxos de referência e contra-referência aos serviços especializados.

A literatura sobre a avaliação da Atenção Básica e do PSF vem discutindo que este tem sido um problema de resolutividade da Atenção Básica no país como um todo. Nesse sentido, o Ministério da Saúde, em recente Portaria⁶, criou os NASF – Núcleos de Apoio à Saúde da Família, modalidades 1 e 2. Esses Núcleos permitirão a incorporação

de outros profissionais à ESF, devendo ser implantados pelos municípios conforme as necessidades locais. Em tese, essa iniciativa veio no sentido de preencher necessidades de atenção no âmbito da Atenção Básica e no sentido de articular melhor os sistemas locais de saúde, com o *“objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da Atenção Básica, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da estratégia da Saúde da Família na rede de serviços (...)”*⁶.

Ainda que a integração do cuidado entre as ações programáticas e a demanda espontânea, um dos fundamentos da Atenção Básica, não ocorra de forma integral na RMBS, como a análise das respostas sobre o acesso às especialidades demonstrou, é importante ressaltar que são os serviços do SUS (Sistema Único de Saúde) os que apresentaram maior índice de resposta quanto à resolutividade da demanda. Esta resposta indica que é o SUS que vem garantindo, na RMBS, o acesso da população aos serviços de saúde, não fugindo à sua responsabilização definida pela Constituição Federal² e pela Política Nacional de Atenção Básica⁴.

No que se refere à *pró-atividade* do PSF na RMBS, a pesquisa demonstrou que o programa vem cumprindo seu papel, marcadamente, no que se refere à cobertura, regularidade das ações e aos cuidados que são os de responsabilidade da equipe mínima do programa. Os resultados confirmam o compromisso das ESF com a agenda programática, proposta pelo SIAB, e revela dificuldades na resolução das demandas da população aos serviços de especialidades.

Com relação aos municípios escolhidos, Cubatão e São Vicente, os resultados obtidos com a pesquisa refletiram a diferença das estratégias de gestão adotadas para a Atenção Básica. São Vicente, com baixa cobertura, apresenta mais dificuldades em resolver os problemas de acesso da população aos serviços. Por outro lado, Cubatão comparece com um desempenho melhor nesses aspectos. Quanto à capacidade resolutiva no âmbito dos serviços de especialidades, os dois municípios apresentaram resultados semelhantes.

Pode-se concluir que, a despeito dos problemas apontados, o PSF, na RMBS, vem cumprindo, em larga medida, sua atribuição, no que se refere à *pró-atividade* desse modelo de atenção, notadamente no cumprimento da agenda proposta pelo SIAB e na garantia de acesso à consulta com o médico das equipes de saúde da família. Essa ação, no entanto, encontra importante limite na esfera da organização do cuidado e integração dos serviços (neste caso caracterizado pela consulta de especialidades), que, com a implantação e consolidação dos NASF poderá ser, em certa medida, resolvida. Restará ao gestor local e regional, entretanto, a tarefa de continuar monitorando as demandas sentidas da população, a fim de avaliar os avanços obtidos, os desafios a serem enfrentados e futuras, ou eventuais, dificuldades no que diz respeito aos aspectos relacionados ao acesso aos serviços de saúde.

Este capítulo contou com a participação de Bruno W. Caporrino, estagiário do Instituto de Saúde

Bibliografia

1. Bornstein, VJ e Stotz, EN. Concepções que integram a formação e o processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde: uma revisão de literatura. *Rev C S Col* 2008; 13(1): p.259-268.
2. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado, 1988. Constituição do Brasil – 1988.

3. _____. Ministério da Saúde. Manual do Sistema de Informação da Atenção Básica. Brasília, DF: Secretaria da Atenção Básica – DAB. [documento Internet] 2000 [acessado 2008 Out 20] [68p.] disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/publicacoes/geral/manual_siab2000.pdf
4. _____. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Portaria Nº 648/GM de 28 de Março de 2006. [documento Internet] 2006. [acessado 2008 Ago 28] [68 p.] disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-648.htm>.
5. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da Família. [documento Internet] 2008 [acessado 2008 mar.11] Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/abnumeros.php>.
6. _____. Ministério da Saúde. Portaria Nº 154/GM de 24 de Janeiro de 2008. Cria os núcleos de apoio à saúde da família - NASF. [documento Internet] 2008 [acessado 2008 Out 20] disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/gab08/gabjan08.htm>
7. Canesqui, AM e Oliveira, AMF de. Saúde da Família: modelos internacionais e estratégia brasileira. In Negri, B e Viana, ALD'A (orgs) *O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio*. São Paulo: Sobravime-Cealag, 2002. p. 241-269.
8. Cohn, A; Nakamura, E e Cohn, C. O Programa de Saúde da Família entre o público e o privado. In Viana, ALD'A; Elias, PEM e Ibañez, N (orgs) *Proteção Social. Dilemas e Desafios*. 1ª ed. São Paulo: Hucitec, FMUSP-CEDEC-CEALG/FCM Santa Casa –LEPS/UFRJ; 2005. p.168-185.
9. Elias, PE; Ferreira, CW; Alves, MCG; Cohn, A; Kishima, V; Escrivão Junior, A; Gomes, A e Bousquat, A. Atenção Básica em Saúde: comparação entre o PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. *Rev C S Col* 2006; 11(3): p. 633-641.
10. Ronzani, TM e Silva, C de M. O Programa de Saúde da Família segundo profissionais de saúde, gestores e usuários. *Rev C S Col* 2008; 13(1): p.23-34.
11. Schraiber LB e Mendes-Gonçalves RB. Necessidades de Saúde e Atenção Primária. In Schraiber LB, Nemes MIB, Mendes-Gonçalves RB(orgs). *Saúde do Adulto: programas e ações na Unidade Básica*. 1ª ed. São Paulo: Hucitec; 1996. p. 29-47 (Saúde em Debate. Série Didática).
12. Sisson, MC. Considerações sobre o Programa de Saúde da Família e a Promoção de Maior Equidade na Política de Saúde. *Saud Soc* 2007; 16(3): p.85-91.
13. Souza, MF. *A Cor-Agem do PSF*. 1ª ed. São Paulo: Hucitec, 2001.
14. Starfield, B. *Atenção Primária. Equilíbrio entre Necessidades de Saúde, Serviços e Tecnologia*. Brasília, DF: UNESCO/Ministério da Saúde, 2002.
15. Viana, ALD'A e Fausto, MCR. Atenção Básica e Proteção Social: Universalismo x Focalismo e espaço não mercantil da assistência. In Viana, ALD'A.; Elias, PEM e Ibañez, N (orgs) *Proteção Social. Dilemas e Desafios*. 1ª ed. São Paulo: Hucitec, FMUSP-CEDEC-CEALG/FCM, Santa Casa-LEPS/UFRJ; 2005. p.150-167.

Uso de serviços de saúde

Maria Cecília Goi Porto Alves

Olga Sofia Fabergé Alves

Aylene Bousquat

Maria Mercedes Loureiro Escuder

Neuber José Segri

O detalhamento do perfil de utilização dos serviços de saúde possibilita obter, ainda que de forma indireta, informações importantes sobre o acesso a serviços de saúde. Entende-se que acesso se refere ao grau de facilidade com o qual as pessoas obtêm cuidados de saúde, constituindo um dos aspectos do serviço que se relaciona com a capacidade de responder às necessidades, ou pelo menos, às demandas em saúde da população⁴.

Em tese, o uso de serviços de saúde seria determinado pelas necessidades em saúde sentidas pela população⁷. No entanto, fatores associados à própria oferta de serviços exercem importante papel na determinação do padrão de utilização, assim como aspectos individuais, sociais e culturais¹². Os principais fatores que influenciam o perfil de utilização de serviços são os de capacitação, de necessidade e os de predisposição; a oferta de serviços se incluiria, em conjunto com as condições econômicas, nos fatores de capacitação¹.

Uma vez que o conhecimento do padrão de utilização dos serviços permite a busca de respostas às demandas da população, estudos sobre a procura e utilização de serviços de saúde podem fornecer elementos importantes para os formuladores de políticas públicas. Ademais, análises periódicas da utilização de serviços de saúde certamente contribuem para a avaliação do impacto das políticas implementadas em determinado período.

A realização de inquéritos domiciliares tem sido reconhecida como a forma mais adequada de investigação dos inúmeros aspectos envolvidos na procura e no uso de serviços de saúde. Permite investigar usuários de todos os serviços de uma região e, principalmente, possibilita incluir a população que não procura ou que procura, mas não obtém atendimento em qualquer dos serviços existentes¹⁵.

No Brasil, têm sido realizadas várias pesquisas envolvendo a temática do acesso e utilização de serviços de saúde. Destacam-se os inquéritos de abrangência nacional como o Suplemento Saúde da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, últimas edições em 1998 e 2003 e a Pesquisa Mundial de Saúde, realizada em 2003, nos moldes propostos pela Organização Mundial de Saúde, sob coordenação da FIOCRUZ¹⁵. No Estado de São Paulo, alguns inquéritos que contemplam questões referentes à utilização de serviços de saúde foram realizados em municípios pertencentes a regiões metropolitanas, como o Inquérito Multicêntrico de Saúde, ISA-SP 2002, que envolveu áreas da Região Metropolitana de São Paulo³, o ISA-Capital 2003 no Município de São Paulo¹⁴, e a Pesquisa de Condições de Vida da Fundação SEADE, realizada mais recentemente em 2006, abrangendo as três áreas metropolitanas do Estado de São Paulo⁶.

No presente inquérito foram investigados aspectos referentes ao acesso aos serviços de saúde nos municípios com mais de 100.000 habitantes da Região Metropolitana da Baixada Santista (RMBS). Sempre que possível, os resultados obtidos foram comparados com os dados estaduais e nacionais dos inquéritos citados.

O presente capítulo tem por objetivo descrever o padrão de utilização de serviços de saúde da população residente nesses municípios. Serão apresentados os dados obtidos no inquérito de base populacional referentes à cobertura de planos e seguros de saúde; uso regular de serviço de saúde; perfil de utilização de serviços de saúde nos últimos 15 dias; caracterização do último atendimento; solicitação e realização de exames complementares; avaliação dos serviços utilizados e atendimentos recebidos; e internação nos últimos 12 meses.

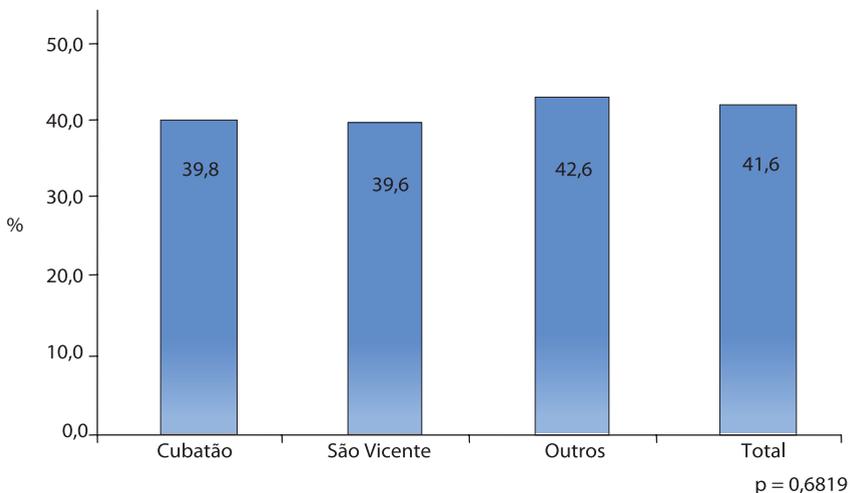
Procurou-se estudar os diversos aspectos relacionados aos serviços de saúde utilizados, levando sempre em consideração a vinculação destes ao Sistema Único de Saúde (SUS). Quando pertinente, os três estratos que compõe a amostra do inquérito: município de Cubatão, município de São Vicente e os municípios, em conjunto, de Santos, Guarujá e Praia Grande, foram comparados visando à identificação de especificidades da região.

Posse de planos de saúde

O sistema de saúde brasileiro é constituído por pelo menos dois subsistemas, o SUS e o Sistema Supletivo de Assistência Médica (SSAM), existindo diversos pontos de contato entre eles. Em estudos sobre uso de serviços, busca-se conhecer os níveis de cobertura da população por planos e seguros de saúde para dimensionar a população que depende exclusivamente de serviços vinculados ao SUS. Esse raciocínio pressupõe, portanto, que a parcela da população que arca com todos os gastos em saúde é praticamente inexistente e que aquela que possui planos de saúde não utiliza exclusivamente o SUS.

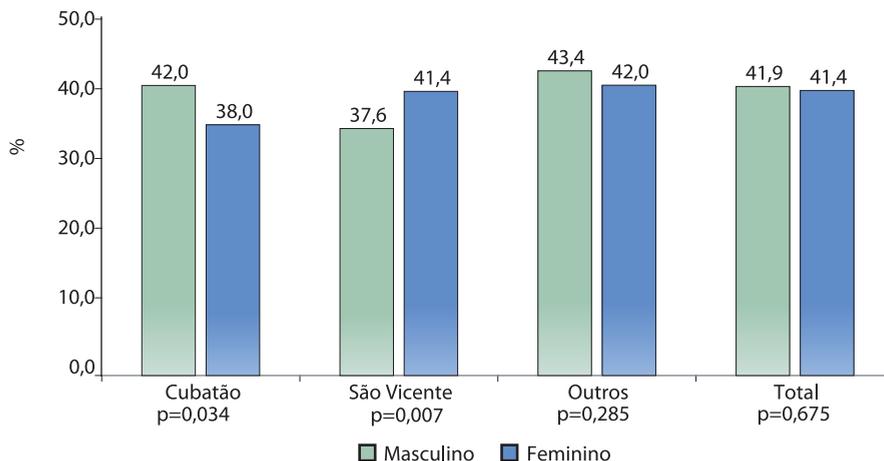
Nos municípios com mais de 100.000 habitantes da RMBS, 41,6% dos moradores possuem planos ou seguros de saúde (Figura 1). Este percentual é o mesmo que o verificado pela Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios (PNAD) na Região Metropolitana de São Paulo, semelhante à estimativa de 47,2%, feita para o município de São Paulo em 2004¹⁰, e bastante superior aos valores encontrados para o país. Em 2003, a cobertura de planos de saúde abrangia 24,6% da população nacional, sendo maior (28%) entre os residentes em áreas urbanas⁸. Dada a forte vinculação ao SSAM da população inserida no mercado formal de trabalho no Brasil, este dado da RMBS pode ser considerado expressão do dinamismo econômico da região.

Figura 1. Cobertura de planos de saúde, segundo área. Projeto Acesso – Região Metropolitana da Baixada Santista, 2007.



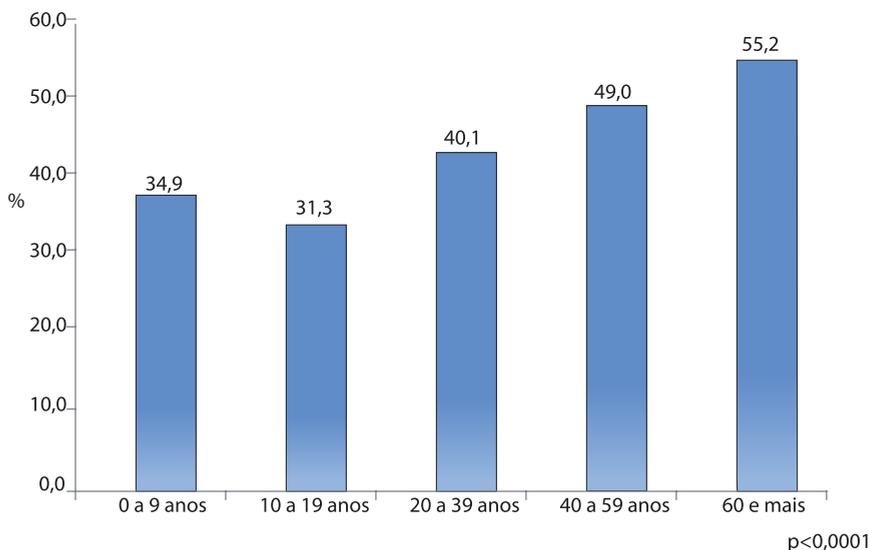
A cobertura de planos de saúde é a mesma para homens e mulheres, quando se considera o conjunto de municípios pesquisados. Nota-se, porém, que não há um padrão homogêneo entre eles, uma vez que nos municípios de Santos, Guarujá e Praia Grande não há diferença entre as coberturas por sexo. Em Cubatão, o percentual de homens que possuem planos de saúde é maior que o de mulheres e em São Vicente, ocorre o contrário (Figura 2). No país, a cobertura é ligeiramente maior entre as mulheres, atingindo 25,9% destas e 23,1% dos homens⁸.

Figura 2. Percentual de moradores que possuem planos de saúde, segundo sexo e área. Projeto Acesso – Região Metropolitana da Baixada Santista, 2007.



Os percentuais de moradores que possuem planos diferem por idade, considerando-se as faixas etárias mostradas na figura (Figura 3). O percentual encontrado para a população idosa (55,2%) é muito superior à média nacional de 29,8%.

Figura 3. Percentual de moradores que possuem planos de saúde, segundo idade. Projeto Acesso – Região Metropolitana da Baixada Santista, 2007.



Uso regular de serviço

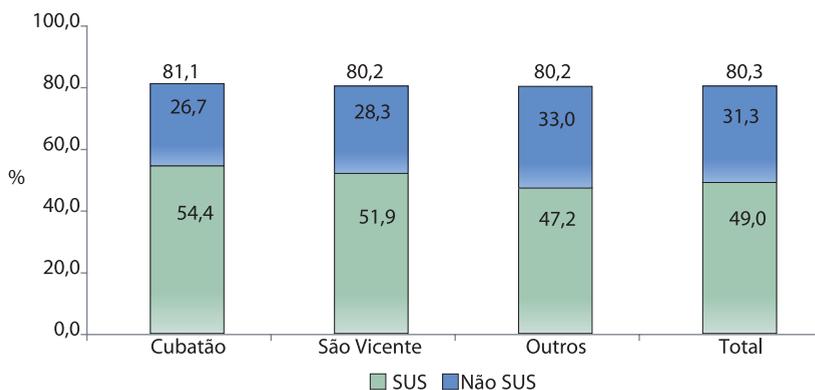
Serviço de uso regular é aquele habitualmente procurado, ou seja, aquele, segundo o IBGE⁸, que a pessoa costuma buscar quando precisa de atendimento, sendo sempre no mesmo local, independente da especialidade. A existência de um serviço ao qual o indivíduo recorre regularmente quando necessita de cuidados de saúde tem sido considerada como um indicador positivo de acesso^{10,11,13}.

Na RMBS, 80,3% dos moradores referem o uso regular de algum serviço de saúde, sendo que esse percentual não difere entre as áreas estudadas. Em 2003, 79,3% da população nacional declarou uso regular de serviços de saúde⁸.

As mulheres referem com maior frequência utilização de um mesmo serviço. Em relação à idade, somente em São Vicente foram observadas diferenças, sendo verificado que para as crianças há com maior frequência fidelidade a um determinado serviço de saúde. Não há diferenças também entre os moradores que possuem planos de saúde e os que não possuem.

No inquérito, buscou-se conhecer a vinculação dos serviços habitualmente procurados. Foi possível, dessa forma, verificar que 49,0% da população utiliza regularmente alguma unidade do SUS. A figura 4 mostra os percentuais estimados em cada uma das três áreas estudadas, não havendo diferenças estatisticamente significantes entre elas ($p=0,4829$).

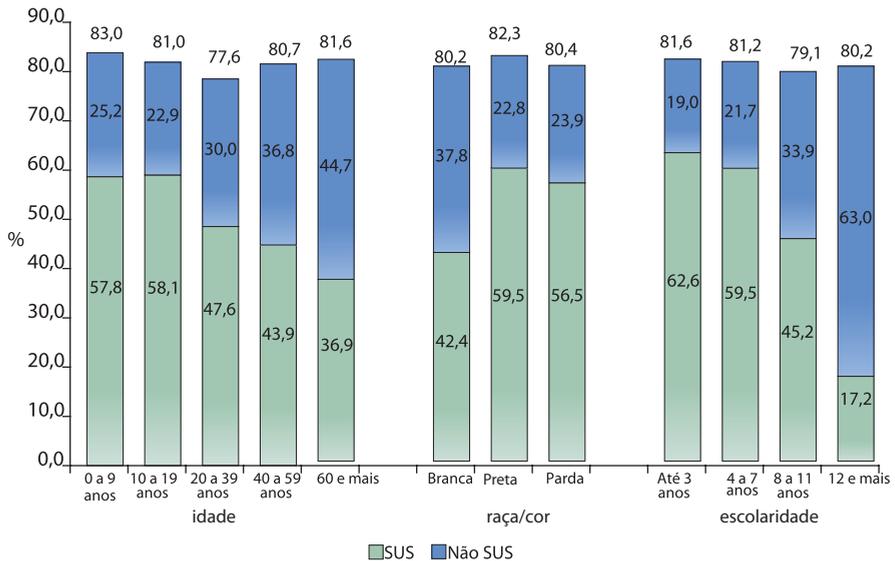
Figura 4. Percentual de moradores que utilizam regularmente algum serviço de saúde, segundo vinculação do serviço. Projeto Acesso – Região Metropolitana da Baixada Santista, 2007.



O uso regular de um serviço específico do SUS diminui a partir da faixa etária de 20 a 39 anos de idade. As estimativas para esse uso regular do SUS vão de 57,8% e 58,1% entre os menores de 10 anos e de 10 a 19 anos, a 36,9% entre os idosos. Quando considerada a raça/cor auto-referida, o uso habitual de serviço do SUS é maior entre as pessoas de cor parda e preta em comparação com aquelas de cor branca ($p<0,0001$). As estimativas referentes a indígenas e orientais (cor amarela) não puderam ser avaliadas, uma vez que os números observados foram muito pequenos. A escolaridade do chefe de família também mostrou-se associada à utilização rotineira de algum serviço do SUS, sendo maior a fidelização quanto

menor escolaridade. Não foram observadas diferenças entre os sexos.

Figura 5. Percentual de moradores que fazem uso regular de algum serviço de saúde, por vinculação de serviço, segundo idade, cor e escolaridade do chefe. Projeto Acesso – Região Metropolitana da Baixada Santista, 2007.

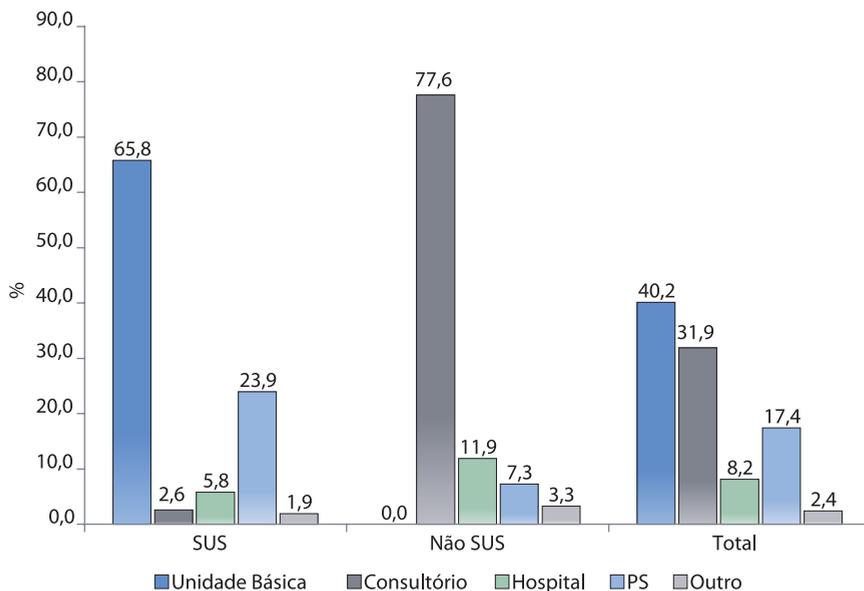


No inquérito foi também verificada a freqüência de uso regular de algum serviço do SUS segundo a posse de plano de saúde, e observou-se que 7,8% das pessoas que costumam procurar o SUS quando precisam de atendimento possuem planos de saúde.

Em relação ao tipo utilizado regularmente, os serviços de saúde foram classificados em quatro grupos: unidade básica (Unidade Básica de Saúde ou Unidade de Saúde da Família), consultório (consultório ou clínica), hospital e pronto socorro (PS). As unidades básicas em serviços públicos e os consultórios constituíram a maioria dos serviços citados, 40,2% e 31,9%, respectivamente, seguidos pelos PS (17,4%) e hospitais (8,2%).

A população que procura o SUS rotineiramente usa mais serviços de emergência e hospitais do que aqueles que têm como serviço de rotina algum privado (não SUS). Este dado sugere a existência de fragilidades na consolidação da Atenção Primária/Básica em Saúde na região, especialmente nas dimensões de acesso e porta de entrada. Dentre os primeiros, 29,7% procuram hospitais ou serviços de emergência quando precisam de algum atendimento de saúde, enquanto que os serviços de emergência costumam ser a primeira opção para 19,1% da população não usuária do SUS.

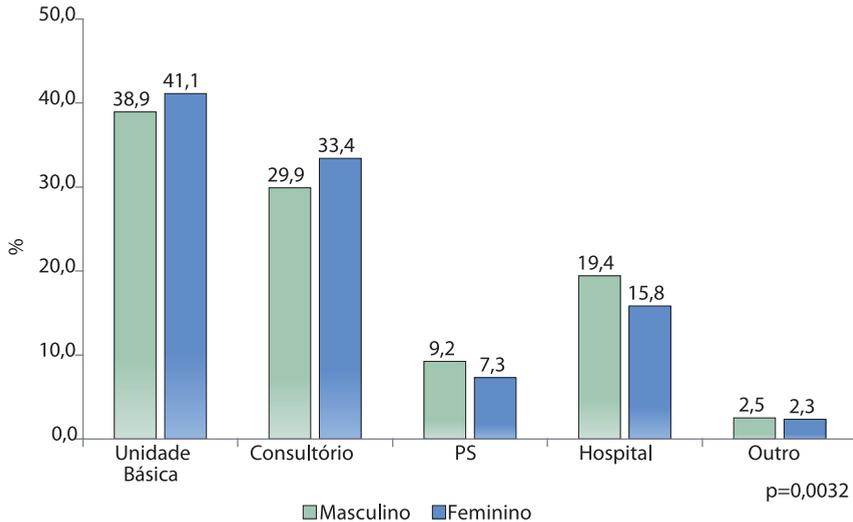
Figura 6. Percentual de moradores que fazem uso regular de algum serviço de saúde, segundo vinculação e tipo do serviço. Projeto Acesso – Região Metropolitana da Baixada Santista, 2007.



Ao se verificar o tipo de serviço de uso regular segundo a posse de plano de saúde, estimou-se que 6% das pessoas que possuem planos de saúde costumam procurar alguma Unidade Básica de Saúde quando precisam de atendimento.

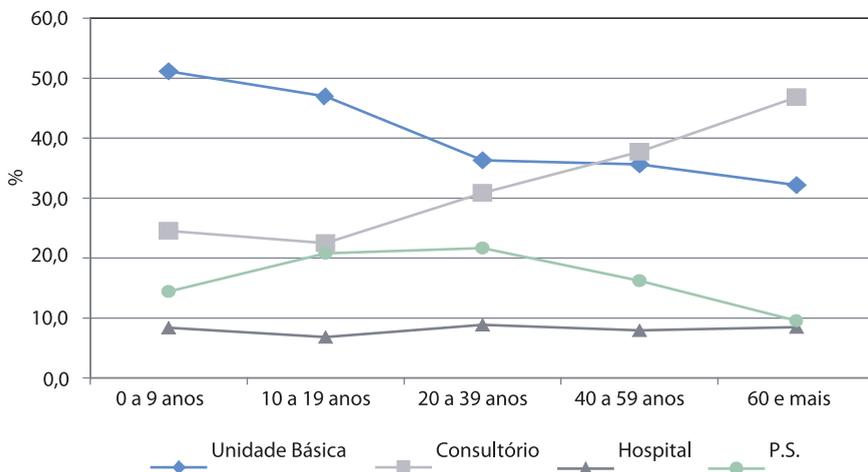
Há diferenças entre os sexos em relação ao tipo de serviço procurado rotineiramente (Figura 7). As unidades de unidades básicas e consultórios são mais procurados pelas mulheres. A situação se inverte para os serviços de emergência, aos quais os homens vão com mais frequência. Este quadro provavelmente é consequência das distintas formas de inserção no mercado formal de trabalho, pois para grande parte deste segmento da população, em sua maioria masculina, os horários de funcionamento das unidades básicas e consultórios são incompatíveis com a jornada de trabalho.

Figura 7. Percentual de moradores que fazem uso regular de algum serviço de saúde, segundo tipo de serviço e sexo. Projeto Acesso – Região Metropolitana da Baixada Santista, 2007.



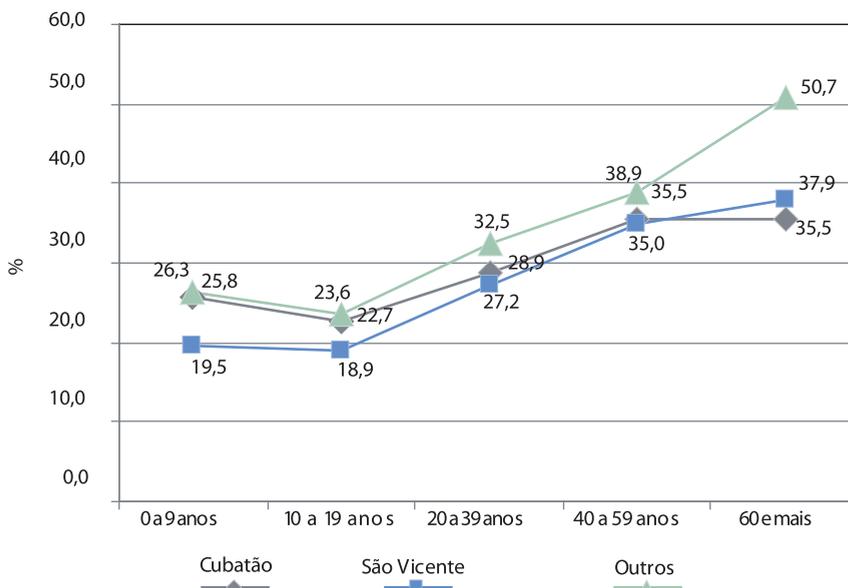
O uso de unidades básicas diminui com a idade, sendo que a proporção de moradores que têm o costume de utilizá-las quando precisa de algum atendimento de saúde passa de 52,3%, entre os menores de dez anos para 32,4% entre os idosos (Figura 8). Também o uso de PS diminui com a idade e o de hospitais se mantém. Conseqüentemente, o tipo de serviço que passa a ter maior uso regular com o aumento da idade é o consultório particular, referido por quase metade (46,8%) dos idosos.

Figura 8. Percentual de moradores que fazem uso regular de algum serviço de saúde, segundo tipo de serviço e idade. Projeto Acesso – Região Metropolitana da Baixada Santista, 2007.



Na RMBS, tal como nas demais regiões metropolitanas brasileiras, há uma dinâmica regional pautada por uma acentuada desigualdade entre os municípios que a compõe. O município sede, Santos, apresenta a população mais envelhecida, sendo ainda o município em que há a maior proporção de idosos afiliados ao SSAM. Estes fatos juntos podem explicar o aumento da fidelização a “consultório médico” que ocorre com a idade (Figura 9).

Figura 9. Percentual de moradores que fazem uso regular de consultório médico, segundo idade. Projeto Acesso, Região Metropolitana da Baixada Santista, 2007.



Utilização de serviço de saúde nos últimos 15 dias

A população foi indagada sobre a necessidade sentida de buscar algum tipo de atendimento de saúde nos 15 dias que antecederam a entrevista. Em toda a região, 18,3% dos moradores afirmaram ter precisado de atendimento.

Há uma parcela da população que, apesar de achar que precisa de atendimento, não o procura. Na RMBS, essa parcela correspondeu a 1,3% da população. Constatou-se, portanto, que 16,0% de todos os moradores procuraram atendimento nos últimos 15 dias, resultado próximo ao encontrado para o Brasil, de 14,6%⁸. É importante salientar que quase metade das pessoas que afirmaram não ter procurado atendimento apontou como motivo a auto-medicação (13,5%) e o fato de considerar que a necessidade não constituiu motivação suficiente para a procura (35,1%).

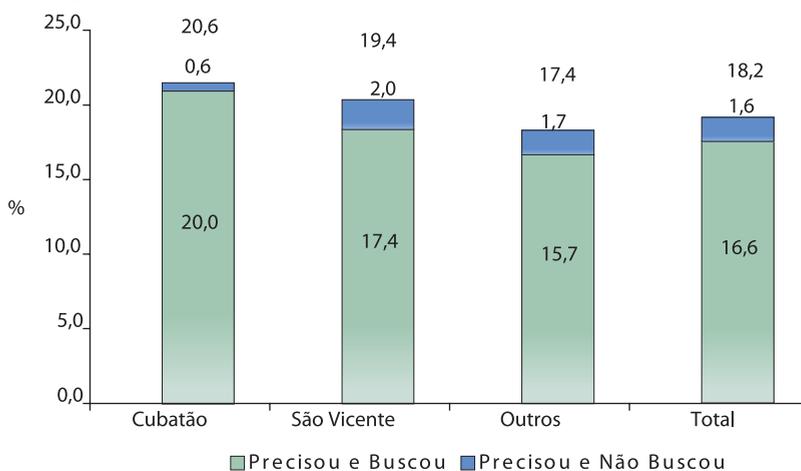
Foram utilizados os critérios do IBGE, que define a procura como toda a busca por atendimento relacionado à saúde, incluindo solicitação de atestado de saúde, visita domiciliar de médico, serviço de ambulância ou consulta por telefone, abrangendo serviços formais e os não formais (prestados por pessoa que desenvolve atividade de atenção à saúde sem ter formação profissional na área). Não é considerada como busca a situação

em que a pessoa foi procurada por profissional de saúde como parte de programa municipal de atendimento à saúde⁸.

Quando comparados os moradores que usam regularmente algum serviço que pertence ao SUS com os usuários não SUS, observou-se que em São Vicente esses dois grupos têm comportamentos diferentes em relação à procura de serviços quando há necessidade sentida. Dos usuários de rotina do SUS, 2,0% precisaram mas não procuraram atendimento nos últimos dias, contra 0,5% dos usuários de serviços não SUS ($p < 0,005$). Essa diferença entre os setores pode indicar a existência de fragilidades maiores no sistema público de saúde em relação ao privado, que leva a população a sequer procurá-lo quando precisa.

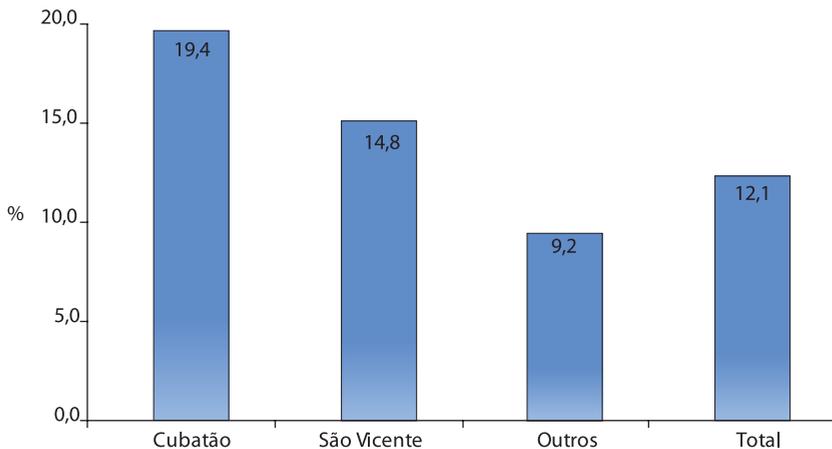
A figura a seguir mostra os percentuais referentes à necessidade e à procura de serviços de saúde nos últimos 15 dias entre os moradores que usam de rotina algum serviço do SUS (Figura 10). Em Cubatão foi menor a frequência de moradores que decidiram não procurar atendimento de saúde quando precisaram.

Figura 10. Percentual de usuários regulares do SUS que precisaram e buscaram e que precisaram e não buscaram atendimento de saúde nos últimos 15 dias, segundo área. Projeto Acesso – Região Metropolitana da Baixada Santista, 2007.



Os serviços do SUS foram procurados por 58,2% da população. Em Cubatão, por 66,5%; em São Vicente, por 61,4% e nos outros três municípios, Santos, Guarujá e Praia Grande, por 55,4%, não havendo diferenças estatisticamente significantes entre esses percentuais ($p = 0,2124$). Entre os moradores que procuraram o SUS, 12,1% possuem plano de saúde (Figura 11).

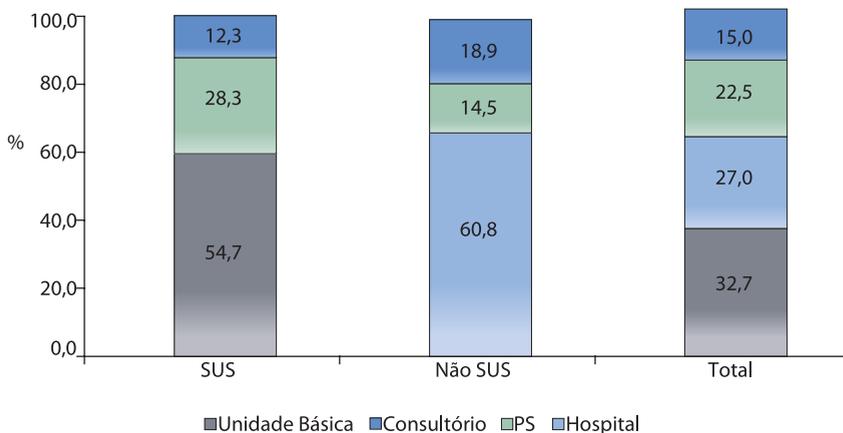
Figura 11. Percentual de moradores que procuraram atendimento de saúde no SUS nos últimos 15 dias e que possuíam plano de saúde, segundo área. Projeto Acesso – Região Metropolitana da Baixada Santista, 2007.



Em relação ao tipo de equipamento de saúde, verificou-se que 32,7% da população procurou unidades básicas do setor público, 27% consultórios do setor privado e 37,5% encaminharam-se a hospitais e PS em busca de atendimento. Este último percentual confirma a tendência expressa anteriormente em relação ao grande peso destes tipos de serviços como porta de entrada, especialmente no setor público. Verificou-se que entre os moradores que procuraram o SUS, um percentual maior, de 40,6%, dirigiu-se a hospitais e PS.

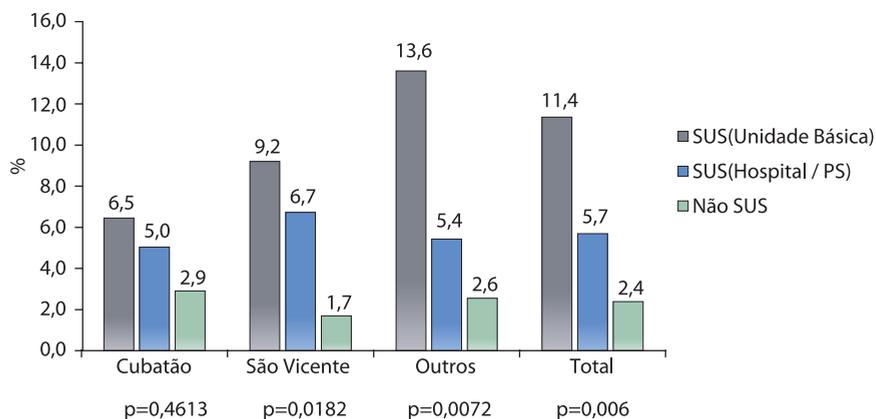
Estimativas para o país, obtidas na PNAD em 2003, indicavam que os serviços de Atenção Básica eram responsáveis por 39,1% do atendimentos realizados. Em seguida apareceram os PS e ambulatórios de clínicas, empresas, sindicatos e hospitais, com 30,3% e finalmente os consultórios particulares com 27,3%⁸.

Figura 12. Percentual de moradores que procuraram atendimento de saúde nos últimos 15 dias, segundo tipo e vinculação do serviço procurado para o primeiro atendimento. Projeto Acesso – Região Metropolitana da Baixada Santista, 2007.



Na primeira procura por atendimento de saúde nos últimos 15 dias, 93,9% obtiveram o atendimento buscado. Quando consideradas todas as tentativas, não só a primeira, esse percentual sobe para 95,6%, inferior à média nacional observada em 2003, de 98%. O percentual dos que não conseguiram foi maior para os que procuraram o SUS: 11,4% para as unidades básicas e 5,7% para os outros serviços do SUS. Nos serviços não vinculados ao SUS, 2,4% não conseguiram atendimento. Vale ressaltar que esse comportamento não foi o mesmo para todas as áreas, uma vez que em Cubatão não foi possível detectar diferença estatisticamente significativa entre os tipos de serviço considerados.

Figura 13. Percentual de moradores não atendidos na primeira vez que procuraram atendimento, segundo área e tipo de serviço. Projeto Acesso – Região Metropolitana da Baixada Santista, 2007.



A grande maioria (81,9%) dos atendimentos recebidos foram consultas médicas, seguidos, com frequências muito menores, pelos procedimentos de enfermagem e exames complementares (Tabela 1).

Dos atendimentos feitos, 57,8% foram cobertos pelo SUS, mesmo resultado observado para o Brasil. A PNAD verificou que 57,2% dos atendimentos realizados no país nas duas semanas que antecederam a pesquisa foram pagos pelo SUS.

Tabela 1. Frequência de moradores segundo principal atendimento de saúde recebido nos últimos 15 dias. Projeto Acesso – Região Metropolitana da Baixada Santista, 2007.

Principal Atendimento de Saúde	%
Consulta Médica	81,9
Procedimentos de Enfermagem*	3,8
Exames Complementares	2,9
Gesso ou imobilização	2,0
Consulta Odontológica	1,4
Internação Hospitalar	1,5
Consulta - Atendimento de Outro Profissional**	0,9
Cirurgia em Ambulatório	0,9
Medicamentos (Farmácia da UBS)	0,6
Atendimento Psicológico	0,6
Atendimento na Farmácia	0,9
Tratamentos Médicos	0,2
Total	100,0

* Vacinação, aplicação de injeção, curativo e medição de pressão

** Fonoaudiólogo, Fisioterapeuta e Nutricionista

*** Quimioterapia, radioterapia, e hemodiálise

Realização de exames complementares

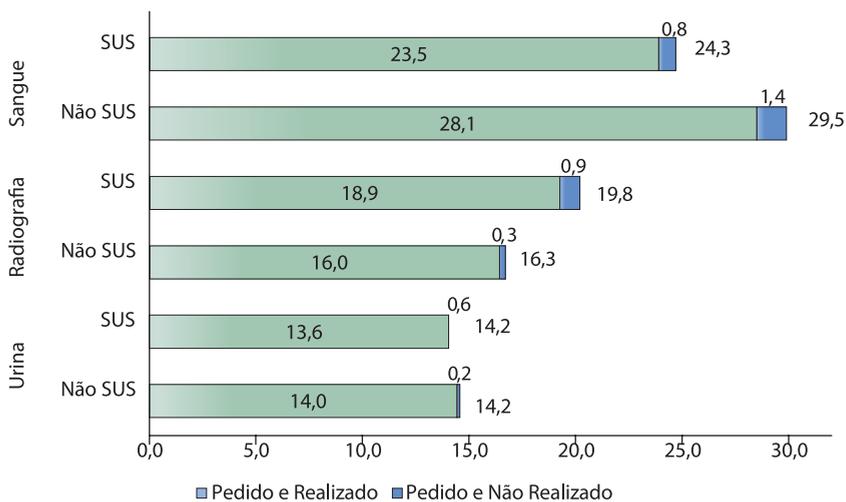
Segundo os Parâmetros Assistenciais do SÚS (PAS/SUS) do Ministério da Saúde, de 30 a 50% das consultas médicas podem gerar pedidos de exames complementares². No presente inquérito, observou-se que em 45,1% das consultas médicas dos últimos 15 dias foi solicitado algum exame complementar. Não houve diferenças estatisticamente significantes entre consultas do SUS (42,7% com pedido de exames) e não SUS (48,6%).

Os exames de patologia clínica (sangue e urina) e os de radiologia foram solicitados a grande percentual de usuários (Tabela 2), não parecendo haver diferenças importantes tanto na solicitação quanto na realização/agendamento entre os exames pedidos em consultas do SUS e não SUS. Considerando essa vinculação do serviço em que foi feita a solicitação, estão indicados na Figura 14 os percentuais de exames pedidos em consulta médica dos últimos 15 dias, distribuídos entre realizados ou agendados e não realizados ou não agendados.

Tabela 2. Exames solicitados em consulta médica dos últimos 15 dias. Projeto Acesso – Região Metropolitana da Baixada Santista, 2007.

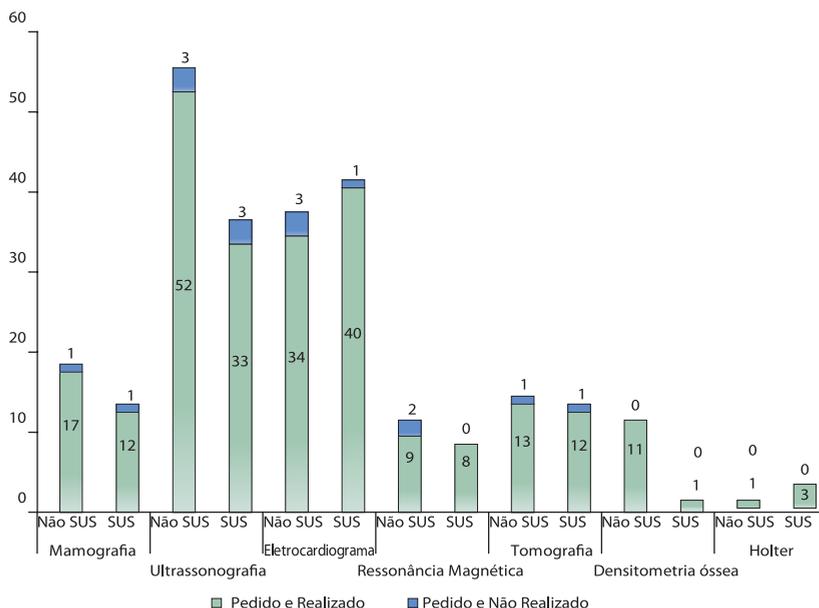
Exames	Pedidos	
	n	%
Sangue	301	26,5
Raio - X	199	18,3
Urina	171	14,2
Ultrassonografia	89	7,8
Eletrocardiograma/Encéfalograma	74	5,9
Tomografia	25	2,3
Mamografia	29	1,7
Ressonância Magnética	21	1,5
Densitometria Óssea	12	0,9
Holter	4	0,3

Figura 14. Exames solicitados em consulta médica dos últimos 15 dias, realizados e não realizados, segundo vinculação do serviço em que foi feito o pedido. Projeto Acesso – Região Metropolitana da Baixada Santista, 2007.



Quanto aos exames mais complexos, um primeiro aspecto que merece ser destacado é que a não realização destes foi pequena para todos os tipos de exames pedidos, em ambos os setores. Com exceção da densitometria óssea e da ultrassonografia, o padrão de solicitação dos exames foi semelhante (Figura 15).

Figura 15. Exames solicitados em consulta médica dos últimos 15 dias, realizados e não realizados, segundo vinculação do serviço. Projeto Acesso – Região Metropolitana da Baixada Santista, 2007.



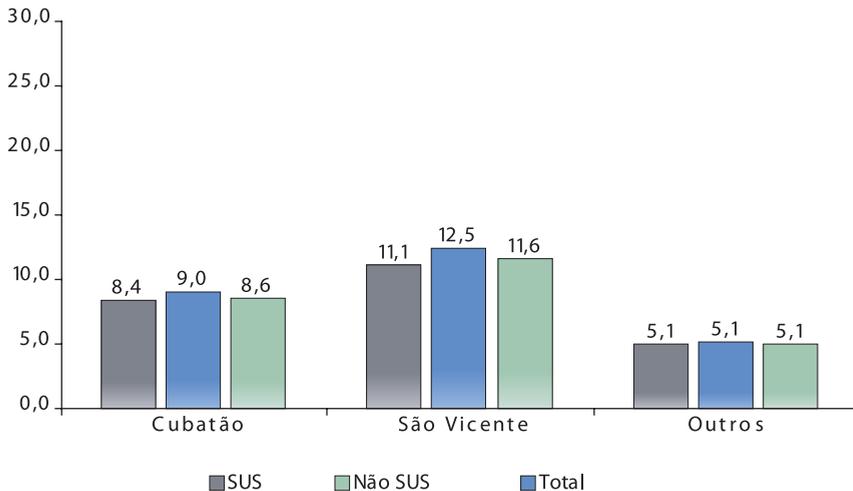
Avaliação dos serviços de saúde

Estudos sobre a satisfação de usuários de serviços de saúde têm sido amplamente valorizados porque, entre outras razões, já ficou demonstrado que usuários satisfeitos tendem a aderir ao tratamento prescrito, bem como a continuar utilizando ou retornando aos serviços de saúde bem avaliados. Os níveis de satisfação estão relacionados à facilidade de acesso aos serviços, à disponibilidade de insumos (principalmente medicamentos), ao tratamento recebido, à agilidade no agendamento e realização de consultas e exames, entre outros⁵.

Na RMBS, procurou-se conhecer como a população avalia os serviços de saúde utilizados regularmente, quanto à facilidade para chegar a ele e a distância a ser percorrida (Figura 16). Os resultados dessa avaliação foram diferentes em cada área. Perguntados como consideravam a ida ao serviço (muito fácil, fácil, regular, difícil, muito difícil), 8,6% da população de Cubatão e 11,6% da de São Vicente disseram achar difícil ou muito difícil. Para o conjunto dos municípios de Santos, Praia Grande e Guarujá, uma proporção menor (5,1%) de moradores avaliou dessa forma a ida ao serviço de saúde. A ampliação da rede básica de saúde ocorrida em Praia Grande nos últimos anos pode contribuir para explicar esta diferença⁹.

É importante notar que em todas as áreas, a avaliação foi a mesma para usuários regulares do SUS e de outros serviços.

Figura 16. Percentual de moradores que acham difícil a ida ao serviço de saúde, segundo área e vinculação do serviço de uso regular. Projeto Acesso – Região Metropolitana da Baixada Santista, 2007.

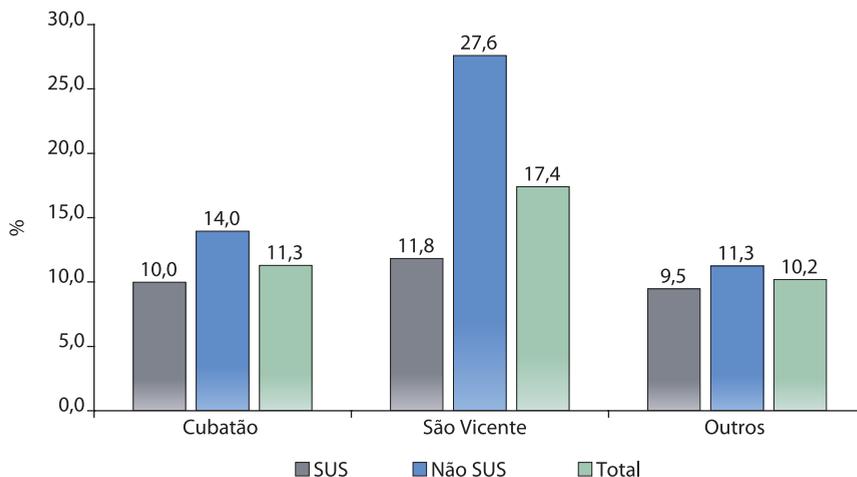


Quando indagados sobre a distância entre a residência e o serviço de saúde (muito longe, longe, média, perto, muito perto), os moradores das três áreas também tiveram respostas distintas. Nos municípios de Cubatão, São Vicente e, em conjunto, Santos, Guarujá e Praia Grande, 11,3%, 17,4% e 10,2%, respectivamente, acharam que o serviço fica longe ou muito longe (Figura 17). Entre os que têm essa avaliação, 19,6% utilizam mais de uma condução para fazer o trajeto entre o domicílio e o serviço de saúde.

Ao se comparar os resultados da avaliação do serviço utilizado regularmente pela população, observou-se que entre os usuários do SUS é menor a proporção de moradores que consideram que o serviço de saúde fica longe ou muito longe (10,1%) em comparação a usuários de serviços não pertencentes ao SUS (15,0%). Este achado aponta para um aspecto positivo do SUS no que respeita a estratégia de proximidade do usuário, caracterizando-o como um sistema de grande capilaridade. Ao mesmo tempo, decorre da lógica de organização do setor privado de saúde na região, o qual se concentra sobremaneira no município sede. Deste modo, é evidente que para a população moradora nos outros municípios e vinculada ao SSAM, os serviços sejam considerados mais distantes. Esta distância se reflete no número de conduções para se chegar ao serviço de saúde, pois 3,1% utilizam mais de uma condução para chegar ao serviço do SUS, enquanto entre os usuários não SUS, esse percentual é de 10,3.

Observou-se ainda que, dos usuários regulares do SUS, 70,6% locomovem-se para o serviço de saúde a pé ou de bicicleta. Os usuários de serviços não vinculados ao SUS acham longe, mas não acham difícil a ida ao serviço e uma das possibilidades explicativas dessa aparente contradição seria a facilidade de locomoção que essa população possui, com menor dependência do transporte público.

Figura 17. Percentual de moradores que acham longe o serviço de saúde, segundo área e vinculação do serviço de uso regular. Projeto Acesso - Região Metropolitana da Baixada Santista, 2007.



No entanto, o que mais chama atenção neste bloco de questões foram sem dúvida os resultados referentes à avaliação do atendimento recebido e do serviço utilizado feita por meio das perguntas “o que achou do atendimento recebido (consulta prestada) pelo profissional de saúde” e “o que achou do serviço de saúde onde foi atendido”.

Avaliação feita no país apontou que 86% dos usuários consideraram bom ou muito bom o atendimento recebido nos últimos 15 dias, 11,4% regular e 2,6% ruim ou muito ruim⁸. No presente inquérito, o atendimento foi avaliado como bom ou muito bom por 83% dos entrevistados, como regular por 10,5% e como ruim ou muito ruim por 5,6%. Os resultados foram, portanto, piores que os verificados para o país todo.

Os resultados indicaram, ainda, pior desempenho do SUS em relação ao SSAM, tanto em relação ao atendimento feito pelo profissional de saúde, quanto ao serviço de saúde. A avaliação do serviço foi ainda pior do que a do atendimento.

Figura 18. Percentual da população segundo avaliação do atendimento recebido nos últimos 15 dias e vinculação do serviço. Projeto Acesso – Região Metropolitana da Baixada Santista, 2007.

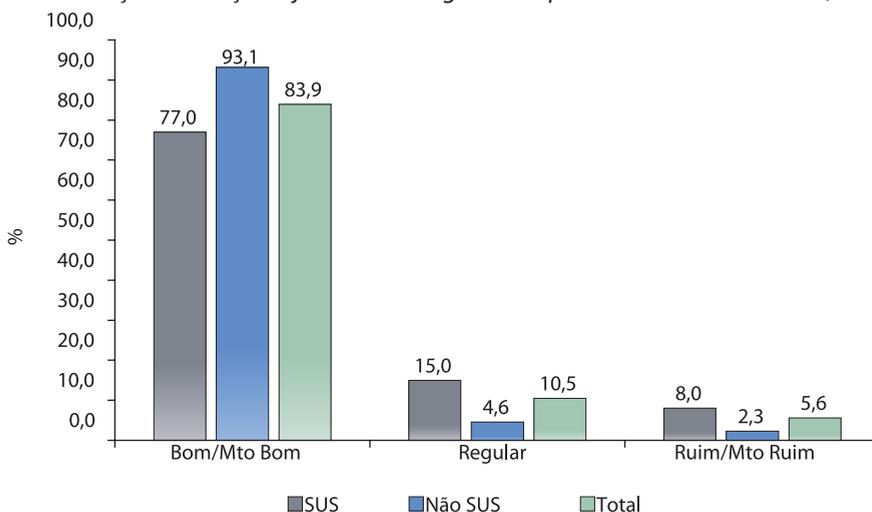
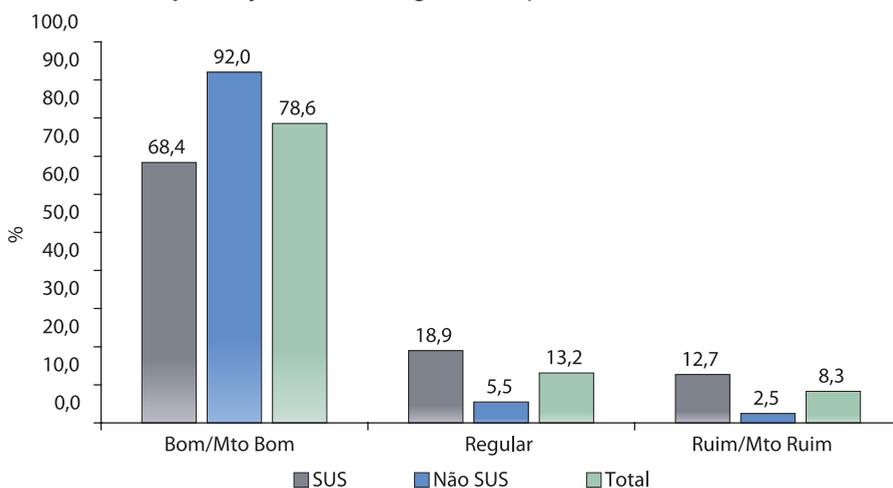


Figura 19. Percentual da população segundo avaliação do serviço utilizado nos últimos 15 dias e vinculação. Projeto Acesso – Região Metropolitana da Baixada Santista, 2007.

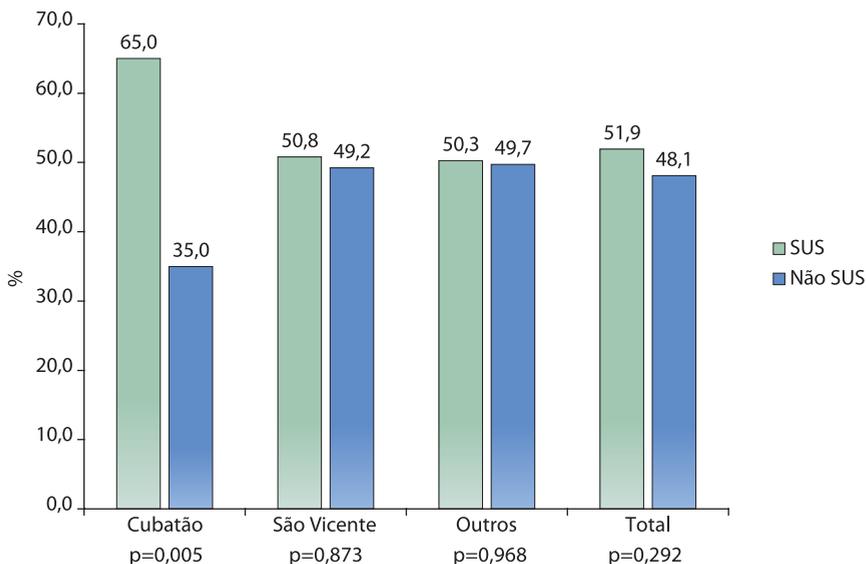


Internação

Internação nos últimos 12 meses foi referida por 8,0% da população, não havendo diferença entre as áreas estudadas (Figura 20). Esse mesmo percentual foi observado no Inquérito Multicêntrico no Estado de São Paulo¹⁴.

Em São Vicente e nos municípios de Santos, Praia Grande e Guarujá, cerca de metade das internações foi feita em hospitais vinculados ao SUS, mas em Cubatão essa participação foi de cerca de dois terços (65%), mais próxima à observada no Brasil, de 67,6%⁸.

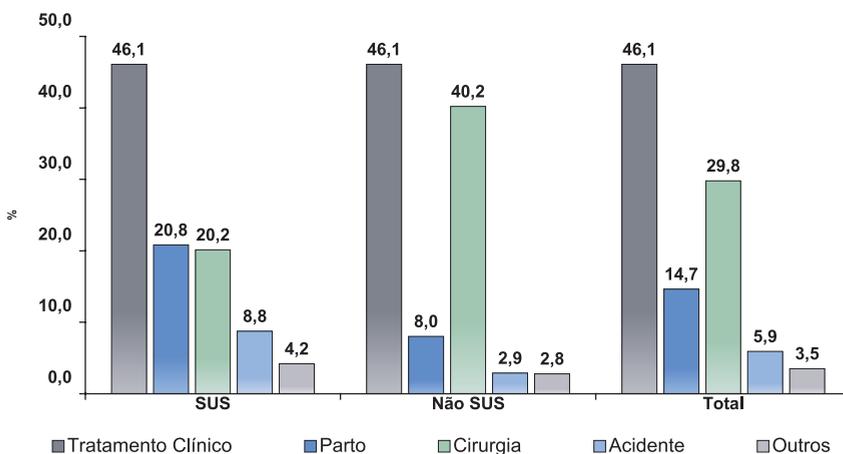
Figura 20. Moradores internados no último ano, segundo área e vinculação do serviço de internação. Projeto Acesso – Região Metropolitana da Baixada Santista, 2007.



Os motivos mais frequentes foram os tratamentos clínicos, responsáveis por quase metade das internações (41,6%), seguidos das cirurgias (29,8%) e dos partos (14,7%) (Figura 21). Foram referidas, ainda, internações para tratamento psiquiátrico (9 pessoas) e para a realização de exames (11 pessoas).

À exceção das internações para tratamento clínico, as outras ocorridas no SUS distribuem-se, segundo o motivo, diferentemente das internações não cobertas pelo SUS. Neste grupo, as cirurgias constituem o segundo motivo de internação (40,2%), enquanto que no SUS, os partos são o segundo motivo mais frequente de internação (20,8%).

Figura 21. Motivo da internação, segundo vinculação do hospital. Projeto Acesso – Região Metropolitana da Baixada Santista, 2007.



Considerações Finais

A partir do perfil de utilização de serviços da população residente nos municípios com mais de 100.000 habitantes na RMBS, identificado na presente investigação, pode-se depreender que:

1. Semelhante às outras regiões metropolitanas do estado de São Paulo, verifica-se a existência de elevada cobertura do SSAM, especialmente entre os maiores de 60 anos. No entanto, os dois subsistemas de saúde não são estanques, observando-se comunicação unilateral entre eles, ou seja, usuários do SSAM acessam serviços do SUS, inclusive com caráter regular. Desse modo, pode-se afirmar que o mix público-privado na assistência à saúde na região não se limita aos procedimentos de alto custo e aos de promoção da saúde, estendendo-se por todos os níveis de atenção.
2. Os usuários regulares do SUS provêm de famílias com chefes com baixa escolaridade e se classificam como pardos e pretos. Este perfil sugere que os serviços de saúde estão contemplando o princípio da equidade na região. No entanto, outras investigações precisam ser realizadas para a confirmação desta indicação.
3. Os achados indicam que um desafio importante para a consolidação do SUS na região reside em aumentar a capacidade de atração pelas unidades básicas da população adulta e especialmente daquela com mais de 60 anos.
4. Chama atenção que, apesar das condições socioeconômicas da região, em muito superiores à média nacional, o percentual daqueles que ao procurar atendimento de saúde nos últimos 15 dias obtiveram o atendimento buscado na primeira tentativa é inferior à média nacional observada em 2003. O percentual dos que não conseguiram foi maior para os que procuraram o SUS. Vale ressaltar que esse comportamento não foi o mesmo para todas as áreas, uma vez que em Cubatão não houve diferença entre os serviços considerados.
5. Uma fragilidade do sistema de saúde identificada neste estudo diz respeito ao tipo de serviço de saúde regularmente utilizado. Embora as UBS/USF sejam o principal serviço acessado pela população que utiliza regularmente o SUS, o percentual aferido na utilização rotineira de emergências e hospitais é superior ao referido pela parcela da população vinculada ao SSAM.
6. Quanto à avaliação do serviço procurado e do atendimento recebido, diversas considerações podem ser tecidas. Em primeiro lugar, nota-se que entre os usuários do SUS é menor a proporção de moradores que consideram que o serviço de saúde fica longe ou muito longe, indicando boa distribuição geográfica dos equipamentos na região. No entanto, a avaliação do atendimento foi pior do que a aferida para o país, em inquéritos nacionais. Quando analisados os serviços do SUS e os atendimentos nele realizados, os resultados da avaliação feita pelos usuários são ainda piores.
7. O perfil de internação foi diferente nas áreas avaliadas, sendo que em São Vicente e nos municípios de Santos, Praia Grande e Guarujá, cerca de metade das internações foram feitas em hospitais vinculados ao SUS, mas em Cubatão essa participação foi de cerca de dois terços, mais próxima à observada no Brasil.

Referências bibliográficas

1. Andersen RM. Behavioral model of families' use of health services. *Research Series no. 25*. Center for Health Administration Studies, University of Chicago, Chicago, 1968.
2. Capilheira MF, Santos IS. Fatores individuais associados à utilização de consultas médicas por adultos. *Rev. Saúde Pública* 2006. 40(3):436-443.
3. César CLG, Goldbaum M. Uso de serviços de saúde. In: César CLG, Carandina L, Alves MCGP, Barros MBA, Goldbaum M. Saúde e condição de vida em São Paulo – ISA. São Paulo: USP/FSP, 2005.
4. Donabedian, A. An introduction to quality assurance in health care. New York, Oxford University Press, 2003
5. Esperidião M, Trad, LAB. Avaliação de satisfação de usuários. *Ciênc. saúde coletiva*. 2005; 10: 303-312.
6. Fundação SEADE. Acesso e Utilização dos Serviços de Saúde - Pesquisa de Condições de Vida (PCV) 2006. Disponível em http://www.seade.gov.br/produtos/pcv/pdfs/acesso_servicos_de_saude.pdf. Acesso em 01/09/2008
7. Hulka BS, Wheat JR. Patterns of utilization: The patient perspective. *New England Journal of Medicine*. 1985; 23(5):438-460.
8. IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra Domiciliar. *Síntese de Indicadores de 2003*. Disponível em <http://www.ibge.com.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2003/comentarios2003.pdf>
9. Lopes EZ. A Implantação do Programa de Saúde da Família no município de Praia Grande, RMBS, Dissertação de Mestrado apresentada na Universidade Católica de Santos, 2005.
10. Marcus AC, Siegel JM. Sex differences in the use of physicians services: a preliminary test of the fixed role hypotheses. *Journal of Health and Social Behaviour*. Sep. 1982; 23:186-197
11. NCHS - National Center for Health Statistics. Health, United States, 1995. Public Health Service, Hyattsville, Maryland, 1996.
12. Pinheiro RS e Travassos C. Estudo da desigualdade na utilização de serviços de saúde por idosos em três regiões da cidade do Rio de Janeiro. *Cad Saúde Pública*. 1999; 15(3): 487-496.
13. Puentes - Markides C. Woman and access to health care. *Social Science and Medicine*. 1992; 35(4):619-626.
14. São Paulo (Município). Secretaria Municipal de Saúde 2005. Boletim Ceinfo-Isa Capital. Disponível em <http://ww2.prefeitura.sp.gov.br//arquivos/secretarias/saude/morbidade/0018> Acesso em 01/09/2008.
15. Viacava F, Dach N, Travassos C. Os inquéritos domiciliares e o Sistema Nacional de Informações em Saúde. *Ciênc. saúde coletiva*. 2006; 11(4): 863-869.

O cenário do acesso ao sistema de saúde da Baixada Santista dos pacientes hipertensos e ou diabéticos

*Áurea Eleutério Pascalichio
Ana Aparecida Sanches Bersusa
Maria Mercedes Loureiro Escuder*

Introdução

A Hipertensão Arterial (HA) e o Diabetes Mellitus (DM) são epidemias mundiais, o que torna o controle desses agravos um desafio para os sistemas de saúde de todo o mundo. O envelhecimento da população, assim como o modelo de desenvolvimento com a urbanização crescente e a adoção de estilos de vida pouco saudáveis, tais como o sedentarismo, a dieta inadequada e a obesidade, são os grandes responsáveis pelo aumento da incidência e prevalência dessas doenças no mundo.

Segundo estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS), o número de portadores de DM em todo o mundo era de 177 milhões em 2000, com expectativa de alcançar 350 milhões de pessoas em 2025. No caso da HA, o número de portadores chega a 600 milhões de pessoas nos dias de hoje^{1,2}.

Os dados apresentados apontam que o Brasil não se difere de outros países em desenvolvimento no mundo. A DM ocorria, na década de 80, em cerca de 8% da população de 30 a 69 anos de idade, residente em áreas metropolitanas brasileiras. Hoje estima-se que 11% da população com idade igual ou superior a 40 anos sofrem desse agravo, o que representa cerca de 5 milhões e meio de portadores (população estimada pelo IBGE 2005)^{3,2}.

Segundo o Censo Nacional de Diabetes⁴, realizado no ano 2000, o estado de São Paulo tem uma prevalência de diabetes de 9,7% nos indivíduos com idade entre 30 e 69 anos. Um inquérito domiciliar realizado em 2003⁵ apontou que, no município de São Paulo, a prevalência da DM é de 9,1% nessa mesma faixa etária.

A HA não foge a esta regra e segundo dados da Sociedade Brasileira de Hipertensão, estima-se que 30% da população adulta tenha hipertensão atualmente no Brasil^{3,2}.

Não há um estudo de prevalência de HA no estado de São Paulo, e sim apenas em algumas cidades como a Região Metropolitana da Grande São Paulo, estudadas no Inquérito Multicêntrico de Saúde no Estado de São Paulo (ISA)⁶. Esse estudo apontou uma prevalência em torno de 20% no grupo etário de maiores de 20 anos. Somado a essa pesquisa, um estudo desenvolvido por Souza⁷, apontou a prevalência de 16,9% para a mesma faixa etária.

Esses agravos geralmente levam a outras complicações cardiovasculares importantes, tais com o acidente vascular cerebral (AVC), infarto agudo do miocárdio (IAM), insuficiência cardíaca (IC), insuficiência vascular periférica, insuficiência renal e cegueira. Seu tratamento implica em um elevado custo financeiro para o país, como ocorreu em 2005 com 1.180.184 internações por doenças cardiovasculares, tendo custo global de R\$ 1.323.775.008,28³.

Os agravos, co-morbidades e custos associados à dor, ansiedade e menor qualidade de vida, afetam tanto os doentes quanto as suas famílias. Representam também uma carga adicional à sociedade, em decorrência da perda de produtividade no trabalho, aposentadoria precoce e mortalidade prematura, com repercussão nos dados da seguridade social do país.

Considerando a elevada carga de morbi-mortalidade dessas doenças, a prevenção dos agravos DM e HA e de suas complicações é hoje considerada uma prioridade de saúde pública³. No Brasil, o DM associado à HA é responsável pela primeira causa de mortalidade e de hospitalizações, de amputações de membros inferiores e representa ainda 62,1% dos diagnósticos primários em pacientes com insuficiência renal crônica submetidos à diálise^{1,2}.

Assim, é imperativo que os governos orientem seus sistemas de saúde para lidar com as pessoas que estão inseridas numa sociedade com diferentes estilos de vida e de comportamento, seja em relação a dietas nutricionais, seja no que diz respeito ao acesso à assistência, sobretudo no sentido de reduzir a iniquidade de acesso a serviços de qualidade. O Ministério da Saúde tem implementado diversas estratégias de saúde pública, para prevenir essas doenças e suas complicações, por meio do cuidado integral de forma resolutiva e com qualidade².

Em 2001, foi implantado o Plano de Reorganização da Atenção à HA e ao DM, que visa garantir uma cobertura universal eficiente a partir da Atenção Básica aos portadores dessas doenças crônicas, dentro do princípio organizacional da integralidade⁸.

Como aprimoramentos desse plano, a partir de 2003, surgiram outras estratégias agregadas, dentro de uma política de atenção integral e integrada a esses agravos, tais como: o Programa de Saúde da Família (PSF) em grandes centros urbanos; a Política de Promoção da Saúde com enfoque para doenças crônicas; a Política Nacional de Alimentação e Nutrição, com ênfase na ação de combate ao sedentarismo; a Política de Assistência Farmacêutica, com garantia de abastecimento de medicamentos e insumos na rede; e a Política Nacional de Informação em Saúde que articula e integra sistemas de informações para geração de indicadores que permitirão a avaliação de impacto⁹. Portanto, diante deste cenário, considerou-se importante incluir este tema no Inquérito Domiciliar sobre Acesso a Serviços de Saúde, cujos resultados serão apresentados a seguir.

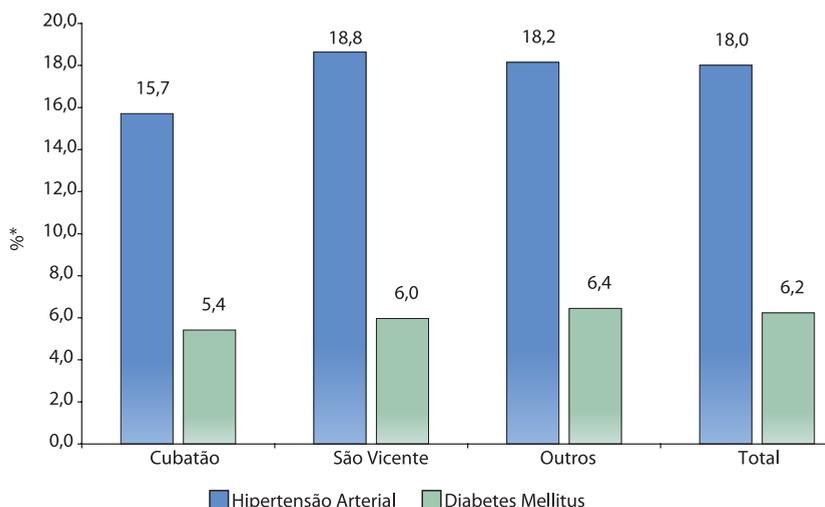
Resultados

As questões relacionadas a hipertensão e diabetes foram baseadas no instrumento de coleta de dados da Pesquisa Nacional por Amostragem Domiciliar (PNAD). Perguntou-se se o entrevistado era portador da doença e se foi diagnosticado pelo médico. Além disso, foram formuladas perguntas sobre atividade física e dieta, importantes medidas para o controle da hipertensão e da diabetes.

Prevalência de hipertensão e diabetes

Encontrou-se entre os entrevistados de todas as idades uma prevalência de hipertensão de 18,0% e de 6,2% para diabetes mellitus. Entre as pessoas de 30 a 69 anos, a prevalência de HA passa a 27,7% e de DM a 7,7%, não havendo diferença estatística entre Cubatão, São Vicente e os outros municípios estudados. Como comparação, vale apontar que a prevalência de DM nas capitais brasileiras varia, segundo o censo de Diabetes, entre 5,2% em Brasília, até 9,7% em São Paulo⁴.

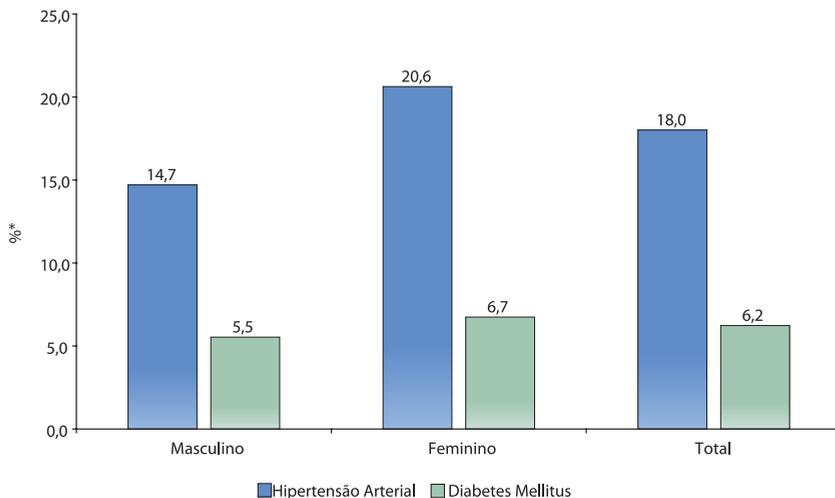
Figura 1. Prevalência Geral de HA e DM, segundo municípios. Projeto Acesso - Região da Baixada Santista - 2007



Verificou-se também que a idade onde há maior prevalência de HA e DM está entre 50 a 69 anos, não diferindo dos dados publicados tanto pela Sociedade Brasileira de Hipertensão como a Sociedade Brasileira de Diabetes ^{3,4}.

Em relação ao sexo, houve diferença na prevalência de HA. Entre as mulheres, 20,6% referiram ter hipertensão arterial, enquanto entre os homens esse percentual foi de 14,7%. As mulheres também apresentaram maior prevalência de DM (6,7% para as mulheres e 5,5% para os homens). A hipertensão e a diabetes acometem ambos os sexos, mas a maioria dos estudos revela um predomínio entre as mulheres. A literatura mundial sugere taxas de HA mais elevadas para homens até os 50 anos e para mulheres a partir dos 60 anos. ^{10,11}.

Figura 2. Prevalência Geral de HA e DM, segundo sexo. Projeto Acesso - Região da Baixada Santista - 2007



A prevalência simultânea de HA e DM também foi medida no inquérito da RMBS e foi referida por 2,8% da população, principalmente na faixa etária de 70 anos e mais no sexo feminino. Em estudo recente¹², verificou-se que indivíduos hipertensos apresentam risco cerca de três vezes maior para o desenvolvimento do DM, se comparados à população sem tais fatores de risco. Portanto, a co-morbidade desses agravos acaba ocorrendo com muita frequência em nossa população. Uma assistência específica para a população na Atenção Básica pode, no mínimo, retardar o aparecimento dessa co-morbidade ou propiciar condições para que o indivíduo seja capaz de tê-la de forma controlada.

Quanto ao nível de escolarização, o presente inquérito detectou diferenças nas prevalências de HA entre a população alfabetizada e não alfabetizada. Verificou-se que a população que não sabe ler e escrever tem uma prevalência de HA de 28,6%, enquanto que na população que sabe ler e escrever esse percentual é de 18,6%, com uma diferença estatisticamente significativa. Para os diabéticos, a prevalência é de 14,2% e 6,1%, respectivamente.

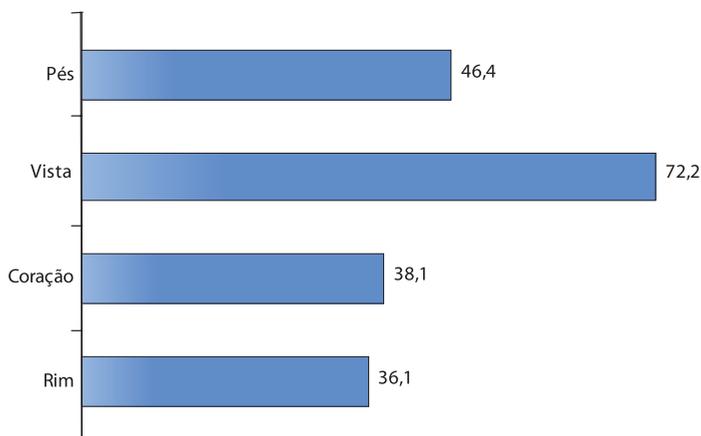
Procurou-se analisar neste estudo as atitudes dos portadores de HA em relação a alimentação e outros cuidados específicos adotados frente ao seu problema de saúde, com os seguintes resultados:

- 34,2 % não fazem dieta com restrição de sal;
- 81,0 % não fazem dieta para perder ou manter peso;
- 75,9 % não fazem atividade física regularmente;
- 26,7 % não tomam medicação de rotina;
- 12,9% tomam medicação apenas quando os problemas se manifestam.

Questões semelhantes foram colocadas aos pacientes com diabetes, com resultados similares:

- 24,3% não fazem controle dietético;
- 76,8% não fazem regime para perder ou manter peso;
- 76,8% não fazem atividade física regular;
- 14,2% fazem uso rotineiro de insulinoterapia, 2,3% só utilizam a insulina quando os problemas se manifestam; 89,0% tomam medicação oral de rotina e 5,6% só quando os problemas se manifestam.

Figura 3. Percentual de complicações em decorrência do diabetes referidas pelos entrevistados. Projeto Acesso - Região da Baixada Santista – 2007

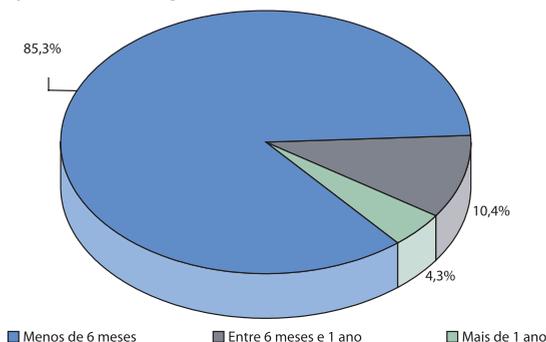


Acesso aos serviços e cuidados de saúde

A pesquisa incluiu na entrevista questões sobre o acesso a serviços de saúde e alguns cuidados esperados aos portadores de hipertensão e/ou de diabetes: aferição de pressão arterial, acesso a medicamentos específicos, participação nos grupos nos serviços de saúde, visita domiciliar entre os pacientes cadastrados no PSF ou PACS e regularidade na assistência médica.

Medir pressão: Em relação à aferição da pressão arterial, 85,3% dos entrevistados que referiram hipertensão mediram a pressão nos últimos 6 meses, 10,4% entre 6 meses e 1 ano e 4,3% há mais de 1 ano.

Figura 4. Percentual dos entrevistados com HA que já mediram a pressão, segundo período da última medição. Projeto Acesso - Região da Baixada Santista - 2007

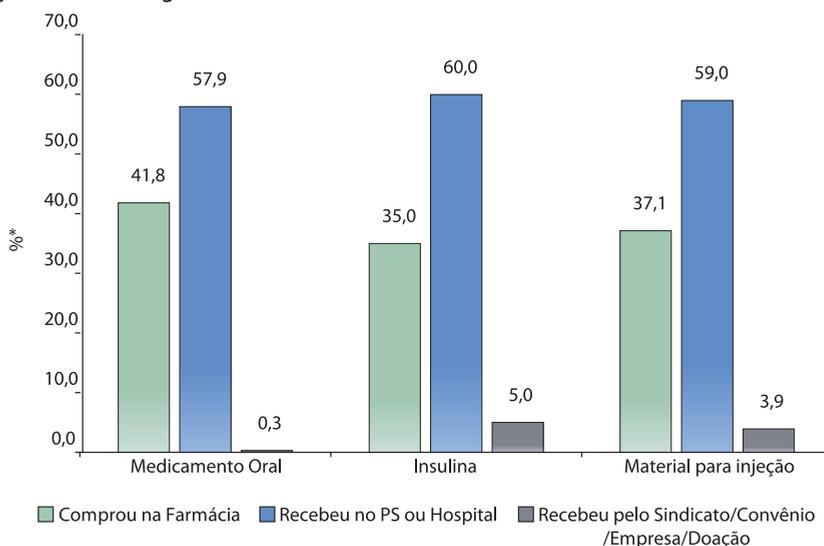


Medicamentos: Quanto ao acesso aos medicamentos específicos, 99,4% dos portadores de HA tiveram a prescrição do medicamento realizada pelo médico. Os medicamentos foram predominantemente adquiridos na farmácia (62,8%) ou recebidos no serviço de saúde (42,6%), lembrando que o entrevistado, nesta questão, podia optar por mais de uma resposta. Há que se considerar que nem todos os medicamentos que são prescritos pelos médicos para o tratamento da hipertensão estão disponíveis na rede pública. Soma-se a essa condição, que os pacientes tomam medicamentos para as co-morbidades e complicações, fazendo com que grande parte deles tenha que ser comprado.

Além da prescrição e obtenção do medicamento, este estudo também avaliou a frequência do consumo do fármaco pelos pacientes com hipertensão: 79,3% referem ter tomado algum medicamento anti-hipertensivo na última semana. Entre aqueles que não tomaram medicamento na última semana, 27,3% tem o esquecimento como a causa principal.

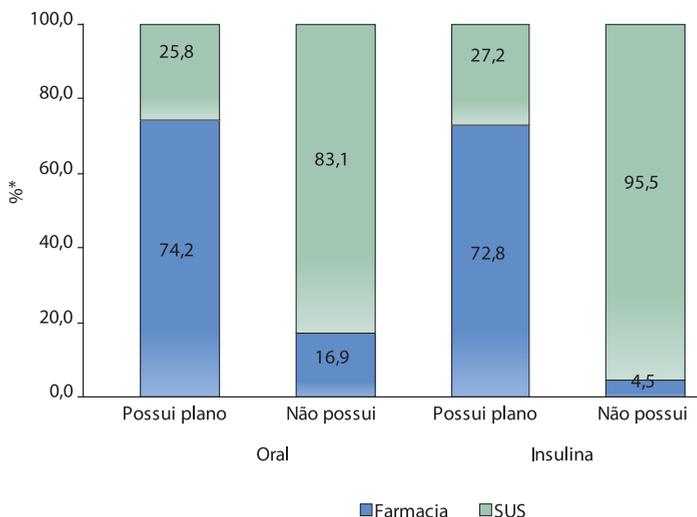
Entre os entrevistados com diabetes, 75,6% disseram ter tomado medicamento oral no último mês e 18,1% referem ter tomado insulina. O medicamento oral foi obtido no posto de saúde ou hospital em 57,9% dos que tomaram, e a insulina foi obtida nesses serviços por 60,0% dos pacientes.

Figura 5. Percentual de como os entrevistados com DM adquiriram medicamentos. Projeto Acesso - Região da Baixada Santista – 2007



O fato de possuir ou não plano de saúde mostrou-se associado estatisticamente com o modo de obtenção de medicamento oral ou insulina entre os pacientes com diabetes. A obtenção da insulina em serviços de saúde do SUS se deu em 95,5% dos diabéticos sem plano de saúde e em 25,8% dos que declararam possuir plano de saúde ou convênio.

Figura 6. Percentual de como os entrevistados com DM adquiriram medicamentos entre os que possuem ou não plano de saúde. Projeto Acesso - Região da Baixada Santista – 2007

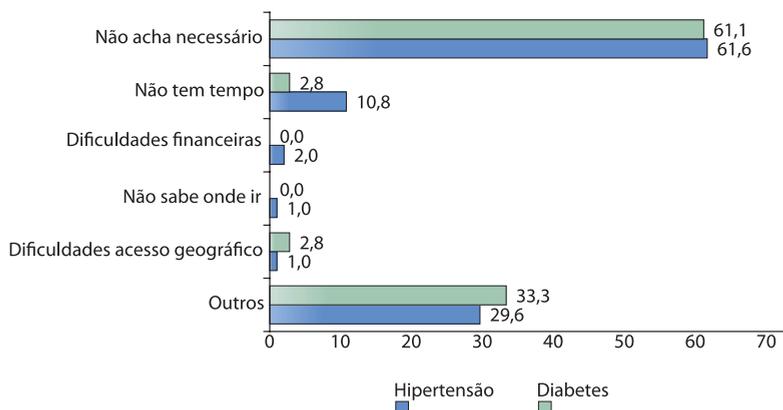


Consulta médica: A atenção médica foi outro tema abordado no inquérito. Verificou-se que 68,8% dos entrevistados com hipertensão procuram o médico de forma rotineira.

neira e 11,4% só procuram em caso de emergência. Entre os diabéticos, a regularidade é um pouco maior, 76,9% visitam o médico rotineiramente, enquanto que somente 9,6% procuram o médico quando tem problemas. A proporção de procura regular por consulta médica é semelhante entre os indivíduos que têm plano de saúde e os que não têm.

O motivo mais freqüente de não procurar o médico rotineiramente foi por achar desnecessário, 61,6% das pessoas com hipertensão e 61,1% entre os diabéticos.

Figura 7. Motivos pelos quais as pessoas com hipertensão ou diabetes não procuram o médico regularmente.



A visita ao médico no último ano foi referida por 85,3% e 87,4% das pessoas com hipertensão e diabetes, respectivamente. Por outro lado, 6,4% foram ao médico pela última vez há dois anos ou mais por causa da hipertensão e 3,2% por causa da diabetes. A regularidade da consulta médica está relacionada com a adesão dos pacientes ao tratamento de doenças crônicas. Estudos mostram que os pacientes que mais procuram os prontos socorros são aqueles que referem ter deixado de tomar o anti-hipertensivo pelo custo das medicações ou por esquecimento e efeitos indesejáveis^{13,14}.

Participação em atividades de grupo em serviços de saúde: Outra atividade avaliada neste estudo refere-se à participação dos portadores de HA em grupos educativos para o controle de sua doença. Verificou-se que 93,4% não participam desta atividade. Proporção semelhante foi encontrada entre os que se declararam portadores de diabetes, 90,7%. Não houve diferenças entre os que possuíam ou não planos de saúde. Esse tipo de cuidado é recomendado pelas sociedades brasileiras de cardiologia e de diabetes, como essencial para que o tratamento dessas doenças seja mais efetivo³. “O Ministério da Saúde, ao definir as diretrizes para a construção da Programação Pactuada e Integrada (PPI)¹¹,” recomenda pelo menos 6 atividades educativas para grupos de até 15 pacientes/ano. Além disso, nos programas que têm a saúde da família como modelo de atenção (PSF e PACS), a formação de grupos nos agravos como DM e HA é considerada uma de suas mais importantes diretrizes.

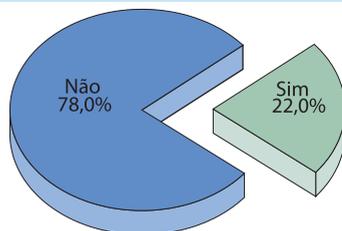
É claro que um controle mais adequado do agravo propicia condições ao paciente para diminuir as complicações e na mesma proporção, a procura de serviços de saúde, dando oportunidade ao acesso de outros pacientes, aumentando assim a demanda dos

serviços para a população em geral.

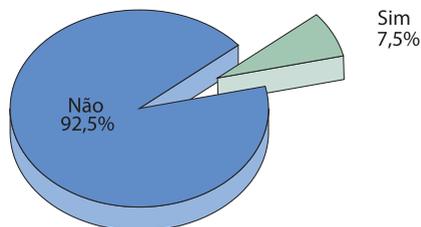
Atenção Básica: O inquérito mostrou que 17,4% dos hipertensos referiram ser cadastrados no PSF e 7,0% no PACS. Entre as pessoas com diabetes, 20,0% declararam que são cadastradas no PSF e 9,1% no PACS. A visita domiciliar foi outra ação explorada no estudo, que é tida como uma atividade de destaque na estratégia do Programa Saúde da Família.

A maior parte dos entrevistados com hipertensão ou com diabetes cadastrados no PSF referiu não receber visita regular de um profissional de saúde por causa dessa doença, em 78,0% e 78,8% respectivamente. Entre os cadastrados no PACS, as visitas são mais raras:

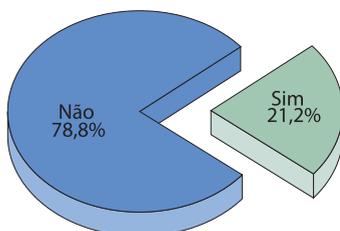
Proporção de entrevistados hipertensos, cadastrados no Programa de Saúde da Família que receberam visita de Profissional de Saúde, 2007 (n=179):



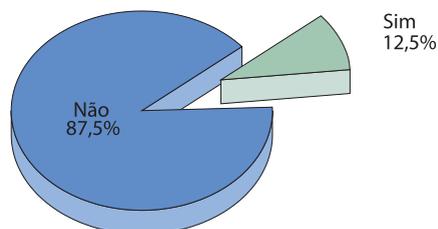
Proporção de entrevistados hipertensos, cadastrados no Programa de Agentes Comunitários que receberam visita de Profissional de Saúde, 2007 (n=63):



Proporção de entrevistados diabéticos, cadastrados no Programa de Saúde da Família que receberam visita de Profissional de Saúde, 2007 (n=48):



Proporção de entrevistados diabéticos, cadastrados no Programa de Agentes Comunitários que receberam visita de Profissional de Saúde, 2007 (n=21):



Discussão

A Programação Pactuada e Integrada é um documento norteador da assistência à saúde com revisão anual, onde se encontram descritas as principais atividades e metas para o controle e prevenção de doenças (inclusive HA e DM), a serem desenvolvidas por todas as secretarias estaduais e municipais de saúde do país. Tem como objetivo diminuir os índices de morbi-mortalidade, aumentar a qualidade de vida e garantir o acesso da população aos serviços de saúde. Segundo a PPI, o paciente portador de hipertensão deve ter, no mínimo, 6 consultas enfermagem/ano e 2 consultas médica/ano, que são os profissionais responsáveis pela

aferição da pressão arterial. Os dados sugerem que ainda há uma distância grande entre o que está normatizado e a execução das ações, considerando-se que a aferição da pressão arterial é um procedimento básico e de extrema importância para o tratamento desse agravo¹¹.

O tratamento do DM e da HA requisita uma vinculação do paciente às unidades de atendimento, garantindo assim o diagnóstico precoce e o atendimento por profissionais capacitados, uma vez que o controle desses agravos evita complicações ou, ao menos, retardam a progressão das já existentes. Além disso, o maior contato com o serviço de saúde promove maior adesão ao tratamento. A estratégia do PSF parece reforçar essa necessidade¹⁵.

A avaliação do acesso à saúde do hipertenso neste estudo nos remete a três reflexões básicas. A primeira diz respeito à implantação, de fato, do PSF e o cumprimento dos parâmetros básicos da assistência ao hipertenso ditados pela PPI, que pelos achados indicam que não vem sendo cumprida a contento. Como a PPI define padrões básicos de assistência à população portadora de DM e HA, entende-se que, mesmo que programas que têm a Saúde da Família como paradigma de atenção (PSF e PACS) estejam implantados e dêem cobertura à uma parcela significativa da população, vale questionar a qualidade da assistência prestada, assim como a eficiência desses programas no controle desse tipo de agravo.

A segunda é sobre o efeito positivo que as ações educativas podem ter para esse grupo de pacientes e foi muito pouco referida entre os entrevistados. No capítulo 6, referente à ação do PSF, fica claro mais uma vez a não participação da população nas atividades educativas desenvolvidas por esse programa. Na medida em que essa é uma das principais diretrizes para o controle de agravos crônicos, tais como os que são objeto desse texto, a não participação da população nos grupos de discussão e de educação demonstra que, apesar de se constatar a importância e eficácia das ações educativas, deve-se repensar as estratégias e materiais que vêm sendo utilizados, os meios e possibilidades de atuação dos agentes responsáveis por essas ações e fundamentalmente os modelos de educação em saúde nos quais essas ações estão baseadas.

A terceira reflexão diz respeito à necessidade dos serviços da Atenção Básica alterarem e expandirem o horário de atendimento à população, tornando-o flexível para que todos possam ter o acesso e se beneficiar com o controle efetivo de sua pressão arterial. Se os serviços de saúde no geral e as equipes da saúde da família trabalharem exclusivamente nos horários tido como “comercial”, nos parece óbvio que grande parte da população não terá acesso a esse serviço. Portanto, essa é uma questão de organização do serviço que limita o alcance e as possibilidades dessas ações e, nesse sentido, deve ser vista como prioritária para os gestores.

Considerações finais

O cenário exposto demonstra que a assistência ao portador de HA e DM precisa ser incorporada rapidamente no cotidiano das ações de saúde, pois a epidemia desses agravos está dada e os profissionais precisam encontrar soluções rápidas.

Para além da assistência direta aos pacientes portadores de HA e DM, governo e gestores tem que ampliar o escopo de ação à população em geral e aqueles que já manifestaram a doença, com desenvolvimento de políticas urbanas de promoção de saúde, já que as duas doenças andam pari passo e questões como o estilo de vida moderno e competitivo; dificuldades constantes de dinheiro e emprego; dietas inadequadas, falta de tempo e

locais para realizar exercícios físicos e lazer; alterações rápidas da vida familiar, são fatores de risco determinantes para o desenvolvimento desses agravos.

Além disso, o presente estudo mostrou que algumas ações que são consideradas como prioritárias para o controle desses agravos e pilares nas ações do Programa Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde, tais como os grupos de discussão e as ações educativas, devem ser repensadas, na medida em que, como ficou evidente, não atingem os indivíduos portadores desses agravos e a população em geral.

O estudo na Baixada Santista permitiu analisar aspectos do acesso a serviços de saúde com vistas à integralidade da assistência. Os resultados apresentados mostram o cenário que esses pacientes vêm enfrentando com a dificuldade de ser portador de HA e/ou DM nesse país. Mostram também alguns aspectos da organização dos serviços e de modelos e métodos adotados, que devem ser vistos como desafios e prioridade por parte dos gestores nos diversos níveis de gestão do SUS.

Referencias Bibliográficas

1. Sociedade Brasileira de Hipertensão; Sociedade Brasileira de Cardiologia; Sociedade Brasileira de Nefrologia. IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. Campos do Jordão (São Paulo); 2002.
2. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica – Diabetes série A n16. Brasília, 2006.
3. Sociedade Brasileira de Cardiologia; Sociedade Brasileira de Hipertensão; Sociedade Brasileira de Nefrologia. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. Campos do Jordão (São Paulo); 2006.
4. Sociedade Brasileira de Diabetes. Estimativa da População Diabética Brasileira: O Censo de diabetes 2006. [Acesso em: 2007 nov 11] Disponível em: http://www.diabetes.org.br/imprensa/estatisticas/documents/calculo_dibeticos.swf
5. Goldenberg P, Schenkman S, Franco LJ. Prevalência de Diabetes Mellitus: diferenças de gênero e igualdade entre os sexos. *Rev. Bras. Epidemiol.* 2003; 6(1):18-28.
6. Cesar CLG, Carandina L, Alves MCGP, Barros MB de A, Goldbaum M. Saúde e condição de vida em São Paulo: Inquérito Multicêntrico de Saúde no Estado de São Paulo. 1º edição. São Paulo. (USP – Faculdade de Saúde Pública); 2005.
7. Souza JGG. Hipertensão arterial referida e uso de anti-hipertensivos em adultos na cidade de São Paulo, 2003: um estudo de base populacional [dissertação]. São Paulo. Faculdade de Saúde Pública; 2006.
8. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde. Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus, Manual de hipertensão arterial e diabetes mellitus. 2001:2-104.
9. Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. Avaliação do plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus no Brasil. 2004:3-64.

10. Noblat ACB, Lopes, MB, Lopes GB, Lopes AA. Complicações da hipertensão arterial em homens e mulheres atendidos em um ambulatório de referência. *Arq.Bras. de Card.* 2004; 83(4): 308-13.
11. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle, Coordenação e Programação da Assistência. Diretrizes para a Programação Pactuada e Integrada da Assistência à Saúde. 2006; Série Pactos pela Saúde; 5(2).7-152.
12. Mion Júnior D, Pierin AMG, Bambilra AP, Assunção JH, Montenegro JM, Chinen RY, et al. Hypertension in employees of a University General Hospital. *Rev Hosp Clin Fac Méd Univ São Paulo.* 2004; 59: 329 - 36.
13. Santos ZM de AS, Frota MA, Cruz DM, Holanda SDO. Adesão do paciente hipertenso ao tratamento: análise com abordagem interdisciplinar. 2008 Ver Texto&Contexto [periódico internet] 2006. [acesso em 2008 Jan 31]. [aproximadamente 10p.] Disponível em: www.textoecontexto.ufsc.br/include/getdoc.php?id=148&article=55&mode=pdf
14. Sanchez CG, Pierin AMG, Mion Junior D. Comparação dos perfis dos pacientes hipertensos atendidos em pronto socorro e em tratamento ambulatorial. *Rev. Esc. Enferm USP.* 2004; 38 (1):90-814
15. Garcia MAA, Yagi GH, Souza CS, Odoni APC, Frigério RM, Merlin SS. Atenção à saúde em grupos sob a perspectiva dos idosos. *Rev Latino-am Enfermagem.* 2006;14(2):175-182

Consumo de álcool na Baixada Santista

*Maria de Lima Salum e Morais
Maria Theresa B. Pavão*

Segundo o relatório da 60ª Conferência Mundial de Saúde¹⁶, o uso prejudicial do álcool é considerado o quinto fator de risco para morte prematura e incapacidade no mundo. Estimativas de 2002 revelam que pelo menos 2.300.000 pessoas morreram no mundo por causas relacionadas ao álcool – o que corresponde a 3,7% da mortalidade global (6,1% em homens e 1,1% em mulheres). O impacto do consumo de álcool é maior nos grupos mais jovens, com 5% das mortes de pessoas abaixo de 60 anos de idade atribuídas a esse fator¹⁶.

A Organização Mundial de Saúde aponta ainda, que 10% da população dos centros urbanos consomem abusivamente substâncias psicoativas, independentemente da idade, sexo, nível de instrução e poder aquisitivo¹⁷. Segundo relatam Galduróz e Caetano¹¹ (2005), a prevalência de dependência de álcool em 107 cidades brasileiras em 2000 foi de 11,2%. No Brasil, segundo o Ministério da Saúde, 6% da população apresentam transtornos mentais graves decorrentes do uso de álcool e outras drogas psicoativas⁷.

Do consumo do álcool derivam problemas como pancreatite, hipertensão, cirrose, acidente vascular cerebral, problemas para o feto, acidentes domésticos, acidentes de carro, exposição à violência física, depressão, suicídio e alteração da performance no trabalho. Segundo Greve¹², 70% dos leitos do setor de traumatologia em hospitais públicos de todo o País são ocupados por acidentados no trânsito; 96% destes têm presença de álcool no corpo. Pesquisa realizada no IML de São Paulo registrou que, dos cadáveres examinados, 14,3% estavam alcoolizados no momento da morte¹⁵.

No ano de 2006, no estado de São Paulo, a taxa de mortalidade por causas externas foi de 68,07 por 100.000 habitantes. Na Baixada Santista, no mesmo ano, essa taxa foi de 70,35 quando computada por local de residência, subindo para 83,59 quando calculada por local de ocorrência. Provavelmente, a diferença se deve ao fato de lá haver várias estâncias turísticas que atraem um grande contingente de visitantes.

A partir da III Conferência Nacional de Saúde Mental⁶, realizada em 2001, o Ministério da Saúde assumiu a responsabilidade, de modo integral e articulado, de prevenir, tratar e reabilitar os usuários de álcool e outras drogas, enfrentando o problema como sendo da esfera da saúde pública, através da lei federal 10.216 de 2001³ e da portaria 816/GM de 2002⁴.

Dos pacientes tratados na rede primária de saúde no Brasil, 20% consomem bebidas alcoólicas (principal substância tóxica consumida) em nível considerado de alto risco⁷. Essas pessoas costumam ter seu primeiro contato com o serviço público de saúde através do clínico geral. No entanto, os casos são pouco e assistematicamente notificados pelos profissionais de saúde, o que impede o diagnóstico e tratamento adequados do problema, deixando passar o foco geral para o atendimento a doenças clínicas decorrentes da dependência, e não para o uso subjacente de drogas psicoativas. Constata-se, em

geral, um intervalo de cinco anos entre a primeira detecção do problema e a realização da primeira intervenção em saúde⁷.

A Política Nacional para a Atenção no Uso de Álcool e Outras Drogas⁷ considera que, para proporcionar tratamento na Atenção Básica, é necessário: fornecer educação em saúde para a população, envolvendo comunidades e famílias; garantir acesso a medicamentos; formar e qualificar recursos humanos em saúde para assegurar atendimentos adequados; estabelecer vínculos com outros setores; monitorar a saúde mental na comunidade, além de dar apoio à pesquisa. Pressupõe, ainda, que a assistência ao usuário de álcool e de outras substâncias psicoativas deve ser oferecida em todos os níveis de atenção, privilegiando os cuidados e os dispositivos extra-hospitalares, como os Centros de Atendimento Psicossocial para Álcool e Drogas (CAPS ad). O atendimento deve estar inserido no espectro de atuação do Programa de Saúde da Família, Programa de Agentes Comunitários de Saúde, Programa de Redução de Danos e na Rede Básica de Saúde. O documento também recomenda o aperfeiçoamento da assistência aos casos de maior gravidade em dispositivos de maior complexidade, como os serviços de emergências médicas, geral e psiquiátrica.

O atendimento das ocorrências de ordem toxicológica de consumo crônico é orientado como função específica dos CAPS (Centro de Atenção Psicossocial). Os CAPS, dentro da atual política de saúde mental do Ministério da Saúde, são considerados dispositivos estratégicos para a organização da rede de atenção em saúde mental⁵. No país, segundo informações divulgadas pelo Congresso Brasileiro de CAPS⁷, existiam, em 2004, 546 desses Centros, sendo 254 deles localizados na Região Sudeste. O estado de São Paulo concentrava, em 2005, 124 CAPS²². Em 2005, na Baixada Santista, os recursos ambulatoriais para atendimento à Saúde Mental consistiam em três ambulatórios de Saúde Mental, 17 CAPS, sendo três deles CAPS ad (álcool e drogas).

A política de atenção ao álcool e outras drogas prevê a constituição de uma rede que articule os CAPS ad e os leitos para internação em hospitais gerais (para desintoxicação e outros tratamentos). Estes serviços devem trabalhar com a lógica da redução de danos, como eixo central ao atendimento aos usuários/dependentes de álcool e outras drogas⁸.

Apesar de estratégico, o CAPS não é o único tipo de serviço de atenção em saúde mental. Aliás, a atenção em saúde mental deve ser feita dentro de uma rede de cuidados. Estão incluídos nesta rede: a Atenção Básica, as residências terapêuticas, os ambulatórios, os centros de convivência, os clubes de lazer, entre outros⁸.

Há diversos instrumentos utilizados para a avaliação de abuso/dependência de bebidas alcoólicas. Um dos questionários mais utilizados, em virtude da rapidez e praticidade da aplicação, é o CAGE¹⁴, que consta de quatro questões básicas a respeito da ingestão de álcool. O nome advém da sigla em inglês: C (*cut-down* – diminuir a ingestão), A (*annoyed* – aborrecido, irritado), G (*guilty* – culpado), E (*eye-opener* - despertar). Em geral, os estudos brasileiros consideram que duas ou mais respostas positivas às perguntas do CAGE indicam consumo problemático de álcool. O questionário não se propõe a diferenciar abuso de dependência e pode ser entendido como um instrumento de triagem. Segundo a literatura, como apontam Paz Filho et al¹⁸, sua sensibilidade varia de 43 a 100% e a especificidade, de 68 a 96%, conforme a amostra estudada. Masur e Monteiro¹⁴, que validaram o instrumento para o Brasil, encontraram uma sensibilidade de 88% e uma espe-

cificidade de 83%. Foi escolhido como instrumento para avaliação do consumo de álcool no presente trabalho, devido à facilidade de aplicação e de avaliação e à comparabilidade com os dados de outros estudos.

Em função da prevalência e da seriedade do problema de consumo abusivo do álcool, introduziu-se no projeto “Inquérito domiciliar sobre acesso a serviços de saúde em municípios do Estado de São Paulo” um bloco específico a respeito do tema (bloco C), dirigido à população maior de 12 anos entrevistada nos cinco municípios da Baixada Santista (Cubatão, São Vicente, Santos, Guarujá e Praia Grande) com os objetivos de verificar: a frequência de consumo de bebida alcoólica; a prevalência de indicadores de uso abusivo/problemático de bebidas alcoólicas através do questionário CAGE; a procura, acesso e utilização dos serviços de saúde por parte dos entrevistados com CAGE positivo ou que se considerassem com comportamento problemático em relação ao consumo de álcool.

Procedimento

O Bloco C (álcool) do inquérito foi aplicado a todos os entrevistados maiores de 12 anos, que responderam às seguintes perguntas:

Frequência de consumo

- a. Nos últimos três meses, tomou alguma bebida alcoólica? sim/não.

Em caso de resposta negativa a essa questão, o bloco era encerrado.

- b. Com que frequência toma bebida alcoólica?

Caso o entrevistado tenha respondido “menos de uma vez por mês”, ou “uma a duas vezes por mês”, o bloco era encerrado. Caso respondesse que ingeria álcool uma vez por semana ou mais, passava-se à aplicação do CAGE.

CAGE

Foram formuladas as seguintes questões:

- a. Costuma beber pela manhã para diminuir o nervosismo ou a ressaca?
- b. As pessoas o(a) aborrecem porque criticam seu modo de beber?
- c. Fica chateado(a) ou se sente culpado(a) pela maneira como costuma beber?
- d. Alguma vez sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida ou parar de beber?

Consideraram-se casos de CAGE positivo aqueles em que o(a) entrevistado(a) respondia afirmativamente a duas ou mais das perguntas acima¹⁴. As questões a respeito do acesso e utilização dos serviços de saúde só foram aplicadas a todas as pessoas que responderam ingerir álcool ao menos uma vez por semana.

Acesso e utilização dos serviços de saúde

- a. Nos últimos 12 meses, procurou ajuda ou tratamento para reduzir ou parar a ingestão de álcool?

- b. Onde procurou ajuda?
- c. Conseguiu ajuda ou tratamento?
4. (em caso positivo) Onde conseguiu ajuda ou tratamento?

Resultados

Responderam ao Bloco C (consumo de álcool) 5333 pessoas maiores de 12 anos. Dessas, 1099 relataram consumir bebida alcoólica ao menos uma vez por semana. A Tabela 1 mostra a frequência de ingestão de bebida alcoólica das 1099 pessoas, com o respectivo resultado do CAGE. Observou-se que, dentre as pessoas que disseram consumir bebida alcoólica ao menos uma vez por semana, a maioria (57,62%) o fazia de forma mais moderada, ou seja, em média apenas uma vez por semana; 24,98% declararam consumir álcool duas ou três vezes por semana e 11,49%, todo dia. Constatou-se, ainda, que o resultado do CAGE não está totalmente associado à frequência de ingestão de álcool. Um dado que chama a atenção é a porcentagem de casos de CAGE positivo entre pessoas que dizem beber de uma a três vezes por semana, quando comparadas àquelas que alegam beber com maior frequência.

Tabela 1. Frequência de ingestão de bebida alcoólica nos moradores da Baixada Santista conforme resultado do CAGE

Frequência	CAGE Negativo		CAGE positivo		Total	
	N	%	N	%	N	%
Todo dia	87	9,34	43	24,36	130	11,49
4 a 6 vezes por semana	49	4,68	21	13,3	70	5,91
2 a 3 vezes por semana	213	23,94	53	31,16	266	24,98
Uma vez por semana	578	62,03	55	31,19	633	57,62
Total	927	100	172	100	1099	100

A prevalência de CAGE positivo dentre os que responderam ao Bloco C (maiores de 12 anos) por município encontra-se na Tabela 2. O mais alto coeficiente observado foi na cidade de Cubatão. No quesito outros, estão incluídos os municípios de Santos, Praia Grande e Guarujá.

Tabela 2. Prevalência de CAGE positivo entre a população (maior de 12 anos) por município de residência

Município	CAGE positivo	
	N	%
Cubatão	59	3,91
São Vicente	65	3,11
Outros	48	2,77
Total	172	2,96

Na tabela 3, encontram-se sexo, idade e escolaridade dos informantes com CAGE positivo. A maioria é de homens (80,02% dos CAGE positivo, contra 19,98% entre as mulheres; $\chi^2 = 13,586$; $p < 0,01$), e as faixas etárias em que mais se concentraram os casos de CAGE positivo foram dos 56 aos 65 anos e, depois, dos 21 aos 35 anos ($\chi^2 = 620,9232$; $p < 0,001$). Quanto à escolaridade, encontrou-se maior prevalência de CAGE positivo em pessoas com ensino fundamental incompleto, seguido do completo e do nível superior incompleto ($\chi^2 = 139,4671$; $p < 0,001$).

Tabela 3. Porcentagens de casos de CAGE positivo conforme sexo, idade e escolaridade dos informantes

		N	Porcentagem
Sexo	Masculino	141	5,40
	Feminino	31	1,06
Faixa etária	12-15 anos	2	0,21
	16-20 anos	8	1,86
	21-25 anos	18	3,69
	26-35 anos	43	4,07
	36-45 anos	36	3,35
	46-55 anos	31	2,81
	56-65 anos	27	4,52
	66 anos e mais	7	1,53
Escolaridade	Sem escolarização	6	2,50
	Ensino fundam. incompleto	87	4,14
	Ensino fundam. completo	22	3,69
	Ensino médio incompleto	14	2,23
	Ensino médio completo	31	1,75
	Superior incompleto	8	3,80
	Superior completo	4	1,15

Quanto à procura por tratamento, verificou-se que um número muito pequeno de casos de CAGE positivo procurou tratar-se para reduzir ou parar a ingestão de álcool (Tabela 4), e que três casos de CAGE negativo também o fizeram.

Tabela 4. Pessoas que declararam beber ao menos uma vez por semana e procuraram tratamento para reduzir ou parar a ingestão de álcool.

	Casos de CAGE positivo	CAGE positivos que procuraram tratamento	CAGE negativos que procuraram tratamento	% dos CAGE positivos que procuraram tratamento
Cubatão	59	3	3	5,08
São Vicente	65	6	0	9,23
Outros	48	5	0	10,42
Total	172	14	3	8,14

A grande maioria das pessoas que procuraram tratamento conseguiram atendimento. Apenas três pessoas alegaram não ter conseguido tratamento: duas porque “não gostaram”, provavelmente da modalidade de tratamento oferecida, e uma “por displicência”. Verifica-se, pela Tabela 5, que os serviços mais procurados foram os Alcoólicos Anônimos e, a seguir, as instituições religiosas.

Tabela 5. Serviços procurados para tratamento por município

Instituição	Município			Total
	Cubatão	São Vicente	Outros	
Alcoólicos Anônimos	3	2	2	7
UBS	0	0	2	2
Consultório particular	0	0	1	1
Ambulatório empresa	0	1	0	1
Ambulatório especializado	0	2	0	2
Ambulatório de hospital	1	0	0	1
Instituição religiosa	1	3	0	4
Outra (casa de recuperação)	0	1	0	1
Total	5	9	5	19*

*O total excede o número de pessoas que disseram ter procurado tratamento (17), pois os entrevistados poderiam apontar mais de uma alternativa.

Discussão

Em primeiro lugar, é importante discutir a validade do questionário CAGE para apurar abuso e dependência alcoólica. A esse respeito, o presente estudo mostra alguns dados paradoxais. Por um lado, constatou-se um número relativamente grande de casos de CAGE positivo associados a um consumo de álcool declarado menos freqüente (uma a três vezes por semana), comparativamente ao número de pessoas que relataram beber todo dia ou de quatro a seis vezes por semana – o que pode indicar baixa sensibilidade do instrumento. Por outro lado, cerca de 90% das pessoas que procuraram ajuda para diminuir a ingestão de álcool tinha indicativo de CAGE positivo – o que aponta para a adequação do questionário como instrumento de triagem de uso abusivo de álcool.

Quanto aos indicadores de validade do CAGE para problemas relacionados ao uso do álcool, Rosa et al¹⁹, num estudo com adolescentes e adultos hospitalizados, verificaram que 51% dos pacientes CAGE positivo foram considerados por ter tido consumo abusivo de álcool conforme dados de prontuário médico, enquanto apenas 10% de casos de CAGE negativo tinham histórico de abuso de álcool. Na revisão de prontuários, verificou-se que 43% dos casos de CAGE positivo e 12% dos de CAGE negativo apresentavam doenças relacionadas ao uso do álcool. Amaral e Malbergier², em um estudo com funcionários de uma autarquia, constataram que houve menos falsos positivos no CAGE para indicação de abuso e dependência de álcool conjuntamente, do que apenas para a dependência dessa substância.

Duas perguntas do CAGE – ser criticado ou sentir-se culpado pelo modo de beber – podem indicar maior sensibilidade a críticas ou tendência à autocensura e não necessariamente abuso de bebidas alcoólicas, fato que pode dar margem a falsos positivos. Falsos negativos podem, em parte, ser explicados por tendência a negar o problema, evitar falar sobre ele ou a omitir as informações na presença do entrevistador. Rosa et al¹⁹ concluíram, em seu estudo, que os casos de CAGE positivo estavam associados ao consumo excessivo de álcool e que o questionário é um instrumento simples que auxilia na detecção de uso abusivo da bebida. Entretanto, devemos ressaltar que são necessárias informações complementares para um diagnóstico preciso.

Quanto à prevalência de uso problemático do álcool na presente pesquisa, medida segundo o CAGE, embora tenha havido variações conforme a faixa etária e o nível de escolaridade, a frequência média ficou abaixo do constatado em outros estudos. Em uma pesquisa com estudantes de ensino médio de Porto Alegre, Trois et al²⁰ encontraram uma prevalência de 8,3% de CAGE positivo, com relato de consumo semanal de álcool por parte de metade dos alunos – índices bem superiores aos verificados na presente amostra, respectivamente, 2,96% casos de CAGE positivo e 21% dos entrevistados com relato de consumo semanal de bebida alcoólica. Lima¹³, entrevistando pessoas de zona urbana, encontrou positividade para o teste CAGE em 4,2% da amostra (6,2% para homens e 2,5% para mulheres). Faria et al¹⁰, estudando agricultores da Serra Gaúcha, encontraram 6% de positividade no CAGE. Webster²¹, numa amostra clínica ambulatorial, constatou que 6,3% dos pacientes faziam uso nocivo do álcool. O dado mais contrastante foi encontrado por Domingos et al⁹, num estudo com universitários, que encontraram 23% dos estudantes apresentando problemas relacionados ao álcool.

Os dados que mais se aproximam dos encontrados no presente inquérito são os apresentados por Almeida e Coutinho¹, que, pesquisando uma amostra de 1459 pessoas maiores de 13 anos na cidade do Rio de Janeiro, encontraram uma prevalência de 3% de CAGE positivos (4,9% para homens e 1,7% para mulheres), semelhante à encontrada no total dos municípios estudados neste inquérito.

Quanto ao sexo dos informantes CAGE positivo, todos os estudos citados são uniformes em encontrar maior prevalência de abuso de álcool entre os homens. Já quanto à idade e ao nível de escolaridade, não há uniformidade nos achados.

Com respeito à escolaridade, Almeida e Coutinho¹ verificaram que quanto maior a escolaridade, maior o uso abusivo de álcool, com seu pico em pessoas com ensino médio completo e superior incompleto. Em relação ao presente estudo, apenas coincidem

os dados relativos a pessoas com curso superior incompleto. No entanto, como nosso N foi pequeno nessa categoria, talvez não possamos generalizar esse dado. Talvez seja possível afirmar com mais segurança, pois o N é maior, uma maior prevalência de CAGE positivo entre as pessoas com o ensino fundamental incompleto, o que está mais de acordo com dados de outras pesquisas: Faria et al¹⁰ encontraram, entre agricultores da Serra Gaúcha, que quanto maior o nível de escolaridade menor o nível de problemas com álcool; Amaral e Malbergier² verificaram maior prevalência de CAGE positivo entre funcionários de nível operacional.

Quanto à idade, os dados da literatura também não são uniformes: Webster encontrou que estão associados a CAGE positivo ser homem e ter menos de 40 anos; Amaral e Malbergier² apontam como um dos fatores de risco ter mais de 61 anos; Almeida e Coutinho¹ encontraram maior prevalência de abuso de álcool em pessoas entre 30 e 49 anos, diminuindo o índice com o aumento da idade. No presente inquérito, encontramos maior vulnerabilidade ao uso problemático de álcool em pessoas entre 56 e 65 anos, seguidas daquelas na faixa etária entre 26 e 35 anos. É possível supor que tanto os adultos jovens quanto aqueles em idade que corresponde ao declínio da produtividade encontrem-se mais propensos ao abuso do álcool: os últimos, talvez por se encontrarem no início de um período de maior ociosidade e os primeiros, possivelmente, por estarem enfrentando os desafios do início da vida produtiva e ainda freqüentando festas, bares e rodas onde a bebida é mais consumida. Entretanto, é necessário pesquisar melhor esse aspecto para levantar outras hipóteses e aceitar as mais plausíveis.

Em relação à procura por tratamento, verificou-se que, no máximo, 10% dos CAGE positivo (nos municípios de Santos, Praia Grande e Guarujá) o fizeram. Tal fato pode dever-se tanto à resistência em assumir o problema como doença, quanto à pouca sensibilidade dos serviços de saúde em orientar adequadamente casos de abuso de álcool e, ainda, à pouca iniciativa de busca ativa dos casos. Como afirmamos na introdução, via-de-regra, há pouco cuidado na investigação, por parte dos profissionais e serviços de saúde, da presença de indícios de dependência/abuso de bebidas alcoólicas e, conseqüentemente, falta de orientação e encaminhamento adequados dos casos. Ao passo que há maiores esclarecimentos para a opinião pública a respeito dos efeitos do tabagismo, observa-se a ausência de um papel mais ativo do setor saúde alertando para as conseqüências do abuso de álcool, apesar da notória gravidade do problema que repercute não só na vida do indivíduo, mas também naquela dos que o cercam.

Outro dado que mostra a “timidez” dos serviços de saúde em enfrentar o uso problemático do álcool é o tipo de serviço procurado pelos usuários. Em mais de um terço dos casos, os Alcoólicos Anônimos (AA) foi o serviço mais procurado, seguido de instituições religiosas. Embora se reconheça que os AA fazem um trabalho que traz bons resultados, é altamente preocupante constatar o uso baixíssimo da rede pública de serviços de saúde, principalmente em se considerando que há, na Baixada, três serviços especializados na detecção e tratamento de uso abusivo e dependência de álcool e outras drogas (CAPS ad).

Os resultados deste estudo mostram a importância de se investigar o uso abusivo do álcool e a necessidade de os serviços de saúde encontrarem formas mais eficazes de detectar e tratar o problema, antes que suas conseqüências sejam muito danosas ou até irreversíveis.

Referências

1. Almeida LM, Coutinho ESF. Prevalência de consumo de bebidas alcoólicas e de alcoolismo em uma região metropolitana do Brasil. *Rev Saude Publica*. 1993; 27: 23-29.
2. Amaral RA, Malbergier A. Avaliação de instrumento de detecção de problemas relacionados ao uso do álcool (CAGE) entre trabalhadores da Prefeitura do Campus da Universidade de São Paulo (USP) - Campus Capital. *Rev Bras Psiquiatr*. 2004; 26: 156-163, 2004.
3. Brasil. Presidência da República, Casa Civil. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 816/GM de 30 de abril de 2002.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação de Saúde Mental e Coordenação de Gestão da Atenção Básica. Saúde mental e atenção básica o vínculo e o diálogo necessários. Brasília; 2003.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília, 2002.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional para a Atenção no Uso de Álcool e Outras Drogas. Brasília; 2004.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde Mental Passo a Passo. Brasília, 2005. Disponível em www.saude.gov.br. Acessado em dezembro de 2005.
9. Domingos NAM, Domingos JCV, Alunos do 2º. Ano de Psicologia Noturno da UNORP, 2003. Levantamento sobre o uso de álcool e drogas em universitários. *Rev Bras Ter Cogn*. 2005; 1. Disponível em <http://pepsic.bvs-psi-org.br>. Acessado em outubro de 2007.
10. Faria NMX, Facchini LA, Fassa AG, Tomasi E. Estudo transversal sobre saúde mental de agricultores da Serra Gaúcha. *Rev Saude Publica*. 1999; 33: 391-400.
11. Galduróz JCF, Caetano G. Epidemiologia do uso de álcool no Brasil. Disponível em <http://www.propagandasembemebida.org.br/artigos>. Acessado em fevereiro de 2005.
12. Greve JMA. Álcool e vítimas de acidentes de trânsito no pronto-socorro central do HC-FMUSP. Divisão de Reabilitação do Instituto de Ortopedia do Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina, USP, São Paulo; 1999.
13. Lima M. Epidemiologia do uso de drogas lícitas e dos transtornos psiquiátricos menores em Pelotas. Tese de Doutorado. Universidade Federal de Pelotas. Pelotas; 1996.
14. Masur J, Monteiro MG. Validation of the "CAGE" screening test in Brazilian psychiatry inpatient hospital setting. *Braz J Med Biol Res*. 1983; 16: 215-218.
15. Nappo SA, Galduróz JCF. Psychotropic drug-related deaths in São Paulo City, Brazil. X World Congress of Psychiatry. Madrid, 1996.
16. OMS. Global assessment of public-health problems caused by harmful use of alcohol. Relatório da 60ª. Conferência Mundial de Saúde. 5 de abril de 2007. Disponível em: [www.ias.org.uk/resources/publications]. Acessado em novembro de 2007.

17. OMS/OPAS. Relatório sobre saúde mental no mundo. OMS/ONU, 2001. Disponível em [www.psiqweb.med.br/acad]. Acessado em fevereiro de 2005.
18. Paz Filho GJ, Sato LJ, Tuleski MJ, Takata SY, Ranzi CCC, Saruhashi SY, Spadoni B. Emprego do questionário CAGE para detecção de transtorno de uso de álcool em pronto-socorro. *Rev Ass Med Brasil*. 2001; 47: 65-69.
19. Rosa AA, Gonçalves SD, Stefani SO, Martins DD, Rosa AH, Azeredo RM, Schönell LH, Ruschel MM, Barros S.G.S. Percepção e registro de abuso de álcool e de doenças. *Rev Ass Med Brasil*. 1998; 44: 335-339.
20. Trois CC, Frantz BC, Yaluk JB, Taroncher CA, Schneider W, Schönell LH, Bardin R. Prevalência de CAGE positivo entre estudantes de segundo grau de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. *Cad Saude Publica*. 1997; 13:489-95.
21. Webster CMC. Uso problemático do álcool em pacientes ambulatoriais. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, 2004. Disponível em www.teses.usp.br. Acesso em outubro de 2007.
22. Zappitelli MC, Gonçalves EC, Mosca I. Panorama da Saúde Mental no Estado de São Paulo: leitos psiquiátricos e assistência extra-hospitalar. 2005. Disponível em www.saude.sp.gov.br. Acesso em novembro de 2007

Acesso aos insumos de prevenção, diagnóstico do HIV e tratamento das DST na Região Metropolitana da Baixada Santista

Lígia Rivero Pupo

Renato Barboza

Introdução

No estado de São Paulo, os nove municípios que constituem a Região Metropolitana da Baixada Santista são vinculados ao Grupo de Vigilância Epidemiológica 25 (GVE-25). Após a reforma administrativa da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo em dezembro de 2006, que criou 33 GVEs no estado, o Programa Estadual DST/Aids tem priorizado essa estrutura para realizar a interlocução e o desenvolvimento das ações programáticas no estado.

Segundo informações da área de Vigilância Epidemiológica do Programa Estadual foram notificados no GVE - Santos, um total de 9.099 casos de Aids residentes, no período de 1991 a junho de 2007, respondendo por 6,4% do total de casos registrados no estado, que totaliza 141.718 indivíduos. No ranque dos casos notificados de Aids, o GVE – Santos ocupa a terceira posição, posicionando-se abaixo dos GVEs da Capital e de Campinas, que respondem respectivamente pela primeira (40,3%) e segunda (7,1%) posições no estado¹⁴.

Na Região Metropolitana da Baixada Santista, todos os municípios informaram casos de Aids por meio do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) no período de 1980 a 2007, como podemos observar na tabela 1. O município pólo, Santos, responde pela maioria dos casos notificados em números absolutos, seguido dos municípios de São Vicente e Guarujá. Entretanto, a análise epidemiológica, segundo o coeficiente de incidência para Aids por 100.000 habitantes, aponta que no ano de 2005, o município pólo ocupou o primeiro lugar nesse ranque (29,7), seguido de Itanhaém (25,7) e Cubatão (25,6). Dado o atraso médio de dois anos na notificação dos casos, a opção pelo ano de 2005 é a mais indicada para a análise da incidência de casos de Aids no estado de São Paulo.

Tabela 1 – Casos notificados de Aids segundo municípios de residência no período de 1980 a 2007 e coeficiente de incidência de Aids por 100.000 habitantes no ano de 2005, Baixada Santista.

Município de residência	Nº casos notificados 1980 a 2007	Coef. de incidência de Aids 2005
Santos	4.702	29,7
São Vicente	2.005	18,7
Guarujá	1.489	14,5
Praia Grande	828	9,5
Cubatão	762	25,6
Itanhaém	252	25,7
Peruíbe	158	9,7
Mongaguá	104	18,8
Bertioga	85	4,5

Fonte: SINAN – Vigilância Epidemiológica - Programa Estadual DST/Aids – SP

Nos municípios que participaram do inquérito domiciliar – Santos, São Vicente, Guarujá, Praia Grande e Cubatão, o número absoluto de casos de Aids informados no SINAN, apresenta-se em ordem decrescente (como podemos observar na tabela acima), revelando a importância desse agravamento para essas cidades no contexto metropolitano da Baixada Santista.

No ano de 2005, o coeficiente de incidência para Aids por 100.000 habitantes nesses municípios, indicou que o município pólo ocupou o primeiro lugar (29,7), seguido de Cubatão com 25,6. Praia Grande apresentou o menor coeficiente (9,5) entre as cidades investigadas no estudo. Vale destacar que o coeficiente de incidência para Aids, no estado de São Paulo, foi de 15,7 por 100.000 habitantes no mesmo período, sendo que Santos apresentou um índice 1,8 vezes maior que o encontrado no estado e Cubatão 1,6 vezes. Esses indicadores denotam que os municípios devem fortalecer as ações programáticas para a prevenção primária e secundária das DST/Aids, sobretudo a oferta de preservativos e o diagnóstico precoce.

No conjunto dos municípios estudados, no ano de 2006, Santos liderou a taxa de mortalidade por Aids, atingindo 16 óbitos por 100.000 habitantes. Essa taxa corresponde ao dobro da que foi verificada no estado de São Paulo no mesmo período, que foi de 8,2 por 100.000 habitantes, posicionando o município no sexto lugar no ranque estadual. Todos os demais municípios investigados apresentaram taxa de mortalidade por 100.000 habitantes superior ao estado: Cubatão (14,3), São Vicente (12,7), Peruíbe (12,5), Guarujá (10,6) e Praia Grande (10,0), reiterando a importância do diagnóstico precoce e da adesão ao tratamento pelos usuários¹⁴.

Na região metropolitana, desde o início da década de 90, até o final do ano de 2005, as principais tendências da epidemia, entre os casos de Aids notificados em adultos, referem-se a heterossexualização e a feminização. A categoria de exposição “heterossexual”, responde por 55,9% dos casos entre as mulheres e 22,9% entre os homens⁴.

A Organização Mundial da Saúde recomenda a estratégia da abordagem sindrômica para o tratamento das DST (doenças sexualmente transmissíveis) e desde os anos 90, a mesma está sendo implementada no país para garantir o acesso dos usuários ao diagnóstico e ao tratamento com aconselhamento^{6,17}.

Quanto à notificação das DST, segundo a abordagem sindrômica no SINAN, o GVE Santos, no período de 1998 a 2007, registrou 4.660 casos, ocupando o sexto lugar no ranque estadual. Foram registrados 2.143 casos de DST entre homens e 2.517 casos entre mulheres, perfazendo uma razão de sexo masculino/feminino de 0,9¹⁵.

Nesse período, foram notificados 72.378 casos de DST no estado de São Paulo. A maioria dos casos (50,8%) concentrou-se na faixa etária de 20 a 34 anos para ambos os sexos. Para as mulheres, as DST associadas à síndrome de corrimento cervical foram as mais prevalentes (62,5%), enquanto para os homens foi o condiloma acuminado/verrugas anogenitais (49,6%).

O GVE Santos apresentou o maior percentual de casos notificados de DST no estado, na faixa etária de 15 a 19 anos, correspondendo a 8,1% (n=877), dentre os 10.782 casos registrados para essa população. Em relação aos diagnósticos sindrômicos, o GVE Santos apresentou a maior proporção de casos de condiloma acuminado/verrugas anogenitais no estado, atingindo 12% dentre 20.825 casos notificados¹⁵.

O número de casos informados de DST no SINAN ainda é baixo e o aumento das notificações representa um importante desafio para as equipes de saúde. Assim, os dados apresentados não indicam tendências epidemiológicas para população em geral, mas sim, o registro dos casos de DST atendidos e notificados pelos serviços de saúde. Entretanto, essas informações são úteis para o planejamento, implementação e avaliação das ações programáticas desenvolvidas pelas equipes de saúde para o controle desses agravos.

No contexto das ações de prevenção às DST/Aids, vale destacar a relevância da realização do teste anti-HIV, associado às práticas de aconselhamento. Essa foi uma das primeiras estratégias propostas, no início dos anos 80, para a prevenção e o controle da epidemia após o isolamento do HIV^{5,16}. Nos últimos anos, considerando-se as tecnologias existentes para o controle da infecção pelo HIV, a ampliação do acesso ao diagnóstico precoce tem sido incentivada pelos órgãos competentes nacionais e internacionais.

Em 2007, no estado de São Paulo foram realizados em média 114.524 testes anti-HIV/mês, através de uma rede de 260 laboratórios em 159 municípios. Os testes confirmatórios (Imunofluorescência e Western Blot) foram executados em unidades da rede estadual, municipal, filantrópico e universitário. Segundo informações da produção do SUS, estima-se que em 2007 foram realizados no estado cerca de 1.374.288 exames de triagem anti-HIV, sendo que 4,0% correspondem aos municípios da região da Baixada Santista, onde foram realizados 56.337 testes no período. O maior número de exames foi realizado no município pólo – Santos, seguido de Guarujá e Cubatão¹⁰.

No intuito de ampliar o acesso da população, especialmente a de baixa renda, à testagem anti-HIV no país, em 2003, o Programa Estadual DST/Aids implementou a campanha “Fique Sabendo” proposta pelo Ministério da Saúde. Na primeira etapa de implementação dessa estratégia foram sensibilizados e cadastrados serviços de saúde vinculados a todas as regionais do estado, mobilizando 178 municípios (27% do total do estado), sendo 63%

habilitados no sistema de transferência de recursos fundo a fundo para DST/Aids do governo federal. Ao todo foram cadastradas 504 unidades, sendo 20% pertencentes à rede especializada em DST/Aids e 80% à rede de Atenção Básica¹.

A Baixada Santista possui Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) localizados em Santos, Praia Grande, Cubatão, São Vicente e Guarujá, que coincidentemente foram os municípios investigados nesse inquérito. Considerando-se a especificidade e complexidade que envolve a oferta da sorologia com aconselhamento pré e pós-teste, esse tipo de serviço é uma estratégia relevante para ampliar o acesso da população ao diagnóstico do HIV, da Sífilis e das Hepatites B e C no sistema local de saúde.

Desde os anos 90, os municípios de Santos, São Vicente, Praia Grande, Guarujá e Cubatão vêm recebendo recursos do acordo de empréstimo firmado entre o Ministério da Saúde e o Banco Mundial para implementar as ações programáticas em DST/Aids.

A partir de 2002, o Ministério da Saúde, no intuito de aprimorar a gestão da política de DST/Aids no país, intensificou o processo de descentralização do financiamento das ações, instituindo a política de transferência de recursos via fundo a fundo, do governo federal para os estados e municípios situados em localidades epidemiologicamente estratégicas para o controle das DST/Aids.

O instrumento definido pelo Ministério da Saúde para o processo de qualificação ao pleito do incentivo é o Plano de Ações e Metas em DST/Aids (PAM), no qual os estados e municípios apresentam um diagnóstico da realidade epidemiológica loco-regional; descrevem os avanços e os desafios para o controle da epidemia; analisam a capacidade programática instalada e estabelecem áreas de atuação prioritárias para a redução da incidência das DST/Aids.

Segundo dados do sistema de monitoramento da política de incentivo para DST/Aids, no ano de 2008, todos os municípios da Baixada Santista foram habilitados e receberam recursos do governo federal. Na região, os municípios foram qualificados pela primeira vez em 2003, excetuando-se Bertioga que se qualificou em 2004. As informações do último PAM sobre os investimentos do incentivo e dos recursos próprios indicam que quatro municípios priorizaram a área de Gestão e Desenvolvimento Institucional; três municípios, a área de Diagnóstico, Tratamento e Assistência e dois municípios, a área de Promoção, Prevenção e Proteção. Os recursos totais a serem aplicados em 2008, incluindo o saldo do PAM do ano de 2007, variaram de R\$1.641.000,00 em Santos a R\$101.886,00 em Peruíbe¹².

Considerando-se que todos os municípios da região estão habilitados na política de incentivo, espera-se que os resultados das ações programáticas possam contribuir para a redução da incidência de casos de DST/Aids, bem como para o fortalecimento dos sistemas municipais e regional de saúde na Região Metropolitana da Baixada Santista.

Procedimento Metodológico

Tendo em vista a reconhecida necessidade de implantação e implementação das ações de prevenção e assistência às DST/Aids na rede de Atenção Básica à saúde, especificamente a ampliação do acesso da população: ao diagnóstico precoce do HIV, ao tratamento sintomático das DST, e aos insumos de prevenção; introduziu-se no "Inqué-

rito Domiciliar sobre acesso a serviços de saúde em municípios do Estado de São Paulo”, um bloco exclusivo de questões relacionadas às DST/AIDS, incluído dentro do bloco de Saúde Sexual e Reprodutiva (Bloco G), com vistas a investigar estas situações.

Este bloco foi aplicado para homens e mulheres maiores de 12 anos dos cinco municípios da Baixada Santista aonde foi desenvolvida a pesquisa. Seus principais objetivos foram verificar: a frequência de uso do preservativo masculino e o conhecimento do preservativo feminino; os principais locais de obtenção e dificuldades de acesso gratuito a esses insumos; a prevalência das principais síndromes genitais; a frequência, locais e dificuldades na busca de tratamento das DST e no acesso aos medicamentos; e a frequência e dificuldades na busca pelo diagnóstico anti-HIV.

O bloco G foi aplicado inicialmente a 4.542 pessoas, contudo, somente aqueles que relataram ter tido relações sexuais nos últimos doze meses, 3.647 entrevistados (79,9%), continuaram a responder às questões. Verificou-se que 80% dos entrevistados foram sexualmente ativos no último ano, sendo que os homens tiveram mais relações sexuais (87,7%) que as mulheres (73,7%). Entre os sexualmente ativos, 70% relataram ter relações sexuais frequentemente (mínimo uma vez por semana). Os grupos etários que mais referiram ter tido vida sexual ativa no último ano foram os entrevistados de 25 a 39 anos (93,8%), seguidos dos de 15 a 24 anos (91,4%).

Embora este bloco tenha sido igualmente aplicado aos indivíduos de 12 a 14 anos, aos de 55 a 59 anos e de 60 anos ou mais; os resultados referentes às práticas sexuais de prevenção, ao acesso à preservativos e diagnóstico anti-HIV serão apresentados apenas levando em consideração a parcela da amostra de 14 a 54 anos, pois, dentro desta faixa etária, os dados existentes podem ser comparados com outras pesquisas, tais como a pesquisa com a população sexualmente ativa feita pelo IBOPE⁸ e a Pesquisa Nacional sobre Conhecimento, Atitudes e Práticas da População (PCAP)⁹ realizada em 2004. Já os resultados referentes ao acesso à tratamento das DST serão apresentados para o total da população investigada, ou seja, para todos os indivíduos maiores de 12 anos.

Resultados

Práticas sexuais seguras e acesso aos preservativos masculinos e femininos

Em relação às práticas sexuais mais seguras, verificou-se que aproximadamente a metade dos entrevistados de 14 a 54 anos com vida sexual ativa, não usou preservativo masculino nenhuma vez neste último ano (50,9%), sendo este percentual mais alto nas mulheres (54,7%) do que entre os homens (46,6%). O uso regular de preservativo masculino, que indica a efetividade das práticas individuais de prevenção, foi relatado por apenas 28,2% dos entrevistados. Foi encontrada uma diferença estatisticamente significativa no uso regular de preservativos entre homens e mulheres, sendo que os homens demonstraram ser mais consistentes neste uso.

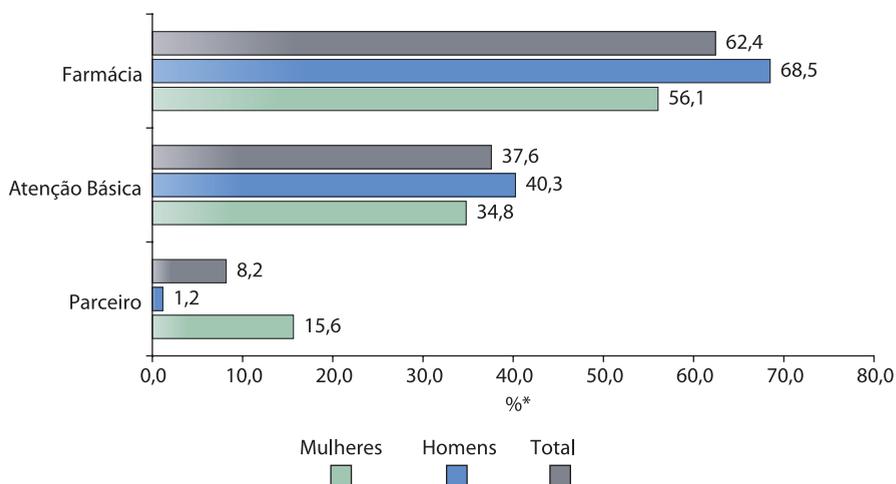
A faixa etária mais jovem (de 15 a 24 anos) foi a que teve a maior proporção de uso de preservativo masculino na última relação sexual (57,1%), e a que fez o uso mais consistente e freqüente desse insumo (45,7%).

Em consonância com outros estudos^{7,8,9}, nota-se que a frequência de sexo mais seguro tende a crescer a medida que aumenta o nível de escolaridade, sendo que 54,1%

dos entrevistados que usaram o preservativo masculino em todas as relações sexuais, têm pelo menos, o Ensino Médio completo.

Como indicado na figura 1, a principal fonte de obtenção do preservativo masculino para ambos os sexos é a farmácia (62,4%), seguida da rede básica de saúde (37,6%), sendo que os homens obtêm mais do que as mulheres o preservativo na farmácia e na rede básica. A terceira fonte mais citada para a obtenção do preservativo masculino foi o namorado (a) ou parceiro (a), sendo que as mulheres adquirem bem mais com os parceiros do que os homens (92,8% dos que citaram essa forma de obtenção são mulheres e apenas 7,2% são homens). Vale apontar que somente oito entrevistados obtiveram o preservativo masculino no Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA).

Figura 1. Distribuição percentual do local de obtenção da camisinha masculina. (15 a 54 anos) Projeto Acesso - Região da Baixada Santista - 2007.

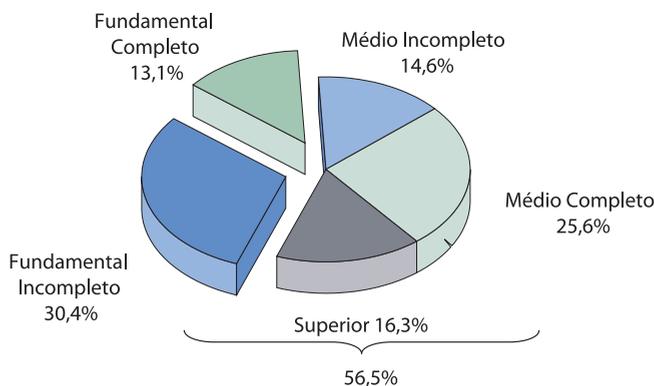


Entre aqueles que acessaram o preservativo masculino de forma gratuita na rede pública de saúde, 82,5% afirmaram não ter encontrado dificuldades para a sua obtenção. Dentre os que encontraram alguma dificuldade de acesso, 9,4% relataram ter tido problemas a maior parte das vezes ou todas às vezes. Tanto para os homens como para as mulheres e entre as diferentes faixas etárias, a principal dificuldade de acesso referida foi a ausência ou a falta do preservativo na unidade (83,3%). Vale apontar que na amostra analisada, a falta de preservativos masculinos foi significativamente mais citada pelos entrevistados de São Vicente (86,8%) do que pelos de Cubatão (66,7%).

Quando questionados sobre a quantidade de preservativos masculinos recebidos na rede pública de saúde, 46% dos entrevistados declararam que não costumam obter este insumo nessa rede, e 87,4% consideraram suficiente a quantidade obtida gratuitamente no setor público. Este cenário, contudo, mostrou-se diferente para a população de São Vicente e Cubatão. Enquanto em São Vicente aproximadamente metade da população, (50,9%) não costuma obter o preservativo masculino gratuitamente, em Cubatão apenas 29,9% dos entrevistados não acessam este insumo na rede pública.

Com relação ao preservativo feminino, 7,1% dos entrevistados não conheciam este método preventivo, sendo destes, 55,9% mulheres e 44,1% homens. Apenas 3,1% dos sujeitos da pesquisa referiram já tê-lo utilizado, sendo 2,4% homens e 3,8% mulheres. Constatou-se que 93,1% das mulheres que relataram já ter utilizado o preservativo feminino tinham entre 15 a 39 anos. Somente 6,9% das mulheres que usaram este método tinham entre 40 a 54 anos. Verificou-se também uma associação estatisticamente significativa entre o nível de escolaridade e o conhecimento desse insumo. Quanto maior o nível de escolaridade maior o conhecimento do preservativo feminino, como observado na figura 2. No entanto, em relação ao uso desse insumo, não foi identificada uma associação significativa com o nível de escolaridade.

Figura 2. Distribuição Percentual dos Entrevistados que referiram conhecer a Camisinha Feminina, (15 a 54 anos) segundo escolaridade. Projeto Acesso - Região da Baixada Santista - 2007

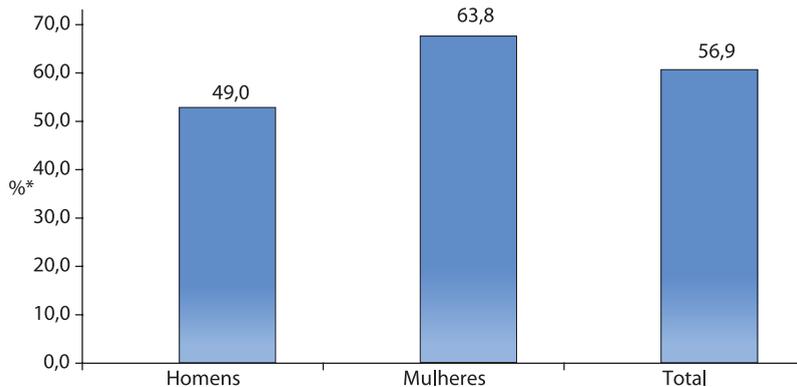


A pesquisa mostrou que, as principais fontes de obtenção do preservativo feminino foram a rede básica de saúde (36,3%) e a farmácia (28,3%), sendo constatada uma diferença significativa entre os sexos, pois as mulheres obtiveram esse insumo mais nas unidades da Atenção Básica (45,4%) e os homens o adquiriram mais na farmácia (44,2%). A terceira maior fonte de obtenção foram os parentes e amigos (17,1%), e não houve diferença entre os sexos.

Acesso ao diagnóstico anti-HIV

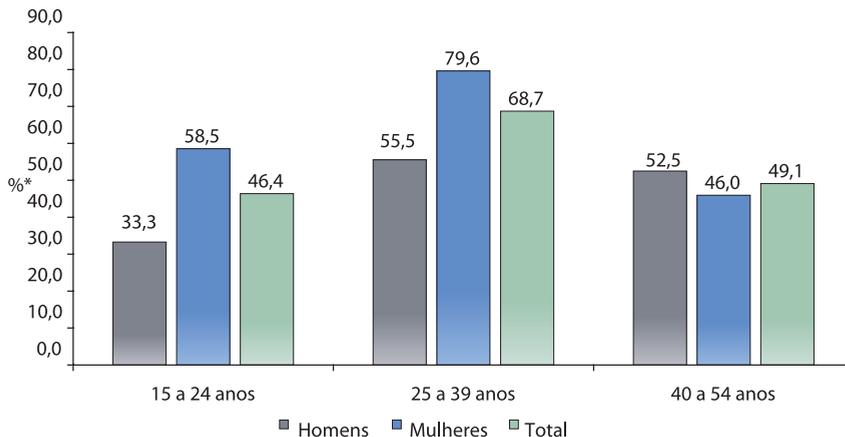
Nessa investigação, observou-se que mais da metade da população sexualmente ativa entre 15 a 54 anos (56,9%), já realizou o teste anti-HIV pelo menos uma vez na vida, sendo verificada uma associação estatisticamente significativa com o sexo e com a idade. Uma porcentagem expressivamente maior de mulheres (63,8%), fez o teste para o diagnóstico do HIV, em relação aos homens (49,0%), como mostra a figura 3. Metade dos homens afirmou nunca ter realizado o teste anti-HIV na vida.

Figura 3. Percentual dos entrevistados (15 a 54 anos) que alguma vez na vida, fizeram o teste de AIDS, segundo sexo. Projeto Acesso - Região da Baixada Santista - 2007



Como indicado na figura 4, a faixa etária que mais realizou o teste durante a vida foi a de 25 a 39 anos (68,7%), seguida pela população de 40 a 54 anos (49,1%). Contudo, entre as mulheres, 58,5% das jovens de 15 a 24 anos afirmaram já ter realizado esse exame, constituindo-se no segundo grupo etário com maior porcentagem de realização do teste anti-HIV.

Figura 4. Distribuição dos entrevistados (15 a 54 anos) que referiram já ter feito o teste de AIDS na vida de acordo com sexo, segundo faixa etária. Projeto Acesso - Região da Baixada Santista - 2007

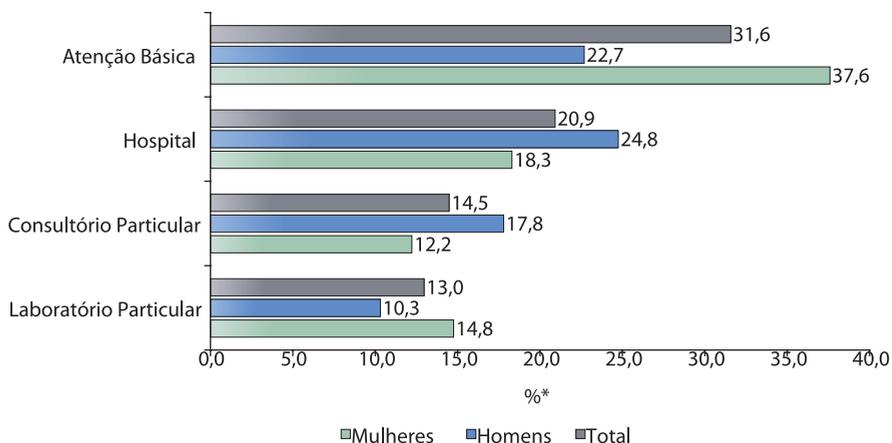


Verificou-se uma associação estatisticamente significativa entre nível de escolaridade e realização do teste anti-HIV, indicando que quanto maior o nível de escolaridade, maior a proporção de indivíduos testados. Mais da metade dos que relataram já ter feito o teste anti-HIV na vida (51,6%), tinham pelo menos o ensino médio completo e 71,2% dos entrevistados analfabetos nunca realizaram o teste.

No último ano, mais homens (47,4%) do que mulheres (39,4%) realizaram o exame anti-HIV, sendo que a faixa etária mais testada nesse período foi a de 15 a 24 anos (56,9%).

O local de realização do último exame anti-HIV esteve associado com o sexo do entrevistado. Na figura 5, observa-se que o local mais referido pelas mulheres foi a rede básica de saúde (37,6%), seguido dos hospitais (18,3%), dos laboratórios particulares (14,8%) e dos consultórios particulares (12,2%). Já entre os homens o local mais citado foi o hospital (24,8%), seguido da rede básica de saúde (22,7%), dos consultórios particulares (17,8%) e dos bancos de sangue (13,9%). Do total de entrevistados 8,4% realizaram o último teste anti-HIV nos bancos de sangue, mais homens (13,9%) dos que mulheres (4,6%). Apenas 6,9% dos entrevistados fizeram o último teste anti-HIV no CTA.

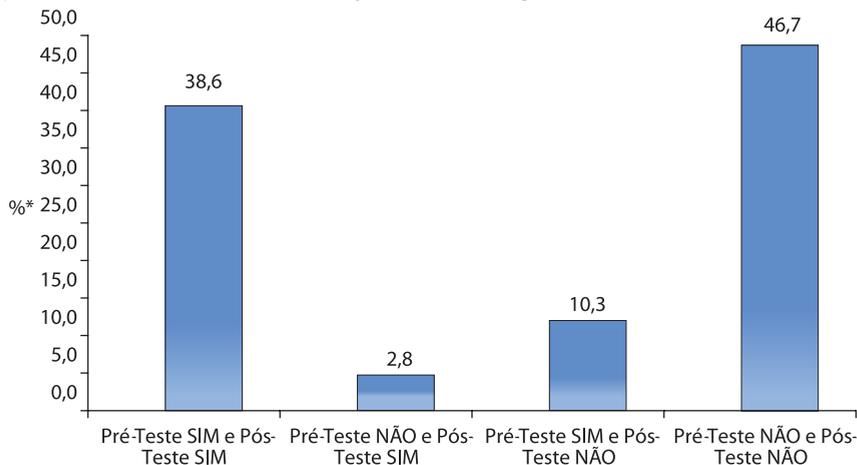
Figura 5. Distribuição percentual do local onde realizou o último exame de AIDS, segundo sexo (15 a 54 anos). Projeto Acesso - Região da Baixada Santista - 2007



Em relação ao oferecimento de aconselhamento prévio, no momento da realização do último exame anti-HIV, 48,9% dos entrevistados, receberam alguma orientação sobre a situação de testagem, sendo mais homens (55,4%) do que mulheres (45,6%). Constatou-se que mais da metade das mulheres não recebeu qualquer orientação sobre este exame (54,4%).

Uma situação semelhante pôde ser observada no aconselhamento pós-teste, que tem como principais objetivos explicar o significado do resultado e fazer o encaminhamento adequado. Somente 41,5% dos indivíduos que realizaram o exame anti-HIV receberam orientação sobre o resultado, sendo novamente mais homens (46,3%) que mulheres (38,2%). Observou-se que 1,8% dos indivíduos que realizaram esta sorologia, não foram buscar o resultado, sendo que entre estes, 46,9% haviam recebido o aconselhamento pré-teste.

Figura 6. Distribuição dos Entrevistados (15 a 54 anos) que referiram ter recebido orientação ou não, no Pré e Pós Teste. Projeto Acesso - Região da Baixada Santista - 2007



Outro dado preocupante, refere-se a quantidade de indivíduos que não recebeu nem a orientação pré-teste, nem a pós-teste (46,7%), como evidenciado na figura 6. Este resultado é mais inquietante com relação à população feminina onde mais da metade (51,5%) não recebeu nenhuma orientação nem antes nem depois deste exame.

Acesso ao tratamento das doenças sexualmente transmissíveis

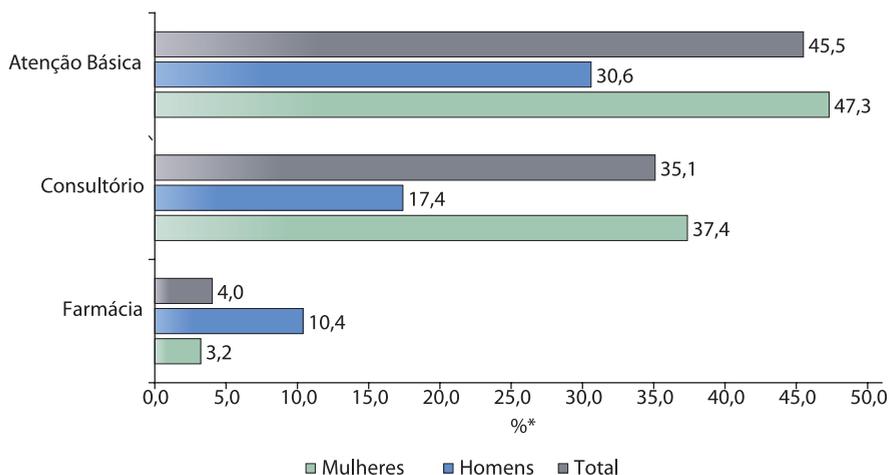
No que diz respeito às doenças sexualmente transmissíveis (DST), 78,9% das mulheres e 96,6% dos homens entrevistados (de 12 anos ou mais), relataram não ter tido nenhum sinal ou sintoma de DST no último ano. As DST em geral, foram mais referidas pela população feminina do que pela masculina, e para ambos os sexos, as mais mencionadas foram os corrimentos genitais.

As porcentagens de sinais e sintomas de DST no último ano, referidas pelas mulheres foram: 19,7% de corrimentos vaginais, 1,3% de feridas e bolhas nos genitais, 0,1% de verrugas. Entre os homens foram relatados: 2,4% de corrimentos uretrais e ardor ao urinar, 0,8% de feridas ou bolhas genitais e 0,3% de verrugas.

Entre aqueles com algum sinal de DST neste último ano, 89% buscaram tratamento, sendo que, foi maior a proporção de mulheres (91,3%) do que homens (74,1%).

Como indicado na figura 7, dentre os que buscaram algum tipo de tratamento, a maior parte procurou a rede básica de saúde (45,5%), seguido do consultório particular (35,1%). Observou-se que 4% dos entrevistados buscaram tratamento diretamente na farmácia. Menos de 1% procurou os Serviços de Assistência Especializada em DST/HIV/Aids (0,8%).

Figura 7. Distribuição percentual do local que procurou para tratamento de DST. Projeto Acesso - Região da Baixada Santista - 2007

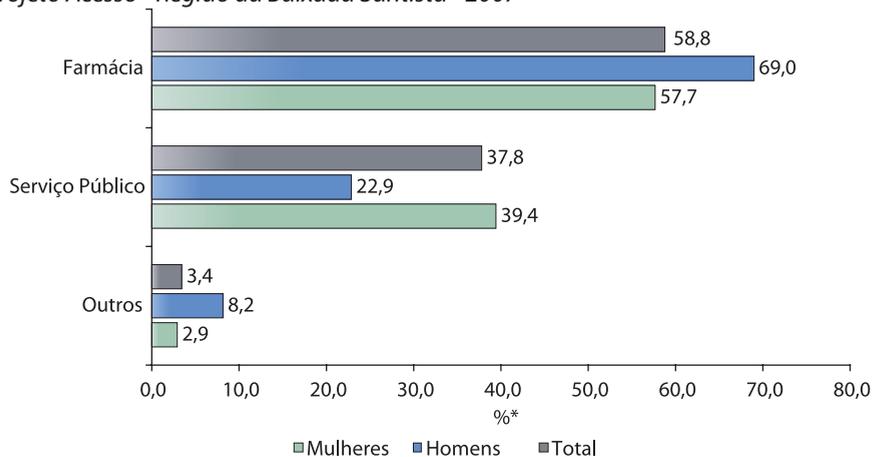


Na procura à rede básica de saúde, não foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre os sexos, mas na procura por consultório particular há o predomínio das mulheres (37,4%) em relação aos homens (17,4%). A farmácia e a auto-medicação, foram a segunda e a terceira maior fonte de tratamento para os homens (17,4% e 10,4% respectivamente).

Foi observado ainda, que quanto maior o nível de escolaridade, menor a busca de tratamento na rede de Atenção Básica à saúde. Enquanto 94,5% dos analfabetos e 55,9% dos indivíduos com o Ensino Fundamental incompleto procuraram o tratamento das DST na rede básica, somente 13,3% dos indivíduos com nível superior buscaram esta rede com este fim. Já a busca por consultório particular, aumenta com o nível de escolaridade. Dos que foram ao consultório particular, 66,1% tem no mínimo o Ensino Médio completo e 86,1% tem nível superior. Foi alto o percentual dos indivíduos que relataram ter feito o tratamento até o final (93,3%). Não houve associação significativa entre sexo e término do tratamento.

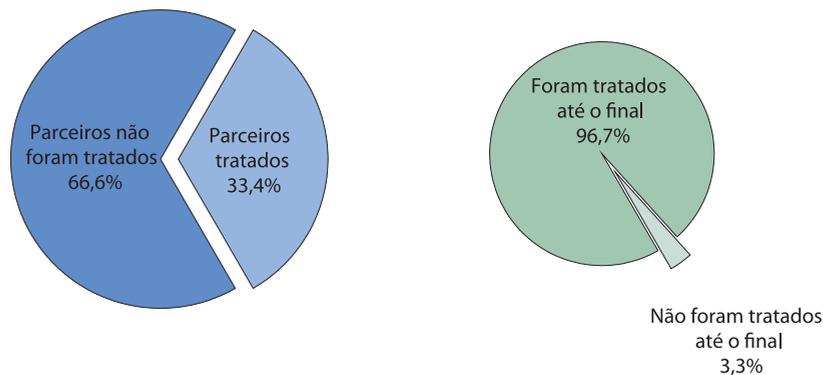
Cerca de 94,8% dos indivíduos que buscaram tratamento para as DST, relataram ter conseguido obter medicamentos para seu problema. As mulheres conseguiram mais o medicamento do que os homens (96,0% e 85,6% respectivamente). A principal fonte de obtenção dos medicamentos para ambos os sexos foi a farmácia (58,8%), sendo que 37,8% dos que conseguiram as medicações necessárias, acessaram tais insumos nos serviços públicos de saúde, como indica a figura 8.

Figura 8. Distribuição percentual do local onde obteve o medicamento para tratar DST. Projeto Acesso - Região da Baixada Santista - 2007



Em 95,8% dos casos, o médico foi o responsável pela indicação do medicamento. Esse percentual foi mais alto entre as mulheres (98,5%) do que entre os homens (72,0%). Vale ressaltar que os homens, bem mais do que as mulheres, relataram tanto a auto-indicação da medicação, como o uso da farmácia para fonte de indicação do medicamento (28% dos homens e 0,7% das mulheres).

Figura 9. Porcentagem dos entrevistados que tiveram parceiros tratados e que fizeram tratamento até o final. Projeto Acesso - Região da Baixada Santista - 2007



O estudo demonstrou que apenas 33,4% dos parceiros foram tratados, destes, quase 97% foi tratado até o final, como mostra a figura 9. Os entrevistados relataram que 34,5% dos parceiros foram tratados na rede básica de saúde, 23,1% no consultório particular e 17,7% fez uso de auto-medicação.

Discussão

O uso de preservativo masculino tem sido identificado desde o início da epidemia do HIV/Aids, como a principal estratégia para prevenção da infecção do HIV pela via se-

xual. Por esse motivo foi incorporado como recomendação desde 1988, em documentos oficiais do *Center for Diseases Control and Prevention*³ e do Programa Brasileiro de DST/Aids desde 1987 (Kalichman, 1993)⁵. Além disso, teve sua distribuição gratuita expandida pelo governo federal, de 13 milhões de unidades em 1994, para 260 milhões em 2003, assim como o estabelecimento de uma política para ampliação do seu acesso no país, baseando-se na definição de responsabilidades pelas três esferas governamentais¹³.

Apesar do uso de preservativos no Brasil ter aumentado no período de 1998 a 2005, segundo várias pesquisas nacionais^{2,8,9}, o seu uso regular, que indica a efetividade das práticas preventivas, ainda continua baixo.

No presente estudo, o uso regular de preservativo masculino, foi relatado por apenas 28,2% dos entrevistados, porcentagem semelhante à encontrada na população brasileira pela Pesquisa Nacional sobre Conhecimento Atitudes e Práticas (PCAP), realizada em 2004 (25,3%); e menor do que a frequência encontrada por esta mesma pesquisa, no estado de São Paulo (29,6%). Isso mostra tanto uma pequena alteração nesses indicadores, quanto uma ligeira queda na frequência já baixa do uso regular de preservativos. O percentual de população sexualmente ativa que relatou o uso de preservativo na última relação sexual foi mais baixo nessa pesquisa (35,6%) do que o encontrado na PCAP de 2004 (38,4%), sendo que essa diferença também pode ser observada quando comparada por sexo.

De forma análoga aos dados encontrados em pesquisas anteriores^{2,8,9}, a frequência de uso regular de preservativo masculino diminui com o avanço da idade e tende a crescer à medida que aumenta o nível de escolaridade.

A maioria dos entrevistados adquire o preservativo masculino na farmácia, o que pode indicar um reflexo positivo no hábito de compra desse insumo, provavelmente resultado das políticas de redução dos impostos, implementadas na década de 90, com consequente diminuição dos preços para o consumidor final.

A despeito disso, um número significativo de entrevistados utiliza a rede pública de saúde para obter o preservativo masculino. Esse fato indica a relevância dos serviços de saúde, especialmente da Atenção Básica, no acesso da população ao mesmo. Assim, torna-se cada vez mais importante a organização dos serviços e a formação das equipes de saúde para a oferta qualificada desse meio de prevenção na rede.

O estudo também evidenciou que há demanda reprimida do preservativo masculino para usuários de ambos os sexos na rede de Atenção Básica dos municípios pesquisados na Baixada Santista, principalmente em São Vicente e Cubatão. Apesar da política de ampliação desse insumo e da crescente co-responsabilização dos gestores estaduais e municipais, ainda se constata uma menor oferta de preservativos na rede básica, comparada a rede especializada de DST/Aids. Entretanto, ainda é significativamente baixa a procura de preservativos pela população investigada nos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA), que tem como função primordial a prevenção primária das DST/Aids. Esse fato indica que é necessário investir na divulgação desses serviços para a população em geral, especialmente as mais vulneráveis, bem como na articulação dos CTA com a rede básica.

O presente estudo revelou que houve um aumento no conhecimento sobre o preservativo feminino (93%) em relação a pesquisa do Ibope⁸ que era de 76%. Na Baixada Santista, o principal local de obtenção deste insumo foram os serviços da rede básica, indicando um possível processo de incorporação do preservativo feminino nas UBS, que em anos anteriores estava disponível principalmente na rede especializada de DST/Aids. Assim como no caso do preservativo masculino, a rede básica de saúde revelou-se também um local estratégico para o acesso da população, principalmente a feminina, a esse insumo.

O diagnóstico precoce por meio do teste anti-HIV é uma estratégia de fundamental importância para o acesso e início oportuno ao tratamento adequado, bem como para o aumento da sobrevivência das pessoas infectadas e adesão às práticas de prevenção secundária, essenciais para a interrupção da cadeia de transmissão do HIV.

O percentual de pessoas testadas para o HIV no país tem crescido significativamente nos últimos anos, passando de 20% em 1998 para 32,9% em 2005^{2,7}. Na PCAP⁹ esse percentual foi de 28,1% de pessoas testadas no Brasil e de 39,7% para o estado de São Paulo. Entre os entrevistados da Baixada Santista, observou-se que mais da metade da população sexualmente ativa havia sido testada na vida (56,9%), quase o dobro, quando comparado a uma investigação realizada pelo CEBRAP, publicado em 2002⁷.

Assim como verificado em todas as pesquisas citadas, a população feminina foi expressivamente mais testada para o HIV que a masculina na vida. Esse fato pode estar relacionado ao oferecimento do teste na rotina do pré-natal e a maior frequência das mulheres nos serviços de saúde, sobretudo na rede básica.

O fato da população masculina investigada ter sido menos testada na vida pode evidenciar que os homens não têm sido alvo de ações preventivas ou de campanhas tanto quanto as mulheres. Essa situação é preocupante devido à tendência de heterossexualização e feminização da epidemia na Baixada Santista, uma vez que os homens têm um papel fundamental para o controle da epidemia. Além disso, esse quadro indica oportunidades perdidas para o diagnóstico precoce do HIV.

É surpreendente nesse estudo a alta porcentagem de mulheres jovens, na faixa de 15 a 24 anos, testadas para o HIV na vida (58,5%). Uma das explicações possíveis pode estar relacionada à alta prevalência de gravidez e de casos de DST na adolescência na Região Metropolitana da Baixada Santista, o que pode influenciar a conduta dos profissionais de saúde, levando-os a solicitarem o exame anti-HIV.

Como observado em outras pesquisas, o acesso ao teste anti-HIV entre os entrevistados é desigual segundo o nível de escolaridade, o que indica que os grupos mais vulneráveis encontram-se descobertos em relação ao diagnóstico precoce. Nesse sentido, faz-se necessário o incremento de ações de prevenção primária e secundária, com especial atenção para indivíduos sem instrução, uma vez que 71,2% dos analfabetos investigados nunca foram testados para o HIV.

Apesar de a rede básica ter sido o local mais referido para realização da sorologia anti-HIV, vale observar a importância dos serviços privados na execução do teste, principalmente entre as mulheres. Na Baixada Santista, chama a atenção também a realização do teste em hospitais e bancos de sangue, especialmente entre os homens. Esse fato pode

apontar problemas na organização da oferta da sorologia, pois as portas de entrada preferencialmente indicadas para o diagnóstico, isto é, a rede básica ou a rede especializada de DST/Aids, não estão absorvendo a contento essa demanda.

Verificou-se que uma parcela importante tanto de homens quanto de mulheres acessou o teste anti-HIV diretamente em laboratórios ou bancos de sangue, provavelmente com o intuito de agilizar o conhecimento do seu status sorológico. Essa situação pode indicar que os serviços não são percebidos como resolutivos e acessíveis na ótica dos entrevistados.

Outro agravante dessa situação é o fato do CTA ser o serviço menos referido por ambos os sexos na realização do teste, uma vez que o mesmo foi implantado para aumentar o acesso da população ao diagnóstico, sobretudo, entre os mais vulneráveis que tradicionalmente têm maior dificuldade no acesso e uso da rede básica.

É inquietante constatar que quase a metade dos entrevistados referiu não ter recebido nenhuma orientação durante a realização da sorologia para o HIV, seja no aconselhamento pré-teste ou pós-teste. O direito dos usuários de receber orientação individualizada sobre a testagem e realizar a auto-avaliação das situações de risco para as DST/Aids, deve ser garantido pelas equipes de saúde, ainda que se leve em consideração a opção de cada pessoa em participar ou não do aconselhamento no pré-teste. Nesse sentido, os serviços que ofertam o diagnóstico na Baixada Santista, sobretudo na rede de Atenção Básica, onde a maioria dos entrevistados foi testada para o HIV, devem estar preparados para essa atividade.

Da mesma forma, é indispensável a realização do aconselhamento pós-teste, pois esse é o momento onde se discute o significado do resultado da sorologia e sua relação com o contexto de vulnerabilidade do indivíduo para às DST/Aids. Além disso, é durante o aconselhamento pós-teste que as pessoas com resultado positivo são orientadas sobre o acompanhamento clínico e psico-social e referenciadas para os serviços especializados. Contudo, quase 60% dos investigados na Baixada Santista não passaram por nenhuma orientação pós-teste. Essa situação pode interferir negativamente na prevenção secundária, dificultando o acesso e a adesão ao tratamento adequado, bem como a quebra da cadeia de transmissão do HIV.

É paradoxal a constatação de que a população feminina apesar de ser a mais testada para o HIV na vida recebe significativamente menos orientação e aconselhamento, tanto no pré-teste quanto no pós-teste. Essa desigualdade de gênero pode revelar fragilidades nas ações de controle da transmissão vertical do HIV durante o pré-natal. Também pode contribuir para o início tardio do seguimento na rede especializada.

A análise dos dados referentes ao teste anti-HIV demonstrou que existe uma desigualdade importante no acesso, segundo sexo, escolaridade e faixa etária, revelando uma alta vulnerabilidade social e programática nos municípios pesquisados.

Embora seja significativo o número de entrevistados que procuraram tratamento para DST pôde-se verificar que a frequência foi maior entre as mulheres do que entre os homens. Esse fato pode estar relacionado a uma maior presença da população feminina nos serviços de saúde, principalmente na rede básica, bem como a rotina de investigação de DST nas consultas ginecológicas.

Apesar da maioria em ambos os sexos referir a busca de tratamento em serviços públicos ou privados, foi constatado que ainda há casos de pessoas tratadas na farmácia.

Tanto a auto-medicação, como a procura do tratamento na farmácia foi significativamente mais prevalente na população masculina, indicando a relevância dessa prática nesse segmento, o que contribui para um procedimento incompleto e ineficaz, bem como para o não tratamento dos parceiros.

A baixa procura do tratamento das DST em serviços especializados pode revelar que a rede básica e consultórios particulares estão absorvendo aos poucos essa demanda, entretanto vale investigar os casos de pessoas que ainda não buscam nenhum tratamento.

Apesar da quase totalidade dos investigados relatarem ter conseguido medicamento para DST, contou-se que mais da metade comprou esses insumos na farmácia, o que pode denotar falta desses medicamentos nos serviços da rede básica, que foi o local mais procurado para o tratamento.

O estudo revela também que na Baixada Santista é baixa a cobertura de parceiros tratados para DST, dificultando a quebra da cadeia de transmissão. É importante que esse problema seja minimizado através de estratégias de prevenção primária, informando sobre a relevância do tratamento dos parceiros sexuais, e de prevenção secundária por meio da busca ativa dos mesmos.

Considerações Finais

O estudo demonstrou que existe uma desigualdade social evidenciada pelo nível de escolaridade dos entrevistados que perpassa todos os temas discutidos. Assim, os indivíduos com maior escolaridade são mais testados para o HIV, usam mais preservativo masculino, tem maior conhecimento do preservativo feminino e buscam mais tratamento para as DST. Sendo assim, é preciso reduzir essas desigualdades que interferem diretamente no acesso da população da Baixada Santista aos serviços de saúde tanto na rede básica, quanto na rede especializada em DST/Aids. Também se faz necessário intervir sobre as desigualdades de gênero, identificadas na investigação.

Para o enfrentamento das DST/Aids na Região Metropolitana da Baixada Santista é fundamental que os recursos investidos por meio da transferência do governo federal para os municípios, bem como os recursos do tesouro municipal, priorizem ações de prevenção primária e secundária na rede básica e sua articulação com os serviços de referência no âmbito municipal e regional.

Recomenda-se a implementação de ações de educação permanente para as equipes locais no intuito de qualificar as práticas de atenção realizadas nos serviços, especialmente o aconselhamento pré e pós-teste, a dispensação orientada de insumos de prevenção, a busca ativa de parceiros dos indivíduos com DST, bem como a abordagem sindrômica das DST.

Referências bibliográficas

1. Barboza R, e Filipe EMV. Ampliação do Acesso ao Diagnóstico do HIV no Estado de São Paulo. Boletim Epidemiológico Paulista. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, 2004.
2. Berquó E, Koyama M. Notas preliminares sobre o teste do HIV e seus diferenciais por sexo, idade, escolaridade, raça e região. Análise comparativa entre 1998 e 2005, São Paulo: CEBRAP; 2005.

3. Centers for Disease Control. Condoms for prevention of sexually transmitted diseases. *MMWR*. 1988; 37:133-137.
4. Direção Regional de Saúde XIX Baixada Santista. Boletim Epidemiológico Regional. Programa Estadual DST/AIDS – Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, Ano V, nº 1, dezembro; 2005.
5. Kalichman, AO. Vigilância epidemiológica de AIDS: recuperação histórica de conceitos e práticas. São Paulo, 1993; Dissertação de Mestrado/Faculdade de Medicina da USP.
6. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis. Brasília (DF); 1999.
7. Ministério da Saúde/CEBRAP. Comportamento sexual da População Brasileira e Percepções do HIV/AIDS. Brasília: Ministério da Saúde. 2000.
8. Ministério da Saúde/IBOPE. Pesquisa com a população sexualmente ativa. Brasília: Ministério da Saúde. 2003.
9. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Pesquisa de conhecimento, atitudes e práticas na população brasileira de 15 a 54 anos, 2004. Brasília (DF); 2005.
10. Ministério da Saúde. Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS). Procedimento – Anticorpos HIV1 + HIV2 (ELISA), 2007. Disponível em <http://www.datasus.gov.br> [acesso em 28/04/2008].
11. Ministério da Saúde. Sistema de Monitoramento de Indicadores do Programa Nacional de DST/Aids. MONITORAIDS. Versão 1.0. Brasília (DF); dezembro de 2005. Disponível em <http://www.aids.gov.br/monitoraids> [acesso em 22/04/2008].
12. Ministério da Saúde. Sistema de Monitoramento da Política de Incentivo no Âmbito do Programa Nacional de HIV/AIDS e outras DST. Disponível em <http://www.aids.gov.br/incentivo> [acesso em 12/03/2008].
13. Paiva V, Pupo LR, Barboza R. O direito à prevenção e os desafios da redução da vulnerabilidade ao HIV no Brasil. *Rev. Saúde Pública*, 2006; 40(Supl):109-119.
14. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Boletim Epidemiológico AIDS. Programa Estadual DST/AIDS, Centro de Referência e Treinamento DST/AIDS - CVE, Ano XXVI, nº 1, São Paulo, dezembro; 2007a.
15. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Boletim Epidemiológico DST. Programa Estadual DST/AIDS, Centro de Referência e Treinamento DST/AIDS - CVE, Ano IX, nº 1, São Paulo, dezembro; 2007b.
16. World Health Organization. Guidelines for Counseling about HIV Infection and Disease. Geneva, Switzerland: WHO Series 8, Global Programme on AIDS;1990.
17. World Health Organization. Guidelines for the Management of Sexually Transmitted Infections. Geneva, Switzerland; 1990.

Os serviços de Atenção Básica e a saúde do adolescente

Kátia Cibelle Machado Pirotta

Introdução

A adolescência é, a grosso modo, considerada como um período de duração variável em que o indivíduo se prepara para assumir as responsabilidades da vida adulta e buscar sua autonomia. Ela é vista como uma etapa intermediária entre a infância e a idade adulta, em que o ser humano obteria as condições para se desenvolver, usufruindo do seu tempo para estudar e desfrutar do lazer sem ser obrigado a assumir as responsabilidades da vida adulta. O reconhecimento social desse período da vida é variável e se desenvolveu historicamente, conforme a sociedade ou o grupo social que esteja sendo tratado. No Departamento Regional de Saúde (DRS) Baixada Santista, em 2006, a população adolescente com idade entre 10 e 19 anos correspondia à 309.745 pessoas, segundo os dados do DATASUS. Esse valor representava 18,6% do total da população.⁴

Não é possível formular com exatidão limites etários para a adolescência. Diversos marcos foram propostos, sendo que, atualmente, o mais aceito pela literatura no campo da saúde tem sido considerar a adolescência o período que se estende dos 10 aos 19 anos. No âmbito jurídico, a Convenção Internacional sobre os Direitos da Criança define de forma genérica a criança como o ser humano com até os dezoito anos de idade, não distinguindo infância de adolescência¹⁰. O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), por sua vez, define a criança como o ser humano com até os doze anos de idade incompletos e o adolescente como dos doze aos dezoito anos de idade⁵.

A discussão que busca demarcar o período da adolescência procura fundamentos no campo do saber médico e biológico. Concebida como uma etapa do desenvolvimento em que iniciam as capacidades reprodutivas, a adolescência é tratada como uma fase em que o ser humano passa do aparecimento inicial dos caracteres sexuais para a maturidade sexual. Esse processo é caracterizado também por transformações psicológicas que acompanham a passagem da infância para a vida adulta. Um dos elementos centrais que caracterizam esse período seria o desenvolvimento do aparelho reprodutor, com repercussões na sexualidade, no psiquismo e nas relações sociais. Apesar do reconhecimento de que esse processo é amplo e abarca a dimensão social, prevalece uma tendência à naturalização do conceito de adolescência, que tende a ser reduzida ao fenômeno biofisiológico da puberdade.

Os significados atribuídos à adolescência ou à juventude por vezes são contraditórios: ora vista como uma fase de contestação das estruturas sociais, busca da liberdade, do tempo livre e do lazer; ora como um grupo transgressor das regras sociais, próximo da delinquência e da criminalidade. Através da mídia são criados novos mercados consumidores relacionados ao significado de ser jovem. A sociedade mantém com a juventude uma relação ambígua marcada pelo desejo de controle das forças transformadoras dos jovens

e, por outro lado, pelo desejo de perpetuar a juventude¹. Nesse sentido, um breve passar de olhos pelos noticiários nos informa que, ao tratar de eventos considerados normais da adolescência, especialmente relacionados às classes médias, são utilizados termos como *adolescentes* ou *adolescência*; no entanto, ao referir-se a crimes cometidos por adolescentes, sobretudo se oriundos das classes populares, o termo empregado é *menor*, com forte referência ao Código de Menores, que possuía um caráter autoritário e discriminatório e foi vigente até o advento do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).

A população adolescente tem trazido vários desafios para os serviços de saúde. Os principais agravos à saúde no grupo estão relacionados com a questão da violência e, entre as causas de morte no grupo, ressaltam-se os homicídios, atropelamentos e suicídios. O início da vida sexual sem a utilização adequada de métodos contraceptivos e sem a adoção de práticas protetivas em relação às doenças sexualmente transmissíveis restringe uma vivência saudável da sexualidade. Em decorrência desse quadro, a adolescência é a única faixa etária em que ocorre uma inversão na razão de sexo da infecção pelo HIV/Aids, ocorrendo um número maior de mulheres do que de homens infectados⁸. Considerando-se o âmbito do acesso dessa população aos serviços de saúde, as dificuldades de obtenção de métodos contraceptivos e de orientação médica, a precariedade da orientação sexual, o aumento da incidência das doenças sexualmente transmissíveis e a gravidez não programada são algumas das questões que marcam o cenário encontrado junto ao grupo.

O direito dos adolescentes à saúde e as políticas públicas

As Conferências do Cairo e de Beijing, realizadas respectivamente nos anos de 1994 e 1995, sob os auspícios da ONU, representam dois marcos fundamentais na discussão sobre saúde e direitos humanos. A partir das plataformas de ação que resultam da realização dessas conferências, os governos dos países signatários, entre os quais o Brasil se inclui, comprometem-se a incorporar os princípios referendados pelas conferências na sua agenda política e no seu arcabouço jurídico. As adolescentes são reconhecidas como merecedoras de esforços dos governos para que sejam garantidas melhores condições de vida, que permitam a sua participação social, cultural, política e econômica, possibilitando a elas desempenhar um importante papel na construção de uma sociedade mais justa e democrática. Devido às significativas implicações que a sexualidade adquire na vida dos jovens, que repercutirão por toda a sua vida, as conferências destacam a importância do acesso a programas de educação e saúde sexual e reprodutiva, enfatizando-se que os adolescentes devem ser orientados a terem atitudes responsáveis perante a sexualidade, a não discriminarem as mulheres ou tratarem-na de forma violenta, a serem informados sobre os métodos contraceptivos e formas de proteção contra o HIV/Aids^{11,12}.

Na Europa e nos EUA, a formulação de políticas para jovens e a sua implementação através de instituições governamentais tem ocorrido ao longo do século. Na América Latina, sobretudo nos países de língua espanhola, a CEPAL e a ONU tem gerado algumas iniciativas a partir dos anos 80. No Brasil, no entanto, não existe uma tradição de políticas públicas para a juventude. Só recentemente a preocupação com políticas públicas voltadas para os jovens tem sido ensaiada pelo governo brasileiro de forma mais estruturada. Até então, observam-se apenas algumas iniciativas fragmentadas, especialmente em prefeituras e governos estaduais¹⁴.

Em agosto de 2005 conforme de o decreto nº 5.490, foi instalado o Conselho Nacional da Juventude, concebido como espaço privilegiado para a interlocução e cooperação entre distintos atores sociais, reunindo agentes do poder público e representações da sociedade civil, como movimentos de jovens e entidades que trabalham com a sua inclusão social. A instalação do Conselho foi o resultado dos debates iniciados nos anos 90 entre pesquisadores, organismos internacionais, movimentos de jovens e gestores dos setores públicos, que buscaram enfatizar as singularidades da experiência dos jovens e sua vulnerabilidade. Em 2003, como resultado da mobilização do executivo e do legislativo, foi constituída uma Comissão Especial de Políticas Públicas de Juventude da Câmara Federal e também foi criado um Grupo Interministerial reunindo-se 19 Ministérios, o qual produziu sugestões para a construção de uma Política Nacional de Juventude. No ano de 2005, foi constituída a Secretaria Nacional de Juventude, vinculada à Secretaria-Geral da Presidência da República, com vistas a coordenar a política desenhada, através da lei nº 11.129.

Tradicionalmente, a juventude tem sido abordada na ótica da sua dependência ao mundo adulto e as discussões tem sido pautadas pela importância em garantir a integração do jovem à sociedade de forma harmônica, buscando reduzir o potencial de conflito que pode prejudicar a ordem social¹⁵. Trata-se de uma visão que privilegia o bom funcionamento da sociedade, na qual está presente o receio da ameaça representada pelos jovens. Atualmente, ao contrário dessa visão, tem sido enfatizado cada vez mais o reconhecimento do adolescente e do jovem enquanto sujeito de políticas públicas e de sua capacidade de tomar decisões de forma responsável. Ao lado disso, busca-se privilegiar a participação de adolescentes e jovens nas ações dirigidas a eles, o respeito à sua autonomia, à privacidade e a intimidade. Apesar dessa mudança de enfoque no marco normativo, continua havendo uma resistência no reconhecimento da cidadania dos adolescente, que se revela nas práticas institucionais e na esfera do cotidiano.

Do ponto de vista de uma política para atenção integral à saúde do adolescente, o Ministério da Saúde preconiza, em conformidade com o que foi dito acima, que na organização da atenção à saúde sejam considerados os seguintes aspectos: a adequação dos serviços às necessidades específicas dos adolescentes e jovens, a consideração das características sócio-culturais e epidemiológicas dos grupos sociais e a participação ativa dos adolescentes e jovens no planejamento, desenvolvimento, divulgação e avaliação das ações⁶.

O planejamento das atividades de promoção e atenção à saúde dos adolescentes deve considerar as características sociais, epidemiológicas e a subjetividade dos grupos que residem na área de atuação da unidade de saúde. Em termos da organização do processo de trabalho, deve-se buscar um enfoque multiprofissional e o trabalho em equipe. Recomenda-se a destinação de um espaço físico para o atendimento de adolescentes, em ambientes acolhedores para o trabalho em grupo e individual. Várias estratégias podem ser empregadas para a captação, incluindo-se divulgação interna na unidade, visitas domiciliares, divulgação na comunidade e parcerias institucionais. Recomenda-se uma especial atenção à recepção na unidade de saúde, visto que a qualidade da recepção permitirá maior possibilidade de adesão e de retorno do adolescente ao serviço de saúde quando necessário. As diretrizes propostas pelo Ministério da Saúde são: acompanhamento do seu crescimento e desenvolvimento, orientação nutricional, imunizações, atividades educativas, identificação e tratamento de agravos e doenças prevalentes. A organização da

demanda e a identificação de grupos vulneráveis são consideradas indispensáveis para viabilizar o acesso às ações de saúde para todos os adolescentes⁶.

Tendo em vista a equidade com um dos princípios fundamentais do SUS e a atenção sem restrição a grupos de idade, gênero ou problemas de saúde, como uma das bases da atenção primária, os serviços de saúde devem estar atentos às necessidades dos adolescentes e às características desse segmento da população.

“Esses princípios reconhecem adolescentes e jovens como sujeitos capazes de tomarem decisões de forma responsável. O atendimento, portanto, deve fortalecer sua autonomia, oferecendo apoio sem emitir juízo de valor. A viabilização desses princípios contribui para uma melhor relação cliente-profissional, favorecendo a descrição das condições de vida, dos problemas e das dúvidas. Esses mesmos princípios também ampliam a capacidade do profissional no encaminhamento das ações necessárias e favorecem o vínculo dessa clientela aos serviços⁶ (pg.7).”

Não obstante os avanços, os adolescentes encontram uma série de barreiras no acesso aos serviços de saúde. Estudos como o de AMARANTE (2007)² têm revelado que os profissionais da saúde não se sentem preparados para lidar com o grupo e tem receio de atender os adolescentes, ou então iniciam ações isoladas, sensibilizados pela situação encontrada, havendo dificuldade em dar continuidade a essas ações sem o respaldo de um projeto coletivo. Muitas vezes, os profissionais da saúde se sentem pouco preparados do ponto de vista legal para atender os adolescentes.

Segundo o manual técnico intitulado *Marco legal: saúde, um direito de adolescentes*⁷, o direito à saúde como um direito humano fundamental exclui qualquer outra norma que se mostre prejudicial ao bem juridicamente tutelado e à saúde da pessoa humana. O direito a uma vida saudável é um direito maior que deve predominar sobre qualquer outro que possa prejudicá-lo. Os adolescentes têm direito à manutenção do sigilo profissional, à privacidade e a expressar sua própria opinião, cabendo a sua quebra somente nos casos em que se apresente risco de vida ou outros riscos relevantes, como a recusa em informar para o parceiro sexual que é portador do vírus HIV e com quem mantenha relações sem uso de preservativo, a presença de distúrbios psíquicos que o façam rejeitar o tratamento ou o risco de suicídio ou homicídio. Nesses casos, após cuidadosa avaliação, se possível decidida pela equipe de saúde em conjunto com o adolescente, a quebra de sigilo é cabível. A exigência da presença de um responsável para acompanhamento no serviço de saúde, que possa afastar ou impedir o pleno exercício do direito à saúde, constitui lesão ao direito maior de uma vida saudável. Recomenda-se que os serviços de saúde busquem uma articulação com o Conselho Tutelar da região e com a Promotoria da Infância e da Juventude para auxiliar na condução das questões excepcionais de forma ética.

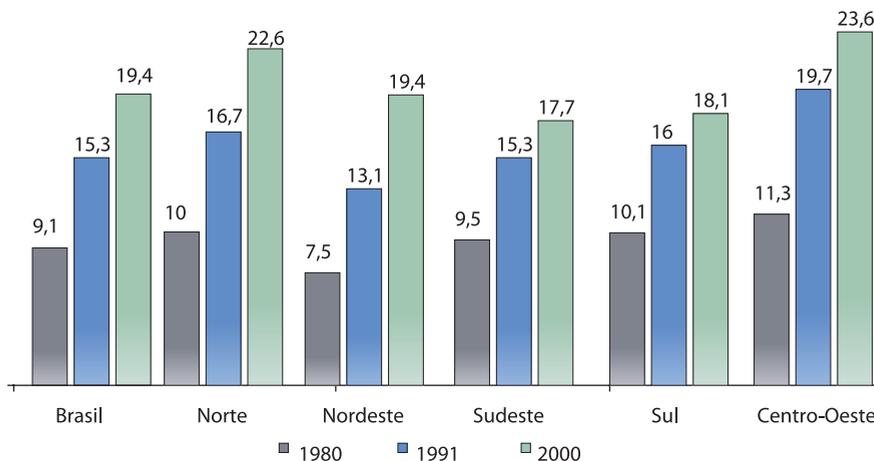
Fecundidade e saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes

Na sociedade brasileira, a taxa de fecundidade tem declinado sistematicamente e o patamar mais baixo verificado foi 1,8 filhos por mulher, pela Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher, de 2006⁹. A redução da fecundidade não se processa

da mesma forma nos diferentes segmentos da população, sendo que as mulheres mais pobres e menos escolarizadas são as que têm maior número de filhos. Por conseguinte, são esperadas novas reduções da taxa de fecundidade que deverão ocorrer nesses segmentos da sociedade, dado que a tendência à redução do número de filhos tem se mostrado contínua³. Os estudos demográficos indicam que, ao lado da diminuição do número de filhos, ocorre uma concentração da fecundidade num intervalo mais curto da vida reprodutiva das mulheres com aumento da presença das jovens com até 24 anos na composição da fecundidade total. Esse fenômeno tem sido chamado de rejuvenescimento da fecundidade. As pesquisas indicam ainda que a fecundidade na faixa etária entre 10 e 19 anos apresentou um aumento em comparação ao que vêm ocorrendo nas outras faixas⁹.

A contribuição das adolescentes para a composição da fecundidade total é de aproximadamente 20% e esse percentual vem aumentando, conforme indica a figura abaixo:

Figura 1. Contribuição da fecundidade das mulheres de 15 a 19 anos de idade na fecundidade total Grandes Regiões - 1980/1991/2000



Fonte: Censo Demográfico 200, Fecundidade e Mortalidade Infantil, Resultados Preliminares da Amostra IBGE 2002

A concentração do número de nascimentos entre as mulheres mais jovens indica que elas engravidam num momento em que ainda poderiam estar inseridas no sistema escolar ou iniciando a sua vida profissional. Ao negligenciarem o uso de métodos contraceptivos, seja por falta de orientação, por dificuldade de acesso aos serviços de saúde ou por razões de ordem econômica, as adolescentes expõem suas vidas à contaminação pelas doenças sexualmente transmissíveis e também se sujeitam a uma gravidez não planejada, muitas vezes terminada por um aborto realizado em precárias condições.

Por sua vez, o não-uso de contraceptivos não pode ser diretamente relacionado à falta de informação. A falta de planejamento das relações sexuais, os mitos em relação à vida sexual e o padrão assimétrico das relações gênero são alguns dos fatores que influenciam as práticas dos adolescentes. Nesse contexto, quando os adolescentes optam pelo uso da camisinha, não conseguem incorporar o método na sua prática sexual com um parceiro ou uma parceira fixa, e somente fazem uso dele nas relações casuais ou com par-

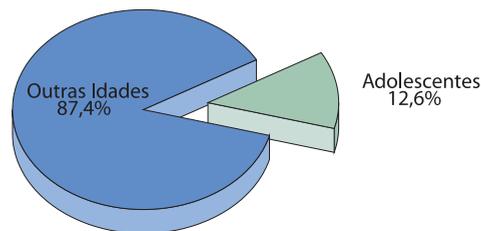
ceiros esporádicos. A questão do vínculo monogâmico, do status da mulher na relação de namoro, da confiança no parceiro, estão na raiz da escolha do método. Em geral, nas parceiras consideradas estáveis são as adolescentes que usam a pílula, cuja preocupação maior é com a gravidez e não com a prevenção das doenças sexualmente transmissíveis¹³.

A mudança do perfil da epidemia do HIV/Aids indica a feminilização e a juvenilização da doença. Esse quadro faz com que os adolescentes sejam merecedores de esforços programáticos especiais na área da saúde. Ao lado da necessidade de programas efetivos para a orientação sexual nas escolas, uma assistência à saúde que aborde as necessidades dos grupos específicos é um elemento fundamental para a saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes.

Resultados

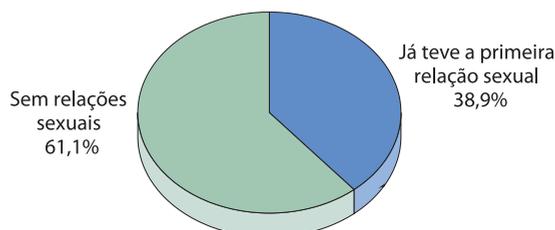
No presente artigo, são analisados dados relativos à saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes que integraram a amostra do presente estudo, com vistas a subsidiar o planejamento das atividades dirigidas a esse segmento da população e facilitar o seu acesso aos serviços de Atenção Básica. Foi elaborado um conjunto de questões que constituíram um dos blocos do questionário (Bloco G), abordando temas como início da vida sexual, doenças sexualmente transmissíveis, prevenção do HIV/Aids, acesso ao preservativo, teste de Aids, métodos contraceptivos, gravidez, acesso aos serviços de saúde para orientação e tratamento. Os dados aqui apresentados referem-se às entrevistas de 943 adolescentes de ambos os sexos, com idade entre 12 a 19 anos. Esse grupo etário correspondeu a 12,6% do total da amostra.

Figura 2. Percentual dos Entrevistados na amostra. Projeto Acesso - Região da Baixada Santista - 2007



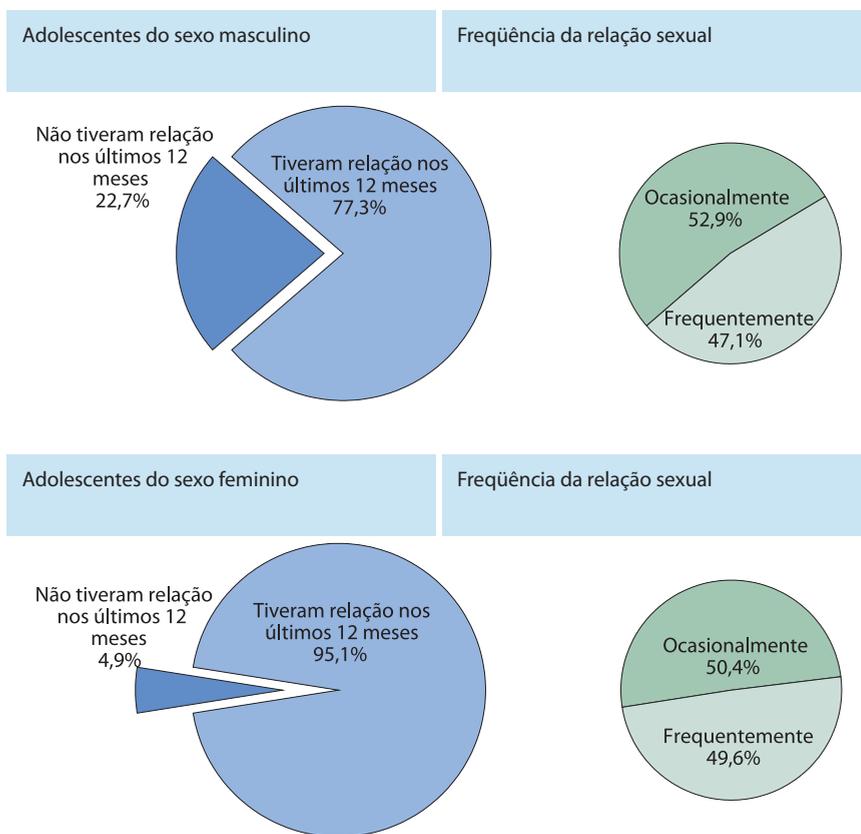
No grupo, 38,9% responderam que já tinham iniciado sua vida sexual (n=345). A idade na primeira relação sexual variou entre 9 e 19 anos e a idade média na primeira relação sexual foi de 14,7 anos.

Figura 3. Percentual dos Entrevistados que já tiveram a primeira relação sexual. Projeto Acesso - Região da Baixada Santista - 2007



Para conhecer a frequência com que se dava a atividade sexual dos adolescentes foi perguntado sobre a ocorrência de episódios de relações sexuais nos últimos 12 meses e em caso afirmativo, com qual frequência. Foram consideradas duas respostas: frequentemente, com no mínimo uma relação por semana e ocasionalmente, com menos de uma relação por semana.

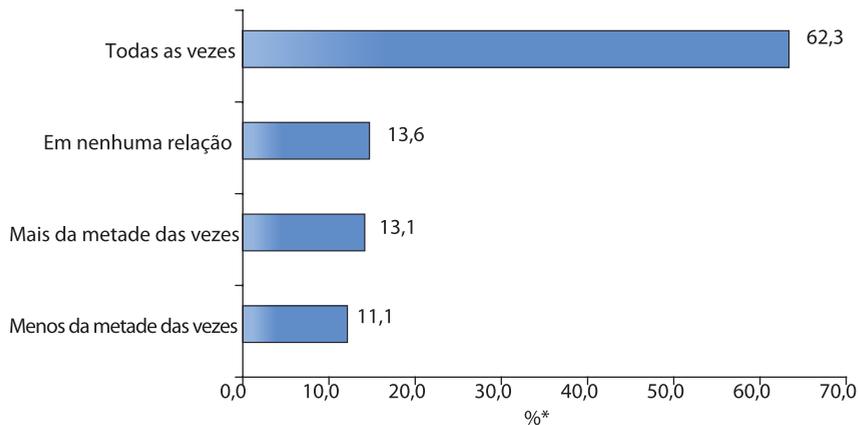
No total, 85,6 % responderam que tiveram relações sexuais nos últimos 12 meses. Desses, 48,4% referiram que tinham relações frequentemente. Predominaram mulheres com vida sexual ativa nos últimos 12 meses. A frequência das relações sexuais não variou em relação ao sexo do entrevistado.



Para a análise relativa ao uso de métodos contraceptivos e sobre DST/Aids, foram excluídos 52 indivíduos (14,4%) que responderam que nos últimos doze meses não tiveram nenhuma relação sexual.

A próxima figura apresenta a distribuição do uso da camisinha na população pesquisada.

Figura 6. Percentual do uso de camisinha masculina. Projeto Acesso - Região da Baixada Santista - 2007



No grupo com vida sexual ativa, 62,3% afirmaram usar a camisinha em todas as relações sexuais e 37,7% referiram usar em algumas relações sexuais ou não usá-la.

Buscando conhecer mais detalhadamente o perfil dos adolescentes que afirmaram usar sempre a camisinha, foram estudadas as variáveis sexo e frequência das relações sexuais.

Figura 7. Percentual dos Adolescentes que referiram usar camisinha masculina todas as vezes, segundo sexo. Projeto Acesso - Região da Baixada Santista - 2007

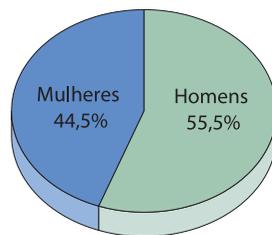
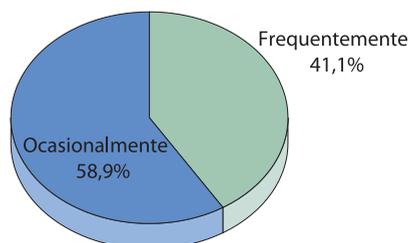


Figura 8. Percentual dos Adolescentes que usam a Camisinha Masculina sempre, segundo frequência das relações. Projeto Acesso - Região da Baixada Santista - 2007

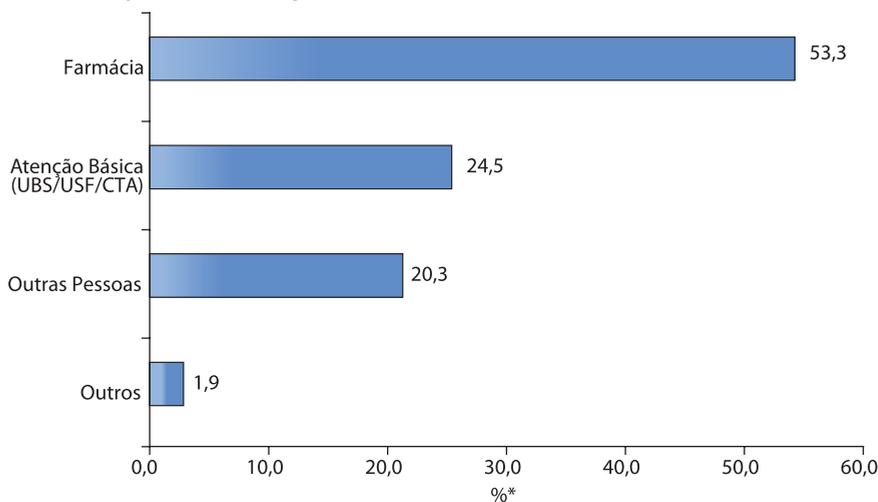


Dos que responderam que usavam camisinha sempre, 55,5% eram homens e 60,4% tinham relações ocasionalmente. Entre os que tiveram relações freqüentemente e são homens, 59,9% referiram o uso da camisinha no último ano em todas as relações e 40,1% usou somente em parte das relações ou não usou. Entre os que tiveram relações sexuais ocasionalmente, 81,3% usou em todas as relações e 18,7% não usou em todas as relações, no último ano. Entre as mulheres, não se nota tal diferença. Esse perfil permite supor que a camisinha continua associada aos relacionamentos com parceiros casuais, havendo dificuldade de incorporar o método nas relações mais estáveis, com parceiros fixos.

Pelo menos um terço dos adolescentes não estavam se protegendo adequadamente em relação às doenças sexualmente transmissíveis. Possivelmente esse número era ainda maior, pois os dados não permitem averiguar a questão do abandono do método e sua substituição pela pílula, um padrão tem sido freqüentemente encontrado em outros estudos com adolescentes e jovens.

A principal forma de obtenção da camisinha, considerando-se a primeira resposta, era a farmácia (53,3%), seguida pelos os serviços de Atenção Básica (24,5%) ou através de outras pessoas, como namorado/a, parentes e amigos (20,3%).

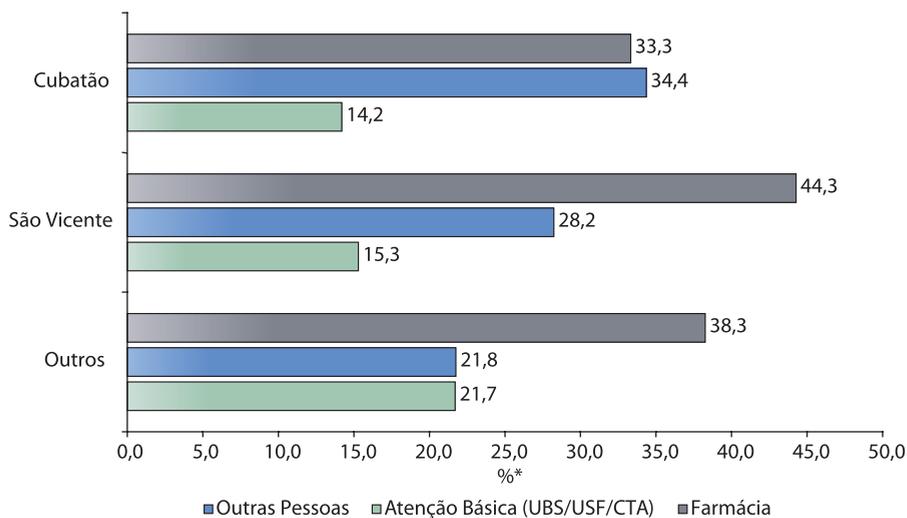
Figura 9. Percentual das respostas sobre a forma de obtenção da camisinha pelos adolescentes. Projeto Acesso - Região da Baixada Santista - 2007



Descontados os que responderam o parceiro/a ou parentes, as principais formas de obtenção da camisinha pelos próprios adolescentes eram na farmácia (68,5%) ou na rede pública de serviços de saúde (UBS + USF + CTA/COAS), com 31,5%.

Considerando-se as três regiões que participaram do estudo, observa-se a seguinte situação:

Figura 10. Percentual das respostas sobre a forma de obtenção da camisinha pelos adolescentes, segundo município. Projeto Acesso - Região da Baixada Santista - 2007

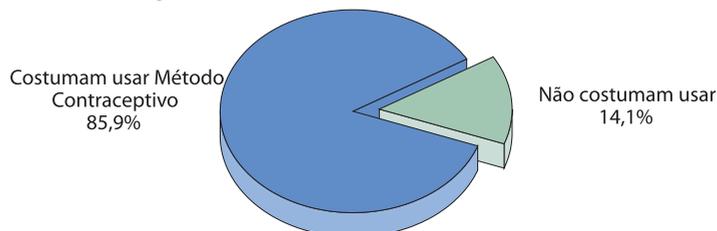


O município de Cubatão destacou-se como o que mais distribuiu a camisinha para os adolescentes na região do estudo.

Entre os adolescentes usuários de serviços públicos que responderam ter alguma dificuldade de obter a camisinha, os motivos referidos foram: falta do insumo, exigência de documento de identificação ou de autorização de pais ou responsáveis. Essas respostas apontam para a persistência de barreiras que limitam os adolescentes de desfrutarem de uma vida sexual saudável, sem se exporem aos riscos de contrair uma doença sexualmente transmissível ou de uma gravidez não programada. A permanência dessa situação dificulta a manutenção de atitudes positivas por parte dos adolescentes em relação a sua vida e sua saúde. Não obstante as dificuldades apontadas acima, 93,9% consideraram que a quantidade de camisinhas obtida era suficiente para suas necessidades.

As questões relativas ao uso de métodos contraceptivos foram respondidas apenas pelas mulheres que referiram ter atividade sexual nos últimos doze meses, independentemente da frequência com que tiveram relações sexuais. Das adolescentes com idade entre 12 e 19 anos, 85,9% afirmaram que costumavam usar algum tipo de anticoncepcional, incluindo-se a camisinha.

Figura 11. Percentual das adolescentes que costumam usar algum método contraceptivo. Projeto Acesso - Região da Baixada Santista - 2007

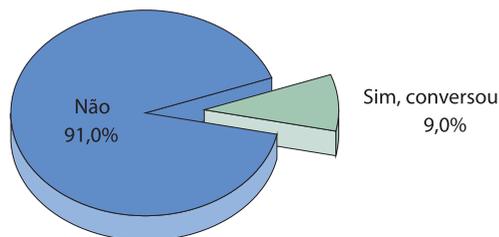


Foi perguntado o motivo do não uso. Os motivos citados foram: não ter relações sexuais no momento ou ter relações pouco frequentes, estar grávida no momento, não gostar de usar contraceptivos e ter o parceiro esterilizado.

Aproximadamente 80% do grupo das adolescentes respondeu que o parceiro usou a camisinha na primeira relação sexual. Em relação ao uso da pílula na primeira relação sexual, em torno de 9,0% responderam que estavam tomando. Esses dados indicam que a camisinha é o método preferencial no início da vida sexual. Observa-se que há um aumento do uso da pílula após a primeira relação sexual, indicando que as adolescentes vão substituindo a camisinha na continuidade das relações sexuais.

Para desfrutar de uma vida sexual e reprodutiva saudável, é fundamental que os jovens tenham acesso à informação, orientação e aos serviços de saúde. A orientação médica é importante desde o início da vida sexual. As jovens, de modo geral, procuram o médico quando querem receber orientação para evitar a gravidez, mas elas dependem do parceiro para a prevenção das DST. Observa-se diversas dificuldades como, por exemplo, a demora na realização de exames e da consulta médica, a recusa em atender os menores de idade e a pouca atenção recebida pelos adolescentes e jovens do sexo masculino. No presente estudo, somente 9,0% das adolescentes entrevistadas referiram que algum agente de saúde conversou com elas sobre planejamento familiar.

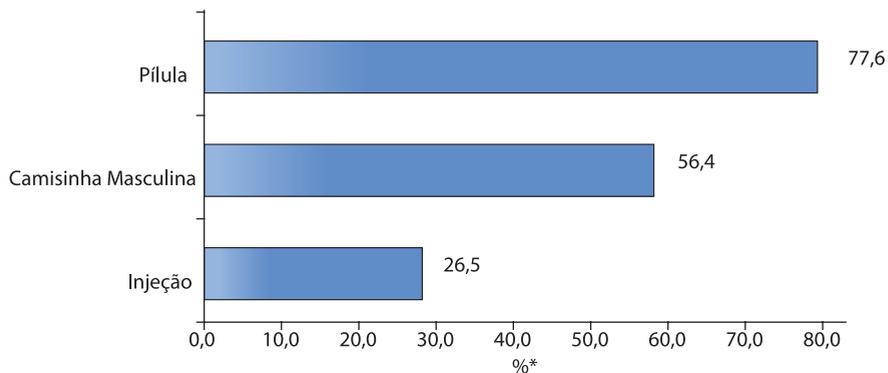
Figura 12. Percentual das adolescentes que conversaram sobre planejamento familiar com algum agente de saúde. Projeto Acesso - Região da Baixada Santista - 2007



Também foi perguntado para as adolescentes se elas tiveram iniciativa de buscar algum serviço para obter informações sobre planejamento familiar. Das que afirmaram ter buscado orientação (11,8%), 8,7% foram motivadas para evitar uma gravidez e as restantes porque queriam engravidar.

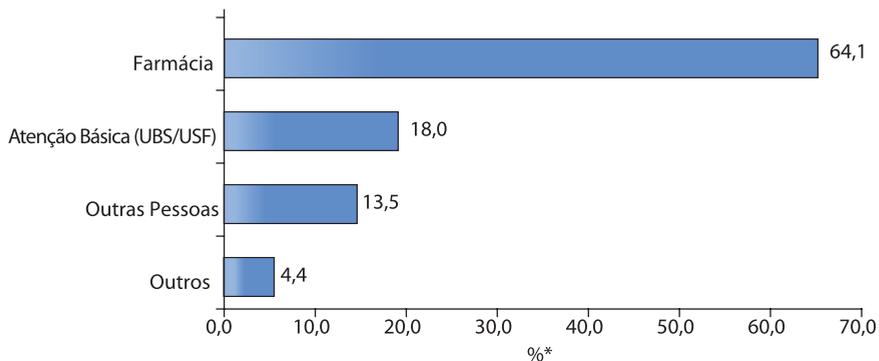
Não obstante o pequeno número de adolescentes que receberam alguma orientação nos serviços, é importante conhecer os dados sobre os métodos contraceptivos mais indicados e sua forma de obtenção. Essa variável aceitava respostas múltiplas. Assim, o método mais recomendado pelo médico foi a pílula com 36 respostas e em segundo lugar, a camisinha com 24 respostas. Além desses, foram mencionadas a injeção com 11 respostas, o DIU com 3, a tabelinha com 2 e a camisinha feminina com 3 respostas.

Figura 13. Percentual dos métodos contraceptivos receitados pelo médico, para as adolescentes. Projeto Acesso - Região da Baixada Santista - 2007



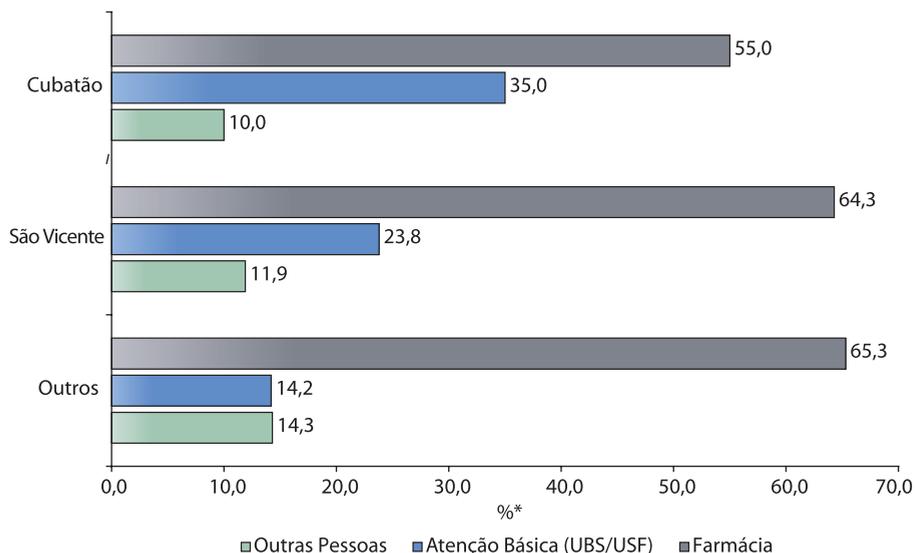
As formas de obtenção do método, para as adolescentes do sexo feminino, eram a farmácia (64,1%), os serviços de Atenção Básica (18,0%) ou através de outras pessoas, como namorado, parentes ou amigos (13,5%).

Figura 14. Percentual das respostas sobre a forma de obtenção do método contraceptivo que a adolescente está utilizando atualmente. Projeto Acesso - Região da Baixada Santista - 2007



Considerando-se as três regiões do estudo, o município de Cubatão apresentou a maior proporção de adolescentes do sexo feminino utilizando os serviços de Atenção Básica para obtenção de métodos contraceptivos (35,0%). Mas, em todas as regiões do estudo, a maioria das adolescentes recorria à farmácia para obter métodos contraceptivos.

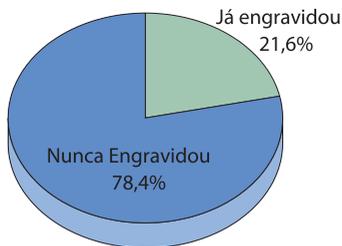
Figura 15. Percentual das respostas sobre a forma de obtenção dos métodos contraceptivos pelas adolescentes do sexo feminino, segundo município. Projeto Acesso - Região da Baixada Santista - 2007



Do total das adolescentes que teve atividade sexual nos últimos 12 meses, 21,6% (36) já havia ficado grávida pelo menos uma vez. Entre elas, quatro estavam grávidas no momento da entrevista. O maior número de gestações por adolescente foi de 3. Descontados abortos e natimortos, as gestações das adolescentes resultaram em 27 nascidos vivos. A idade das adolescentes ao nascimento do primeiro filho era em média de 16,6 anos e dos parceiros era de 21 anos.

Os dados apresentados a seguir referem-se às doenças sexualmente transmissíveis (DST), considerando-se o aparecimento de seus sinais e sintomas e a procura por tratamento médico. Em seguida, discute-se a realização do teste de Aids.

Figura 16. Percentual das adolescentes alguma vez grávidas. Projeto Acesso - Região da Baixada Santista - 2007



Em relação à infecção por DST, no grupo das adolescentes, 24,9% referiram algum problema nos órgãos genitais, como corrimento, feridas ou verrugas. O principal problema referido foi o corrimento. Entre os homens, somente dois (2,8%) responderam ter tido alguma DST.

Considerando-se todos adolescentes que apresentaram sinais e sintomas de DST, 20,3% não procuraram tratamento. Entre os que procuraram tratamento, 43,4% utilizaram serviços de Atenção Básica. O tratamento foi indicado pelo médico ou enfermeiro em 100% dos casos. Somente 3,0% não conseguiram obter medicamentos para corrigir o problema. 61,7% dos entrevistados obtiveram medicamentos no serviço público e 38,3% compraram na farmácia. Três indivíduos (9,9%) não fizeram o tratamento até o final.

No grupo sexualmente ativo, 73,9% dos entrevistados responderam nunca ter feito o Teste de Aids. Dos 26,1% que fizeram o teste de aids alguma vez, 76,4% afirmaram que ele foi feito no último ano. O teste foi feito em um serviço da rede pública em 55,6% dos casos, incluindo-se os Centros de testagem e aconselhamento (CTA).

Figura 17. Percentual dos adolescentes que já realizaram o teste de AIDS alguma vez na vida. Projeto Acesso - Região da Baixada Santista - 2007



Figura 18. Percentual dos serviços utilizados por adolescentes para o teste de Aids. Projeto Acesso - Região da Baixada Santista - 2007

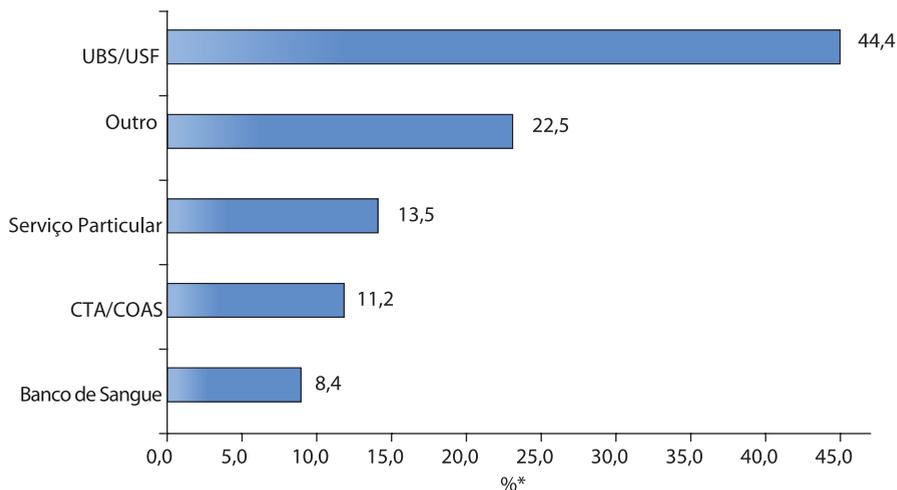
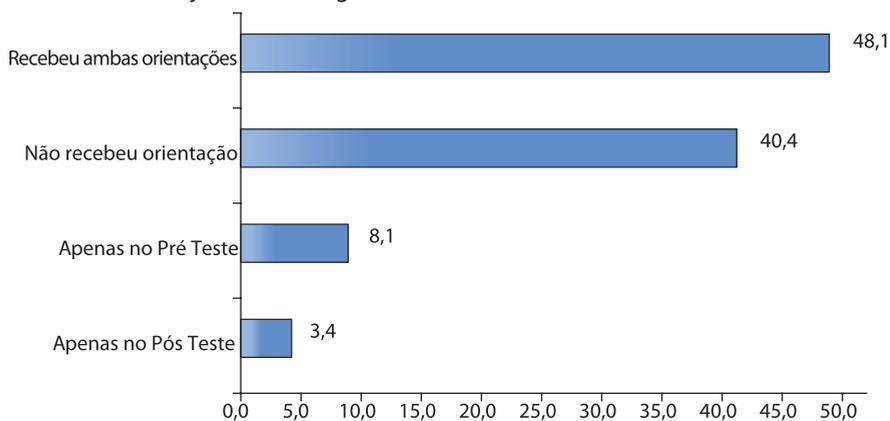


Figura 19. Distribuição dos adolescentes que referiram ter ou não ter recebido orientações pré e pós Teste de Aids. Projeto Acesso - Região da Baixada Santista - 2007



Observa-se, pelo estudo, que aproximadamente a metade dos adolescentes que fizeram o Teste de Aids não foram devidamente orientados em relação ao seu significado e suas implicações. Chama a atenção que 40,4% dos que fizeram o teste não conversaram sobre o teste nem antes nem após sua realização.

Considerações finais

Os resultados do presente estudo demonstram a relevância que os serviços de Atenção Básica possuem para a população adolescente. Aproximadamente um terço dos adolescentes entrevistados responderam que obtinham a camisinha em algum serviço de Atenção Básica e mais da metade dos que fizeram o teste de Aids recorreram aos serviços de Atenção Básica ou a um CTA. No entanto, nem sempre os serviços estão capacitados para receber essas demandas e para atender as suas especificidades. Nota-se que o percentual das adolescentes que conversaram com um agente de saúde ou que procuraram um serviço para obtenção de assistência na área do planejamento familiar foi muito baixo e que a maior parte das adolescentes usuárias da pílula obtinham o medicamento na farmácia.

A captação dos adolescentes revela-se com um dos aspectos menos desenvolvidos nos serviços. A captação deve ser realizada por meio de ações e estratégias desenvolvidas na unidade e na comunidade, de acordo com o diagnóstico das necessidades locais. O contato dos adolescentes com a equipe de saúde deve ser oportunizado e, nessa ocasião, deve haver a divulgação e facilitação do acesso aos serviços de saúde. Diversos meios de divulgação podem ser empregados como cartazes colocados no interior das unidades, distribuições de folhetos, ações de divulgação realizadas em conjunto com os próprios adolescentes, rádios comunitárias, Internet, murais etc. Do mesmo modo, essas estratégias de divulgação podem ser empregadas e fortalecidas nas visitas domiciliares.

O desenvolvimento de ações conjuntas, de caráter intersetorial, com outras instituições presentes no território, sobretudo com as escolas, é um outro elemento fundamental para a promoção da saúde entre o grupo adolescente. Alguns segmentos específicos da adolescência em situação especial necessitam ter uma atenção à saúde redobrada, como

por exemplo, adolescentes envolvidos com exploração sexual, violência doméstica ou sexual, institucionalizados, vivendo com o HIV ou que apresentam alguma deficiência. Essas ações ainda não estão presentes no cotidiano dos adolescentes.

Do total das adolescentes entrevistadas, 20% referiu uma gravidez anterior, sendo que algumas adolescentes que já haviam ficado até três vezes grávidas. Esse percentual elevado revela que o início da vida sexual é vivido sem estar acompanhado de cuidados em relação à contracepção e à prevenção das doenças sexualmente transmissíveis. O planejamento familiar deve incluir a assistência à concepção e à contracepção, o atendimento pré-natal, a assistência ao parto, ao puerpério e ao neonato; o controle das doenças sexualmente transmissíveis e o controle e prevenção do câncer cérvico-uterino, do câncer de mama e do câncer de pênis. As adolescentes, ao iniciarem a sua vida sexual sem uso de métodos contraceptivos e de prevenção às doenças sexualmente transmissíveis, acabam engravidando logo no início da vida sexual. Frequentemente, elas buscam pelos serviços de saúde quando a gravidez já é uma realidade e só passam a receber orientações sobre métodos contraceptivos após o nascimento do primeiro filho. Essa situação requer um amplo esforço da sociedade e dos serviços de saúde no sentido de garantir os direitos sexuais e direitos reprodutivos desde a adolescência.

Embora um significativo percentual dos adolescentes tenha referido algum problema nos órgãos genitais, muitos não procuraram assistência. Foram principalmente as mulheres que procuraram um serviço de saúde para tratar de uma DST e a metade delas buscou um serviço de Atenção Básica. Em relação ao teste de Aids, apesar do aumento observado nos últimos anos, percebe-se a dificuldade para o recebimento de informação e orientação em relação ao teste.

O quadro encontrado indica que essa parcela da população ainda está invisibilizada para o setor saúde, embora apresente uma grande demanda que necessita ser atendida. A garantia de melhores condições de vida e de saúde em muito depende de que os serviços de saúde sejam capazes de dar assistência em todas as fases da vida. Os benefícios gerados por essa assistência certamente irão repercutir por toda a existência das pessoas, gerando um impacto positivo tanto no âmbito individual quanto para a sociedade como um todo.

Referências Bibliográficas

1. Abramo HW. Considerações sobre a tematização social da juventude no Brasil. *Revista Brasileira de Educação*. 1997; 5/6: 25-36
2. Amarante AGM. Juventude no SUS: as práticas de atenção à saúde no Butantã. São Paulo, 2007. [Dissertação de Mestrado, FSP/USP]
3. Berquó E, Cavenaghi S. Fecundidade em declínio: breve nota sobre a redução no número médio de filhos por mulher no Brasil. *Novos Estudos*. 2006; 74:11-15
4. Brasil. Ministério da Saúde. IBGE - Censos Demográficos e Contagem Populacional; para os anos intercensitários, estimativas preliminares dos totais populacionais, estratificadas por idade e sexo pelo MS/SE/Datasus. Disponível no endereço <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/popsp.def>
5. Brasil. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências.

6. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde integral de adolescentes e jovens: orientações para a organização de serviços de saúde . Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília – DF. 2005a.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Marco legal: saúde, um direito de adolescentes. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília – DF. 2005b.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico – AIDS e DST. Ano IV, nº 1. Brasília, Brasil. Dezembro de 2007.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher. Relatório. Brasília – DF. 2008.
10. Nações Unidas. Convenção das Nações Unidas sobre os direitos da criança. Adotada pela Assembléia Geral das Nações Unidas em 20 de novembro de 1989.
11. Nações Unidas. Programme of Action of the UNICPD. Reproductive rights and reproductive health: basis for action. 1994. [on line] Disponível na Internet: <http://www.iisd.ca/linkages/Cairo/program/p07002.html>
12. Nações Unidas. The Fourth World Conference on Women. Beijing Declaration Platform for action. 1995. [on line] Disponível na Internet: <http://www.un.org>
13. Pirotta KCM, Schor N. Juventude e saúde reprodutiva: valores e condutas relacionados com a contracepção entre universitários. In: (Anais do XIII Encontro Nacional de Estudos Populacionais – Violências, o Estado e a qualidade de vida da população brasileira [CD ROM]). Ouro Preto, MG, nov/2002. (25 p.) Disponível em: <http://www.abep.org.br>
14. Rua MG. As políticas públicas e a juventude dos anos 90. In: CNPD. Jovens acontecendo na trilha das políticas públicas. Brasília: CNPD, 1998. p. 731-49.
15. Sposito MP, Carrano P. Juventude e políticas públicas no Brasil. In: León OD (ed). Políticas públicas de juventud en América Latina: políticas nacionales. Viña del Mar: Ediciones CIDPA, 2003.

Acesso a exames de diagnóstico precoce ou prevenção secundária de neoplasias: Papanicolau, mamografia e dosagem de antígeno prostático específico – PSA

Suzana Kalckmann

Renato Barboza

No Brasil, as neoplasias representam importante fator de adoecimento e morte, são a segunda causa de óbito entre as mulheres, exceto no Nordeste, onde representam a terceira causa de morte.

Entre as mulheres, as neoplasias mais freqüentes são: o câncer de mama, de pulmão, de intestino e de colo de útero. Este perfil é similar ao que ocorre nos países desenvolvidos, com exceção da proporção de casos de câncer de colo de útero, que é semelhante ao de países pobres^{1,2}.

Entre os homens são mais freqüentes as neoplasias de próstata, pulmão e estômago.

O Instituto Nacional de Câncer (INCA) estimou que deverão ocorrer no Brasil 470 mil novos casos de câncer, em 2008 e 2009. Entre os de maior incidência estão o de pele (115.010 casos), o de próstata (49.530 casos), o de mama (49.400), pulmão (27.270) cólon e reto (26.990), estômago (21.800) e de colo de útero (18.680), excluindo-se os tumores de pele não melanoma³.

Câncer de mama

O INCA estima que no Brasil irão ocorrer 49.400 casos novos de câncer de mama, no ano de 2008. Na região Sudeste, é o mais incidente entre as mulheres, com um risco estimado de 68 casos novos por 100 mil mulheres, assim como, nas regiões Sul (67/ 100.000), Centro-Oeste (38/ 100.000) e Nordeste (28/ 100.000). Na região Norte é o segundo tumor mais incidente (16/ 100.000). Para o estado de São Paulo, estima-se que serão 15.640 casos em 2008, com risco de 72,5 para 100 mil mulheres⁴.

Devido a esta alta magnitude e por exigir para a sua redução estratégias de co-responsabilidade de gestores federais, estaduais e municipais, em 2006, foi colocado como uma das metas do Pacto pela Vida. Assim, pretende-se ampliar para 60% a cobertura de mamografia e realizar a punção de 100% dos casos necessários no país⁴.

O câncer de mama apesar de ter bom prognóstico de cura, quando identificado precocemente, tem sido responsável por muitas mortes no Brasil. Nos últimos anos, as taxas de mortalidade têm aumentado no país.

Segundo Gebrim, *“quando um nódulo mamário tem um centímetro ou menos, sua chance de cura é de 90%”*, o que evidencia uma associação positiva entre o diagnóstico precoce e a cura do câncer de mama⁵.

A mamografia é considerada o melhor exame não invasivo disponível, pois pode detectar lesões não-palpáveis, com menos de meio centímetro e carcinomas *in situ* (tumor em

estágio inicial que não invadiu e nem se disseminou), apesar das divergências que aparecem na literatura quanto à idade adequada e a frequência com que deva ser realizado. O auto-exame das mamas e o exame clínico (apalpação) durante a consulta ginecológica são também importantes para a detecção precoce, desde que no surgimento de anormalidades os serviços de saúde realizem os procedimentos e encaminhamentos adequados^{6,7}.

Câncer de colo de útero

O câncer de colo de útero é responsável, no mundo, a cada ano, por aproximadamente 500 mil novos casos e pela morte de cerca de 230 mil mulheres⁸.

Para o Brasil, em 2008, o INCA estima o surgimento de 18.680 casos novos de câncer de colo de útero. Na região Norte é o mais freqüente (22/100.000). Nas regiões Sul (24/100.000), Centro-Oeste (19/100.000) e Nordeste (18/100.000) ocupa a segunda posição e no Sudeste (18/100.000) a quarta posição. Em São Paulo deverão ocorrer 3500 casos de câncer de colo, com um risco de 16,22 em 100 mil mulheres⁸.

O câncer de colo de útero pode ser detectado precocemente pelo exame de Papanicolau (esfregaço cervico-vaginal), e deve ser realizado em mulheres que tem ou já tiveram vida sexual ativa, prioritariamente, entre 25 e 59 anos⁹.

Inicialmente, um exame deve ser feito a cada ano. Após dois exames normais no intervalo de um ano, a periodicidade indicada do exame é de três anos. A cobertura deve alcançar no mínimo 80% da população-alvo. No Brasil, não se conhece o número de mulheres examinadas, mas sim o número de exames realizados, o que dificulta o cálculo da sua cobertura no país.

Nos últimos anos, apesar das estimativas baseadas em estudos nacionais e locais mostrarem aumento da cobertura da coleta de Papanicolau, ela ainda é inferior ao necessário na maioria dos municípios⁹.

Segundo a Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE), no município de São Paulo, para o triênio de 2000/2002, as taxas de mortalidade por câncer de colo de útero apresentaram grande variabilidade, segundo os distritos da cidade: indo de 0 (sem ocorrência) a mais de 11,0 por 100.000 mulheres, se mostrando inversamente proporcional ao desenvolvimento da área¹⁰.

Câncer de próstata

O câncer de próstata é uma das neoplasias mais prevalentes entre os homens, especialmente, acima dos 50 anos. Segundo a Organização Mundial de Saúde é o sexto tipo de câncer mais freqüente no mundo, cerca de 10% do total da patologia.

É mais prevalente nos países desenvolvidos, onde as taxas de incidência são cerca de 6 vezes maiores do que nos países em desenvolvimento.

No Brasil, estima-se que serão 49.530 novos casos em 2008, com risco de 52,4 para cada 100 mil homens³.

Em São Paulo, projeta-se a ocorrência de 13.310 em 2008, com risco de 64,3 em cada 100 mil homens.

Entretanto, esse agravo ainda tem baixo poder de mobilização dos gestores e equipes de saúde para o desenvolvimento de programas de prevenção primária e secundária¹¹.

A falta de acesso a diagnóstico precoce e aos procedimentos necessários para a cura da doença (cirurgias, radioterapia, etc), são obstáculos para o controle do câncer de próstata que, se detectado no início teria bom prognóstico de cura¹².

No contexto da Atenção Básica, diversos autores apontam que há dificuldades na interação entre as necessidades de saúde dos homens e a oferta dos serviços, tanto no tocante a organização do serviço quanto ao processo de trabalho das equipes, produzindo barreiras ao acesso e na integralidade da atenção aos mesmos^{13,14}.

O PSA (Antígeno Prostático Específico) é um componente do sêmen produzido pela próstata e quando há algum problema com essa glândula, inclusive câncer, a taxa de PSA aumenta. O exame de sangue avalia essa quantidade e vem sendo realizado como rastreador ou complementar ao toque retal, que avalia o tamanho da próstata. Se o resultado mostrar taxa acima do normal significa que está havendo alterações na glândula, exigindo a realização de exames específicos para determinar a melhor forma de tratamento.

Segundo o Ministério da Saúde do Brasil, devem fazer anualmente o exame de PSA todos os homens com 50 ou mais anos de idade, complementar ao toque retal; a partir dos 40 anos, caso tenha história de câncer de próstata na família; e antes dos 40 anos, se apresentar algum sintoma ou queixa específica¹⁵. Contudo, urologistas preconizam a sua realização a partir dos 40 anos¹⁶.

Apesar das diferenças regionais atribuídas essencialmente ao acesso desigual a serviços de saúde de qualidade e as disparidades sócio econômicas, o câncer de mama, de colo de útero e de próstata são problemas importantes de saúde pública no Brasil, em São Paulo e também, na Baixada Santista, local onde foi realizado esse inquérito domiciliar.

Vale salientar que, no Brasil não se dispõem de informações sistemáticas sobre a cobertura destes exames na população, os dados disponíveis se referem ao número de exames realizados e não ao número de pessoas que os fizeram. Alguns inquéritos populacionais foram desenvolvidos para avaliar a realização de exames preventivos, sendo os de rastreamento de câncer de colo e de mama os mais estudados^{17,18,1}.

Pode-se observar pelo quadro 1, onde se sumariza a produção ambulatorial do SUS na Baixada Santista, que para 2007 a taxa estimada de cobertura de exame de mamografia variou de 0,15 na Praia Grande a 0,39 exame/mulher/ano em Bertioga.

A estimativa de cobertura de Papanicolau variou de 0,11 (Itanhaém e Mongaguá) a 0,23 exame/mulher/ano (Peruíbe), em todos os municípios da Baixada Santista, neste ano, foi abaixo de 0,30 exame/mulher/ano razão preconizada pelo Ministério de Saúde⁸.

A cobertura de PSA também foi bastante heterogênea: indo de 0,08 (São Vicente) a 0,23 exame/homens/ano (Cubatão).

Quadro 1. Número de exames aprovados e estimativa de cobertura na população alvo, segundo municípios da Regional de Saúde da Baixada Santista, 2007.

Municípios	N Papanicolau	N Papa/*	N Mamografia	N Mamografia/**	N PSA	N PSA/***
Dir Baixada Santista		Pop. fem. 20 e mais		Pop. fem. 40 e mais		Pop. masc. 40 e mais
Bertioga	2807	0,22	1855	0,39	687	0,13
Cubatão	4354	0,12	4430	0,29	3379	0,23
Guarujá	15550	0,16	11073	0,27	5461	0,15
Itanhaém	3269	0,11	-	-	671	0,05
Mongaguá	1563	0,11	-	-	943	0,13
Peruíbe	4753	0,23	2020	0,19	1977	0,20
Praia Grande	17441	0,21	4412	0,11	5910	0,17
Santos	19145	0,12	14300	0,15	8097	0,11
São Vicente	14297	0,13	3175	0,06	3390	0,08
Total	83179	0,14	41265	0,15	30515	0,13

*Número de Papanicolau realizados dividido pela população feminina estimada de 20 anos e mais.

** Número de mamografias realizadas dividido pela população feminina estimada de 40 anos e mais.

*** Número de PSA realizados dividido pela população masculina estimada de 40 anos e mais.

Fonte: Produção Ambulatorial do SUS- São Paulo¹⁹

Os inquéritos domiciliares de base populacional fornecem informações mais próximas à realidade, contribuindo para que os gestores identifiquem os grupos mais vulneráveis e possam planejar e executar atividades específicas, no sentido de anular as iniquidades observadas.

Metodologia

No inquérito domiciliar foram incluídas perguntas sobre os antecedentes de realização dos exames de prevenção secundária para as mulheres na faixa etária de 20 anos ou mais: auto-exame da mama, exame clínico/apalpação das mamas por profissional, mamografia e Papanicolau. Responderam a essas questões específicas, 2444 mulheres.

Para os homens acima de 40 anos, foi investigada a realização do exame de PSA, perfazendo um total de 927 entrevistados.

As perguntas foram extraídas do questionário Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD sobre "Acesso e Utilização de Serviços de Saúde, ano 2003"¹⁷.

Esses procedimentos foram escolhidos como indicadores do acesso da população, tanto a informações sobre a necessidade de realizá-los, quanto à disponibilidade dos exames na rede de Atenção Básica dos municípios investigados.

Para a análise dessas questões foram consideradas outras variáveis pesquisadas no inquérito, tais como: município de residência/domínio, idade, escolaridade, trabalho remunerado, situação conjugal, atividade sexual no último ano, cor/raça, possuir plano de saúde.

Considerando-se a alta vulnerabilidade e a incidência do câncer de mama e de colo de útero na população feminina, optou-se por um maior detalhamento da realização desses exames preventivos nas mulheres com 40 anos ou mais.

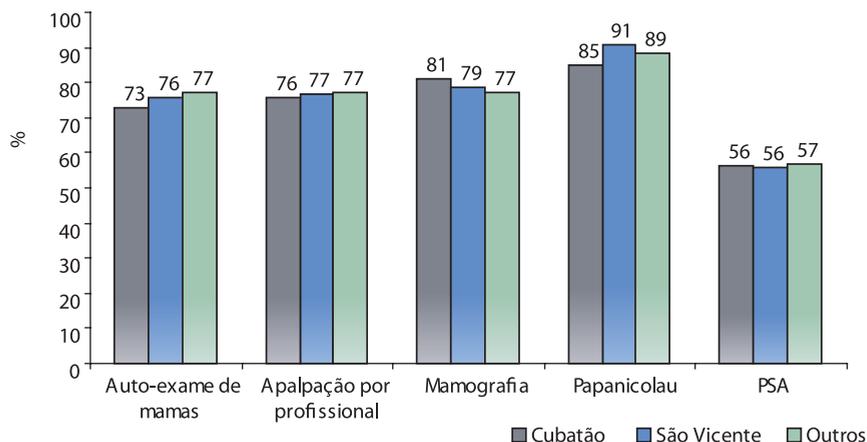
Resultados

A proporção de homens e mulheres que realizaram os exames de prevenção secundária pelo menos uma vez na vida foi similar segundo o local de residência analisado: auto-exame das mamas ($p=0,3210$), apalpação das mamas por profissional de saúde ($p=0,8527$), mamografia ($p=0,5342$) e PSA ($p=0,9389$). Para o exame de Papanicolau (citológico) observou-se diferença estatisticamente significativa entre os municípios, tendo sido realizado por menor proporção entre as mulheres que residiam no município de Cubatão ($p=0,025$).

Para o exame de mamografia foram consideradas as mulheres com 40 ou mais anos de idade; para o auto-exame, apalpação das mamas por profissional e Papanicolau foram consideradas as participantes com 20 ou mais anos.

Para o exame de sangue PSA considerou-se os homens com 40 ou mais anos de idade.

Figura 1. Proporção de exames de prevenção realizados, segundo local de residência, 2007



Considerando as 2444 entrevistadas com 20 anos ou mais de idade, verificou-se que, 76,5% delas já fizeram auto-exame de mamas e 77% passaram, alguma vez, por exame clínico das mamas no serviço de saúde.

A proporção das que realizaram pelo menos um exame de mamografia foi de 54,1%, proporção que passa a 67,3% entre as que têm plano de saúde e 43,0% entre as que são atendidas exclusivamente no SUS ($p=0,000$).

Vale ressaltar que, a realização da mamografia como rotina para mulheres assintomáticas, é recomendada pelo Ministério da Saúde do Brasil a partir de 50 anos. Para as mais jovens, é indicada para casos específicos como queixas mamárias ou cirurgias anteriores ou histórico de câncer de mama na família (Ministério da Saúde, 2004)¹.

Mas, para muitos autores e ginecologistas, deve ser realizada, de dois em dois anos, a partir dos 40 anos, por isso considerou-se para o aprofundamento da análise este grupo etário.

Das 1302 mulheres entrevistadas com 40 anos ou mais de idade, 77,8% já realizaram a mamografia, pelo menos uma vez na vida.

A condição de ter ou não realizado a mamografia se mostrou associada a: idade, ter trabalho remunerado, anos de escolaridade, situação conjugal, ser ativa sexualmente e ter plano de saúde, como pode ser observado na tabela 1.

A maior prevalência, 82,7%, foi observada na faixa etária de 50 a 59 anos e a menor, 71,5%, entre as de 60 ou mais anos ($p=0,033$).

Entre as mulheres que exerciam atividade remunerada a proporção de realização de mamografia foi maior do que entre as que não o faziam, 81,5% e 75,6%, respectivamente ($p=0,0475$).

A realização de mamografia se mostrou diretamente proporcional ao nível de escolaridade, quanto maior o número de anos de estudo maior a prevalência de realização do exame, 85%, 75% e 66,8%, entre as com 8 anos ou mais de estudo, de 4 a 7 e de 0 a 3, respectivamente ($p=0,000$).

Realizar o exame também foi influenciado pela situação conjugal e pela atividade sexual. Entre as que referiram ter parceiro sexual fixo, 82,7% fizeram a mamografia contra 69,9% entre as que estavam sem parceiro sexual ($p=0,0001$); 85,4% entre as que tiveram atividade sexual no último ano e 69,8% entre as que não tiveram (0,000).

Nesta faixa etária, também, a diferença entre as que têm plano de saúde e as que não têm é estatisticamente significativa, sendo 86,9% e 68,2%, respectivamente ($p=0,000$) (Tabela 2).

Do total das mulheres com 40 anos ou mais de idade, 277 mulheres (22,2%) nunca realizaram a mamografia, os motivos apontados por elas estão descritos na tabela 1.

¹ A recente lei federal N.11664, de 29 de abril de 2008, assegura que o exame mamográfico deverá ser realizado por todas as mulheres a partir de 40 anos de idade, em todo o território nacional. Esta lei entra em vigor a partir de abril de 2009 (Brasil, 2008). Disponível: www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2008/Lei/L11664.htm Acesso em 19/08/2008.

Tabela 1. Distribuição das mulheres com 40 ou mais anos, segundo primeiro motivo alegado para nunca terem realizado mamografia, Região Metropolitana da Baixada Santista, Projeto Acesso, 2007.

Motivo para nunca terem realizado a mamografia	N	%
Auto-percepção do exame		
Não era necessário	72	26,1
Não gosta do exame	16	5,8
Não conhece o exame	1	0,4
Barreiras ao acesso		
Médico não pediu	120	43,5
Não conseguiu marcar consulta	18	6,5
Nunca foi ao ginecologista	17	6,2
Dificuldades: distância, transporte, financeira	2	0,7
Outros	30	10,9
Total	276	100,0

O exame é amplamente conhecido pela população, apenas uma mulher referiu não conhecê-lo. O motivo alegado pela maioria (43,4%) foi a falta de indicação médica; seguido pela avaliação da própria mulher, que não o considera necessário (26,5%).

Chama atenção que, 6,5% não conseguiram marcar consulta médica e 6,2% nunca passaram por um ginecologista.

Tabela 2. Distribuição das mulheres de 40 anos ou mais de idade, pela condição de terem realizado o exame de mamografia, segundo variáveis selecionadas. Região Metropolitana da Baixada Santista, Projeto Acesso, 2007.

Situação de realização de Exame de Mamografia	Já Realizou %	Nunca fez %	Total %
Total	77,8	22,2	100,0
Idade (anos)			
40 a 49	80,1	19,2	100,0
50 a 59	82,7	17,3	100,0
60 e mais	71,5	28,5	100,0
(p=0,033)			
Trabalho remunerado			
Sim	81,5	18,5	100,0
Não	75,6	24,4	100,0
(p=0,0475)			
Escolaridade (anos)			
0 a 3	66,8	33,2	100,0
4 a 7	75,0	25,0	100,0
8 e mais	85,0	15,0	100,0
(p=0,000)			
Situação conjugal			
Sem parceiro	69,9	30,1	100,0
Com parceiro	82,7	17,3	100,0
Parceiro eventual	100,0	-	100,0
(p= 0,0001)			
Cor			
Branca	76,5	23,5	100,0
Negra (preta+parda)	79,4	20,6	100,0
Outra (amarela+indígena)	79,9	20,1	100,0
(p= 0,6691)			
Ter plano de saúde			
Sim	86,9	13,1	100,0
Não	68,2	31,8	100,0
(p=0,0000)			
Ter relações sexuais no último ano			
Sim	85,4	14,6	100,0
Não	69,8	30,2	100,0
(p= 0,0000)			

Exame de Papanicolau

A maioria das mulheres entrevistadas com 20 anos ou mais de idade (88,8%) já realizou o exame pelo menos uma vez na vida. Contudo, essa alta proporção difere segundo a faixa etária, a escolaridade, a condição de ter trabalho remunerado, a situação conjugal, a atividade sexual e dispor ou não de plano de saúde.

No total, 283 mulheres nunca realizaram o exame de Papanicolau, os motivos referidos para tal estão descritos na tabela 3. A maioria (28,6%) referiu não ter recebido solicitação do médico para tal. Para 19,8% o exame não foi necessário. Vale informar que 12,7% nunca foram a uma consulta ginecológica.

Tabela 3. Distribuição das mulheres com 20 ou mais anos, segundo primeiro motivo alegado para nunca terem realizado o exame de Papanicolau, Região Metropolitana da Baixada Santista, Projeto Acesso, 2007.

Motivo para nunca terem realizado o Papanicolau	N	%
Auto-percepção do exame		
Não era necessário	56	19,8
Não gosta do exame	24	8,4
Não conhece o exame	12	4,2
Barreiras ao acesso		
Médico não pediu	81	28,7
Nunca foi ao ginecologista	36	12,7
Não conseguiu marcar consulta	7	2,5
Outros	32	11,3
Nunca teve relações sexuais	28	9,9
Não soube informar	7	2,5
Total	283	100,0

Considerando as entrevistadas com 40 ou mais anos de idade observou-se que 91,8% delas já haviam realizado o exame de Papanicolau, alguma vez na vida.

Vale salientar que, entre as mulheres com idade superior a 60 anos, 11,7% nunca fizeram o exame, proporção que decresce entre as com maior escolaridade (4,6%), que trabalham com remuneração (4,9%), que têm parceiro sexual (4,7%), que tiveram atividade sexual no último ano (3,7%) e dispõem de plano de saúde (4,8%).

Tabela 4. Distribuição das mulheres de 40 anos ou mais de idade, pela condição de terem realizado o exame de Papanicolau, segundo variáveis selecionadas. Região Metropolitana da Baixada Santista, Projeto Acesso, 2007.

Realização de Exame de Papanicolau	Já Realizou	Nunca fez Papanicolau	Total
	%	%	%
Total	91,8	8,2	100,0
Idade (anos)			
40 a 49	94,6	5,4	100,0
50 a 59	92,8	7,2	100,0
60 e mais	88,3	11,7	100,0
(p=0,0197)			
Trabalho remunerado			
Sim	95,1	4,9	100,0
Não	89,9	10,1	100,0
(p= 0,010)			
Escolaridade (anos)			
0 a 3	86,5	13,5	100,0
4 a 7	90,5	9,5	100,0
8 e mais	95,4	4,6	100,0
(p=0,0012)			
Situação conjugal			
Sem parceiro	86,4	13,6	100,0
Com parceiro	95,3	4,7	100,0
Parceiro eventual	100,0	-	100,0
(p=0,000)			
Cor			
Branca	91,4	8,6	100,0
Negra (preta+parda)	92,8	7,2	100,0
Outra (amarela+indígena)	88,1	11,9	100,0
(p=0,7127)			
Ter plano de saúde			
Sim	95,2	4,8	100,0
Não	88,3	11,7	100,0
(p= 0,0013)			
Ter relações sexuais no último ano			
Sim	96,9	3,1	100,0
Não	88,4	11,7	100,0
(p=0,000)			

PSA

Dentre os 927 entrevistados com 40 anos ou mais de idade, verificou-se que 43,5% nunca realizaram o exame de detecção da quantidade do antígeno prostático específico.

Verificou-se que o número de homens que realizaram o exame é diretamente proporcional à idade, com maior proporção na faixa etária de 60 anos ou mais do que entre os outros ($p=0,000$). Entre os homens que exerciam atividade profissional remunerada, houve menor realização do PSA (50,3%) do que entre os outros (66,3%), sendo essa diferença estatisticamente significativa (0,0037), como pode ser observado na tabela 5.

A escolaridade dos entrevistados não se mostrou associada à realização do PSA, apesar dos homens com oito anos ou mais de estudo terem se submetido mais ao procedimento (58,8%) do que entre aqueles com menor escolaridade.

A situação conjugal interferiu significativamente na realização do PSA, tendo sido mais alta entre os entrevistados que referiram ter parceira fixa (58,8%), ao passo que entre os sem parceira foi a menor (42,1%). Contudo, ter tido ou não atividade sexual no último ano não interferiu na realização do procedimento.

Verificou-se associação entre a cor/raça e a realização do PSA, os homens que se auto-definiram de cor preta ou parda fizeram menos exames (45,9%) do que os de cor branca e os outros (amarelos e indígenas), 64% e 60,7%, respectivamente.

Também foi significativa a relação entre ter plano de saúde e ter feito o exame, sendo menor entre os que são usuários exclusivos do Sistema Único de Saúde, 42,9%, contra 68,9% dos possuidores de planos de saúde ($p=0,0000$).

Tabela 5. Distribuição dos homens de 40 ou mais anos de idade, pela condição de terem realizado o exame de sangue PSA, segundo variáveis selecionadas. Região Metropolitana da Baixada Santista, Projeto Acesso, 2007.

Situação de realização do PSA	Já Realizou %	Nunca fez %	Total %
Total	56,5	43,5	100,0
Idade (anos)			
40 a 49	38,0	62,0	100,0
50 a 59	63,5	36,5	100,0
60 e mais	71,4	28,6	100,0
$p= (0,0000)$			
Trabalho remunerado			
Sim	50,3	49,7	100,0
Não	66,3	33,7	100,0
$(p= 0,0000)$			
Escolaridade (anos)			
0 - 3	51,6	48,4	100,0
4 - 7	51,9	48,1	100,0
8 e mais	58,8	41,1	100,0
$(p= 0,1844)$			
Situação conjugal			
Sem parceira	42,1	57,9	100,0
Com parceira	58,8	41,2	100,0
Parceira eventual	51,7	49,3	100,0
$(p=0,0037)$			
Cor			
Branca	64,0	36,0	100,0
Negra (preta+ parda)	45,9	54,1	100,0
Outras	60,7	39,3	100,0
$(p=0,0002)$			
Ter plano de saúde			
Sim	68,9	31,1	100,0
Não	42,9	57,1	100,0
$(p= 0,0000)$			
Ter relações sexuais no último ano			
Sim	56,4	43,6	100,0
Não	55,7	44,3	100,0
$(p=0,6868)$			

Discussão

Os resultados obtidos mostram que a cobertura dos exames de prevenção secundária na Baixada Santista atingiu taxas similares às observadas em outros locais, entretanto, o acesso a eles não é homogêneo, variando quanto à faixa etária, à escolaridade e ter ou não plano de saúde. Os resultados evidenciam que o SUS, apesar dos avanços alcança-

dos na última década, não tem garantido acesso igualitário da população aos serviços de saúde e, especialmente, aos exames complementares.

Para os três exames analisados no inquérito foi observada associação entre fazer o exame e dispor ou não de plano de saúde. A população SUS-dependente apresentou proporções mais baixas quando comparada à que possui plano de saúde. Vale lembrar que, segundo dados da Pesquisa de Condições de Vida da Fundação SEADE²⁰, a população coberta por planos de saúde na Região Metropolitana da Baixada Santista foi superior (38,5%) a encontrada na Região Metropolitana de São Paulo (36,8%), e no estado de São Paulo (34,8%), podendo ter contribuído para as altas taxas de realização dos exames.

Papanicolau

A proporção de mulheres com 20 anos ou mais que nunca realizaram o Papanicolau na Baixada Santista (11,2%), foi similar à encontrada em outros estudos de base populacional, como o realizado na cidade de São Paulo que indicou 13,9%²¹; em Pelotas, em 2002, foi de 21,3%⁸; na Região Metropolitana de Belo Horizonte, em 2003, foi de 18,9%¹.

Em outro inquérito realizado em 17 capitais brasileiras e no Distrito Federal, com mulheres de 25 a 59 anos a cobertura variou de 57% em São Luís a 92,9% em Vitória, considerando as que se submeteram ao exame nos últimos três anos⁸.

Os dados indicam que a cobertura do Papanicolau na Baixada Santista é alta e quase atingiu o patamar preconizado pelo Ministério da Saúde de 80% da população alvo (25 a 59 anos), apesar de o presente inquérito ter investigado mulheres com 20 anos ou mais de idade.

Constatou-se que, a cobertura se manteve alta quando se considerou o tempo de realização do último Papanicolau, das mulheres que já haviam realizado algum exame na vida (2155), 79,1% o fizeram há até 2 anos e 87,3% até 3 anos. Apenas 12,7% realizaram o exame há mais de 3 anos.

Vale destacar a situação das mulheres com mais de 60 anos, pois, 11,7% nunca realizaram o Papanicolau na vida, mostrando que estão mais vulneráveis ao câncer de colo. Da mesma forma, aquelas que não exercem atividade remunerada, com menor escolaridade, não têm plano de saúde e principalmente as que estão sem parceiro sexual. Para esse perfil é importante que os serviços de saúde desenvolvam estratégias específicas para ampliar e garantir o acesso ao procedimento laboratorial. Atividades de acolhimento, orientação e oferta do exame podem ser determinantes para a inclusão desses grupos.

Além disso, deve-se considerar que apenas a realização do exame não resolve o problema, são necessários monitoramentos contínuos da qualidade da coleta e análise do material, da entrega dos resultados às mulheres e das condutas terapêuticas adotadas, inclusive do tempo de espera para tal, após o exame¹.

Mamografia

A cobertura do exame de mamografia entre as mulheres com 40 anos ou mais, que realizaram o procedimento pelo menos uma vez na vida, foi de (77,8%), superior ao encontrado por Scowitz e colaboradores²², em estudo realizado em Pelotas, em 2002, que

foi de 70%, evidenciando uma boa resposta dos sistemas municipais de saúde, considerando o tempo relativamente recente da incorporação do exame no SUS.

Assim como referido para o exame citopatológico cérvico-vaginal, o grupo que se mostrou mais vulnerável a não realização de mamografias foram as mulheres mais velhas (60 anos ou mais), com menor escolaridade (0 a 3 anos), sem atividade profissional, sem parceiro sexual e sem plano de saúde. Essas condições indicam que os serviços de saúde devem investir em processos e estratégias preventivas que considerem essas características para garantir o acesso mais equânime ao diagnóstico precoce.

Entre as mulheres que fizeram a mamografia pelo menos uma vez na vida (1025), 80,7% realizaram o procedimento até 2 anos e 89,4% até 3 anos. Apenas 10,6% realizaram o exame há mais de 3 anos.

É interessante observar que o procedimento é amplamente conhecido pelas mulheres e que o primeiro motivo apontado, pela maioria para não realizá-lo foi a ausência de indicação ou solicitação médica. Tal achado indica que os profissionais, especialmente os médicos e as enfermeiras das Unidades Básicas, deveriam receber orientações adequadas quanto às normas e indicações propostas pelo Ministério da Saúde sobre a mamografia.

PSA

A taxa de realização do PSA entre homens com 40 anos ou mais foi de 56,5% na Baixada Santista. Considerando que, há poucos trabalhos epidemiológicos sobre a cobertura desse procedimento na população masculina em regiões metropolitanas e no país como um todo, torna-se difícil realizar análises comparativas com os dados obtidos²³. No município de São Paulo, em 2003, a proporção de exames que fizeram o PSA foi de 33,7%^{II}.

Assim, como nos exames de Papanicolau e mamografia, é maior a realização do PSA entre homens que possuem planos de saúde (68,9%), contra 42,9% dos entrevistados que se declararam SUS-dependentes.

Entre os homens a escolaridade não se mostrou associada à maior realização do exame, ao passo que a variável raça/cor interferiu na proporção de homens testados. É importante que as equipes de saúde dos municípios investigados atentem para a menor adesão dos homens pretos ou pardos ao PSA que se revelou menor do que entre os demais.

Vale ressaltar que, a realização do PSA é diretamente proporcional ao aumento da faixa etária refletindo maior acesso ao procedimento entre os homens mais velhos (60 ou mais), que provavelmente têm uma maior frequência aos serviços de saúde da rede básica, em virtude de outras patologias.

Além disso, até o final de 2007, a realização do PSA, como rotina para rastrear o câncer de próstata, era recomendada pelo Ministério da Saúde para os homens a partir dos 50 anos, o que pode explicar a menor adesão ao exame pelos homens de 40 a 49 anos, na Baixada Santista.

É importante ressaltar que programas e ações que visam à integralidade da atenção aos homens ainda são raros em nosso país, restringindo-se a projetos e atividades pontuais e cam-

II Alves, MCGP. Dados não publicados. Prefeitura do Município de São Paulo: ISA-Capital.

panhistas. A falta de preparo das equipes de saúde, o horário de funcionamento dos serviços incompatível com a jornada de trabalho da maioria dos homens e as filas nas unidades são os principais determinantes que contribuem para o aumento da vulnerabilidade programática no SUS. Esses fatores devem ser considerados pelos gestores, gerentes e equipes técnicas no planejamento e organização da atenção ofertada aos homens na rede de Atenção Básica.

Corroborando com esse cenário, Kalckmann e colaboradores²⁴ em um estudo realizado na cidade de São Paulo com homens de baixa renda, indicou que um dos elementos fundamentais que dificultam o acesso dos homens aos serviços de saúde, está relacionado a não identificação dos mesmos com os programas de prevenção ofertados na rede pública que priorizam a população feminina. Assim, é fundamental, e ainda é um desafio, dar voz aos homens para entender e responder às suas demandas de saúde.

Outros elementos que aumentam a vulnerabilidade individual e social dos homens e que estão relacionados ao acesso, referem-se às questões culturais. Diversos autores associam a busca de serviços de saúde às questões de gênero, uma vez que o auto-cuidado e a adoção de práticas preventivas geralmente é mais prevalente entre as mulheres do que entre os homens, o que pode ser explicado em parte pelo processo de medicalização do corpo feminino. No caso da investigação do câncer de próstata, o medo de descobrir algo grave e a vergonha de exposição, sobretudo em relação aos genitais ainda é um tabu para os homens, que por desinformação ou pré-conceito percebem-se “invadidos” na sua intimidade e masculinidade.

Nessa perspectiva, é importante destacar a maior aderência dos homens que possuem parceiras, ao exame do PSA, o que provavelmente reflete uma interferência positiva das mulheres para sensibilização e conscientização dos mesmos.

Considerações finais

O investimento na oferta organizada dos exames preventivos de Papanicolau, mamografia e PSA são essenciais para o controle e redução de neoplasias na população feminina e masculina da Baixada Santista. É necessário ampliar a cobertura dos exames, facilitando o diagnóstico precoce na rede de Atenção Básica, especialmente em segmentos mais vulneráveis. Da mesma forma, não se pode deixar de considerar a disponibilização de procedimentos e encaminhamentos, após esse diagnóstico, para níveis de maior complexidade nos sistemas loco-regionais de saúde, para que se possa atingir o impacto epidemiológico pretendido.

Portanto, é fundamental monitorar e avaliar as ações programáticas voltadas à saúde dos homens e mulheres, considerando desde a Atenção Básica até a alta complexidade, assegurando a integralidade e a resolubilidade no SUS.

Referências bibliográficas

1. Novaes HMD, Braga PE, Schout D. Fatores associados à realização de exames preventivos para câncer nas mulheres brasileiras, PNAD 2003. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2006;11 (4):1023-1035.
2. Lima-Costa MF, Matos DL. Prevalência e fatores associados à realização da mamografia na faixa etária de 50-69 anos: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (2003). *Cad.Saúde Pública*. 2007; 23(7): 1665-73.

3. Ministério da Saúde. INCA (Instituto Nacional do Câncer). Estimativa 2008. Incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2007.
Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2008/versaofinal.pdf>
Acesso 26/02/2008.
4. Ministério da Saúde. Série Normas e Manuais Técnicos. Coordenação Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
5. Garcez J. Câncer de mama. ABCÂNCER: Revista da Associação Brasileira do Câncer. 2008; 8(45):8-10.
Disponível em www.abcancer.org.br
Acesso em 26/05/2008
6. Ministério da Saúde. INCA. Controle do câncer de mama: documento de consenso. Rio de Janeiro: INCA; 2004.
Disponível: <http://www.inca.gov.br/publicacoes/Consensointegra.pdf>
Acesso em 20/02/2008.
7. Ministério da Saúde. INCA (Instituto Nacional do Câncer). Mamografia: da prática ao controle. Rio de Janeiro: INCA; 2007.
8. Ministério da Saúde. INCA (Instituto Nacional do Câncer). Magnitude do câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2007.
Disponível em www.inca.gov.br/situacao/arquivos/ocorrencia_magnitude_cancer-brasil.pdf
Acesso em 26/02/2008.
9. Ministério da Saúde. INCA (Instituto Nacional do Câncer). Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo de Útero e Mama. Rio de Janeiro: INCA; 2005. Disponível em <http://www.inca.gov.br>
Acesso em 29/09/2008.
10. Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados SEADE. São Paulo. Pesquisa de Condições de Vida, 2006. Disponível: <http://www.seade.gov.br/produtos/pcv/index.php>
Acesso em 05/09/2008.
11. Laurenti R. Perfil epidemiológico da saúde masculina na Região das Américas. Uma contribuição para o enfoque de gênero. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública/ Universidade de São Paulo; 1998.
12. Leite Netto M. Assunto de homem. ABCÂNCER: Revista da Associação Brasileira do Câncer. 2008; 8(45):22-4.
13. Figueiredo W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2005; 10(1):105-109.
14. Schraiber LB, Gomes R, Couto MT. Homens e saúde na pauta da Saúde Coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2005; 10(1):7-17.
15. Ministério da Saúde. INCA. Câncer de próstata: documento de consenso. Rio de Janeiro: INCA; 2002.

16. SBU. Sociedade Brasileira de Urologia. Recomendações
Disponível: <http://www.sbu.org.br/portal/>
Acesso em 21/03/2008.
17. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Acesso e Utilização de Serviços de Saúde Ano 2003. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2003.pdf>
Acesso em 29/09/2008.
18. São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação de Epidemiologia e Informação CEInfo. Inquérito de Saúde no Município de São Paulo – ISA-Capital 2003. Principais Resultados – Estilo de Vida, Morbidade referida, Uso de Serviços, Auto-avaliação de Saúde e Temas Especiais. São Paulo: Coordenação de Epidemiologia e Informação CEInfo; 2007.
19. Ministério da Saúde. Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SAI/SUS). Número de exames aprovados (Papanicolau, Mamografia e PSA) nos municípios da Regional de Saúde da Baixada Santista, 2007.
Disponível em <http://www.datasus.gov.br> Acesso em 28/04/2008.
20. Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados SEADE. São Paulo.
Disponível: http://www.seade.gov.br/produtos/msp/sai/mort_m002.pdf
Acesso em 19/02/2008.
21. São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação de Epidemiologia e Informação CEInfo. Boletim CEInfo ISA-Capital. Destaques Temáticos. 2004; 1.
22. Scowitz ML, Menezes AMB, Gigante DP, Tessaro S. Condutas na prevenção secundária do câncer de mama e fatores associados. *Rev Saúde Pública*. 2005; 39(3):340-9.
23. Gomes R, Rebello LE FS, Araújo FC, Nascimento EF. A prevenção do câncer de próstata: uma revisão da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2008; 13(1):235-246.
24. Kalckmann S, Batista LE, Souza LCC. Homens de baixa renda falam sobre saúde reprodutiva e sexual. In: Adorno R, Alvarenga A, Vasconcelos, M P. Jovens, Trajetórias, Masculinidades e Direitos. São Paulo:EDUSP; 2005. p. 199-217

O pré-natal e o puerpério na região da Baixada Santista: um panorama da atenção entre as mulheres com filhos menores de 24 meses

*Kátia Cibelle Machado Pirotta
Maria Mercedes Escuder*

Introdução

Instituído pelo Ministério da Saúde no ano de 2000, o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (Portaria/GM n.º 569, de 1/6/2000), visa assegurar a melhoria do acesso das gestantes ao pré-natal, da cobertura e da qualidade das ações e da assistência ao parto e puerpério e ao recém-nascido. O programa tem como pressuposto que a assistência às mulheres no ciclo gravídico-puerperal deve fundamentar-se pelos preceitos da humanização, garantindo a todas as gestantes um atendimento digno e de qualidade no decorrer da gravidez, no parto e no puerpério. Passa a ser reconhecido que as mulheres devem ter acesso a procedimentos seguros e benéficos, evitando-se as práticas intervencionistas que podem acarretar maiores riscos para a sua saúde e para o recém-nascido, além do estabelecimento de critérios para qualificar a assistência e promover o vínculo entre a assistência ambulatorial e o parto. Para uma melhor compreensão das características e dos princípios norteadores da organização da assistência ao pré-natal é necessário conhecer seus antecedentes e o contexto no qual ele foi instituído.

Em 1984, a entrada em vigor do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) foi um momento decisivo para o rompimento com as concepções que embasavam a assistência à saúde da mulher. Segundo esse entendimento, a saúde da mulher estava restrita às demandas da gravidez e do parto, cujo pressuposto era que o papel social das mulheres estava limitado à maternidade e à vida doméstica, onde elas desempenhavam atividades de cuidado com as crianças, com a casa, com os velhos e os doentes. A verticalidade e a falta de integração com outros programas de saúde tinham como consequência a fragmentação da assistência, piorando os indicadores de saúde como, por exemplo, a alta taxa de mortalidade materna. O fato de que as mulheres só eram atendidas durante a gestação, estando desamparadas na maior parte das suas vidas, foi uma das grandes críticas, formuladas com ênfase pelo movimento feminista, a esse modelo conhecido como da assistência materno-infantil^{1,2,12}. Havia, ainda, um forte descontentamento com o modelo assistencial vigente, caracterizado pelo excesso de intervenção no parto e pelas crescentes taxas de cesárea¹⁵.

A formulação do PAISM rompeu com essa lógica, admitindo que as mulheres eram sujeitos de direito e demandavam por melhores condições de vida e de saúde, através do reconhecimento de suas necessidades sociais, econômicas, afetivas e culturais e contemplando suas especificidades em termos de inserção social e regional. Esse programa incorporou como princípios a descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, além da integralidade e equidade da atenção. Desse modo, foram incluídas as ações educativas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, encampando diferentes níveis de assistência⁷.

Não obstante os avanços na sua formulação, um balanço da assistência à saúde da mulher quase duas décadas após o estabelecimento do PAISM indicava que muitas das

questões ainda precisavam ser enfrentadas. Em relação ao pré-natal, constatava-se que as mulheres que tinham mais dificuldade de acesso estavam nas regiões mais pobres, nos meios rurais e tinham menor escolaridade. Os estudos indicavam que a pobreza e a cobertura pré-natal eram inversamente proporcionais, ratificando o vínculo entre acesso à saúde e renda. No ano de 2000, a razão nacional de consultas de pré-natal era igual a quatro, mantendo-se importantes diferenciais em função do perfil sócioeconômico e regional. Assim como ocorria em relação à cobertura, a taxa de captação precoce, ou seja, a realização da primeira consulta ao início da gestação, também era influenciada por diferenciais sociais e regionais, sendo as menores taxa encontradas no Norte e no Nordeste. A hipertensão na gravidez correspondia à principal causa de morte materna obstétrica direta no Brasil¹⁴. O diagnóstico e a adoção de condutas adequadas permitiriam uma significativa diminuição desse quadro. Uma outra dificuldade observada era a ausência de atenção ao puerpério, cujos registros indicavam um valor ínfimo. Esse quadro era agravado pela falta de práticas humanizadas. Conforme afirma Serruya, p. 273, *“A falta de acolhimento nas unidades e a ‘alta do pré-natal’ [referindo-se à desarticulação entre a assistência pré-natal e a do parto, que levava a mulher a peregrinar pelos hospitais em busca de uma vaga, representando um sério fator de complicação e de risco de morte para as mulheres] podem ser interpretadas como emblemáticas da desumanização dos serviços e, em conjunto com os demais indicadores que apontavam para um pré-natal ainda insuficiente e com sérias restrições de qualidade, mostravam, de maneira inequívoca, a necessidade de mudança.”*¹⁴ Essas constatações levaram à elaboração de um plano com o objetivo de diminuir a morbi-mortalidade materna e melhorar a saúde perinatal.

O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) é uma das etapas dessa estratégia de enfrentamento, que deve somar-se a outras estratégias para a melhoria da assistência obstétrica^{3,4}. Ele visa acolher com dignidade a mulher e o recém-nascido, através do cumprimento de um conjunto de procedimentos com a finalidade de prevenir agravos na gestação e garantir o direito fundamental da mulher à experiência da maternidade de modo seguro. Tem como princípio básico que uma atenção qualificada e humanizada dá-se por meio da incorporação de condutas acolhedoras e sem intervenções desnecessárias, do fácil acesso a serviços de qualidade que integrem todos os níveis de atenção, com promoção, prevenção e assistência à saúde da gestante e do recém-nascido, desde o atendimento ambulatorial até o hospitalar para alto risco. Na sua formulação, destaca-se: o acolhimento da mulher com estímulo à presença do pai nas atividades; a motivação das mulheres para a realização da avaliação pré-concepcional, ou seja, consulta que o casal faz antes da gravidez; o diagnóstico de gravidez baseado na história, no exame físico e em testes laboratoriais; a identificação dos fatores de risco reprodutivo em caráter permanente, ou seja, em todas as consultas.

Recomenda-se que a primeira consulta seja realizada até o quarto mês de gravidez e são adotados os seguintes procedimentos: seis consultas no mínimo para cada mulher, preferencialmente uma no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro; uma consulta no puerpério (até quarenta dias depois do parto); exames laboratoriais; teste de HIV; vacina antitetânica; classificação continuada de risco gestacional e atividades educativas. O programa preconiza, ainda, que toda gestante tem o direito de ter conhecimento da maternidade em que será atendida no momento do parto e ter assegurada uma vaga.

Entre os exames laboratoriais que deverão ser garantidos para todas as gestantes durante o pré-natal, inclui-se: tipagem de sangue, hemoglobina/hematócrito; VDRL; urina de rotina; glicemia de jejum, todos realizados na primeira consulta e os quatro últimos repetidos próximo à trigésima semana da gestação. O teste de HIV será oferecido na primeira consulta em municípios com mais de 50.000 habitantes. Haverá aplicação de vacina antitetânica até a dose imunizante do esquema recomendado ou dose de reforço em mulheres já imunizadas. É preconizada a classificação do risco gestacional e o atendimento às gestantes de risco, garantindo o vínculo e acesso à unidade de referência para atendimento ambulatorial ou hospitalar à gestação de alto risco.

Com vistas a estimular os estados e os municípios a realizarem o acompanhamento pré-natal, o PHPN institui incentivos financeiros mediante o cadastramento das gestantes no SISPRENATAL, um sistema de notificação criado para o monitoramento e a avaliação do pré-natal³. O pagamento do incentivo relativo ao cadastramento exige que a primeira consulta tenha se realizado até 120 dias do início da gestação, como um estímulo à captação precoce. O pagamento do incentivo relativo à conclusão do pré-natal exige que o município cumpra todos os critérios estabelecidos, ou seja, no mínimo seis consultas de pré-natal, todos os exames obrigatórios, a imunização antitetânica e a consulta puerperal.

Foi ainda instituído um conjunto de indicadores de processo, de resultado e de impacto para possibilitar a avaliação da assistência a partir dos dados registrados no SISPRENATAL, possibilitando aos gestores acompanharem a assistência prestada e induzirem intervenções necessárias para o desenvolvimento do programa.

Em 2001, a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS) estabeleceu que os municípios deveriam garantir as ações básicas de pré-natal e puerpério, além do planejamento familiar e prevenção do câncer de colo uterino. A fim de garantir o acesso às ações de maior complexidade, a NOAS prevê a conformação de sistemas funcionais e resolutivos de assistência à saúde através de territórios estaduais⁵.

Não obstante o aumento do número de consultas no pré-natal, a análise dos indicadores revela que a qualidade da atenção ainda não é satisfatória. A incidência da sífilis congênita em patamares acima do esperado e a hipertensão como principal causa das mortes maternas são fatores que revelam a necessidade de aperfeiçoamento do pré-natal em nossa sociedade. Avaliando os primeiros dois anos de implantação do PHPN (2001 e 2002), através de um estudo dos 3.983 municípios que aderiram ao programa, através de dados do SISPRENATAL, Serruya¹⁴ constata que, somente para uma pequena parcela das mulheres cadastradas, houve registro do cumprimento integral dos procedimentos, indicando que a maioria das mulheres recebeu uma atenção desarticulada ou parcial. Em relação à cobertura, menos de um quarto das mulheres teve seis ou mais consultas, conforme preconizado pelo programa. O estudo apontou pontos de estrangulamento, como a realização dos exames laboratoriais e a consulta puerperal. Os dados indicaram que a realização do conjunto de atividades propostas pelo programa é o maior desafio, e que onde a organização e a gestão são mais desenvolvidas ocorrem os melhores resultados.

Outros estudos abordaram a questão do pré-natal em contextos específicos, como o de Grangeiro, Diógenes e Moura⁸, que analisaram 1.544 cadastros de gestantes entre os anos de 2001 e 2004, em Quixadá, no Ceará. Verificou-se um crescimento no número de

gestantes cadastradas que realizaram no mínimo seis consultas de pré-natal no período estudado. Apesar desse dado, o fato de que os indicadores mantiveram-se relativamente estáveis na série histórica estudada indicou a necessidade de aumento da cobertura e de captação precoce das gestantes. Observa-se, ainda, que somente a metade das gestantes inseridas no serviço de pré-natal teve acesso aos exames laboratoriais e que a cobertura do teste de HIV foi muito baixa.

Em estudo quantitativo realizado em Salvador, no ano de 2002¹⁰, verificou-se que a assistência pré-natal apresentava baixa cobertura, assim como a vacinação antitetânica e o teste de HIV estavam aquém do esperado. No ano do estudo, somente 38 dos 102 serviços públicos do município de Salvador haviam implantado o PHPN. Somente 14,2% das gestantes receberam assistência pré-natal em relação ao número de nascidos vivos registrados no período. Os autores consideram esse percentual muito baixo, exigindo um melhor entendimento do processo de implantação que identificasse as dificuldades encontradas pela gestão e pelos profissionais de saúde.

No ano de 2003, Parada¹¹ realizou um abrangente estudo sobre a situação do PHPN em 20 municípios da Direção Regional de Saúde XI – Botucatu, no interior do Estado de São Paulo. A autora realizou uma análise de uma amostra de 385 prontuários, entrevistas com os gestores e estudo dos recursos existentes e das atividades desenvolvidas. Entre os principais achados do estudo, verificou-se que o percentual de gestantes que realizaram seis consultas de pré-natal e a consulta de puerpério foi de 58,7%; o percentual das que realizaram seis consultas de pré-natal e todos os exames básicos foi de 13%; o percentual das que realizaram seis consultas de pré-natal, a consulta de puerpério e todos os exames básicos foi de 10,1%; e, o percentual das que realizaram seis consultas de pré-natal, a consulta de puerpério, todos os exames básicos e a dose imunizante da vacina antitetânica foi de apenas 3,6%. O ponto de maior estrangulamento relacionado aos exames básicos deu-se com os exames de final do pré-natal. Além disso, o estudo mostra que o atendimento estava centrado no trabalho médico e a ausência de ações educativas voltadas para a equipe de saúde. Esse dado leva a autora a afirmar que “...*torna-se impossível pensar em um Programa de Humanização desvinculado da educação permanente dos profissionais envolvidos.*” (p. 122)

Rios e Vieira¹³, preocupadas em refletir sobre a consulta de enfermagem como um espaço para a educação em saúde no pré-natal, realizaram entrevistas com enfermeiras que atuavam em um hospital universitário no Maranhão, acompanhadas de observação do trabalho realizado com vistas a conhecer a organização interna do serviço e a rotina da consulta de enfermagem. As autoras destacam que a dimensão educativa, enfatizada desde os anos 80 pelo PAISM, é fundamental para possibilitar que as mulheres aumentem a sua capacidade de enfrentar situações de estresse frequentes na gravidez e de decidir sobre sua vida e sua saúde, fortalecendo a autonomia no agir. A ação educativa deve ser desenvolvida por todos os profissionais da equipe na unidade de saúde, inserida em todas as atividades e ocorrer sempre no contanto entre o profissional e a clientela. As autoras concluem dizendo que o aumento da cobertura não foi acompanhado pela qualidade da assistência e que as condições organizacionais e assistenciais observadas apresentam barreiras para o estabelecimento de uma comunicação efetiva. Ao contrário, a informação tende a ser descontextualizada e mecânica.

Visando avaliar o nível de conhecimento que as gestantes têm sobre o pré-natal e

sua capacidade de identificar situações de risco à gravidez, foi realizada uma pesquisa com 385 mulheres com até 16 semanas de gravidez, residentes no município de Rio Grande, no Rio Grande do Sul⁹. Os resultados obtidos indicaram que o conhecimento era pobre e desigual, mostrando a clara necessidade do PHPN interagir mais com as mulheres e permitir um processo real de educação. Os autores chamam atenção para a importância dessas ações serem inseridas na estratégia do Programa da Saúde da Família.

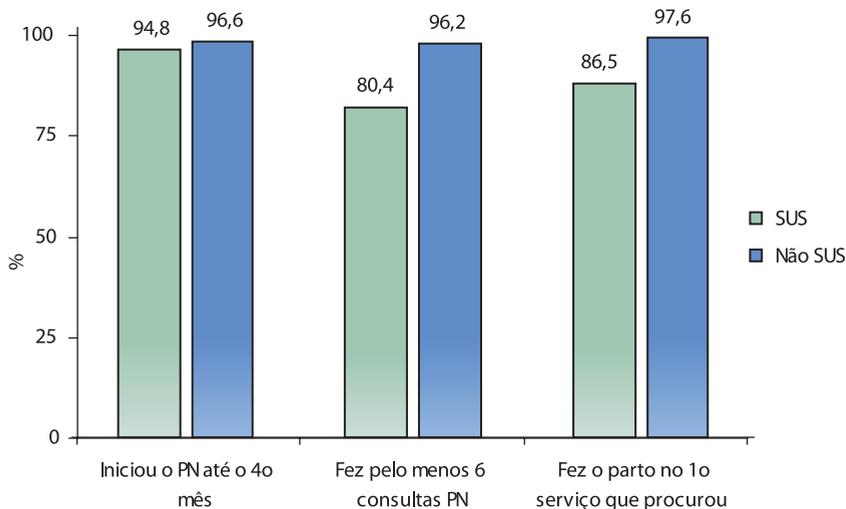
O presente artigo apresenta os resultados obtidos no inquérito através do estudo da percepção das mulheres sobre o pré-natal. Um bloco de perguntas especialmente desenvolvido sobre o assunto foi respondido pelo conjunto de mulheres com filhos em idade inferior a 24 meses, divididas em dois grupos: as atendidas por um serviço público (SUS) e as não atendidas pelo SUS, independentemente de tratar-se de convênio ou atendimento particular. As mulheres foram perguntadas sobre realização do pré-natal, momento em que realizaram a primeira consulta e número de consultas feitas. Foram incluídas perguntas sobre os exames e vacinas realizados, o aconselhamento recebido durante o pré-natal, a realização de ultrassom, local e serviço em que o parto ocorreu e a consulta de puerpério.

Resultados

Foram entrevistadas 215 mulheres que tiveram filhos nos últimos 24 meses que antecederam a entrevista, correspondendo a 5,8% do total de mulheres que participaram do presente estudo. Apenas uma mulher referiu não ter realizado pré-natal e duas outras não responderam essa parte do questionário. Entre as que realizaram pré-natal, 61,5% o fez em serviços do SUS e 38,5% em outros serviços de saúde.

A proporção de mulheres que iniciaram o pré-natal até o 4º mês de gestação foi semelhante entre as que usaram o SUS (94,8%) e as que usaram outros serviços (96,6%). Porém, o início do pré-natal antes do 3º mês, foi referido por 85,7% das mulheres atendidas por outros serviços e por 51,6% das mulheres atendidas pelo SUS. As usuárias do SUS fizeram, em média, 8 consultas e as demais, 10,5 consultas.

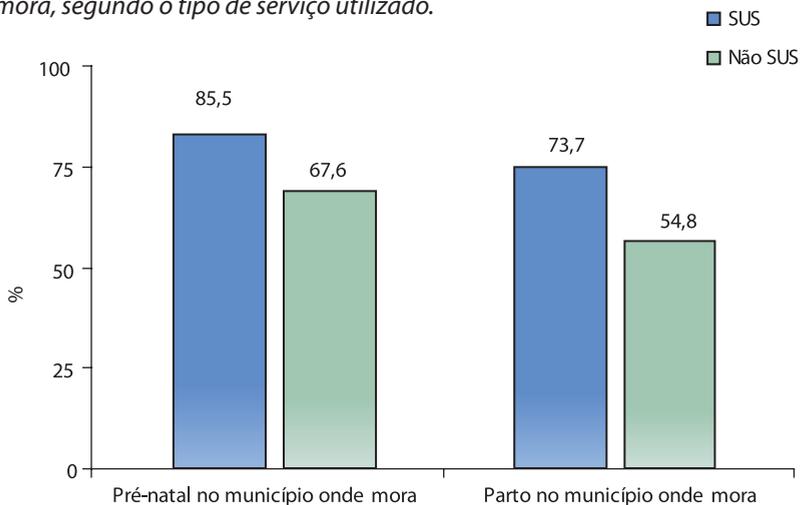
Figura 1. Proporção de mulheres segundo o mês de início do pré-natal, número mínimo de consultas e realização do parto segundo tipo de serviço utilizado.



Entre as usuárias de serviços privados, 97,6% realizaram o parto no primeiro serviço que procuraram. Entre as usuárias do SUS, esse valor foi de 86,5%. Os dados indicam que em torno de 14% das mulheres atendidas pelo SUS peregrinaram por mais de um serviço para encontrar uma vaga na hora do parto.

O parto foi realizado no mesmo município de residência por 54,8% das mulheres atendidas por algum tipo de serviço privado e por 73,7% das usuárias do SUS. Em relação ao pré-natal, 85,5% das usuárias do SUS tiveram acompanhamento no próprio município em que residiam e 14,5% em outro município. Das não atendidas pelo SUS, 32,4% fizeram o pré-natal em outro município.

Figura 2. Proporção de mulheres que fizeram o pré-natal e o parto no município em que mora, segundo o tipo de serviço utilizado.

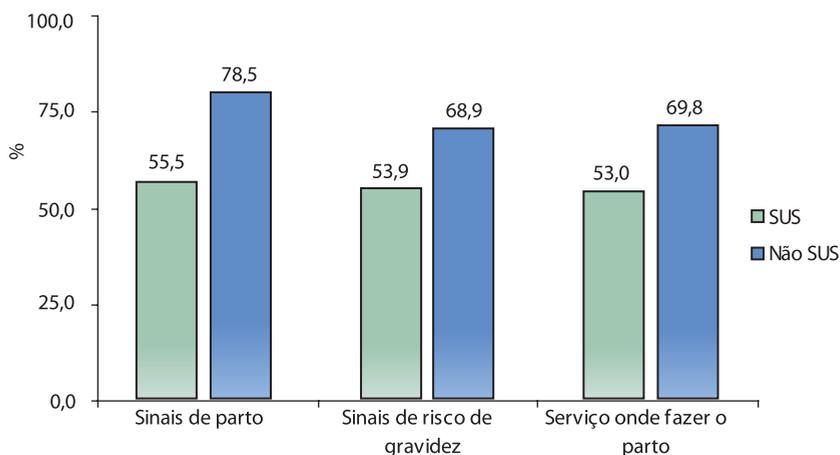


Com a intenção de analisar a qualidade do atendimento prestado no pré-natal, a análise abordou três tópicos. São eles: orientações e aconselhamento, exames laboratoriais realizados e procedimentos realizados em consulta.

Das entrevistadas, 59,5% referiram que receberam orientação sobre qual serviço procurar para a realização do parto; 59,7% foram orientadas sobre sinais de risco na gestação e 64,4% ouviram orientação sobre sinais de trabalho de parto. Avaliando o conjunto das três questões, apenas 44,2% referiram ter recebido as três orientações conjugadas durante o pré-natal.

Conforme a figura abaixo, os valores referentes às orientações recebidas foram sempre menores entre as usuárias do SUS do que entre as não usuárias. Das mulheres atendidas por algum tipo de serviço privado, aproximadamente 97% receberam orientações para identificar sinais de parto, 94% sobre sinais de risco de gravidez e 91% sobre o serviço a ser procurado na hora do parto. Entre as usuárias do SUS, os valores foram de 79%, 77% e 76% respectivamente. Observa-se que os diferenciais são sempre menores no grupo das usuárias do SUS, independentemente do tipo de orientação de que se esteja tratando.

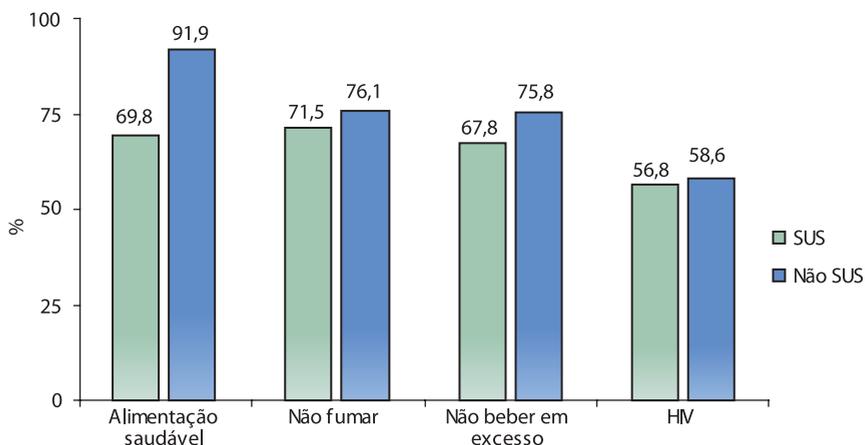
Figura 3. Proporção de mulheres que receberam orientações no pré-natal sobre a gestação, segundo o tipo de serviço utilizado.



Do total das mulheres, 78,3% receberam orientações sobre alimentação saudável; 73,2% sobre o hábito de fumar e 70,8% sobre bebidas alcoólicas. Esclarecimentos sobre o HIV foram referidos por 57,5% das entrevistadas. Do conjunto das mulheres, apenas 52,5% referiram terem sido aconselhadas sobre todas as quatro questões.

Considerando-se os dois grupos estudados, observa-se, na figura abaixo, que as mulheres que não fizeram o pré-natal no SUS obtiveram com mais frequência esse tipo de orientação do que as atendidas pelo SUS. Destaca-se que somente a metade das mulheres referiram ter recebido orientação sobre o HIV em ambos os grupos (56% das não SUS e 46% das usuárias do SUS).

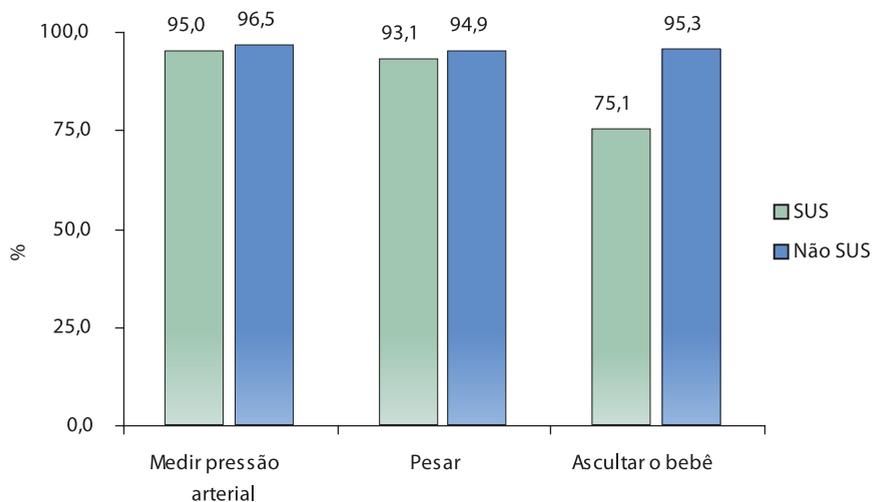
Figura 4. Proporção de mulheres que receberam aconselhamentos no pré-natal sobre hábitos e saúde na gestação, segundo o tipo de serviço utilizado.



Outro fator importante para aferir a qualidade da assistência ao pré-natal relaciona-se com alguns procedimentos básicos que devem ser efetuados em todas as consultas. Foram avaliados três desses procedimentos: pesagem, ausculta do bebê e aferição da pressão arterial. Obteve-se que apenas 76,9% do total das entrevistadas tiveram esses procedimentos realizados em todas as consultas. A pesagem foi referida por 93,8% das mulheres; a ausculta do bebê, por 83,0% e a mensuração da pressão arterial foi citada por 95,6%.

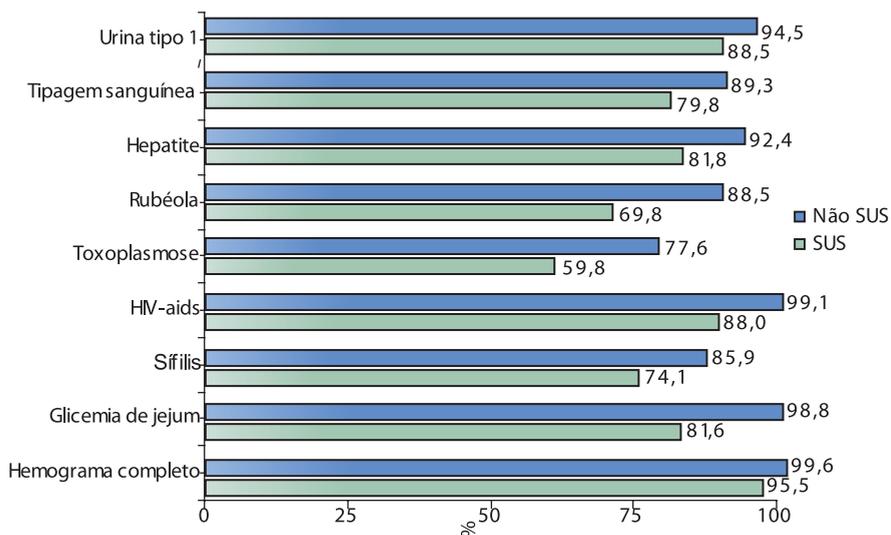
Considerando-se os dois grupos, verifica-se que a ausculta do bebê foi notoriamente menor entre as usuárias do SUS do que entre as atendidas em outros serviços (75% e 95%, respectivamente).

Figura 5. Proporção de mulheres que tiveram os procedimentos básicos em todas as consultas de pré-natal, segundo o tipo de serviço utilizado.



Em relação aos exames laboratoriais que devem ser realizados durante o pré-natal, apenas 56,1% referiram todos os exames, 45,2% entre as que fizeram pré-natal no SUS e 73,4% entre as que realizaram em outros serviços. O hemograma /hematócrito foi o mais realizado, 96,8% e o VDRL o menos referido (77,9%). A próxima figura apresenta a distribuição da realização de exames laboratoriais nos dois grupos estudados. Conforme se verifica, mais uma vez, as usuárias do SUS apresentaram, sistematicamente, valores inferiores do que as usuárias de outros serviços.

Figura 6. Proporção de mulheres que tiveram os exames laboratoriais realizados durante a gestação segundo o tipo de serviço utilizado.



A totalidade das mulheres que fez o pré-natal em serviços privados realizou pelo menos uma ultrassonografia durante a gestação, com uma média de 4,8 exames. Entre elas, somente 1,5% não fizeram todas as ultrassonografias solicitadas. Por outro lado, 96,4% das mulheres que fizeram o pré-natal no SUS realizaram pelo menos uma ultrassonografia durante a gestação, com média de 2,7 exames, e 6,4% não fizeram todas as ultrassonografias pedidas.

Finalmente, 83,3% das mulheres atendidas pelo SUS realizaram pelo menos uma consulta no puerpério. Entre as mulheres que não fizeram o pré-natal no SUS, esse valor foi de 93,1%.

Considerações finais

Os resultados aqui apresentados revelam que, conforme encontrado em estudos recentes, o programa de pré-natal está universalizado. Segundo a PNDS de 2006, a região sudeste do país é a que apresenta as maiores coberturas do pré-natal, sendo que 88% das mulheres referem no mínimo seis consultas de pré-natal⁶. Não obstante quase a totalidade das gestantes tenha afirmado que realizou o pré-natal, iniciando-o antes do quarto mês de gravidez, e dois terços delas tenha afirmado que foram atendidas em serviços públicos, o aprofundamento da análise indica que muito ainda há que se aprimorar na assistência ao ciclo gravídico-puerperal.

Destaca-se, ainda, o percentual abaixo do desejado das que receberam orientações básicas como conhecer em qual serviço o parto seria realizado, conhecer os sinais do trabalho de parto ou os sinais de risco da gestação. Preocupa também o baixo percentual das que receberam esclarecimento sobre o HIV e das que receberam o conjunto dos aconselhamentos considerados fundamentais para o pré-natal. Verifica-se que os menores valores foram sistematicamente encontrados no grupo das usuárias do SUS.

Tratando-se de informações e orientações elementares para que as gestantes possam estar na condição de sujeitos responsáveis por suas escolhas, um dos elementos em que se apóia a atenção integral à saúde da mulher, bem como para a busca de melhorar o grau de informação das mulheres em relação ao seu corpo e suas condições de saúde, revela-se uma séria lacuna na assistência ao pré-natal que exige reflexão e investimento por parte dos profissionais de saúde e dos gestores dos serviços. Por que essas informações não estão disponíveis na percepção das usuárias dos serviços? Quais as barreiras para uma efetiva implementação da assistência ao ciclo gravídico-puerperal? Os profissionais de saúde estarão adequadamente capacitados? As ações de educação em saúde estarão atingindo seus objetivos? São algumas das indagações suscitadas pela situação encontrada.

Um outro conjunto de questões refere-se aos percentuais de mulheres que referiram a realização dos procedimentos básicos analisados, a serem efetuados em todas as consultas - como pesar, auscultar o bebê e medir a pressão arterial. E, também, ao fato de que apenas a metade das entrevistadas referiu ter realizado a cesta completa dos exames preconizados para o pré-natal. Mais uma vez, os dados exigem a reflexão dos profissionais da Atenção Básica, no sentido de conhecer as razões dessa defasagem.

Os diferenciais sistematicamente observados entre as usuárias do SUS e as usuárias de serviços privados indicam que as mulheres dependentes dos serviços públicos têm um acesso à saúde de pior qualidade. Ainda assim, alguns avanços têm sido observados como a alta cobertura e a atenção recebida no município de residência. No entanto, para garantir a realização de um pré-natal de qualidade para todas as mulheres, conforme os critérios estabelecidos pelo PHPN, será necessária uma ampliação dos esforços empreendidos pelos serviços de saúde e a adoção de medidas capazes de reverter as desigualdades apontadas acima.

Referências Bibliográficas

1. Ávila MB, Corrêa S. O movimento de saúde e direitos reprodutivos no Brasil: revisitando percursos. In: Galvão L, Díaz J (orgs.). Saúde sexual e reprodutiva no Brasil. São Paulo: Hucitec; Population Council, 1999. p. 70-103
2. Barzelatto J. Desde el control de natalidad hacia la salud sexual y reproductiva: la evolución de un concepto a nivel internacional. In: Bilac ED, Rocha MIB (orgs.). Saúde reprodutiva na América Latina e no Caribe. Campinas: PROLAP, ABEP, NEPO/UNICAMP. São Paulo: Ed. 34, 1998. p. 39-50
3. Brasil. Ministério da Saúde. Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada. Manual técnico. Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – Caderno 5. Brasília: 2005.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher – Plano de ação 2004-2007. Série C. Projetos, Programas e Relatórios. Brasília: 2004.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001. Norma Operacional da Assistência à Saúde NOAS – SUS 01/2001.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher. Relatório. Brasília – DF. 2008.

7. Formiga Filho FFN. Políticas de saúde reprodutiva no Brasil: uma análise do PAISM. In: Galvão L, Díaz J (orgs.). Saúde sexual e reprodutiva no Brasil. São Paulo: Hucitec; Population Council, 1999. p. 151-164
8. Grangeiro GR, Diógenes MAR, Moura ERF. Atenção pré-natal no município de Quixadá-CE segundo indicadores de processo do SISPRENATAL. *Rev. Esc. Enfermagem USP*. 2008; 42(1):105-115
9. Mendoza-Sassi RA, Cesar JA, Ulmi EF, Mano PS, Dall'Agnol MM, Neumann NA. Avaliando o conhecimento sobre o pré-natal e situações de risco à gravidez entre gestantes residentes na periferia da cidade de Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2007;23(9):2157-2166
10. Nascimento ER, Paiva MS, Rodrigues. Avaliação da cobertura e indicadores do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento no município de Salvador, Bahia, Brasil. *Rev. Bras. Saúde Materno Infantil*. 2007; 7(2):191-197
11. Parada CMGL. Avaliação da assistência pré-natal e puerperal desenvolvida em região do interior do Estado de São Paulo em 2005. *Rev. Bras. Saúde Materno Infantil*. 2008; 8(1): 113-124
12. Pitangy J. O movimento nacional e internacional de saúde e direitos reprodutivos. In: Giffin K, Costa SH (orgs.). Questões da saúde reprodutiva. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1999. p. 19-38
13. Rios CTF, Vieira NFC. Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2007; 12(2): 477-486
14. Serruya SJ, Lago TG, Cecatti JG. Avaliação preliminar do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento no Brasil. *Rev. Bras. Ginec. e Obstetrícia*. 2004a; 26(7): 517-525
15. Serruya SJ, Lago TG, Cecatti JG. O panorama da atenção pré-natal no Brasil e o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento. *Rev. Bras. Ginec. e Obstetrícia*. 2004b; 4(3): 269-279

Acesso e saúde bucal na Baixada Santista

Luiz Vicente Souza Martino
Carlos Botazzo

Introdução

Ao examinar-se a questão do acesso às ações e serviços de saúde, quanto aos seus significados e fatores afins, conclui-se que *“é um conceito complexo, geralmente empregado de forma imprecisa e que muda ao longo do tempo e de acordo com o contexto”*¹⁹. Portanto, a questão deve ser observada sob todos os ângulos possíveis, já que *“permeia as relações entre as necessidades de saúde, a demanda por e a utilização de serviços de saúde”*¹².

Pertinentemente, lembramos Laurel (1997)¹⁰ quando enfatiza que:

“saúde é necessidade humana essencial porque, sem saúde, não se tem possibilidade de desenvolver capacidades e potencialidades produtivas e sociais; sem saúde, não é possível participar plenamente da vida social como integrante da coletividade e como indivíduo; sem saúde não há nem liberdade nem cidadania plena”.

A afirmação vai ao encontro do que afirmam Campos e Mishima (2005)⁶, quando relataram que moradores da área de abrangência de uma determinada Unidade Básica de Saúde (UBS) identificaram como necessidades de saúde, dentre outras, a presença do Estado, a participação política e as concernentes à reprodução social, ocasião em que os trabalhadores da mesma unidade ressignificaram o objeto do trabalho como os sintomas e as doenças dos moradores que moldam a demanda espontânea da UBS⁶.

Decerto que as necessidades de saúde perpassam ou até mesmo confundem-se com as [boas] condições de vida, garantia de acesso a tecnologias que melhorem e prolonguem a vida, necessidade de vínculo com profissionais de saúde, além da necessidade de autonomia¹⁷. Nesta mesma perspectiva, concordamos com Mattos¹³ quando diz que:

“a luta pela conquista social do direito à saúde precisa se dar em um duplo movimento: (...) resgatar a luta pelas políticas públicas que, para além do setor saúde, se voltem para a melhoria das condições de vida de nossa gente [e] aprofundar a luta pela conquista do direito ao acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde”.

Aspectos relativos à demanda por serviços de saúde, portanto, não devem ser deixados de lado. Pinheiro et al¹⁷ identificam que *“os elementos constituintes da demanda em saúde surgem de interações dos sujeitos (usuários, profissionais e gestores) na sua relação com a oferta nos serviços de saúde, em face de um determinado projeto político institucional”*¹⁷.

Para estes autores, os modelos explicativos para elucidar as doenças não desvendam as demandas dos usuários nos serviços identificados como problemas de saúde¹⁷. Certamente, a tal garantia do direito universal e igualitário à saúde ainda se está por conquistar e problemas inerentes ao financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) frente à expansão do acesso aos serviços têm gerado, em certos casos, um racionamento (às vezes racionalização), da oferta de serviços de maior custo, produzindo um efeito contrário ao preconizado pelos movimentos sociais organizados em torno de grupos ou causas específicas, descontentes com seu acesso negado ou dificultado. Quando isto acontece, o Ministério Público é a principal via destes usuários para fazer valer o reconhecimento de seus direitos constitucionais¹³. Nota-se, sensivelmente, que a demanda constrói-se socialmente à medida que ocorrem os encontros e desencontros do SUS.

Outro ponto importante diz respeito ao acesso e utilização dos serviços que finda por ser o foco dos sistemas de saúde, lembrando que o

“acesso é visto pelo seu impacto na saúde e dependerá também da adequação do cuidado prestado [e que] determinantes da saúde diferem daqueles do uso de serviços e que a utilização de serviços impacta diretamente a doença, mas apenas indiretamente a saúde”¹⁹.

Pensando em linhas de cuidado, a saúde bucal é uma das áreas que mais sofre com a questão do acesso, pois tradicionalmente os serviços públicos brasileiros prestaram assistência odontológica (quando havia) materno-puericultora à população, como se todos aqueles que tivessem mais de catorze anos de idade, ou não gestassem, não possuíssem bocas e necessidades de assistência. Infelizmente, os problemas de acesso persistem e duramente vão sendo enfrentados.

A Política Nacional de Saúde Bucal⁴ apresenta, em suas diretrizes, seis princípios norteadores: gestão participativa, ética, acolhimento, vínculo, responsabilidade profissional e acesso. Quanto a esse último, textualmente o documento indica que se deve:

“buscar o acesso universal para a assistência e dar atenção a toda demanda expressa ou reprimida, desenvolvendo ações coletivas a partir de situações individuais e vice-versa e assumindo a responsabilidade por todos os problemas de saúde da população de um determinado espaço geográfico. Prioridade absoluta deve ser dada aos casos de dor, infecção e sofrimento”⁴.

No mesmo texto pode-se ler que o acesso deve ser ampliado, e com o objetivo de superar o modelo biomédico de atenção às doenças são propostas duas formas de inserção transversal da saúde bucal nos diferentes programas integrais de saúde: 1) por linhas de cuidado; 2) por condição de vida, sendo que *“a primeira prevê o reconhecimento de especificidades próprias da idade, podendo ser trabalhada como saúde da criança, saúde do adolescente, saúde do adulto e saúde do idoso”*, e a segunda proposta *“compreende a saúde da mulher, saúde do trabalhador, portadores de necessidades especiais, hipertensos, diabéticos, dentre outras”⁴.*

Nota-se pelo parágrafo anterior o quanto é relevante a questão do acesso para a saúde bucal, pois os serviços odontológicos, historicamente, sempre foram reconhecidos como “gargalos”, tanto antes da Reforma Sanitária quanto agora com o SUS¹⁸. Algumas metas foram traçadas pela Coordenação Nacional de Saúde Bucal e a principal delas faz parte da Estratégia da Saúde da Família, com a inserção de Equipes de Saúde Bucal (ESB) nas Equipes de Saúde da Família (ESF). Com isso, vislumbra-se “*uma possibilidade de aumento de cobertura, de efetividade na resposta às demandas da população e de alcance de medidas de caráter coletivo*”¹⁴.

Por tudo isto, talvez seja a saúde bucal, dentro das condições de vida da população brasileira, uma das áreas que mais traduz as desigualdades em relação ao acesso aos serviços de saúde. Exemplarmente, para o estado de São Paulo, sabe-se que somente uma de cada dez pessoas consegue passar por uma primeira consulta odontológica no SUS¹. Logicamente, sobrarão algumas poucas alternativas para aqueles não agraciados pela roda viva do acesso à assistência em saúde bucal, como pagar por serviços fora do sistema público, na maior parte das vezes nas clínicas “populares”. A equação não é complicada: paga quem tem recursos e o acesso aos serviços odontológicos, neste caso privado, é negado aos desfavorecidos de forma inexorável. Apesar do SUS ser o principal financiador da Atenção Básica e da alta complexidade, os gastos privados diretos com saúde acontecem predominantemente em consulta de farmácia e atendimento odontológico¹⁸.

As desigualdades em saúde dificilmente podem ser medidas ou avaliadas exclusivamente através dos indicadores de saúde. É neste momento que surgem os inquéritos de base populacional que, além de se prestarem como úteis instrumentos para o planejamento em saúde,

“representam oportunidades únicas para a obtenção de informações sobre morbidades percebidas, incapacidades, limitações, impactos nas atividades da vida diária e na qualidade de vida, auto-avaliação da saúde, avaliação de saúde mental, prevalência de fatores de risco e de comportamentos não-saudáveis”¹.

Este capítulo se propõe realizar o cruzamento de importantes dados colhidos no “Inquérito domiciliar sobre acesso a serviços de saúde em municípios do Estado de São Paulo”, com informações sobre saúde bucal desta população, aí também contidas, de maneira que aspectos ligados à procura, ao acesso e utilização de serviços de saúde e as condições de vida dos moradores da Região Metropolitana da Baixada Santista possam ser mais bem compreendidos.

Saúde Bucal: o Quadro Geral e a Região Metropolitana da Baixada Santista

Não se pode negar que as condições de saúde bucal do brasileiro, sobretudo jovens, apresentam-se melhores nas últimas décadas. Em levantamento nacional, realizado em 1986, comprovaram-se elevados valores para o CPO-D¹¹, com média de 6,65 para as

¹ A cobertura de primeira consulta odontológica no estado de São Paulo é de 9,77%, segundo o Ministério da Saúde e o IBGE (consulta em março de 2008).

¹¹ “Índice muito utilizado na saúde bucal, proposto por Klein e Palmer, em 1937. Ele expressa o número de dentes permanentes atacados por cárie. No indivíduo examinado, ele é o resultado da soma do número de dentes permanentes cariados mais o número de dentes obturados e o número de dentes perdidos”⁹⁹.

crianças de 12 anos. Em 1996, outro inquérito de saúde bucal mostrou que o índice caíra para 3,06, recuando para 2,78 nos resultados do SB-Brasil^{III} de 2003, que também desvendou que os percentuais de indivíduos com gengivas infectadas (medida de sangramento) ainda são muito altos, com 46,18% para as crianças, 21,94% para os adultos e 7,89% para os idosos¹⁶. Outro fato marcante e de inegável importância é a própria implantação da Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente – pelo Ministério da Saúde.

Porém, se a cárie dentária aferida aos 12 anos de idade está em declínio, outros indicadores mantêm-se inalterados. Um indicador importante pertencente ao Pacto de Atenção Básica do SUS é a cobertura de primeira consulta odontológica programática, calculada pela divisão do número total de primeiras consultas realizadas no município em determinado ano, pela população total do município e multiplicados por 100. O valor obtido indica o acesso da população à assistência odontológica individual, porém consultas de urgência e emergência não são incluídas neste indicador². A Tabela 1 traz este indicador, além da média de procedimentos odontológicos básicos individuais e da cobertura de escovação dental supervisionada, outros dois indicadores de saúde bucal do Pacto.

Tabela 1 – Cobertura de primeira consulta odontológica programática, média de procedimentos odontológicos básicos individuais e cobertura de ação coletiva escovação dental supervisionada para o ano de 2006, no Brasil, estado de São Paulo, Baixada Santista e Região Metropolitana da Baixada Santista.

2006	Cobertura de primeira consulta odontológica	Média de procedimentos odontológicos básicos individuais	Cobertura de escovação dental supervisionada
Brasil	12,30%	0,60	3,10%
Estado de São Paulo	9,77%	0,52	3,90%
Baixada Santista	6,82%	0,66	15,71%
Região Metropolitana da Baixada Santista	6,80%	0,71	16,43%

Fonte: Ministério da Saúde e IBGE - DATASUS.

O principal indicador de acesso aos serviços de saúde bucal do SUS (cobertura de primeira consulta odontológica) não é animador, pois como os próprios dados mostram, menos de uma pessoa em cada dez consegue utilizar os serviços odontológicos de maneira programática no estado de São Paulo, e menos ainda nos municípios da Baixada e de sua Região Metropolitana, onde é observada a menor cobertura. A média geral brasileira ultrapassa em pouco os 10%, chegando a 12,30%, o que sem dúvida é um baixo patamar para as metas da Política Nacional de Saúde Bucal, trazendo uma indagação com referência ao acesso aos serviços públicos odontológicos: de que acesso se está falando, já que a média de procedimentos odontológicos básicos anuais é menor que um, para o país, o estado de São Paulo, Baixada Santista e para a Região Metropolitana da Baixada Santista?

^{III} Último Levantamento Epidemiológico realizado no Brasil para as condições de saúde bucal do povo brasileiro.

O outro indicador que deve ser analisado é a cobertura de escovação dental supervisionada, que é verificada através do percentual de pessoas que participaram de tal modalidade de ação programática. Como é sabido, tal ação é dirigida a grupos, e não a ação individual, em que atividades educativas são realizadas no âmbito clínico para uma única pessoa. Expressa o percentual de cobertura correspondente à média de pessoas que tiveram acesso à escovação dental com orientação/supervisão de um profissional treinado, considerando o mês ou meses em que se realizou a atividade, em determinado local e ano, visando à prevenção de doenças bucais, mais especificamente cárie dentária e doença periodontal².

Esse indicador é importante no sentido de verificar o acesso às ações coletivas em saúde bucal. É um indicador que sofreu modificações ao longo dos últimos anos e está em processo de adaptação pelos municípios, já que anteriormente esta cobertura era verificada na população entre 0 e 14 anos de idade. Atualmente, toda população está incluída no indicador, mas o fato destas ações sempre terem sido realizadas exclusivamente para crianças pode estar prejudicando seu monitoramento. De fato, as discrepâncias são enormes, pois enquanto o Brasil e o estado de São Paulo permanecem entre 3 e 4%, respectivamente, a Região Metropolitana da Baixada Santista atinge 16,43%, isto para o ano de 2006 (Tabela 1).

A Baixada Santista possuía, em 2006, uma população de 1.666.453 habitantes, enquanto sua Região Metropolitana contava com 1.419.302 pessoas⁸, conforme a Tabela 2, perfazendo 85,17% do total da Baixada. Em dezembro de 2006, o número de dentistas nos serviços públicos de saúde da Região Metropolitana da Baixada Santista era de 314⁸. Ao realizar-se a proporção de cirurgiões-dentistas públicos por habitante, em 2006, chega-se a um profissional para cada 4.520 pessoas. Sabe-se, porém, que a proporção de dentistas, para o ano de 2005, no estado de São Paulo era de um para cada 571 habitantes⁸, quase oito vezes maior daquela encontrada no SUS da Região Metropolitana da Baixada.

Quando o assunto é o técnico de higiene dental (THD), observa-se que, em dezembro de 2006, somente oito destes profissionais trabalhavam no SUS da Região Metropolitana da Baixada Santista. Traduz-se nas entrelinhas que além da baixa proporção de dentistas públicos por habitante, estes realizam seus procedimentos de forma tradicional e ultrapassada, isto é, isoladamente e sem pessoal auxiliar, pois não se encontra, para a região, nenhum registro de auxiliares de consultório dentário no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES⁸.

Tabela 2 – População dos municípios da Região Metropolitana da Baixada Santista, em janeiro de 2006.

Municípios	População
Cubatão	121.003
Guarujá	305.171
Praia Grande	245.384
Santos	418.375
São Vicente	329.369
Total	1.419.302

Fonte: Ministério da Saúde e IBGE - DATASUS.

O Ministério da Saúde tem a Saúde da Família como principal estratégia para a reorganização da Atenção Básica no Brasil e este nível de atenção é um dos principais pilares dos pressupostos da Política Nacional de Saúde Bucal². Em concordância com o exposto, a saúde bucal brasileira conta hoje com investimentos nunca antes presenciados no setor público para a área, que vão desde incentivos para a implantação de ESB, onde a Estratégia de Saúde da Família encontra-se em andamento, até aportes financeiros para a organização da média complexidade, com a implementação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) e os Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPDs). Mas será que os municípios brasileiros estão realmente seguindo os pressupostos do Brasil Sorridente em relação à Saúde da Família?

Dados do Sistema de Informação da Atenção Básica⁸ (SIAB), de janeiro de 2006, mostram que o número de Equipes de Saúde da Família está aumentando por todo o país e a relação das ESB com as ESF já chega a 51,70%. A Tabela 3 mostra o total das ESB modalidade I (cirurgião-dentista e auxiliar de consultório dentário), ESB modalidade II (ESB modalidade I mais técnico de higiene dental), ESF e a relação entre ESB e ESF.

Tabela 3 – Totais gerais de Equipes de Saúde Bucal (ESB) modalidades I e II e Equipes de Saúde da Família (ESF) e Equipes de Saúde Bucal, com a relação entre ambas, no Brasil, em janeiro de 2006.

Total de Equipes de Saúde Bucal Modalidade I	11.944	Total Geral ESF	24.872
Total de Equipes de Saúde Bucal Modalidade II	903	Total Geral ESB	12.847
Total Geral	12.847	Relação ESB-ESF	51,70%

Fonte: Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) - DATASUS.

O quadro da Estratégia de Saúde da Família merece ser apresentado para a Região Metropolitana da Baixada Santista (Tabela 4).

Tabela 4 – Totais de Equipes de Saúde da Família qualificadas, implantadas, população coberta e percentual de cobertura nos municípios de Cubatão, Guarujá, Praia Grande, Santos e São Vicente, em janeiro de 2006.

Equipes de Saúde da Família				
Município	Qualificadas	Implantadas	População coberta	Percentual de cobertura
Cubatão	30	8	27.600	24,29%
Guarujá	24	6	20.700	7,35%
Praia Grande	55	40	138.000	64,13%
Santos	70	2	6.900	1,65%
São Vicente	7	5	17.250	5,49%

Fonte: Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) - DATASUS.

Verificam-se grandes discrepâncias entre as cidades da região. Apesar de sua vizinhança e das diretrizes da Atenção Básica do Ministério da Saúde serem para todo o território nacional, é notório que a Saúde da Família não deixa de ser um projeto político para

os municípios da região avaliada, pois como poderiam ser explicados percentuais de cobertura tão distintos como os da Praia Grande com 64,13% e de Santos na faixa de 1,65% após mais de uma década da criação do programa?

A partir dessa perspectiva, é válido se efetuar a análise das ESB quanto ao seu estágio de implantação nessa região. A Tabela 5 traça os dados.

Tabela 5 – Total de Equipes de Saúde Bucal modalidade I qualificadas, implantadas, população coberta e percentual de cobertura em Cubatão, Guarujá, Praia Grande, Santos e São Vicente, em janeiro de 2006.

Equipes de Saúde Bucal Modalidade I				
Município	Qualificadas	Implantadas	População coberta	Percentual de cobertura
Cubatão	2	0	0	0%
Guarujá	0	0	0	0%
Praia Grande	15	9	62.100	28,86%
Santos	2	0	0	0%
São Vicente	0	0	0	0%

Fonte: Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) - DATASUS.

O único município a implantar ESB na Região Metropolitana da Baixada Santista foi Praia Grande, com 9 equipes na modalidade I e mesmo assim com percentual de cobertura bem abaixo das ESF, não chegando nem à proporção de 2:1 com tais equipes. Em relação as ESB modalidade II, com técnicos de higiene dental na composição, a Região Metropolitana da Baixada Santista não as possuía em janeiro de 2006.

Quando, em parágrafo anterior, cogitamos a Estratégia de Saúde da Família como projeto político, as ESB integrando as ESF beiram a utopia, pelo menos para os municípios em questão, pois uma cobertura de 4,37%, para a saúde bucal da Saúde da Família, com 62.100 moradores cobertos para uma população de 1.419.312 pessoas, demonstra que ainda há muito a ser realizado na região, principalmente no que diz respeito à forma como o Ministério da Saúde escolheu para reorganizar a Atenção Básica.

O Inquérito e a Saúde Bucal na Região Metropolitana da Baixada Santista

O “Inquérito domiciliar sobre acesso a serviços de saúde em municípios do Estado de São Paulo^{IV}” apresentou algumas perguntas voltadas especificamente ao acesso aos serviços odontológicos. São elas:

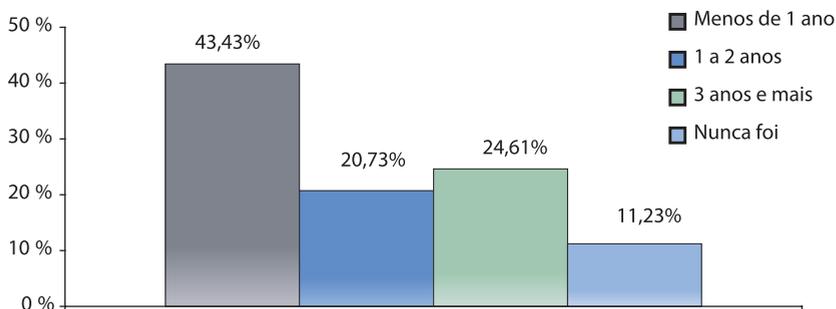
- Quando foi ao dentista pela última vez?
- Fez tratamento odontológico no pré-natal?
- Usa algum tipo de prótese dentária (dentadura ou ponte móvel)?

^{IV} Informações sobre as características teórico-metodológicas do atual Inquérito podem ser consultadas nos capítulos 1, 2 e 3 deste livro.

A partir da base de dados primários, foram realizados cruzamentos destas variáveis dependentes, com variáveis independentes relacionadas a características individuais como sexo, faixa etária e etnia; condições de vida e moradia ligadas ao abastecimento de água, rede de esgoto e coleta de lixo; e condição socioeconômica expressa em escolaridade, inserção no mercado de trabalho e renda. A variável idade foi dividida em faixas etárias de 1 a 4; 5 a 9; 10 a 14; 15 a 24; 25 a 49; 50 a 64 e 65 anos de idade ou mais, da mesma forma como na Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios (PNAD) de 1998 e 2003¹⁶. Para etnia houve a classificação nas classes branca, negra, amarela, parda e indígena. E a questão renda foi organizada em quintis de renda familiar *per capita* (0 a R\$ 294,01; R\$ 294,02 a R\$ 544,83; R\$ 544,84 a R\$ 757,35; R\$ 757,36 a R\$ 859,65; maior que R\$ 859,66).

A primeira variável dependente está relacionada ao acesso aos serviços odontológicos e seus resultados podem ser visualizados na Figura 1.

Figura 1 – Percentuais de freqüência a serviços odontológicos na Região Metropolitana da Baixada Santista.



Fonte: Inquérito domiciliar sobre acesso a serviços de saúde em municípios do Estado de São Paulo, 2006.

Como já foi dito, os protagonistas dos questionários foram os municípios da Região Metropolitana da Baixada Santista, Cubatão, Guarujá, Praia Grande, Santos e São Vicente, sendo que as cidades de Santos, Praia Grande e Guarujá foram agrupadas, como forma de melhor compreender a dinâmica e as diferenças intra-regionais.

Nota-se que 11,23% dos indivíduos nunca acessaram serviços odontológicos, enquanto que os números para o estado de São Paulo, retirados da PNAD de 1998 e 2003, foram, respectivamente, 11,60% e 10,40%, e no âmbito nacional são registrados 18,70% e 15,90%¹⁶. Parte significativa dos entrevistados, com percentuais acima dos 40%, consultaram um dentista no último ano.

Houve uma outra questão ligada à pergunta “quando foi ao dentista pela última vez?”, que foi “nessa última vez que foi ao dentista, qual era o tipo de serviço?”. Seus resultados aparecem na Tabela 6.

Tabela 6 - Percentuais referentes ao tipo de serviço odontológico na última utilização na Região Metropolitana da Baixada Santista

Nessa última vez que foi ao dentista, qual era o tipo de serviço?	
SUS (%)	Não SUS (%)
31,15%	68,85%
Total = 100%	

Fonte: Inquérito domiciliar sobre acesso a serviços de saúde em municípios do Estado de São Paulo, 2006.

Predominantemente, o acesso aos serviços odontológicos foi feito através da rede privada, com 68,85%. A Tabela 7 mostra a questão “quando foi ao dentista pela última vez?” relacionada com as variáveis independentes sexo, faixa etária e etnia.

Tabela 7 – Percentuais de frequência a serviços odontológicos na Região Metropolitana da Baixada Santista relacionados a sexo, faixa etária e etnia.

Variável	Quando foi ao dentista pela última vez?				Total
	Menos de 1 ano	1 a 2 anos	3 anos e mais	Nunca foi	
Sexo p=0,0002					
Masculino	40,86%	21,33%	24,49%	13,32%	100%
Feminino	45,54%	20,24%	24,71%	9,50%	100%
Faixa Etária p=0					
1 a 4 anos de idade	26,61%	6,15%	0,07%	67,16%	100%
5 a 9 anos de idade	51,04%	16,48%	7,72%	24,76%	100%
10 a 14 anos de idade	53,56%	20,47%	15,00%	10,96%	100%
15 a 24 anos de idade	48,09%	23,36%	22,38%	6,16%	100%
25 a 49 anos de idade	46,64%	26,89%	24,89%	1,59%	100%
50 a 64 anos de idade	40,05%	21,24%	37,49%	1,21%	100%
65 anos de idade e mais	28,43%	9,78%	58,68%	3,10%	100%
Etnia p=0,005					
Branca	45,24%	20,80%	23,24%	10,72%	100%
Negra	31,08%	25,61%	31,07%	12,24%	100%
Amarela	51,01%	20,30%	20,73%	7,96%	100%
Parda	43,35%	19,83%	24,93%	11,90%	100%
Indígena	46,94%	12,07%	39,79%	1,19%	100%

Fonte: Inquérito domiciliar sobre acesso a serviços de saúde em municípios do Estado de São Paulo, 2006.

Com o percentual de 13,32%, os homens superaram as mulheres (9,50%) no quesito indivíduos que nunca consultaram um dentista. À medida que aumenta a faixa etária, a chance do indivíduo nunca ter ido a um dentista diminui, com exceção dos 65 anos de idade e mais (3,10%) que superou a faixa dos 25 a 49 anos de idade (1,59%) e dos 50 aos 64 anos de idade (1,21%). Os maiores percentuais de não ida ao dentista concentram-se na faixa etária de 1 a 14 anos de idade, o que é um paradoxo, já que esta faixa sempre se constituiu como prioritária para os serviços. Com relação à etnia, pessoas brancas (10,72%), negras (12,24%) e pardas (11,90%) quase que se equivalem em bases percentuais, enquanto que os amarelos e indígenas, com 7,96% e 1,19%, respectivamente, apresentaram os mais baixos percentuais quando a não ida ao dentista foi analisada.

A seguir as variáveis independentes ligadas a condições de vida e moradia foram cruzadas com a mesma questão na Tabela 8.

Tabela 8 - Percentuais de freqüência a serviços odontológicos na Região Metropolitana da Baixada Santista relacionados ao abastecimento de água, rede de esgoto e coleta de lixo.

Variável	Quando foi ao dentista pela última vez?				
	Menos de 1 ano	1 a 2 anos	3 anos e mais	Nunca foi	Total
Abastecimento de água p=0					
Canalização interna (torneiras) com rede geral	44,06%	20,91%	24,53%	10,51%	100%
Canalização interna (torneiras) poço nascente	40,58%	19,45%	22,79%	17,18%	100%
Outra forma de canalização interna (torneiras)	33,09%	20,09%	28,25%	18,58%	100%
Sem canalização interna com rede geral	32,12%	14,55%	15,78%	37,54%	100%
Sem canalização interna com poço ou nascente	33,33%	19,35%	20,43%	26,88%	100%
Outra forma sem canalização interna (torneiras)	2,62%	4,55%	62,76%	30,06%	100%
Rede de esgoto p=0,0016					
Rede Geral	45,20%	21,16%	24,51%	9,13%	100%
Fossa Séptica	40,04%	20,03%	29,21%	10,73%	100%
Fossa Rudimentar	48,03%	17,56%	18,80%	15,61%	100%
Vala, Rio, Lago, Represa ou Mar	37,52%	19,66%	24,54%	18,27%	100%
Outro	31,99%	16,74%	33,02%	18,25%	100%
Coleta de lixo p=0					
Todos os dias	50,08%	21,16%	20,32%	8,43%	100%
De 3 a 5 vezes por semana	38,37%	20,23%	27,82%	13,58%	100%
Uma ou 2 vezes por semana	32,15%	21,97%	33,68%	12,20%	100%
Menos de 1 vez por semana semanal	39,07%	10,93%	39,07%	10,93%	100%
Irregular	42,57%	17,24%	23,73%	16,46%	100%

Fonte: Inquérito domiciliar sobre acesso a serviços de saúde em municípios do Estado de São Paulo, 2006.

Fato relevante é que para as três variáveis independentes notam-se para suas melhores condições, ou seja, canalização interna com rede geral de abastecimento de água (10,51%), rede de esgoto com rede geral (9,13%) e coleta de lixo todos os dias (8,43%), houve percentuais mais baixos no item “nunca foi ao dentista”, quando relacionados às outras condições de moradia.

Na Tabela 9 são apresentadas as variações de consultas ao dentista e fatores relacionados às condições socioeconômicas.

Tabela 9 - Percentuais de freqüência a serviços odontológicos na Região Metropolitana da Baixada Santista relacionados a escolaridade, inserção no mercado de trabalho e renda.

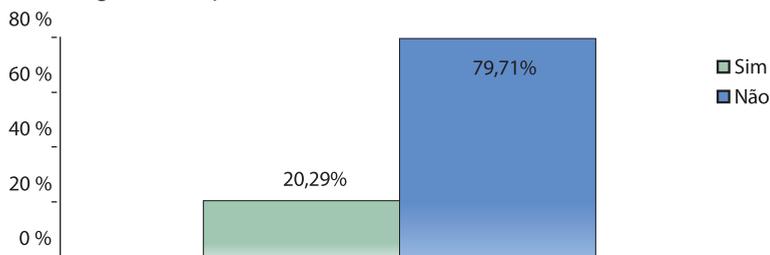
Variável	Quando foi ao dentista pela última vez?				Total
	Menos de 1 ano	1 a 2 anos	3 anos e mais	Nunca foi	
Escolaridade p=0					
Analfabeto	34,47%	12,76%	37,84%	14,93%	100%
Fundamental incompleto	39,01%	19,70%	33,63%	7,66%	100%
Fundamental completo	37,64%	24,79%	33,80%	3,77%	100%
Médio incompleto	44,48%	30,02%	22,15%	3,34%	100%
Médio completo	50,85%	26,38%	21,21%	1,56%	100%
Superior	68,39%	22,04%	8,86%	0,70%	100%
Você trabalha? p=0					
Sim	45,83%	25,65%	26,43%	2,09%	100%
Não	42,25%	20,50%	32,94%	4,31%	100%
Renda p=0					
1º Quintil	46,08%	22,99%	25,57%	5,35%	100%
2º Quintil	42,96%	22,30%	30,53%	4,20%	100%
3º Quintil	33,63%	20,52%	43,02%	2,82%	100%
4º Quintil	40,21%	26,10%	31,73%	1,95%	100%
5º Quintil	56,02%	22,91%	20,13%	0,93%	100%

Fonte: Inquérito domiciliar sobre acesso a serviços de saúde em municípios do Estado de São Paulo, 2006.

Quando a variável dependente que verifica a freqüência ao dentista é cruzada com escolaridade, o que se encontra é que os percentuais diminuem progressivamente conforme aumenta o grau de escolaridade, caminhando dos 14,93% para os analfabetos até os 0,70% para aqueles com nível superior. Tal fato pode ser explicado pela faixa etária da Tabela 7, pois esta faixa percentual da população está entre 1 e 14 anos de idade. Observa-se também que 4,31% dos que não trabalham e 2,09% dos que trabalham nunca visitaram um dentista. As porcentagens diminuem na situação “nunca foi ao dentista” quanto mais aumenta a renda, sendo que na faixa do 5º quintil de renda apenas 0,93% nunca foram ao dentista (Tabela 9).

A próxima variável dependente trata da questão “fez tratamento odontológico no pré-natal?” no Figura 2.

Figura 2 - Percentuais de gestantes que realizaram tratamento odontológico durante o pré-natal na Região Metropolitana da Baixada Santista.

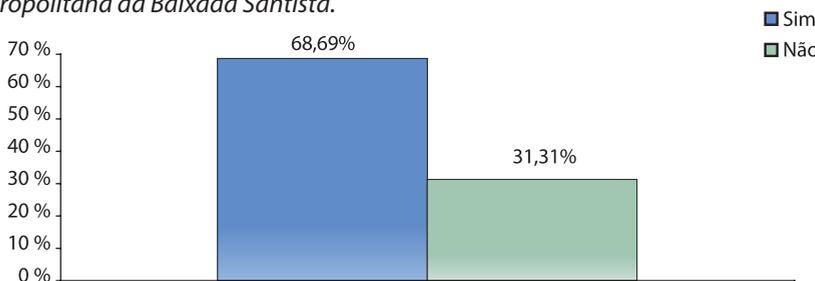


Fonte: Inquérito domiciliar sobre acesso a serviços de saúde em municípios do Estado de São Paulo, 2006.

Há um percentual expressivo (79,71%) de gestantes que não realizaram tratamento odontológico durante o pré-natal, o que é constatado na figura 2. O único cruzamento possível deu-se com a etnia. Porém, não houve significância estatística nos dados obtidos com esta variável ($p=0,5947$). Nos quesitos analisados no cruzamento entre a questão da realização ou não de tratamento odontológico no pré-natal e abastecimento de água ($p=0,1092$), rede de esgoto ($p=0,5429$) e coleta de lixo ($p=0,1140$), os números obtidos não foram estatisticamente significantes.

A terceira questão definida como variável dependente foi “usa algum tipo de prótese dentária (dentadura ou ponte móvel)?”, cujos resultados podem ser visualizados na Figura 3.

Figura 3 - Percentual de uso de prótese dentária (dentadura ou ponte móvel) na Região Metropolitana da Baixada Santista.



Fonte: Inquérito domiciliar sobre acesso a serviços de saúde em municípios do Estado de São Paulo, 2006.

Esta questão foi aplicada somente a homens e mulheres com 60 anos de idade ou mais e seus resultados demonstram que 68,69% dos indivíduos nessa faixa etária utilizam dentadura ou ponte móvel. A partir de então, a variável dependente uso ou não de prótese dentária foi cruzada com sexo, faixa etária e etnia (variáveis independentes). Todavia, os dados somente apresentaram significância estatística para a variável sexo, onde verifica-se que 52,24% dos homens usa prótese, enquanto que a maior parte das mulheres a utiliza, com 79,18% (Tabela 10).

Tabela 10 - Percentuais de uso de prótese dentária (dentadura ou ponte móvel) na Região Metropolitana da Baixada Santista, segundo sexo.

Variável	Usa algum tipo de prótese dentária (dentadura ou ponte móvel)?		
	Sim	Não	Total
Sexo p=0			
Masculino	52,24%	47,76%	100%
Feminino	79,18%	20,82%	100%

Fonte: Inquérito domiciliar sobre acesso a serviços de saúde em municípios do Estado de São Paulo, 2006.

A questão foi cruzada com variáveis relativas às condições de moradia e não foi observada significância estatística para abastecimento de água ($p=0,4676$), rede de esgoto ($p=0,4969$) e coleta de lixo (0,1226). Escolaridade ($p=0,0015$) foi a próxima variável cruzada com a utilização ou não de prótese, pois inserção no mercado de trabalho ($p=0,9298$) e renda ($p=0,6032$) não apresentaram significância estatística nos cruzamentos.

Tabela 11 - Percentuais de uso de prótese dentária (dentadura ou ponte móvel) na Região Metropolitana da Baixada Santista relacionados a escolaridade, inserção no mercado de trabalho e renda.

Variável	Usa algum tipo de prótese dentária (dentadura ou ponte móvel)?		
	Sim	Não	Total
Escolaridade p=0,0015			
Analfabeto	58,58%	41,42%	100%
Fundamental incompleto	74,10%	25,90%	100%
Fundamental completo	78,87%	21,13%	100%
Médio incompleto	28,95%	71,05%	100%
Médio completo	67,31%	32,69%	100%
Superior	50,21%	49,79%	100%

Fonte: Inquérito domiciliar sobre acesso a serviços de saúde em municípios do Estado de São Paulo, 2006.

Dos analfabetos, 41,42% não usam prótese contra 58,58% que utilizam. E 49,79% daqueles com curso superior não a utilizam, contra 50,21% que utilizam. O ensino fundamental completo (78,87%) e incompleto (74,10%), além do ensino médio completo (67,31%), foram os responsáveis pelos maiores percentuais de pessoas com prótese dentária.

Discussão

Acesso e saúde bucal compartilham uma história muito particular. A saúde bucal brasileira guarda uma tradição materno-puericultora quanto à assistência pública odontológica, pois a União, estados e municípios sempre optaram por abrir as portas do sis-

tema às gestantes e às crianças entre 7 e 14 anos de idade, principalmente. O antigo sistema incremental é prova da puericultura odontológica em escolas públicas. Enquanto que os centros de saúde, logicamente quando possuíam cirurgiões-dentistas em seu quadro, realizavam tratamento odontológico programático somente para crianças e gestantes, deixando ao restante da população adulta as concorridas vagas nas urgências que, invariavelmente, sempre foram mutiladoras e não resolutivas.

É esse quadro desfavorável que a atual Política Nacional de Saúde Bucal vem tentando modificar, desde 2004, quando do estabelecimento de suas diretrizes. Grandes incentivos financeiros aportaram na área da saúde bucal, como nunca dantes. Já em 2000, algumas ações apontavam nessa direção, como a implementação de ESB junto à Estratégia de Saúde da Família. Certamente que o esforço deve ser reconhecido, muito embora as diferenças nas necessidades de saúde não sejam eliminadas somente com o uso dos serviços de saúde, mas, sem dúvida, o acesso a serviços de qualidade pode amenizar condições desfavoráveis de saúde da população¹⁶.

O fato de o indivíduo nunca ter freqüentado um consultório dentário pode indicar problemas quanto ao acesso da população aos serviços odontológicos. Porém, o resultado deste tipo de enquête deve ser analisado sob todos os aspectos possíveis, pois se admite que o fato é um indicador bastante negativo relacionado à falta de acesso a tais serviços¹⁶.

O Inquérito domiciliar sobre acesso a serviços de saúde em municípios do Estado de São Paulo apontou que 11,23% dos entrevistados nunca visitaram o dentista. A PNAD de 1998 possuía a questão de nunca ter ido ao dentista, assim como a de 2003. Seus resultados apontaram para o percentual de 18,70%, em 1998, e 15,90%, em 2003, mostrando uma redução de 15% neste dado¹⁶. Daqueles que nunca estiveram no dentista no atual inquérito, quando a variável foi o sexo, apresentou 13,32% de indivíduos do sexo masculino e 9,50% de mulheres. Os dados relacionados à etnia revelaram que parcelas maiores de indivíduos da cor branca (10,72%), preta (12,24%) e parda (11,90%) nunca estiveram no dentista, enquanto que o quesito faixa etária estabeleceu as faixas de 1 a 4 anos de idade, com 67,16% e 5 a 9 anos de idade, com 24,76%, como os maiores percentuais de pessoas que nunca visitaram dentistas. Com relação àqueles que visitaram o dentista, o sexo feminino foi mais freqüente, com 45,54% das mulheres com visitas ao dentista no último ano. Verificou-se, também, que esta freqüência no último ano é menor nas faixas etárias de 1 a 4 anos de idade (26,61%) e 65 anos de idade e mais (28,43%). As condições de moradia demonstraram que os indivíduos que nunca foram ao dentista apresentaram os menores percentuais em relação às melhores condições de abastecimento de água (canalização interna com rede geral), rede de esgoto (rede geral) e coleta de lixo (todos os dias), com, respectivamente, 10,51%, 9,13% e 8,43%. No que tange a escolaridade, o fato de nunca terem visitado o dentista apresenta percentuais decrescendo à medida que aumenta o grau de escolaridade, dos 14,93% dos analfabetos até os 0,70% daqueles com nível superior. Dos que não trabalham, 4,31% nunca visitaram o dentista, contra 2,09% dos que trabalham e os que ganham menos apresentam o maior percentual para a mesma questão, com 5,35%.

A questão das pessoas entrevistadas terem ou não feito tratamento odontológico no pré-natal mostrou que 79,71% não o realizaram durante a gestação. Observação que vai de encontro às tradições da odontologia pública brasileira, que, reconhecidamente, sempre priorizou as gestantes em seus programas, além de contrariar, também as espec-

tativas das diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal^v. O fato surpreende negativamente, pois é um indicador da falta de acesso aos serviços, que é latente na saúde bucal.

Uso de próteses dentárias significa, em primeira instância, que há perdas dentárias e mutilação bucal naqueles que as utilizam. O edentulismo

“pode ser definido como o grau elevado de perdas dentárias resultantes de doenças bucais, como cárie e doença periodontal, principalmente, e de traumatismos” [e é] “resultante de um conjunto de fatores interligados entre si”, [dentre eles está] “o modelo de prática odontológica hegemônico, tanto do ponto de vista do acesso aos serviços quanto do conjunto de tecnologias disponíveis”¹⁴.

Sabe-se que em brasileiros entre 65 e 74 anos de idade, o índice CPO-D alcança a marca expressiva de 27,79, onde mais de 25 (25,83) destes dentes foram extraídos⁵. Deve-se lembrar que o uso de próteses não identifica a completude da necessidade de utilização das mesmas, já que o Projeto SB Brasil mostrou que os brasileiros entre 65 e 74 anos de idade têm necessidade de próteses totais superiores na ordem de 3,61%, total inferior de 11,25% e ambas de 12,53%⁵.

A questão relacionada ao uso ou não de prótese mostrou que 68,69% utilizam dentaduras e/ou pontes móveis. Ressalta-se, novamente, que a questão foi apresentada somente àqueles com 60 anos de idade ou mais. As mulheres, em sua maioria, com 79,18%, são portadoras de próteses dentárias. Enquanto que os maiores percentuais de utilização de prótese concentram-se no ensino fundamental completo (78,87%) e incompleto (74,10%).

Considerações Finais

A Baixada Santista protagonizou uma das primeiras experiências nacionais de implementação do SUS, mais precisamente na cidade de Santos, no início do ano de 1989, logo após a promulgação da Constituição Federal, em 1988¹⁵. Conseqüentemente, a saúde bucal também foi protagônica em suas ações no mesmo município, inovando para a época com a implantação de programas preventivos e assistenciais. No entanto, uma questão já surgia: “será possível ao setor público, num curto espaço de tempo, universalizar a assistência?”¹¹. Manfredini (1997)¹¹ ainda frisava que a cobertura populacional, relativa à assistência odontológica não ultrapassava os 10%.

Como tantos outros fatos recorrentes no cotidiano da saúde coletiva, pode parecer que as palavras lidas há pouco foram escritas contemporaneamente e não há mais de dez anos, pois o acesso continua a ser um “nó górdio” para o Sistema Único de Saúde, ainda mais para a saúde bucal. E, não à toa, o assunto também é de interesse e preocupação de Conferências Nacionais de Saúde, como no caso da 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal, cujo tema central foi “*acesso e qualidade superando a exclusão social*”³.

Cohn et al (2002)⁷ apontam que “*as políticas de saúde apresentam, reiteradamente, o acesso do usuário aos serviços como um paradigma básico para planos nacionais e projetos regionais e locais de ampliação da rede de serviços existentes*”. Nesse panorama, surge a Es-

^v “Deve-se realizar ações coletivas e garantir o atendimento individual. Em trabalho conjunto com a equipe de saúde, a gestante, ao iniciar o pré-natal, deve-ser encaminhada para uma consulta odontológica...”².

tratégia de Saúde da Família, em meados da década de 90, tendo como uma de suas características principais a territorialização da saúde, visando ao aumento da cobertura de população atendida e, conseqüentemente, ampliação do acesso aos serviços de saúde. Mas para se comentar sobre a Estratégia da Saúde da Família é necessário um aparte.

Cobertura e acesso não podem ser confundidos. Pensando-se em Saúde da Família, a cobertura realiza-se quando uma população adscrita é ligada territorialmente a uma determinada Unidade de Saúde que é a sua referência de serviços e porta de entrada para o sistema de saúde. Desse ponto até que o acesso, propriamente dito, aconteça há uma distância que aumenta ou diminui conforme as características dos serviços. Muito se lê sobre cobertura populacional em relação à Saúde da Família, com suas equipes se multiplicando pelo país. Porém, é comum notar grandes diferenças no que tange às comparações entre coberturas de ESF e ESB. Uma população apresenta, por exemplo, 16,50% de cobertura populacional com suas ESF e 4,99% com suas ESB, como é o caso da Região Metropolitana da Baixada Santista⁸. Nesse momento caberia um questionamento: há realmente cobertura populacional nas questões de Saúde da Família sem a sua saúde bucal? Bocas não adoecem? Têm autonomia em relação ao restante do corpo? Como estão as bocas dos 11,51% daqueles com a cobertura assegurada pela Saúde da Família da Região Metropolitana da Baixada Santista, mas sem a cobertura da saúde bucal?

Deve-se avaliar com muito cuidado a questão também pelo viés do acesso, pois a cobertura de primeira consulta odontológica para a região é de 6,80%. Há, no entanto, em certos municípios, uma grande diferença entre a população coberta por ESB e a cobertura de primeira consulta odontológica, onde o percentual daqueles que conseguem passar por uma consulta odontológica programática poderia melhor expressar a situação do acesso em saúde bucal.

Desigualdades foram percebidas no inquérito realizado. Notou-se que dos 11,23% que nunca visitaram o dentista, indicador negativo para avaliar-se o acesso aos serviços de saúde, os resultados concentram-se mais em indivíduos do sexo masculino negros, pardos, brancos e abaixo dos 14 anos de idade. Apresentam, também, os menores percentuais em relação às melhores condições de abastecimento de água, rede de esgoto e coleta de lixo. Estão no ensino fundamental, não trabalham e pertencem ao quinto mais pobre da população questionada. A maioria das futuras mães não realizou tratamento odontológico no pré-natal. Mulheres com 60 anos de idade ou mais são as que mais perdem seus dentes, recuperando a função através de próteses dentárias. E, também, concentram-se no ensino fundamental.

Observa-se que o acesso vincula-se a questões de condições de vida e moradia, além de idade, etnia, inserção no mercado de trabalho e renda, provando que desigualdades findam por influenciar a entrada da população no sistema.

Cabe aqui a reflexão que há mais de dez anos coube aos protagonistas do SUS da Baixada: a universalidade do acesso, um dos pilares do sistema, está em sua plenitude? Os números não nos mostram isto. Índices, taxas, tabelas e inquéritos nos apontam que há muito ainda a ser realizado para que o acesso da população aos serviços de saúde se consolide e possa tornar-se realidade. Por enquanto, a afirmação de Manfredini¹¹, em meados dos anos 90, continua valendo: *"universalizamos o direito do acesso à assistência, mas não universalizamos a assistência"*¹¹.

Referências Bibliográficas

1. Barros MBA. Introdução. In: César CLG, Carandina L, Alves MCGP, Barros MBA, Goldbaum M, organizadores. Saúde e condição de vida em São Paulo: inquérito multicêntrico de saúde no Estado de São Paulo. São Paulo: USP/FSP; 2005. p.11-34.
2. Brasil. Saúde Bucal/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica – Saúde Bucal. Brasília; 2006.
3. _____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal: acesso e qualidade superando a exclusão social, Brasília, DF, de 29 de julho a 1º de agosto de 2004. Brasília; 2005.
4. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília; 2004.
5. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais. Brasília; 2004.
6. Campos CMS, Mishima SM. Necessidade de saúde pela voz da sociedade civil e do Estado. *Cad. Saúde Pública*. 2005; 21(4): 1260-68.
7. Cohn A, Nunes E, Jacobi PR, Karsch US. A saúde como direito e como serviço. São Paulo, 3ª ed.: Cortez; 2002.
8. Departamento de Informação e Informática do SUS – DATASUS. Secretaria Executiva do Ministério da Saúde. Informações em Saúde. Capturado em março de 2008. Disponível na Internet em <http://www.datasus.gov.br>.
9. Frazão P. Epidemiologia em saúde bucal. In: Pereira AC, organizador. Odontologia em saúde coletiva. Porto Alegre: Artmed; 2003. p. 64-82.
10. Laurell AC. Impacto das políticas sociais e econômicas nos perfis epidemiológicos. In: Barata RB, Barreto ML, Almeida Filho N, Veras RP, organizadores. Equidade e saúde: contribuições da epidemiologia. Rio de Janeiro: Fiocruz/Abrasco; 1997. p. 83-101.
11. Manfredini M. Abrindo a boca: reflexões sobre bocas, corações e mentes. In: Campos FCB, Henriques CMP, organizadores. Contra a maré à beira-mar: a experiência do SUS em Santos. São Paulo, 2ª ed.: Hucitec; 1997. p. 78-87.
12. Manhães ALD, Costa AJL. Acesso e utilização de serviços odontológicos no Estado do Rio de Janeiro, Brasil, em 1998: um estudo exploratório a partir da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. *Cad. Saúde Pública*. 2007; 24(1): 207-218.
13. Mattos RA. Direito, necessidades de saúde e integralidade. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ: Abrasco; 2005. p. 33-46.

14. Oliveira AGRC. Edentulismo. In: Antunes JLF, Peres MA, organizadores. *Epidemiologia da saúde bucal*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. p. 205-18.
15. Pimenta AL. Brevíssima história da implementação do SUS em Santos. In: Campos FCB, Henriques CMP, organizadores. *Contra a maré à beira-mar: a experiência do SUS em Santos*. São Paulo, 2ª ed.: Hucitec; 1997. p. 29-40.
16. Pinheiro RS, Torres TZG. Uso de serviços odontológicos entre os Estados do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2006; 11(4): 999-1010.
17. Pinheiro R, Guizardi FL, Machado FRS, Gomes RS. Demanda em saúde e direito à saúde: liberdade ou necessidade? Algumas considerações sobre os nexos constituintes das práticas de integralidade. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ: Abrasco; 2005. p. 11-31.
18. Porto SM, Santos IS, Ugá MAD. A utilização de serviços de saúde por sistema de financiamento. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2006; 11(4): 895-910.
19. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad. Saúde Pública*. 2004; 20, Sup 2: S 190-98.

Modos de vida e acesso aos serviços de saúde em duas favelas da Baixada Santista

Monique Borba Cerqueira

Lígia Rivero Pupo

Introdução

A influência exercida sobre a saúde por fatores sociais, tais como renda, educação, solidariedade social, saneamento, qualidade ambiental e habitação é, nos dias atuais, um fenômeno amplamente reconhecido¹⁵. Além disso, a saúde está relacionada a fatores como gênero, etnia e geração, crenças, práticas e costumes que caracterizam as diferentes populações e podem gerar desigualdade.

Há muito se reconhece que os indicadores de saúde são capazes de operar uma aproximação com a realidade, demarcando distâncias sociais. Atualmente, muitas são as particularidades identificadas nos estudos cujo enfoque é a desigualdade em saúde. Não se trata tão somente de considerar as já conhecidas doenças da pobreza ou da miséria. As iniquidades em saúde estão amplamente relacionadas aos diferentes modos pelos quais as sociedades se organizam, o que aponta para o fato de que o acúmulo de riqueza social não produz necessariamente condições de vida e saúde equânimes. Logo, o que determina a diminuição das iniquidades é a forma como se dá a distribuição dos bens e recursos socialmente produzidos.

A existência de uma condição de desigualdade evidenciada nos diferentes níveis de renda da população brasileira repete-se nos diferentes setores e políticas sociais, como habitação, educação, saúde e saneamento. Mas, o maior agravante, é que além do profundo quadro de desigualdade, encontra-se o fenômeno da pobreza que atinge grande parcela da população, impedindo, muitas vezes, que os indivíduos tenham acesso às condições mínimas de saúde.

Nesse sentido, destacam-se algumas tendências expressas no adoecimento e morte dos segmentos mais pobres. Em geral, os setores mais empobrecidos, além de uma maior exposição às doenças, recebem menos cuidados preventivos, o que intensifica os riscos de adoecimento. Ao adoecerem, por sua maior vulnerabilidade, os pobres, frequentemente enfrentam mais barreiras no acesso à saúde de boa qualidade. Em relação a educação, observa-se que o grau de instrução dos indivíduos encontra-se diretamente relacionado à percepção dos problemas de saúde. Assim, segmentos da população com poucos anos de escolaridade apresentam, com mais frequência, problemas em relação ao acesso e compreensão das informações sobre saúde, podendo ter maiores dificuldades em adotar e seguir corretamente os procedimentos médico-terapêuticos indicados.

A saúde está diretamente ligada às condições de vida. Almeida Filho³ destaca também a importância da noção de modos de vida na abordagem social da saúde, em especial, no campo da saúde coletiva. Isto porque, para além dos aspectos materiais da existência, o universo intersubjetivo também estabelece diferentes graus de determinação sobre as formas de ser e de viver das pessoas, grupos e coletividades. Portanto, condições de vida e modos de vida configuram-se como instâncias produtoras de saúde, de formas de adoecer e morrer.

Para efeitos deste estudo, modos de vida podem ser compreendidos como os diferentes tipos de sociabilidade expressos em universos singulares, podendo se revelar num sistema construtivo peculiar, em formas de religiosidade, valores, hábitos, práticas e respostas particulares às determinadas condições de existência que atravessam múltiplos espaços sociais. Neste contexto, emerge um espaço plural de carências e possibilidades urbanas evidenciadas no direito à cidade e nos acelerados processos de metropolização. Diante disso, as diferenças sociais desenharam sua face bem marcada no espaço urbano, mostrando que os distanciamentos periféricos são indissociáveis dos rótulos de exclusão e violência que identificam as periferias sociais.

Ao refletir sobre o acesso aos serviços de saúde em comunidades marcadas por precárias condições de vida, esta pesquisa não apenas privilegiou o olhar e a fala das pessoas, mas deu visibilidade aos seus anseios por saúde e pela vida. É a partir deste quadro social complexo e de suas múltiplas variáveis que tem lugar a questão do acesso aos serviços de saúde. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a definição daquilo que pode ser considerado *acessível* deve respeitar as necessidades e particularidades locais¹⁴. Este trabalho dá ênfase à face local da pesquisa social e sua imensa gama de possibilidades que compreendem, não apenas os aspectos econômicos ou sócio-culturais, mas a relação entre os processos particulares e a totalidade que abrange o contexto social.

O presente estudo teve como objetivo analisar a relação entre modos de vida e o acesso aos serviços de saúde, a partir das interfaces geográficas, culturais, econômicas e organizacionais com os serviços de saúde. Para isso, investigou-se a população residente em duas grandes áreas de ocupação irregular: favelas de Vila Esperança, em Cubatão e México 70, em São Vicente. Os participantes foram selecionados a partir das entrevistas realizadas pelo inquérito domiciliar¹. Os quatro critérios para a seleção do sujeitos da pesquisa foram: ser usuário do Sistema Único de Saúde (SUS); residir em habitações construídas sobre terra firme (barracos) ou em áreas alagadas (palafitas); apresentar diversos problemas de saúde e utilizar sistematicamente os serviços de Atenção Básica da rede pública de saúde. A pesquisa adotou a abordagem qualitativa, privilegiando a ótica da população e os conteúdos subjetivos da discursividade em conexão com os modos de vida dos grupos locais.

Em junho de 2007, foram realizadas vinte entrevistas com moradores e lideranças nas comunidades pesquisadas com o propósito de investigar aspectos como condições de vida, modos de vida, situação de saúde e acesso aos serviços de saúde. As favelas sob o foco desta pesquisa caracterizam-se por uma difícil situação de habitabilidade, marcada por alagadiços e terrenos pantanosos; há carência de infra-estrutura, problemas de energia elétrica, lixo, falta de água potável e saneamento básico. Desconectados social e economicamente da ordem produtiva e dos equipamentos sociais, grande parte dos moradores dessas favelas são a tradução da cidade informal, o que remete a territórios bem demarcados pelos gradientes de riqueza, pobreza e vulnerabilidades. A lógica econômica e sócio-territorial que atravessa a vida dos moradores de favelas, em geral, não oferece as mínimas condições sequer para o exercício do direito civil de garantir a integridade física dos indivíduos. Viver num território sem limites claros entre o espaço público e privado, com absoluta indefinição do papel do poder público, faz com que os indivíduos tenham poucas referências do seu direito à vida urbana, ainda que todos sejam legítimos moradores da cidade. Tal contexto possui conseqüências diretas na situação de saúde das populações locais e no acesso aos serviços de saúde.

¹ Ver capítulo "Aspectos Gerais de Pesquisa" neste livro.

Baixada Santista: desenvolvimento e disparidades sociais

A história recente da Região Metropolitana da Baixada Santista (RMBS), atualmente uma das mais desenvolvidas do Estado de São Paulo, tem revelado para além do progresso, um acelerado crescimento populacional que resultou numa urbanização desordenada, principalmente, a partir dos anos 70. Segundo o Índice Paulista de Responsabilidade Social (IPRS-2006), a Baixada é a região mais urbanizada do Estado. Essa forte expansão urbana produziu também grande desigualdade socioeconômica expressa na segregação espacial de boa parte da população empobrecida que vive e trabalha em territórios de risco ambiental, precariedade e insalubridade.

Esses riscos associados à falta de infra-estrutura, serviços e atendimentos tornaram grande parte da população da RMBS cada vez mais vulnerável, revelando uma profunda desigualdade social causada pelo processo de segregação da maioria da população para as porções ambientalmente mais frágeis, insalubres e deterioradas, criando uma geografia de exclusão com profundas diferenças na qualidade das moradias, acesso a bens e serviços¹⁰.

Em relação às Regiões Administrativas do Estado, a Baixada Santista e a Região Metropolitana de São Paulo “encontram-se entre as duas melhores no indicador de riqueza, no entanto, estão entre as seis regiões com os mais baixos indicadores de escolaridade e longevidade.”¹¹ Este é o caso dos municípios de Cubatão e São Vicente, ambos bem posicionados na dimensão riqueza, mas com déficit nos indicadores sociais, abaixo da média do Estado. A questão da desigualdade na Baixada Santista pode ser verificada, do ponto de vista socioeconômico e geográfico, a partir da qualidade das moradias e do acesso aos bens e serviços oferecidos à população no âmbito da cidade.

Se hoje a Baixada é uma região que possui um número expressivo de favelas, é importante lembrar que o agravamento deste quadro sócio-espacial também vem ocorrendo devido à particularidade geográfica da Baixada Santista. Situada entre o Oceano Atlântico e a Serra do Mar, a região da Baixada possui inúmeros morros, áreas de proteção ambiental e mangues, o que acaba diminuindo a possibilidade de expansão residencial. As consequências dessa situação heterogênea de ocupação sócio-espacial apontam para uma forte estratificação social e um panorama de grande segregação residencial. Na falta de habitações populares surgem as soluções possíveis, aleatórias, que revelam a ausência do poder público e a dificuldade de estabelecer diretrizes para equacionar o problema da moradia social: “O acesso ao mercado privado é tão restrito e as políticas sociais tão irrelevantes que à maioria da população sobram apenas as alternativas ilegais e informais”¹³.

Tantas distorções sociais, ambientais e territoriais acabam produzindo apropriações irregulares e desordenadas do espaço, multiplicando seus efeitos perversos sobre a vida da população.

Condições de vida e saúde nas favelas de Vila Esperança e México 70

Processos de urbanização não inclusivos, desatentos às demandas populares e aos intensos movimentos migratórios locais têm gerado espaços impróprios para a habitação. Ao

¹¹ www.al.sp.gov.br/web/fórum/iprs_raBaixadaSantista.pdf

mesmo tempo, os segmentos mais empobrecidos da população vêm sendo responsabilizados pelo modo predatório de ocupação da cidade, através de construções ilegais erguidas em meio ao lixo, miséria e violência. O imprevisto característico dessas habitações populares, a ausência de qualquer planejamento para a ocupação do espaço, muitas vezes, desagradável e de mau aspecto, tem caracterizado o crescente fenômeno das favelas.

Segundo uma perspectiva conservadora, a favela foi historicamente compreendida como “problema”, algo que deveria ser erradicado ou controlado²⁴. O termo favela, originalmente utilizado para nomear a habitação popular construída nas encostas da cidade do Rio de Janeiro no final do século XIX, acumulou durante anos conotações negativas.

Nos dias atuais, novas discussões envolvem a favela, talvez a mais importante seja a que reivindica sua inclusão no debate sobre o direito à cidade. Pensar a favela dissociada da cidade seria renunciar à dimensão de cidadania que lhe é própria. É importante assinalar que a favela também representa uma solução corajosa, às vezes, a única encontrada por pessoas sem qualquer perspectiva de se instalar no espaço urbano, ter uma habitação digna e morar na cidade. Essa população de homens e mulheres tem encontrado na favela uma possibilidade de resistência afirmativa, ao defender seu direito de permanência na cidade⁷. A favela assusta, intimida, porque é uma das expressões mais categóricas da desigualdade. É nesse espaço controverso que as populações pobres assinalam sua presença, o que remete a uma reflexão sobre o significado do espaço urbano e a qualidade de vida e saúde oferecida aos seus habitantes.

A pesquisa realizada nos municípios de Cubatão e São Vicente evidencia uma série de questões significativas quanto às condições de acesso e situação de saúde da população residente nas favelas de Vila Esperança e México 70. Nestas favelas, grande parte dos entrevistados é migrante, muitos nordestinos, tendo em comum um histórico de perdas materiais e afetivas em suas vidas, realidade que os obrigou a buscar a solução de seus problemas na mudança para a favela. O perfil da população mostra que a maioria dos homens e mulheres adultos entrevistados não tem emprego. São desempregados, biscoiteiros, trabalhadores sem renda fixa que sobrevivem de atividades informais. Quando perguntadas sobre o motivo que os levou a morar nas favelas de Vila Esperança e México 70, os entrevistados relataram muitas histórias semelhantes - tragédias pessoais e domésticas que culminaram com a falta de moradia. Processos de perda multiplicam-se nos relatos da população, mostrando como são criadas as ocupações irregulares ou favelas:

O meu motivo de eu vim morar aqui na Vila Esperança é um motivo muito simples: eu estava desempregado, sofri um acidente de carro, como cê vê, ó. Eu tenho um olho mais baixo do que o outro lado. (...) fiquei doente, fiquei um ano ainda, me tratando, doente, não podia ficar e, sem ter dinheiro pra pagar o aluguel, me despejaram. (...)Aí, eu tinha uns ‘conhecido’ que morava por aqui, eu vim pra esse lado e peguei um terreno aqui nos fundo, arrumei umas ‘madeira’ e fiz um barraquinho de madeira (Sr. Luis, 57 anos, Vila Esperança).

Nas favelas, o crescente fenômeno da autoconstrução mobiliza a família e a comunidade no esforço construtivo, porém, sem os conhecimentos técnicos necessários. Como

conseqüência da multiplicação das ações clandestinas que desafiam o controle estatal, fragiliza-se o padrão de habitabilidade urbana⁶. A autoconstrução se opõe a qualquer código de obras, intensificando a precariedade da moradia periférica e constituindo importante fator de multiplicação dos loteamentos irregulares e favelas.

O relato de Maria do Socorro ilustra as conseqüências negativas do fenômeno da autoconstrução em áreas geográficas inadequadas à moradia. A moradora conta que quando veio ocupar um barracinho abandonado no México 70 a água chegava à cintura. Ela e sua família levaram cinco ou seis anos para aterrar o local e construir uma casa que já foi aterrada três vezes, mas assim que as obras terminavam, surgia um problema crônico comum a áreas alagadiças, fazendo a casa encher de água novamente:

(...)A gente dormia de noite e se levantava com os pés dentro da água. Eu arrumei problema de saúde. Hoje eu tenho problema de saúde nas pernas, de ficar dentro d'água. Por que a água ela... não saía. Você tirava e num instante a casa estava cheia de novo. Ficavam quatro dedos de água dentro de casa. Na casa todinha. Dentro do quarto era eu e meus filhos, todo mundo dormindo. De noite, enquanto estava na cama, tudo bem, mas se tivesse uma necessidade de levantar de noite para vir no banheiro, levantava já com os pés dentro d'água. Encharcava a casa inteira, não tinha como (Maria do Socorro, 50 anos, México 70).

A designação "ocupações subnormais"^{III} refere-se a problemas de habitabilidade que têm sido identificados como geradores de grande impacto na qualidade de vida das pessoas. Em ambos os municípios estudados, verificou-se que os casos de precariedade habitacional produziram sérias conseqüências na saúde da população.

Dentre os tipos de construção encontradas nas comunidades estudadas, destacam-se as palafitas - construídas sobre estacas - e barracos ou casas de alvenaria - habitações construídas em áreas de solo firme. Ambas diferem, sobretudo, segundo a configuração espacial e habitacional. A palafita caracteriza-se por um arranjo habitacional de insalubridade e risco que se acentua devido às grandes possibilidades de desastre. Os riscos de se morar numa palafita são consideravelmente maiores do que aqueles encontrados em moradias erguidas sobre o solo. A palafita não protege da umidade, do calor, do frio, além da suscetibilidade à invasão da maré, incêndios (material de construção inflamável) e choque elétrico (irregularidades na fiação elétrica). A exigüidade e fragilidade caracterizam o espaço interno. O acesso à terra firme também é dificultado por passarelas de madeira em péssimo estado de conservação.

Quanto ao material e técnicas construtivas, são comuns as construções de madeira, em geral de dois cômodos, onde se utiliza papelão, compensados, plásticos, tanto nas palafitas, quanto nos pequenos barracos sobre a terra firme. O conjunto de palafitas er-

^{III} São inúmeras as definições de favelas, variando segundo diferentes órgãos públicos e privados voltados para pesquisa e intervenção nas áreas de habitação, infra-estrutura e condições de vida da população. Ressalta-se que o "Inquérito domiciliar sobre acesso aos serviços de saúde em municípios do Estado de São Paulo", bem como este estudo qualitativo adotou a definição de favela utilizada pelo IBGE. Neste caso considera-se favela e assemelhados os aglomerados subnormais (ou seja, um conjunto de mais de 50 unidades habitacionais, como barracos, casas, etc.) localizados em terrenos de propriedade alheia (pública ou particular), com ocupação desordenada e densa, sendo em geral, carente de serviços essenciais.

guido sobre a maré ou mangue, em geral, é construído lado a lado ou com pequeno afastamento da construção vizinha. As “ruas” sobre o mangue, alagado ou canal são suspensas - passarelas de madeira com enormes falhas - levando ao acesso precário às habitações e risco de acidentes, inclusive, alguns fatais para os moradores.

Nesse contexto de múltiplas privações, vive em Vila Esperança, Dona Clarice, 52 anos, debilitada pela doença, com uma perna menor que a outra e extrema dificuldade de andar. Ela relata sua dificuldade de sair de casa e percorrer as passarelas irregulares da favela para conseguir chegar aos serviços de saúde. Um problema grave de habitabilidade foi identificado na sua casa. Trata-se da existência de um buraco de tamanho considerável, localizado no centro da sala, de onde é possível ver e cair no mangue, que mais parece um imenso esgoto a céu aberto que interage rotineiramente com a vida dos moradores.

A fragilidade da dimensão habitacional é intensificada nessas áreas quando observados outros indicadores de condições de vida. O abastecimento de água ocorre através de ligações clandestinas, numa seqüência de mangueiras flexíveis de borracha emendadas de forma precária, constituindo uma tubulação de risco para o consumo, uma vez que tais mangueiras passam por dentro da maré onde se misturam aos dejetos domésticos ali lançados, juntamente com o lixo.

Morar em condições de extrema fragilidade não é uma exceção entre a população entrevistada. Adenilson, 38 anos, morador da mesma favela, relatou não possuir banheiro em seu barraco.

(Como é que você faz então? Você usa, tem algum terreno, algum lugar específico?) *Não, eu faço dentro da minha casa mesmo, tomo banho e faço o que tenho que fazer dentro da minha casa. (Aqui?) Aqui dentro. (Aí você vai e joga em algum lugar?) Desprezo do outro lado. (Que outro lado?) Do outro lado da linha, lá no mato. (Do outro lado da linha no mato. Você leva até lá todas às vezes e despreza lá?) Corretamente. (Isso é uma situação atual ou faz muito tempo que você está nessa situação?) Já tem muito tempo.*

(Você pretende fazer um banheiro?)

Pretendo fazer um banheiro, mas só que acontece que eu não tenho condições. (Financeiras, você está dizendo?) Exatamente. (Por que fica muito caro fazer banheiro?) Claro. (Então por enquanto você está resolvendo dessa forma?) Sim. (...)

Um fator central nas áreas de ocupação irregular que atinge fundamentalmente a qualidade de vida da população que vive nas favelas é a degradação do meio ambiente e a inexistência de saneamento básico nessas áreas, o que constitui um grave problema de saúde pública.

Inúmeras são as doenças infecciosas oriundas da falta de saneamento básico relacionadas com a água, o esgoto, o lixo e as habitações insalubres. Dentre elas, pode-se destacar o cólera, a febre tifóide, a desintéria bacilar e a hepatite infecciosa, além das diarreias causadoras da mortalidade infantil, infecções de pele e olhos e no caso das doenças provocadas pelo lixo,

a peste bulbônica e a leptospirose, entre tantas outras. Vale lembrar que, para além do caso de Adenilson, relatado anteriormente, muitas habitações em favelas não dispõem de instalações hidro-sanitárias (banheiros) adequadas à higiene pessoal e doméstica. Na maior parte das vezes, os dejetos são depositados diretamente na maré, no mangue, no canal e o esgoto torna-se parte das casas, passando ao lado ou imediatamente embaixo das moradias.

Dona Clarice, moradora de uma palafita, demonstra preocupação com o problema dos dejetos e do lixo que passam embaixo de sua casa, relatando o seguinte sobre o problema do esgoto:

Ah, é céu aberto. (...) Ai, é horrível! Sabe o que é horrível? É um fedô... A mata tem um fedô de banheiro podre. Lá na cozinha tem um fedô danado. Vem assim, sobe. Mas não é que seja da casa de ninguém. É do mangue.

Por se tratar de uma área de ocupação ilegal, a comunidade termina por confundir as responsabilidades do poder público e as obrigações do cidadão no tocante às melhorias da infra-estrutura local, o que torna a população vulnerável e confusa no momento de reivindicar seus direitos. Ao ser perguntado sobre como se resolve o problema do esgoto, um morador comenta: “Não resolve. Não resolve, porque você chama a Prefeitura, eles nunca vêm aqui! Eles não vêm aqui.” (Sr. Luís, 57 anos, Vila Esperança).

Boa parte das soluções e obras necessárias ao bem estar comum ficam a cargo dos moradores que, na maior parte das vezes, não têm recursos para realizá-las, lançando mão de “gambiarras”, adaptações na energia elétrica, abastecimento de água e rede de esgotos que podem gerar inúmeros riscos à comunidade.

A situação do transporte público coletivo mostra o descaso das autoridades com os moradores em áreas de ocupação ilegal:

*(...) Como é a questão do transporte aqui?
(...) o transporte da Companhia Metropolitana é péssimo! Péssimo!
Péssima qualidade. Agora, tem as 'lotação' aqui que colabora bem. A gente se movimenta através das lotação” (Sr. Luís, 57 anos, Vila Esperança).*

Demora muito o ônibus, demora bastante. (...) A lotação demora bastante também, tem que ficar esperando horas no ponto de ônibus, lá no ponto pra vir a lotação pra gente ir. (...) (Cíntia, 21 anos, México 70)

Condições de vida e habitabilidade são fatores que limitam a comunidade com forte impacto nos modos de vida e na situação de saúde da população. Um fator importante a ser lembrado é que atividades de rotina na vida dos moradores, tais como realizar as necessidades fisiológicas, tomar banho, lavar a roupa, cozinhar ou mesmo deslocar-se no interior da favela, podem se tornar tarefas complexas e extremamente demoradas em função das dificuldades e obstáculos a serem superados. Tal situação mostra o quanto as condições materiais de existência têm impacto sobre os modos de vida da comunidade, fazendo com que o universo cotidiano das pessoas seja marcado por inúmeras dificulda-

des elaboradas de diferentes formas no dia-a-dia dos moradores.

Segundo os moradores, não existem atividades coletivas locais capazes de reunir a comunidade, a não ser as igrejas católicas e evangélicas. Isto faz com que a principal atividade de lazer dessa população seja a televisão, localizada geralmente no cômodo único da casa, fazendo com que crianças e adultos sem ocupação definida permaneçam em frente à TV grande parte do dia. Priscila, 16 anos, ao falar sobre sua vida em Vila Esperança, afirma: “*Além de assistir televisão, eu não faço nada*”. A falta de opção de lazer é uma constante para a população.

O que é que a senhora costuma fazer no final de semana, no seu tempo livre?

Eu? Nada. A mesma coisa que eu faço a semana toda eu faço no final de semana [risos]. Não tem pra onde sair, eu não saio pra canto nenhum (Maria de Lourdes, 50 anos, México 70).

As impressões e sentimentos dos moradores sobre o lugar onde moram traduzem sua indignação quanto aos problemas e escassez de infra-estrutura local.

O que você acha do bairro?

[...] O bairro aqui... É uma “merda” mesmo, “por causa qui”... (Por que é uma “merda”? O que você acha que é?) É que, é porque o... É que não tem, tipo assim vai: o posto [de saúde] já é longe, aqui as “menina”... quando chove aqui enche. (...) Enche, por causa do canal, enche bastante. Quando vai passar tá tudo cheio, ainda mais quando é tempo de chuva, de canal assim. Enche pra caramba! Pra tu passar com alguma criança ali, você tem que levantar bem a calça, porque enche “tudininho” (Cíntia, 21 anos, México 70).

Isso não é lugar de ninguém morar, não! Mora porque não tem onde morar, e é a única maneira que tem pra se viver. Porque, vamos supor, como no meu caso mesmo, agora separada, como seria se fosse pra mim pagar aluguel e sustentar as “criança” tudo parada? Era bem “mais pior”. São três crianças! Seria “mais bem pior” pra “mim” pagar aluguel, sustentar as 3 crianças... Então o que é que seria? (Maria de Fátima da Cruz, 33 anos, Vila Esperança).

A questão da segurança também foi explorada pela pesquisa, tendo despertado silêncio, desconfiança e prevenção em boa parte das pessoas, posturas previsíveis, devido ao risco provocado pelas práticas ilegais instaladas na favela. Apesar disso, algumas pessoas relataram se sentir seguros em morar na comunidade. Outros declararam morar ali por completa falta de opção, não se importando com a falta de segurança. No entanto, alguns moradores estabeleceram uma ligação direta entre a favela e a questão do crime organizado, expressando reações bastante distintas entre si sobre o mesmo tema.

Você se sente segura nesse bairro?

Não! (Por quê?) Não, “por causa que” ele... as pessoas daqui: uns bandidos, traficantes, ou os maconheiros, “faz” tudo perto das “criança” Se for pra fumar, vai fumar perto das crianças. Se for pra dar tiro, eles dão tiro. Eles não estão nem aí, não fica se preocupando, entendeu? Faz tudo na frente das “criança”. E aqui é muita criança, é muita criança! Então eles não estão nem aí. Aqui, se você não tomar cuidado... (Cíntia, 21 anos, México 70).

E o que é que a senhora acha desse bairro?

Gosto, né? “– Ai, porque aqui é favela; tem as pessoa que ‘mexe’ com droga com isso, com aquilo”. Mas a gente não tem “que” nada a ver com a vida dos outros, né? Em todo canto tem isso, né? A gente tem que procurar conviver com eles; evidente que eles não vão mexer com ninguém, que até aqui eles nunca mexeram com ninguém. “Veve” aí no meio da gente, no meio dos “filho” da gente, não são, não são menino de tá mandando os “filho” da gente fazer isso nem de fazer aquilo. Eles respeitam as “criança” daqui, respeitam as pessoas que moram aqui. Se “vim” gente de fora querer roubar qualquer coisa das suas “vizinha”, aqui não roubam. Porque se roubarem eles “faz” entregar... Pra mim eles são a mesma coisa de ser meus filhos. Eu respeito eles; eles me “respeita”. Não tenho nada a ver contra isso. (Maria de Lourdes, 50 anos, México 70)

Os relatos anteriores polarizam o debate sobre a questão do tráfico e das práticas ilegais realizadas por grupos organizados na favela. Entre os moradores, por um lado, existem aqueles que consideram qualquer tipo de marginalidade praticada na favela como inaceitável. Por outro lado, há moradores que naturalizam o poder dos grupos fora-da-lei, inocentando suas ações, silenciando e protegendo seu ardil, muitas vezes como forma de elaborar o próprio medo e se adequar à existência em territórios marcados pela ausência do poder público e legalidade.

Além disso, ressalta-se que as famílias residentes nas áreas de ocupação ilegal, apesar de resolverem o problema imediato da falta de moradia, acabam se tornando uma população sem direito à cidade, com dificuldade de acesso aos bens e serviços urbanos, o que fica evidenciado nos problemas de busca e utilização dos equipamentos públicos de saúde.

Acesso aos serviços de saúde sob a ótica da população

O acesso universal, igualitário e integral da população aos serviços de saúde, sustentado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), é um dos pré-requisitos centrais para uma eficiente atenção à saúde, constituindo-se, entre outras questões, como um dos fatores que contribuem positiva ou negativamente na capacidade de resposta do sistema às necessidades de saúde de uma dada população.

Em geral as análises sobre o acesso, centram-se ou nas características dos indivíduos ou nas características dos serviços oferecidos. Apesar disso, grande parte dos autores concorda que o acesso compreende uma *relação dinâmica e funcional* entre as necessidades e aspirações de uma população, expressas na demanda e nas combinações tecnológicas e organizacionais disponíveis, características da oferta^{4,9,16,17,22,23}.

Dessa forma, o acesso é um conceito complexo que indica o grau de facilidade ou dificuldade com que as pessoas obtêm cuidados de saúde, quando necessário e conveniente^{1,21}. O acesso aponta, portanto, para o grau de ajustamento entre as necessidades dos usuários e a oferta dos serviços.

Vale lembrar que alguns autores, tais como FRENK⁹, discutem a acessibilidade como a relação funcional entre o conjunto de obstáculos (ecológicos, financeiros, organizacionais) para procurar e obter cuidados, e a capacidade da população de superar tais obstáculos, caracterizando sua capacidade de resposta.

Para fins de análise, a acessibilidade pode ser dividida em quatro dimensões que interagem e articulam-se entre si, determinando-se mutuamente¹⁶: a acessibilidade geográfica, a acessibilidade econômica, a acessibilidade organizacional e a acessibilidade sócio cultural.

A acessibilidade geográfica diz respeito à distância média entre o indivíduo e o serviço de saúde. Contudo, além da distância, devem também ser avaliadas as condições para que a mesma seja percorrida, isto é, deve-se levar em consideração a viabilidade e a rapidez do acesso.

Em relação à rapidez de acesso ao cuidado desejado, pode-se dizer que a medida de tempo ideal depende principalmente do tipo de necessidade avaliada, isto é, da gravidade ou urgência da demanda. Com relação ao fator viabilidade, percebe-se que existem outros elementos que interagem com a distância de forma a facilitar ou dificultar o acesso ao serviço desejado. Barreiras físicas relacionadas ao sujeito, tais como: deficiência física, dificuldades motoras, situações de dor aguda, insuficiência respiratória, e outras situações de crise ou limitantes, podem tornar uma distância geográfica curta, bastante difícil de ser percorrida. Barreiras financeiras ou a ausência de uma rede de suporte e apoio social em situações difíceis podem acirrar ainda mais estas dificuldades, tornando cada vez mais inviável o percurso necessário na busca de cuidados¹⁶.

Em ambos os municípios pesquisados, entrevistados com problemas físicos que interfeririam na sua locomoção e mobilidade, relataram grande dificuldade para ir ao serviço, o que era agravado na presença de outros tipos de barreiras de acesso. Dessa forma, a barreira geográfica relacionada à distância a ser percorrida em busca de cuidados de saúde, é significativamente fortalecida pela associação com outras barreiras existentes no contexto de vida de cada indivíduo, como: a ausência de uma rede social de apoio que auxilie o indivíduo na superação de sua barreira física; as condições climáticas no dia da consulta; a falta de dinheiro para tomar um ônibus ou táxi; a falta de uma carteira de portador de deficiência que permita a gratuidade do transporte público.

Essas diferentes barreiras de acesso interagem entre si, reforçando-se e modificando-se mutuamente, podendo ter peso, importância e efeitos distintos na vida das pessoas, dependendo das condições de resposta e superação destas dificuldades no contexto de vida de cada indivíduo. Em diversos casos foi possível perceber que tais obstáculos interferem de tal forma, que ocasionam a desistência ou a perda do atendimento de saúde.

(...)eu não fui lá mais, acontece que chegar lá para marcar, nossa é uma canseira do caramba. Para mim fica muita dificuldade. Quando eu tava com a minha carteirinha de deficiente, eu não ficava com tanta dificuldade porque fica mais perto pegar o transporte aqui. Assim, sem carteirinha, de pé, não posso andar muito longe. E sem a carteirinha eu tenho que pagar, a não ser que eu conheça um dos motoristas, seja bem conhecido meu, que eu peço uma carona. Fica chato, não gosto de ficar pedindo. Eu acabo não indo por causa disso aí, por causa do dinheiro... Inclusive no dia que eu tinha que ir para comparecer, para passar por ele (serviço), estava chovendo demais, então não tinha condições de eu sair de casa. Eu perdi a consulta, mas agora tenho que voltar lá uma hora e marcar de novo (Adenilson 38 anos, Cubatão - relato de indivíduo com deficiência na perna, Cubatão).

Eu só vivia no hospital cansada de bronquite... Aí, de um tempo pra cá, agora ela já tá já... tá difícil. Faz uns 2 ou 3 anos que eu não vou no hospital mais, de cansaço...Tem vezes que eu vou andando assim, falta as pernas, se eu não sentar eu caio, me dá tontura, aí já passo a mão no pescoço e já sei que ela (a tiróide) que está crescendo, né? (Maria de Lourdes, 50 anos, São Vicente – entrevistada com bronquite e com problema na tiróide - São Vicente).

O acesso e uso dos serviços não dependem apenas da proximidade geográfica dos recursos tecnológicos de saúde, pois os usuários nem sempre utilizam os serviços de saúde mais próximos de sua casa. Mesmo que sejam mais longe de sua moradia, vários usuários preferem buscar unidades com maior resolutividade e agilidade na atenção, unidades com as quais já tiveram experiências positivas de atendimento, onde já possuem um vínculo de confiança com os profissionais. Assim, as experiências anteriores avaliadas como positivas, tais como a garantia de atendimento rápido (no mesmo dia), a percepção de atenção, interesse e cuidado recebido pelo profissional e a credibilidade com o atendimento recebido, são decisivos para o retorno e o uso contínuo dos serviços.

Tal como mostra a entrevista de Sandra, alguns usuários preferem percorrer maiores distâncias a fim de utilizar serviços com os quais já estabeleceram vínculos de maior confiança.

No caso eu transferi já o meu endereço, mas como o clínico é meu já, há muitos anos, eu não troco. Ele conhece meus problemas de saúde, então... As enfermeiras, as atendentes, são pessoas que eu já conheço há anos." (Sandra, 45 anos, São Vicente).

Deve-se lembrar, contudo, que o impacto provocado pelas barreiras geográficas é diferenciado, segundo o nível de complexidade dos serviços demandados: "quanto mais especializados são os serviços, mais longos são os trajetos a serem percorridos em geral, dada a estrutura de distribuição da medicina de alta complexidade no país"¹⁶.

Alguns entrevistados mostram que, de fato, existe uma maior dificuldade de acesso geográfico aos serviços de atenção secundária e terciária mais distantes de sua moradia. Quando vão a estes serviços, dependem de ônibus e, por esse motivo, às vezes, têm dificuldade de acesso à consulta, pois se o transporte atrasa, não conseguem chegar cedo à unidade, tendo de enfrentar uma extensa fila no serviço, nem sempre conseguindo vaga para aquele mesmo dia. Algumas especialidades nem existem no município em que os usuários residem e, dessa forma, têm de ir de ônibus para outro município próximo, como Santos, por exemplo, aumentando a despesa financeira no cuidado com a saúde.

A acessibilidade econômica refere-se ao custo envolvido no cuidado com a saúde: despesas com transporte, quantidade de faltas no trabalho, formas de financiamento e possibilidade de pagar pelo serviço. Apesar da gratuidade e universalidade nos serviços públicos de saúde, os custos com transporte, medicamentos não encontrados nos serviços, ou exames urgentes, às vezes feitos fora da rede pública devido à longa espera, também devem ser computados.

Nas duas comunidades pesquisadas, as restrições financeiras relacionadas à situação de desemprego são freqüentes, tendo sido relatadas por quase todos os entrevistados. Esta condição interfere na possibilidade de busca e uso regular dos serviços, principalmente quando os mesmos se encontram mais distantes da residência e, assim, como visto na acessibilidade geográfica, intensificam outros limites já existentes. Segundo o relato de um entrevistado com deficiência física, a falta de dinheiro impossibilitou a renovação de sua carteira como deficiente, impedindo-o de ter acesso ao transporte público gratuito, única forma de acessar alguns serviços de saúde. Da mesma forma, algumas situações de saúde agravam as dificuldades financeiras, uma vez que afastam os indivíduos do trabalho regular.

Fui afastado do serviço por esse problema físico e tenho “pobreza” financeiro por esse afastamento do meu trabalho... Eu não tô recebendo o Vale Transporte. Então tenho que ter dinheiro, tenho que pagar. Muita vezes eu tenho que ligar e falar: Não dá pra ir porque eu não tenho dinheiro, não dá pra ir (Clóvis 58 anos, São Vicente).

A baixa resolutividade do sistema de saúde local em relação à oferta de alguns serviços especializados, à disponibilidade dos exames necessários ou de todos medicamentos prescritos, torna freqüente a busca por cuidados médicos em outro município ou faz com que os indivíduos tentem pagar por alguns cuidados necessários - medicamentos não existentes na rede ou exames específicos. Muitas vezes, essas tentativas também são inviabilizadas pela barreira financeira.

Então, é o que eu tô falando, eu trato no [Hospital] Guilherme Álvaro (Santos), mas quando eu não tenho condições, eu vou no CREI, que não gosto, mas dá para ir a pé... Agora, o que eu gosto de ir mesmo, é no Guilherme Álvaro, mas aí tem que ter condução, porque é longe, nem sempre dá (Adriana, 33 anos, São Vicente).

A acessibilidade organizacional refere-se ao grau de facilidade ou dificuldade providos pelo modo de organização dos recursos de assistência à saúde. Estes obstáculos podem ser encontrados em dois momentos¹⁶:

- a. Contato inicial com a unidade – onde se avalia o tempo, as condições de espera, e os procedimentos necessários para marcação de consulta, assim como os horários de atendimento.
- b. Contato posterior dentro da unidade – onde se avalia o tempo de espera para cada atendimento médico e a facilidade para dar continuidade ao tratamento: a realização e o recebimento dos resultados de exames laboratoriais e clínicos, facilidade para os encaminhamentos necessários e obtenção de medicações.

PENCHANSKY, THOMAS¹⁶ discutem a questão da acessibilidade organizacional enfocando o volume e tipo de serviço oferecido em relação às necessidades de saúde e demanda (a existência de serviços adequados às demandas em quantidade suficiente); a forma como os serviços organizam-se para receber os clientes e a capacidade dos clientes adaptarem-se a essa organização.

A análise dessa dimensão da acessibilidade mostram que a questão do acesso não está focada apenas na existência dos serviços, mas também na adequação dos profissionais e dos recursos tecnológicos às necessidades dos usuários. Mais do que a mera disponibilidade de recursos em um dado momento e lugar, o conceito de acessibilidade retrata *“a capacidade de produzir serviços que respondam às necessidades de uma dada população”*¹⁸, ou seja, refere-se, às características dos serviços e dos recursos de saúde que facilitam ou limitam seu uso por potenciais usuários.

Em relação ao funcionamento dos serviços, ADAMI² ressalta a recomendação da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), de que os serviços devem ser oportunos, contínuos, devem atender a demanda real existente e ser capazes de assegurar o acesso a outros níveis hierárquicos do sistema.

Entre os problemas de acesso identificados nesse estudo, isto é, entre aqueles que indicam o grau de facilidade com que as pessoas conseguem obter cuidados de saúde, pode-se dizer que os obstáculos ligados à forma como se estruturam e se organizam os serviços estão entre os mais relevantes.

Uma primeira barreira de acesso identificada em ambos os municípios pesquisados refere-se ao alto grau de dificuldade para conseguir vaga no atendimento especializado, devido à baixa disponibilidade de algumas especialidades no sistema de saúde municipal e ao elevado tempo de espera para conseguir atendimento em algumas dessas especialidades.

A carência de médicos de algumas especialidades e a falta de exames específicos no sistema de saúde municipal fazem com que os usuários tenham de se deslocar para municípios vizinhos em busca de atendimento. Em muitos casos, a própria Unidade Básica de Saúde encaminha o usuário para ser atendido ou realizar exames no município mais próximo que é referência para aquela especialidade. Vários usuários identificaram a necessidade de percorrer grandes distâncias para obter cuidados de saúde como uma barreira de acesso que dificulta a continuidade do tratamento. Como ilustra Maria de Lourdes que precisava ir a Santos sistematicamente para tratar seu problema na tiróide: *“É muito*

longe...a gente tinha que pegar daqui pra lá duas 'condução' pra ir, duas pra voltar, porque é longe, né? Ai eu não fui mais lá" (Maria de Lourdes, 50 anos, São Vicente).

Da mesma forma, a própria precariedade da rede de atenção secundária existente em cada um dos municípios pesquisados que, segundo o relato dos entrevistados, está relacionada à alta rotatividade, insuficiência de profissionais e a pequena quantidade de vagas por especialidade, fazem com que, segundo eles, mesmo os centros de especialidades existentes, tenham limitada capacidade para responder às necessidades de saúde da população. Sendo assim, um dos maiores obstáculos citados pelos entrevistados quanto ao uso dos serviços da rede pública de saúde, relaciona-se à percepção da enorme dificuldade, lentidão e demora, tanto para conseguir marcar uma consulta ou exame, quanto para efetivar o atendimento ou receber os resultados dos exames realizados.

Por esse motivo, vários entrevistados consideraram baixa a resolutividade desses serviços, associado ao longo tempo de espera para marcação de consultas. Para algumas especialidades e alguns exames específicos, a demora chega a ultrapassar 120 dias, o que indica a necessidade de grande esforço e persistência para se conseguir realizar adequadamente alguns tipos de tratamento.

O médico de... Como é que é mesmo o nome do médico? Não conseguiu marcar de jeito nenhum. Ai, meu Deus do céu! Oftalmologista. Parece que é isso, oftalmologista...Nossa! Não conseguimos um dia ali! Abre 5 vagas... Inclusive ele estava vendo se consegue lá na Praia Grande, porque aqui não tem condições, não consegue. (Aqui em São Vicente não tem como?) É, às vezes, quando é 5 vagas! Você imagina: 5 vagas para... Não tem condições! (Sandra, 45 anos, São Vicente).

Entre os problemas referidos, pode-se destacar a ineficiência e morosidade no próprio encaminhamento da Unidade Básica de Saúde (UBS) para o Centro de Especialidades, provocando por vezes a desistência do tratamento.

Quando eu tive que fazer a ultra-sonografia...eles mandaram pro Centro de Especialidades, a minha folha. E lá ficou 2 meses, e eu sempre indo, sempre indo, sempre indo, "Ah, ainda não está... Ainda não chegou, ainda não chegou". Foi quando eu arrumei o dinheiro e paguei particular para fazer o exame. Que senão até hoje eu 'tava' esperando a vaga. (Adriana, 33 anos, São Vicente).

A baixa quantidade de vagas oferecidas por especialidade em relação à demanda existente, torna os serviços demasiadamente cheios, fazendo com que os usuários enfrentem filas extensas e demoradas, cheguem extremamente cedo aos serviços, tanto para conseguir vaga em algumas especialidades, quanto para realizar alguns exames específicos. Isto novamente mostra o esforço e empenho necessários para a obtenção de atendimento, o que, por vezes, resulta em renúncia e descrédito para com o tratamento oferecido. A queixa relativa à demora é muito freqüente e é percebida pelos usuários como indiferença, desconsideração e desrespeito à população.

Eu vou lá marcar, fico na fila. “Mó” tempão na fila. (Essa fila demora mais ou menos quanto tempo?) Ai... umas duas, três ‘hora’... a gente fica lá esperando, esperando... até elas marcarem... De vez em quando tem que dormir na fila pra poder marcar consulta. Fica o dia todo... Elas marcam num dia e tem que ir ver quantas vagas têm. Aí, se passar das vagas, elas “marca” pro outro mês. Aqui, é mês em mês que tem que passar. Mês em mês. Ainda por cima é sacanagem, pro outro mês. Não é assim, rapidinho. Só quando elas pedem urgência, aí elas marcam na urgência. (Eliene, 25 anos, São Vicente).

Tem gente que até dorme pra garantir a vaga, dorme pra garantir a vaga. E a fila é enorme, enorme mesmo! Tem gente que vai com criança no colo, fica no sol, tempo de chuva.. não deixa passar na frente as criança que tá no colo, as “mulher grávida”, as senhoras de idade, não deixa passar na frente. É tudo ali e a fila é enorme, enorme! Teve uma vez, que tava tão grande a fila que a gente ia chamar até a... Tv Tribuna pra vim, sabe? Mas só que eles não vieram, porque se “vinhesse” iam fazer mó coisa (Cíntia, 21 anos, São Vicente).

O problema de excesso de demanda e falta de vagas parece ocorrer ainda no atendimento oferecido por algumas UBS, gerando uma baixa resolutividade também no contexto da atenção primária.

Demoram pra agendar, pra atender, pra chamar. Aqui no posto da Vila Natal, você nunca é atendido no mesmo dia. (Adenilson, 38 anos, Cubatão).

Aqui não adianta tentar, não consegue! As pessoas dormem de, às vezes, domingo “pa” segunda. Chega na hora, não tem mais vaga. (Aqui em São Vicente?) É, Postinho da Vila Margarida é uma coisa horrorosa! Eu falo sinceramente, eu nem vou. Eu vou direto “po” [Hospital] Guilherme Álvaro, ou “pa” Santa Casa de Santos. Porque eu não perco o meu tempo nesses “Postinho”, não (Adriana, 33 anos, São Vicente).

O acesso a exames, principalmente ao resultado dos mesmos, também apresenta-se como difícil e demorado. Segundo o relato dos entrevistados de ambos os municípios, os procedimentos para marcação de exames são complexos e pouco práticos, pois sempre é necessário passar no posto de saúde para efetuar a marcação de um exame, mesmo que este procedimento seja realizado em outro lugar. Conforme apontado pelos sujeitos da pesquisa, o resultado, algumas vezes, pode demorar mais de oito meses para alguns exames específicos, como por exemplo, mamografia e tomografia. Para alguns usuários, os procedimentos são vistos como burocráticos e confusos e a possibilidade de realizar alguns exames aparece quase como inacessível.

Demora muito! (E ele encaminhou você para algum lugar?) Encaminhou. Mas chegava lá, minha ficha ficou quase dois meses... (Onde? Lá onde?) No Centro de Especialidade.... Aí eles "fala" assim: "Passa aqui de vez em quando, pra saber se já foi marcado". Eu passei, passei, passei, nada. Eu falei: "Ah, eu vou juntar o dinheiro, e vou fazer pago" (Adriana, 33 anos, São Vicente).

"Você faz uma mamografia, dois meses para receber uma mamografia. Que negócio é esse? Para receber e para marcar você passa 6 meses esperando, sete ou oito meses uma mamografia para você conseguir. (Para marcar?). O exame de sangue é dois mês. É dois 'mês' para receber o exame de sangue aqui, moça. Tá difícil, moça. O médico me pediu uma Tomografia e passei dez meses para conseguir" (Maria do Socorro, 50 anos, São Vicente).

Outro problema relativo à acessibilidade organizacional, diz respeito à falta de médicos em algumas especialidades e a grande rotatividade dos mesmos na rede de saúde, o que provoca uma dificuldade para uma atenção longitudinal (relação pessoal de longa duração) entre pacientes e médicos, relação essa que está associada a uma maior satisfação por parte dos pacientes; maior confiança no atendimento prestado e aumento na taxa de finalização dos tratamentos¹⁹.

O "pobrema" lá é que tem vez que não tem ele, não tem oftalmologista. Eles... Não sei que é que eles "arruma", que o oftalmologista some. Você vai ver, não é mais aquele, já é outro (Luís, 53 anos, Cubatão).

Com relação ao acesso a medicamentos, os usuários consideraram de grande importância a distribuição gratuita existente no SUS, contudo alguns relataram dificuldades, especificamente com medicações que, apesar de receitadas pelos médicos da rede, não são encontradas na "cesta básica" de medicamentos distribuídos pelo SUS e, por isso, necessitam ser adquiridos pelos usuários dos serviços. Como nem sempre é possível comprar a medicação indicada, o tratamento, por vezes, é interrompido.

Eu já tive uma vez, do remédio que o médico passou para mim... quando eu cheguei lá na farmácia dentro da Policlínica mesmo, não tinha nenhum remédio, que o médico tinha passado para mim pegar lá. Não tinha e eu deixei para lá (Adenilson, 38 anos, Cubatão).

A necessidade de peregrinação entre serviços da rede para se conseguir a medicação indicada em alguns casos, também foi vista como uma barreira para o uso dos serviços.

E essa ainda, essa caminhada todinha... esse “vai e vem” todinho, pra poder pegar o remédio de graça. Eu digo: “Oxe!”. Porque, se fosse pra comprar, era muito caro; se fosse pra manda fazer esses “mampulado”.., ficava mais em conta um pouquinho. Mas também não era muito barato. Aí eu tinha que pegar esse de graça, mas tinha que pegar lá em Santos. Aí tinha que dar essas “caminhada” todinha. Ir, voltar, tornar a voltar de novo, pra poder conseguir pegar o remédio. Ainda tinha que ir cedo, porque acho que devia ser assim de gente. “Oxe!” (Clarice, 52 anos, Cubatão).

...eles passam remédio que não tem no posto, tem que comprar. Antibiótico eles passam, mas não tem no postinho... Quando eu preciso assim não vou nem no postinho pedir, eu compro no dinheiro mesmo. (Por quê?) Porque eles não têm os remédio que eles passam, eles não tem (Eliene, 25 anos, São Vicente).

A somatória de obstáculos e a baixa resolutividade existente no sistema tornam, por vezes, a trajetória na busca de cuidados de saúde e uso dos serviços tão trabalhosa, desgastante, desanimadora e exaustiva a ponto de provocar a desistência do tratamento por parte de alguns usuários. Tal fato pode ser ilustrado pelo relato de um entrevistado sobre a busca de fisioterapia, após ter sofrido um acidente que o tornou portador de deficiência. Nesse caso os serviços são vistos como pouco úteis para resolver suas demandas, por serem inacessíveis.

Quando a mulher mandou eu ir marcar, cheguei lá na clínica e a mulher falou para mim que estava sem vaga e que eu voltasse um mês depois. Quando eu voltei lá, ela falou que não tinha mais vaga, que já “tava” “fechano” a clínica. Eu também deixei para lá (Adenilson, 38 anos, Cubatão).

Não adianta nada, por causa que a gente marca e fica 1 mês, 2 mês, quando chega lá eles “fala” a mesma coisa. (Falam a mesma coisa o que?) A gente “marcamos” daqui há um mês, um mês e meio, e quando chegamos lá ele inventa qualquer coisa, fala que não tem condições, não tem aparelho, não tem isso, não tem nada. A gente fica com os dente totalmente doendo, se tiver dinheiro para tirar, tira, se não tiver fica com ele (Adenilson, 38 anos, Cubatão).

Para alguns entrevistados, os procedimentos necessários para o acesso ao tratamento são vistos como complexos, custosos e sem sentido, o que também interfere na vinculação do usuário com o serviço.

Ih, eu mesmo sou uma que só vou lá se eu tiver morrendo; se for assim, caso de dizer assim: “Ai, tem que pegar ‘imbuência; lá”, eu vou, porque o contrário eu não vou. Você chega lá pra pegar uma ficha é um inferno. Pra você fazer um exame é outro inferno. Pra você pegar um encaminhamento do médico, é outro inferno, pra você conseguir esse encaminhamento para outro hospital... Ai! Muita dor de cabeça... Muita safadeza aí... Muita polêmica aí... Aí é melhor a gente morrer em casa mesmo, do que tá atrás desses postinho (...)“Aí ela me deu um monte de papel, pra ‘mim’ ir em Santos, não sei aonde lá, amostrar aqueles ‘papel’; aquelas moça ia pegar aqueles papel, ia dar um monte pra ‘mim’ assinar, tudo ficaram me explicando”. Aí, aqueles que eu assinava elas iam ficar com eles lá e iam me dar outro monte, pra eu trazer pra médica daqui de novo; e a médica assinava. Aí era que eu ia voltar lá, pra pegar o remédio. Aí eu digo: “Ah! Sinto muito, mas eu não vou não.” (Pra pegar remédio?). É. Lá em Santos, ainda; e mora aqui em São Vicente. Será que aqui não tem um lugar de dar um remédio? Tem que ir lá pra Santos! Toda essa safadeza; levar papel, trazer papel e voltar com papel pra pegar um remédio...(Maria de Lourdes, 50 anos, São Vicente).

Tendo que lidar, simultaneamente, com diferentes barreiras de acesso para obtenção de cuidados específicos à saúde (físicas, financeiras e organizacionais), alguns entrevistados acabam descobrindo formas de conviver e adaptar-se a uma condição precária, debilitada e incapacitante de saúde. Desenvolvem, assim, formas alternativas de lidar com os problemas de saúde, frequentemente paliativas, que não melhoram a qualidade de vida do indivíduo e que podem contribuir para o agravamento de seu estado de saúde. Esta situação pode ser ilustrada pelo relato de Adenilson, usuário com deficiência na perna, causada por um acidente e com dificuldade para acessar o serviço de fisioterapia: “Quando ela (perna) começa a doer muito eu me deito. Eu estico ela pra relaxar, às vezes ela pára de doer” (Adenilson, 38 anos, Cubatão).

Vale ressaltar que a dificuldade para resolver problemas ligados à saúde foi identificada pela população como uma das principais dificuldades enfrentadas no seu dia a dia, comparável somente ao problema do desemprego. Isto vem reforçar o quanto, na visão da população, os serviços oferecidos não parecem ser significativamente disponíveis ou fáceis de usar. Ao contrário, para grande parte dos entrevistados, existem barreiras, impedimentos e empecilhos consideráveis, tanto para o acesso, quanto para o uso dos serviços de saúde. Deve-se lembrar contudo, que a forma como as pessoas percebem a disponibilidade dos serviços, afeta diretamente tanto sua decisão de procurá-los, quanto sua capacidade de uso¹¹.

Outra dimensão da acessibilidade é a Sócio-Cultural, relacionada com os aspectos sócio simbólicos da procura, uso dos serviços de saúde e do auto cuidado com a saúde. Ou seja, refere-se tanto ao conjunto de aspectos concernentes à saúde e à doença tal como são percebidas, compreendidas e simbolizadas individualmente e socialmente, quanto às significações, representações, implicações e conseqüências sociais de um diagnóstico. Assim, podemos dizer que a disposição para procurar um atendimento e fazer uso de um serviço específico depende também de fatores culturais, experienciais e simbólicos.

Para PENCHANSKY E THOMAS¹⁷, a aceitabilidade, ou seja, *“as atitudes das pessoas e profissionais em relação às características e práticas de cada um”*, é um elemento importante na facilitação do acesso aos serviços, pois demonstra o quanto os pacientes aceitam o serviço oferecido (legitimidade) e o serviço aceita, acolhe, recebe e adequa-se ao tipo de paciente que tem.

A percepção que os usuários têm dos serviços é influenciada pela experiência passada (positiva ou negativa) com os mesmos. Além disso, a disponibilidade dos serviços pode não ser de conhecimento de todos, e os diferentes grupos populacionais podem variar no nível de informação que dispõem sobre os serviços disponíveis.

Outros fatores sócio-simbólicos ainda poderiam ser considerados relevantes para a busca e uso contínuo dos serviços, interferindo, ainda que de forma indireta, no acesso aos cuidados de saúde: crenças e suposições pessoais sobre as doenças; percepções e consciência dos riscos; avaliações sobre as conseqüências dos problemas para sua vida pessoal; crenças sobre os benefícios das ações de saúde; avaliações sobre o custo-benefício de vários comportamentos; e procedimentos, quantidade e qualidade de conhecimento correto sobre os assuntos pertinentes a sua saúde e capacidade de assimilação dessas informações; existência de suporte social para o cuidado com a saúde e influência de relacionamentos inter-pessoais significativos.

Pode-se dizer que, para os entrevistados de ambos os municípios, os elementos considerados mais importantes no atendimento à saúde foram:

1. Ser bem tratado pelo médico ou pelos outros profissionais de saúde, ou seja, ser tratado com respeito, interesse, atenção, gentileza e educação; ser atendido por alguém que tenha disposição para dialogar e ter a possibilidade de falar e ser ouvido pelo médico.

“Ah, os bons ‘médico’, que atenda a gente direito, examina direito”(Clarice, 52 anos, Cubatão).

“É como eu tô dizendo: é importante que ele ouça primeiro a conversa, pra poder escrever a receita ‘direitinha’. Porque tem outros que nem pra cara da gente olha! Mete o lápis lá e não quer nem saber! Examine direitinho, ouça a conversa que você tem pra dizer, pra poder consultar, passar os ‘remédio’, que vai passar”(Maria de Fátima, 41 anos, Cubatão).

“Dar uma boa atenção.”“Porque se eu estou com problema e vou num médico, eu tenho que falar para o médico o que eu estou sentindo para ele poder receitar para mim um medicamento que vai dar naquele problema que estou sentindo” (Clarice, 52 anos, Cubatão).

2. Possuir resolutividade (disponibilidade, prontidão e agilidade) no atendimento, ou seja, serviço com capacidade para responder prontamente e adequadamente à demanda existente.

Ou se então assim, vamos supor: “tamo” doente aqui e vai demorar a consulta lá, aí eu vou no pronto-socorro. É, porque no pronto-socorro atende na hora, não precisa você “tá” esperando aqueles “dia”; e na UBS tem que esperar (Maria de Fátima, 41 anos, Cubatão).

Ó, o mais importante no atendimento da saúde é ter o médico na hora que a gente precisa. (Luís, 33 anos, Cubatão).

O mais importante é você conseguir marcar, você conseguir uma vaga para a médica; que nem no meu caso. O mais importante para mim é o atendimento também, lógico, claro; e eu conseguir marcar. Que nem: eu não consegui, meu marido não conseguiu, e eu precisava tanto passar pela médica! Esse dia eu passei mal, meu nariz até sangrou - acho que é da sinusite - aí eu fiquei muito nervosa, preocupada, doida para passar nela, mas foi lá e não conseguiu; então eu estou doida para passar nela. Vamos ver se mês que vem, agora consegue marcar (Sandra, 45 anos, São Vicente).

3. A existência de recursos tecnológicos, isto é, a infra-estrutura necessária ao atendimento.

Ressalta-se que alguns entrevistados relataram a sensação de falta de opção para vocalizarem sobre o que consideram mais importante em um atendimento à saúde. Nestes casos, não há a perspectiva de obter um bom atendimento, mas apenas de ser atendido, aprofundando a sensação de impotência pela impossibilidade de reclamar seu direito a um melhor atendimento.

Considerações finais

Embora o acesso aos serviços de saúde seja um requisito indispensável e de fundamental importância para uma assistência eficiente, o SUS ainda apresenta inúmeras dificuldades para a satisfação das necessidades de saúde da população. Demandas de saúde legítimas não apenas norteariam, mas ainda constituem um desafio importante à construção do Sistema Único de Saúde (SUS) que coexiste com um quadro agudo de desigualdades sociais.

O presente estudo mostra a significativa correlação entre as condições de vida, situação de saúde da população e o acesso aos serviços de saúde. Da mesma forma, os modos de vida compartilhados pelos indivíduos e grupos estudados apontam para a existência de diferentes respostas sociais criadas para equacionar esses problemas. Assim, o acesso pode ser compreendido como um produto da relação entre as limitações existentes nos serviços (organização das ações e recursos de saúde), e os diversos elementos que compõem os contextos individuais e coletivos da vida das pessoas.

Entre as várias dimensões que determinam as dificuldades de acesso da população aos serviços de saúde (geográfica, econômica, organizacional e sócio-cultural), os obstáculos vinculados à organização e estrutura dos serviços de saúde foram os mais referidos pelos entrevistados. Assim, observou-se barreiras, tanto para a entrada dos usuários no sistema de saúde, como para a utilização dos serviços e resolução dos problemas de saúde.

A maior barreira identificada pelos entrevistados foi a baixa capacidade do sistema de saúde, em geral, e dos serviços, em particular, de responder adequadamente e com agilidade às demandas e necessidades de saúde da população. Esta baixa resolutividade pode ser exemplificada pela oferta insuficiente de serviços de atenção especializada, a longa espera na realização de exames necessários, a indisponibilidade de determinados medicamentos prescritos, assim como pela morosidade na obtenção do cuidado, efetivação do atendimento e retirada dos resultados de exames.

Tal quadro gera como consequência a expulsão do usuário dos serviços próximos da sua residência para outros serviços públicos mais distantes, localizados no mesmo município, em localidades vizinhas, ou em serviços de saúde privados. Tais fatos têm ainda como resultado mais grave a própria desistência e abandono do tratamento, levando ao agravamento da situação de saúde e, às vezes, ao óbito do usuário. O ônus provocado por todas estas situações está relacionado também ao desembolso de recursos financeiros imprevistos pelo usuário, implicando ainda um maior investimento de tempo na obtenção do cuidado à sua saúde.

Outro problema de acesso identificado no estudo está relacionado à adequação entre a oferta de serviços e a demanda da população. Observou-se que a forma como o serviço é oferecido nas unidades de saúde não corresponde às necessidades e anseios dos usuários, ou seja, a forma como se organiza a oferta torna os serviços menos disponíveis e mais difíceis de serem utilizados. Muitas vezes, a burocratização dos procedimentos para marcação de consultas e exames torna o atendimento em saúde complexo e pouco claro para a população. Essa dificuldade é agravada devido aos baixos níveis de escolaridade de muitos usuários do sistema.

Tais características da oferta interferem diretamente na disposição e motivação dos usuários em buscar tratamento em alguns serviços específicos em detrimento de outros, ou seja, influencia na escolha da unidade de saúde a ser utilizada. Segundo os resultados evidenciados na pesquisa, a maior fidelidade dos usuários aos serviços está relacionada principalmente à confiança e ao acolhimento por parte dos profissionais, à experiências prévias positivas, à maior agilidade e resolutividade na atenção à saúde e à existência dos recursos materiais e tecnológicos necessários ao atendimento.

Entretanto, não apenas as características da oferta interferem na resposta dos usuários. Outros fatores tais como a dificuldade de obter emprego ou trabalho com renda suficiente para viver, o estresse gerado pelo deslocamento, a violência urbana produzindo o medo coletivo, a falta de espaços para o lazer, os exíguos e precários espaços domésticos, e a degradação do meio ambiente também são fatores importantes nos modos de vida e na forma de equacionar os problemas de saúde. A pesquisa mostra que o destino dos moradores dessas favelas expressa o esforço cotidiano de toda a coletividade em resolver seus problemas, evidenciando modos de ser e viver difíceis, dramáticos e admiráveis. Diante destas questões, é necessário superar a disparidade existente entre a lógica de organização e disponibilização dos serviços de saúde e a dura realidade de privações vivenciadas pelos indivíduos que fizeram parte deste estudo. Tal quadro aponta para a existência de novos desafios a serem enfrentados pelo gestor, que não se restringem aqueles de ordem técnica.

É fundamental que a gestão em saúde seja sensível e incorpore em sua prática as especificidades que caracterizam os variados grupos populacionais. É preciso contemplar a diversidade de necessidades de saúde, assim como as formas de compreender e viver o adoecimento apresentadas por determinadas populações vulneráveis. A falta dessa perspectiva pelo gestor, pode fazer com que o sistema afaste o usuário do serviço, o que acaba conduzindo ao uso de formas alternativas para suportar o sofrimento, tornando tais soluções nem sempre adequadas e eficazes. Não é apenas o usuário que deve se adequar ao serviço, mas principalmente o serviço que deve se adequar ao usuário.

Bibliografia

1. Acurcio EA, Guimarães MDC. Acessibilidade de indivíduos infectados pelo HIV aos serviços de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*. 1996; 12: 233-242.
2. Adami NP. Acesso aos serviços de dermatologia de um centro de saúde escola sob o modo de ver dos hansenianos. *Revista Paulista de Enfermagem*. 1993; 12:82-86.
3. Almeida-Filho N. Modelos de determinação social das doenças crônicas não-transmissíveis. *Ciência e saúde coletiva*. 2004; vol.9, nº.4: 865-884.
4. Andersen RM. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *J Health Soc. Behav.* 1995; 36:1-10.
5. Assis MMA, Villa TC, Nascimento MAA. Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática. *Ciência e Saúde Coletiva*, 2003; 8 (3): 815-823.
6. Bonduki NG. Origens da habitação social no Brasil. São Paulo: Estação Liberdade/FA-PESP; 1998.
7. Barbosa JL e Silva, J S. Favela, alegria e dor na cidade. Rio de Janeiro, SENAC; 2005.
8. Donabedian A. Aspects of Medical Care Administration. Boston Harvard, University Press; 1973.
9. Frenk J. Concept and measurement of accessibility. *Salud Publica Mex*. 1985; 27: 438-453.
10. Fusco W, Young AF. Espaços de Vulnerabilidade Sócio-ambiental para a População da Baixada Santista: identificação e análise das áreas críticas. XV Encontro Nacional de Estudos Populacionais - desafios e oportunidades do crescimento zero. 2006; 15, pp.1-17, Caxambu, Brasil.
11. Goddard M, Smith P. Equity of access to health care services: theory and evidence from the UK. 2001; 53:1149-1162.
12. Jakob AAE, Cunha JMP, Young AF. Riqueza à beira-mar, pobreza longe da maresia: um retrato da segregação social na Região Metropolitana da Baixada Santista, nos anos 1990. *Novas Metrópoles Paulistas - População, vulnerabilidade e segregação*, NEPO/UNICAMP, 2006.
13. Maricato E. Brasil, cidades. Alternativas para a crise urbana. Petrópolis, Vozes; 2003.
14. Organización Mundial de la Salud. Preparación de indicadores en el logro de la salud para todos en el año 2.000. Ginebra; 1981.

15. Organização Mundial de Saúde. Ação sobre os determinantes sociais da saúde: aprendendo com experiências anteriores. Secretaria da Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde. 2005; http://www.who.int/social_determinants/en/
16. Palermo PU. A desigualdade social no acesso à saúde na região sul do Brasil. Dissertação de Mestrado em Economia - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2005.
17. Penchansky DBA, Thoma JW. The concept of access – definition and relationship to consumer satisfaction. *Med. Care*; 1981; 19:127-140.
18. Ramos DD, Lima MADS. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2003; 19 (1): 27-34.
19. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília : UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.
20. Ferreira MP, NP Dini, Torres HG. Indicadores Sociais: por que construir novos indicadores como o IPRS. *São Paulo em Perspectiva*. 2003; 17(3-4); 80-90.
21. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad. Saúde Pública*. 2004; 20 Supl 2: 190-5 198.
22. Unglert CVS, Rosenberg CP, Junqueira CB. Acesso aos serviços de saúde: uma abordagem de geografia em saúde pública. *Revista de Saúde Pública*. 1987; 21(5):439-446.
23. Unglert CVS. O enfoque da acessibilidade no planejamento da localização e dimensão de serviços de saúde. *Revista de Saúde Pública*. 1990; 24(6):445-452.
24. Valladares L. A gênese da favela carioca. A produção anterior às ciências sociais. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*. 2000; vol.15, nº44.

