

DIREITO À SAÚDE, ACESSO E INTEGRALIDADE: ANÁLISE A PARTIR DE UMA UNIDADE SAÚDE DA FAMÍLIA

Right to health, access, and integrality: analysis from a Family Health Unit

André Luis Alves de Quevedo¹, Eloá Rossoni²,
Luciane Maria Pilotto³, Márcia Regina de Oliveira Pedroso⁴, Pauline Müller Pacheco⁵

RESUMO

O objetivo do estudo foi analisar a organização do sistema de referência à Atenção Secundária em Saúde de uma Unidade de Saúde da Família do Rio Grande do Sul, a partir dos conceitos de direito à saúde, acesso e integralidade. Trata-se de uma pesquisa com dados quantitativos e qualitativos, realizada de julho a outubro de 2012, que utilizou como método o estudo de caso. No estudo quantitativo, foi realizada uma análise dos registros, do período de 2002 a 2011 dos encaminhamentos à Atenção Secundária em Saúde. As frequências relativas e absolutas, e medidas de tendência central das variáveis estudadas foram calculadas e analisadas no pacote estatístico SPSS, versão 18.0. Os dados qualitativos foram produzidos por meio de entrevistas semiestruturadas com 08 usuários. As entrevistas foram transcritas e submetidas à análise temática. Os resultados demonstram que 38,3% dos usuários esperaram cerca de 30 dias pelo atendimento e, em até 6 meses, 84,9% desses tiveram seu encaminhamento atendido, variando entre as especialidades. Os usuários reconhecem seu direito à saúde, no entanto, apontam o tempo de espera como entrave da integralidade e do acesso; e identificam os fluxos de encaminhamentos na rede de saúde. Conclui-se que é necessário fortalecer a rede de atenção em saúde, com melhor controle das listas de espera, concretizando o direito à saúde, a integralidade e o acesso do usuário ao Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

The objective of the study was to analyze the organization of the system of reference to Secondary Health Care of a Family Health Unit in Rio Grande do Sul, based on the concepts of the right to health, access, and integrality. This is a survey of quantitative and qualitative data, conducted from July to October 2012, using a case study method. The quantitative study analyzed records of referral to Secondary Health Care covering the period from 2002 to 2011. We calculated absolute and relative frequencies, and measures of central tendency of the studied variables using SPSS PC version 18.0. The qualitative study used thematic analysis for the semi-structured interviews with 8 users. The results show that 38.3% of the users waited around 30 days for care, with 84.9% of those being treated within 6 months, varying among the specialties. Users acknowledge their right to health in Secondary Care, however they report the waiting time as a barrier to integrality and access. Patients are also able to identify how referrals are conducted in the health network. In conclusion, it is necessary to strengthen the health care network, with better control of waiting lists, assuring the right to health, integrality, and access to the Unified Health System by users.

¹ Especialista em Saúde - Enfermeiro, Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul. Graduado em Enfermagem pela Universidade Federal de Pelotas. Residência em Atenção Básica em Saúde Coletiva - Enfermagem - Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul. Especialização em Avaliação em Saúde pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Especialização em Avaliação de Tecnologias em Saúde pelo Instituto de Avaliação de Tecnologias. Mestrado em Epidemiologia pelo Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Faculdade de Medicina, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. E-mail: andrequedevo_sls@hotmail.com.

² Coordenadora do Programa de Residência Integrada em Saúde, Escola de Saúde Pública do Estado do Rio Grande do Sul; Docente da Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Graduação em Odontologia, Especialização em Odontologia Preventiva e Social, Especialização em Metodologia do Ensino Superior, Mestrado em Ciências Biológicas - Bioquímica e Doutorado em Educação pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

³ Graduação em Odontologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Especialização em Saúde Bucal Coletiva Formação de Sanitarista pela ESP-RS e Mestrado em Odontologia/Saúde Bucal Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Atualmente é doutoranda em Odontologia/Saúde Bucal Coletiva na Universidade Federal do Rio Grande do Sul e membro do Núcleo Docente Estruturante e docente do curso de Odontologia da UNIVATES.

⁴ Nutricionista formada pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Mestre em Ciências pelo Programa de Pós-Graduação Nutrição em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública - FSP/USP. Professora Substituta na Universidade Federal de Alfnas.

⁵ Nutricionista formada pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul, com residência em Atenção Básica em Saúde Coletiva pela Escola de Saúde Pública/RS e Mestrado pelo PPG de Epidemiologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Atualmente doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

PALAVRAS-CHAVE: Direito à Saúde; Acesso aos Serviços de Saúde; Integralidade; Saúde da Família; Atenção Secundária à Saúde.

KEYWORDS: Right to Health; Health Services Accessibility; Integrality; Family Health; Secondary Health Care.

INTRODUÇÃO

As políticas públicas de saúde no Brasil têm sido discutidas em estudos avaliativos que apostam na reorganização das práticas de atenção e gestão, focando nos serviços, nos sujeitos e nos aspectos histórico-político-sociais com o objetivo de transformação do cenário vigente de saúde da população. O direito à saúde, a integralidade e o acesso são conceitos utilizados para analisar a organização dos serviços de saúde, nos diferentes níveis de atenção à saúde.

O direito à saúde recebeu destaque na Constituição Brasileira de 1988, sendo reconhecido pela sua relevância pública, e caracterizado como essencial para o exercício de outros direitos, sobretudo o direito à vida.¹ Para além da responsabilidade do Estado no direito à saúde, os sujeitos devem atuar como protagonistas dos seus cuidados em saúde e serem corresponsáveis críticos desse direito irrevogável.

As políticas públicas de saúde, cada vez mais, propõem que se invista no diálogo, na conscientização e na construção coletiva para que os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) sejam realmente operacionalizados, sob a ótica da saúde como um bem comum, inalienável e coletivo e não um produto que visa essencialmente o lucro, em uma perspectiva financeira.

O conceito de acesso à saúde é polissêmico e abordado de forma diversificada pelos autores: “uns centram-nos nas características dos indivíduos, outros focam-nos nas características da oferta, alguns em ambas as características ou na relação entre os indivíduos e os serviços (oferta).”^{2:191} Garantir que o acesso da população seja efetivo e eficiente aos serviços e ações em saúde pode trazer um impacto positivo em indicadores de saúde e uma melhor qualidade de vida dos coletivos. O acesso diz, igualmente, respeito ao uso da tecnologia certa, no espaço certo e no momento certo. E nesse sentido está a potencialidade dos serviços de Atenção Primária em Saúde (APS) no território, entre eles, as Unidades de Saúde da Família (USF) que, ao se responsabilizarem pela produção e oferta de ações e serviços em saúde para os coletivos, afirmam-se como uma importante e eficiente porta de entrada para o SUS. Além de conduzir a um diálogo ativo e contínuo com os demais pontos da rede de atenção.³

Pensar no acesso significa também ter garantia de atendimento nos demais serviços da rede de atenção, pois um acesso tardio pode acarretar um pior prognóstico, tornando menos efetivo, menos eficaz e com maiores custos um determinado desfecho em saúde.⁴ Permite igualmente organizar a política de uma forma resolutiva e humanizada. Isso não significa desresponsabilizar o usuário de seu papel de protagonista ou não reconhecer os determinantes e condicionantes sociais que atuam em diversos contextos, mas sim ofertar o direito à saúde assumido pelo Estado brasileiro.

Já o conceito de integralidade em saúde tem sido abordado, a partir das características das políticas de saúde ou de respostas governamentais a certos problemas de saúde, do conjunto de sentidos relativo a aspectos da organização dos serviços de saúde e dos atributos das práticas em saúde.⁵ Nas políticas e práticas de saúde, crescentemente reconhece-se que a integralidade “é um dos princípios doutrinários do SUS, que se destina a conjugar as ações direcionadas à materialização da saúde como direito e como serviço.”^{6:25} A integralidade faz conotação à política de saúde em sua complexidade, na qual o indivíduo é um ser indissociável com plenos direitos ao acesso à saúde, desde sua promoção até a reabilitação. Nesse sentido, é necessária a integração de serviços por meio de redes de atenção à saúde, uma vez que nenhuma delas dispõe da totalidade dos recursos e competências necessários para a solução dos problemas de saúde de uma população em seus diversos ciclos de vida; reconhecendo, assim, a interdependência dos diversos atores e organizações.⁷

A integralidade da assistência, se bem aplicada, pode garantir cuidado resolutivo e acesso oportuno à população. Um cuidado integral composto das diversas áreas e saberes permite uma visão ampla do sujeito e a responsabilização do sistema de saúde pelo seu atendimento nas redes de serviço do SUS.⁸

Reflexões e processos avaliativos quanto à concretização do direito à saúde, acesso e integralidade estão pautados em níveis com diferentes complexidades - atenção primária, secundária e terciária em saúde - e na capacidade do sistema de responder às necessidades em saúde das populações nos diferentes tempos e espaços.³ Isso permite o avanço do SUS, via construção de um outro modelo tecnoassistencial que organiza em rede os serviços e ações

em saúde.

A Rede de Atenção à Saúde, enquanto conceito assumido nas políticas públicas de saúde, é definida como o conjunto de arranjos organizativos de ações e serviços de saúde de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado.^{9,10}

Aponta-se que em mais de duas décadas de SUS muitas políticas públicas de saúde foram efetivadas, solidificando-o. No entanto, ainda existem desafios para a concretização do direito à saúde, na forma proposta nessa política pública. Estudos avaliativos sobre a organização do sistema contribuem com essa premissa, ao passo que ampliam a discussão política, tecnológica e assistencial dos modelos de atenção em saúde vigentes. Nesse sentido, a presente pesquisa tem por objetivo analisar a organização do sistema de referência à Atenção Secundária em Saúde (ASS) de uma Unidade de Saúde da Família do Estado do Rio Grande do Sul, a partir dos conceitos de direito à saúde, acesso e integralidade.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa, com dados quantitativos e qualitativos, exploratória e descritiva, realizada em uma USF de Porto Alegre, Estado do Rio Grande do Sul, Brasil, entre os meses de julho a outubro de 2012, utilizando como método o estudo de caso.

O estudo de caso é uma investigação empírica que investiga um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto. Pode ser utilizado em estudos qualitativos e quantitativos, e é empregado especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos. O estudo de caso costuma utilizar pelo menos duas técnicas de coleta de dados: a entrevista e a observação, mas pode também utilizar outras técnicas, por exemplo, o questionário e a análise de documentos.¹¹

A população acompanhada pela USF é de aproximadamente 7.500 indivíduos. Fundada no ano de 2002, é composta de 02 Equipes de Saúde da Família e 08 microáreas de saúde. Neste estudo, foram analisados os encaminhamentos à ASS dos usuários adscritos a esse serviço de saúde.

No estudo quantitativo, caracterizado como transversal, retrospectivo, descritivo, baseado em dados secundários, realizou-se a análise correspondente ao período de 2002 a 2011, de 04 livros e 01 planilha de registros das referências dos encaminhamentos realizados na USF à ASS. Assim, foi identificado o número de encaminhamentos para a ASS, as especialidades mais solicitadas, e a relação especialidade *versus* tempo de espera.

Os dados quantitativos incompletos (ano, mês, data de solicitação, data de marcação ou número do prontuário) ou ilegíveis foram excluídos do estudo. Os exames laboratoriais e de diagnósticos, as consultas de fisioterapia e de odontologia, os quais são agendados mensalmente pela USF, e sem ter demanda mensal reprimida, não são registrados nos livros ou planilhas, e não entraram no estudo. Para a análise descritiva dos dados quantitativos, foi utilizado o pacote estatístico SPSS PC+, versão 18.0. Foram calculadas frequências relativas e absolutas, mediana e intervalos interquartil para a variável tempo de espera, uma vez que esses dados não apresentaram distribuição normal.

Após a sistematização dos dados quantitativos, foi identificado um usuário com maior tempo de espera para o atendimento na ASS, por microárea de saúde, para a realização de uma entrevista qualitativa semiestruturada. Dessa forma, buscou-se conhecer as medidas tomadas pelo usuário com relação à sua necessidade em saúde e refletir como o direito à saúde, expresso no acesso e na integralidade, se apresenta no processo estudado. Para análise do material empírico produzido após transcrição das entrevistas, utilizou-se a análise temática.¹²

Os entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e foram identificados ao longo do texto pela letra inicial U (de usuários) e por numerais arábicos, conforme a microárea de saúde, preservando, assim, sua identidade. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, com o parecer de número 001.053018.11.7.

RESULTADOS

O número total de encaminhamentos para a ASS, no período de 2002 a 2011, foi de 11.937. Destes 3.427 (28,7%) foram perdidos por falhas nos registros, totalizando 8.510 registros analisados.

Quanto à distribuição dos encaminhamentos nas 08 microáreas de saúde, observaram-se os seguintes dados: área 1.1 (n=898; 10,6%), área 1.2 (n=1017; 12%), área 1.3 (n=507; 6%), área 1.4 (n=1.051; 12,3%), área 2.1 (n=888; 10,4%), área 2.2 (n=1.103; 13%), área 2.3 (n=1.414; 16,6%), área 2.4 (n=1.632; 19,2%).

Referente ao total de registros dos encaminhamentos para a ASS, válidos para este estudo, tem-se o número e o percentual dos encaminhamentos em cada ano distribuído da seguinte forma: 2002 (n=04; 0,05%), 2003 (n=179; 2,10%), 2004 (n=566; 6,65%), 2005 (n=1.169; 13,74%), 2006 (n=1.296; 15,23%), 2007 (n=1.330; 15,63%), 2008 (n=1.114; 13,10%), 2009 (n=944; 11,10%), 2010 (n=903;

10,60%), 2011 (n=1.005; 11,80%). Esses dados permitem identificar que houve um crescimento no número de encaminhamentos até o ano de 2007 e, posteriormente, queda e estabilização nos quatro últimos anos analisados. O número reduzido de encaminhamentos nos anos anteriores a 2005 pode estar possivelmente associado à baixa organização do sistema de registros dos encaminhamentos à ASS pela USF e à ausência de uma rede estruturada

de referência e contrarreferência.

Em relação ao tempo de espera, 94,1% (8.096) dos encaminhamentos tiveram atendimento agendado em até um ano; e a mediana relacionada a esse tempo de espera foi de 02 meses, sendo que 38,3% dos usuários encaminhados esperaram até 30 dias para atendimento e 84,9% deles tiveram seu encaminhamento atendido em até 06 meses (Tabela 1).

Tabela 1 - Tempo de espera em meses para Atendimento na Atenção Secundária em Saúde de usuários de uma Unidade Saúde da Família, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2002-2011.

Tempo de espera (meses)	Encaminhamentos (n)	Frequência (%)	Frequência acumulada (%)
0 - 1	3.360	38,3	38,3
1 - 2	1.771	20,8	59,1
2 - 3	908	10,8	70,0
3 - 4	615	7,2	77,2
4 - 5	409	4,8	82,0
5 - 6	250	2,9	84,9
6 - 9	517	6,1	91,0
9 - 12	266	3,1	94,1
12 - 18	245	2,9	97,0
18 - 24	88	1,0	98,0
24 - 35	73	0,9	98,9
≥36	93	1,1	100,0
Total	8.510	100,0	

Fonte: dados da pesquisa.

No período de 2002 a 2011, as especialidades com o maior número de encaminhamentos para a ASS foram: Oftalmologia, Dermatologia, Ginecologia, Ecografias (Abdominal, Pélvica/Transvaginal, Obstétrica), Cirurgia Geral, Cardiologia, Otorrinolaringologia, Pneumologia,

Cirurgia Vascular, Gastroenterologia, Neurologia, Ortopedia, Nutrição, Urologia, Endocrinologia, Fisioterapia, Planejamento Familiar/Laqueadura Tubária, Nefrologia. Estes representaram 84,4% (7.187) dos encaminhamentos analisados neste estudo, conforme apresentado na Tabela 2.

Tabela 2 - Especialidades e exames complementares com maior número de encaminhamentos, segundo mediana de meses de espera, para atendimento na Atenção Secundária em Saúde de uma Unidade Saúde da Família, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2002-2011.

Especialidade/Exames Complementares	n (%)	Mediana de meses de espera (Intervalo Interquartilico)
Oftalmologia	1.496 (17,5)	1 (0-3)
Dermatologia	601 (7,1)	0 (0-1)
Ginecologia	511 (6,0)	2 (0-4)

Especialidade/Exames Complementares	n (%)	Mediana de meses de espera (Intervalo Interquartilico)
Ecografia abdominal	492 (5,8)	0 (0-1)
Ecografia Pélvica/Transvaginal	438 (5,1)	0 (0-1)
Ecografia Obstétrica	390 (4,6)	1 (1-2)
Cirurgia Geral	378 (4,4)	1 (0-2)
Cardiologia	374 (4,4)	1 (0-2)
Otorrinolaringologia	323 (3,8)	2 (1-3)
Pneumologia	284 (3,3)	1 (0-2)
Cirurgia Vascular	271 (3,2)	2 (0-5)
Gastroenterologia	265 (3,1)	2 (0-7)
Neurologia	245 (2,9)	3 (1-6)
Ortopedia	237 (2,8)	5 (1-10)
Nutrição	191 (2,2)	3 (1-5)
Urologia	168 (2,0)	2,5 (1-5,75)
Endocrinologia	153 (1,8)	1 (0-2)
Fisioterapia	141 (1,7)	0 (0-1)
Planejamento Familiar/Laqueadura Tubária	126 (1,5)	3 (2-8,8)
Nefrologia	103 (1,2)	0 (0-1)

Fonte: dados da pesquisa.

Os demais encaminhamentos distribuíram-se entre 38 outras especialidades, representando 15,6% (1.323) dos encaminhamentos, variando de 0,1% (01) Serviço Social a 1,2% (102) Pré-Natal de Alto Risco. As ecografias (Ecografia Pélvica/Transvaginal, Obstétrica, Vias Urinárias, Abdominal, Mamária e outras ecografias) representaram 16,7% (1.392) do total dos encaminhamentos.

Em 38 das especialidades analisadas, o tempo de espera para o atendimento na ASS foi de 06 meses, com variação de 80 a 100% dos encaminhamentos registrados. As especialidades com maior tempo de espera (mediana de meses; Intervalo Interquartilico - IQ) e o número de encaminhamentos (n) nas quais em até 06 meses menos que 50% desses encaminhamentos haviam sido agendados foram: Proctologia (mediana 7; IQ=3-9; n=88), Reumatologia (mediana 7; IQ=4-9; n=50), Densitometria Óssea (mediana 6; IQ=1-8; 31), Cirurgia Plástica (mediana 6; IQ=1-8; n=89).

As especialidades com menor tempo de espera (mediana de meses e IQ para resultados maiores do que 1) e o número de encaminhamentos (n) - maior que 10 foram: Dermatologia (mediana 1; n=601), Ecografia Abdominal (mediana 1; n=492), Ecografia Pélvica/Transvaginal (mediana 1; n=438), Ecografia Obstétrica (mediana 1, n=390), Fisioterapia (mediana 1; n=141), Pré-Natal Alto Risco (mediana 1; n=102), Pediatria (mediana 0,5; n=76), Oncologia (mediana 1; n=62), Homeopatia (mediana 1; n=32), Cardiologia Pediátrica (mediana 1; IQ=0-2; n=19), Estomatologia (mediana 1; IQ=0-2; n=16), e Dermatologia Pediátrica (mediana 1; n=15). Ressalta-se que 95% desses foram realizados em até 06 meses.

Na análise qualitativa, os usuários entrevistados em sua maioria foram mulheres com idade variando entre 51 e 77 anos e com tempo de espera para atendimento na ASS superior a 04 anos.

Quadro 1 - Caracterização dos usuários com maior tempo de espera para atendimento na Atenção Secundária em Saúde de uma Unidade Saúde da Família (2002-2011), Porto Alegre/Rio Grande do Sul, Brasil, 2012.

Usuário (U)	Especialidade/Exames Complementares	Tempo de espera (anos)	Idade (anos)	Sexo	Ocupação
1	Cirurgia Vascular	5,2	52	F	Cuidadora

Usuário (U)	Especialidade/Exames Complementares	Tempo de espera (anos)	Idade (anos)	Sexo	Ocupação
2	Medicina Interna	5,2	54	F	Do lar
3	Otorrinolaringologia	5,1	77	F	Aposentada
4	Oftalmologia	5,3	51	F	Podóloga
5	Cirurgia Bariátrica	5,4	56	F	Artesã
6	Ortopedia	5,1	51	F	Aposentada
7	Densitometria Óssea	4,2	65	F	Autônoma (vendas)
8	Ortopedia	5,3	50	M	Segurança

Fonte: dados da pesquisa.

A análise temática das entrevistas possibilitou a construção das unidades de análise discutidas a seguir.

Direito à saúde - a questão da espera e a lesa do direito

Nesta unidade será discutida a compreensão do usuário referente ao seu direito à consulta na ASS.

“É, eu sei que tenho direito, só que é demorado. É muito demorado. Ai [...] a gente chega num momento que não consegue, a própria enfermidade não consegue chegar a esperar aquele prazo que eles dão para a gente esperar.” (U3)

“Que eu sei que tenho direito, sim. [...] Mas, já era sabido quando foi pedido que era uma espera muito longa, né. Então quando eu pedi, eu disse até, bom, eu não tinha muita certeza ainda se eu queria ou não fazer.” (U5)

“Eu sei, é nosso direito, é meu direito, até como especial, né, teria que ter um atendimento mais especial, não um atendimento comum, mas infelizmente o SUS não fornece, não tem.” (U6)

Traz-se que, em duas décadas de SUS, muitas políticas de saúde foram constituídas. No entanto, sempre haverá necessidades de concretização de direitos que essa política pública propõe, como está explicitado nas falas dos usuários, que apontam a demora no atendimento do encaminhamento como um entrave a esse direito.

Quanto à oferta de atendimentos na ASS é importante salientar o componente técnico e financeiro; ao passo que essa é regulada especialmente por atendimentos de especialidades médicas, o que regula o tempo de espera do usuário (acesso) e a continuidade do cuidado à saúde a partir da Atenção Primária em Saúde.

Há que se pensar ainda no que ocorreu em diferentes

anos, nas diversas formas de oferta de atendimentos na ASS - em decorrência das gestões do município de Porto Alegre/RS, e nas diversas pactuações de oferta de serviços com os gestores das instituições de saúde públicas e privadas. Nessa perspectiva, igualmente, têm-se os diversos profissionais de saúde que realizaram atendimentos na USF, cada profissional com diferentes conhecimentos da oferta de serviços da rede de saúde. Essas questões influenciam diretamente nos encaminhamentos à ASS, interferindo no acesso dos usuários, na coordenação e continuidade do cuidado pela USF.

No presente município, as experiências de regulação das listas de espera na Atenção Primária em Saúde são recentes. Em abril de 2009, foi implantado o Sistema de Regulação (SIS-REG) do Ministério da Saúde; e, em agosto de 2011, o Programa AGHOS (Sistema de Administração Geral dos Hospitais) começou a ser operacionalizado, no sentido de substituir a outra ferramenta de gestão. Os dois sistemas de regulação no momento da pesquisa operavam paralelamente, sendo o primeiro responsável pela marcação de exames e o segundo pelas consultas especializadas. Anteriormente o agendamento era realizado via telefone, como relatado em outras experiências, não produzindo acesso equânime à população.¹³

Quanto à lesa do direito, os entrevistados posicionam-se frente a isso de diferentes formas. Alguns usuários trazem claramente que, devido ao excessivo tempo de espera por um atendimento na ASS, seu direito à saúde foi lesado, enquanto outros reforçam tal reconhecimento, mas de maneira subliminar.

“Eu não sei se eu posso usar a palavra lesado. Só sei, só o que eu posso te dizer, no meu pequeno entendimento, né, maneira de entender o que é uma pessoa doente, necessitando de ser atendido, eu acho que, eu até acho que é lesado sim. Não gostaria de usar essas palavras, lesado eu acho que tá

sendo pela parte da saúde, a outra parte funcionário, dentro do posto, eu não daria.” (U3)

“Olha, lesado totalmente, eu não considero lesado pelo que eu vejo, sabe. Porque tipo assim, o HPS aqui de Porto Alegre, outros prontos socorros, tu chega ali, tu é atendido. Então quer dizer que a gente não é lesado, o problema é a burocracia até chegar a um especialista.” (U6)

“[...] piorou bastante. Tanto é que chegou a uns três, quatro anos atrás eu tive que tirar um tumor do joelho que foi ocasionado pela lesão que eu fiz, e isso eu fui obrigado a pagar particular porque não, não tinha como esperar.” (U8)

Percebe-se nos depoimentos que os usuários reconhecem seu direito à saúde na ASS, no entanto, além de apontar o demasiado tempo de espera, salientam outros aspectos desse processo. De certa forma, associam o tempo de espera com o atendimento de urgência e emergência, e o acolhimento no serviço de Saúde da Família.

Sobressai nas falas dos usuários a lesa do direito à saúde, com agravo do problema de saúde. Há falas em que essa afirmativa é subliminar ou velada, no sentido de não desvalorizar o Sistema Público de Saúde brasileiro. E, aparece, ainda, uma defesa do trabalhador e uma relativa compreensão dos fluxos do SUS.

Acesso à Atenção Secundária em Saúde

Quando questionados sobre o acesso à ASS, os entrevistados apresentaram diversas facetas dessa questão, como pode ser visto nas falas recortadas das entrevistas.

“A primeira vez eu fui diretamente no atendimento do SUS, no Hospital X. Eu fui sozinha. Eu achei que eu tinha que ir num clínico; e o clínico lá de dentro mesmo me encaminhou para um otorrino lá dentro [...] eu fui tratada, me cuidou um tempo, aí eu mesma me senti bem e não procurei mais. Quando voltei a procurar nós já tínhamos nosso posto [...] fazerem mais concurso pra botarem mais funcionário porque é pouco. Eu acho que, eu penso que eles não dão mesmo muito vencimento, é pouco funcionário.” (U3)

“Sim, eu sei que eu tenho direito, mas a gente não pode ir direto no hospital. A gente tem que primeiro consultar no posto de saúde, ter o encaminhamento, pra depois ser chamada e ir consultar na especialidade. Só que nesse meio tempo tem que ficar esperando ou vai num médico particular; ou fica esperando até que o SUS chame.” (U4)

“É uma maneira assim de abreviar certas coisas que me

acontecem, no caso de cair, bater o braço, depois bate um Raio X, aí não tem um [especialista], só traz para a doutora, a doutora vai só olhar, ver o que houve, o que não houve. Se no caso tem uma operação pra fazer, uma coisa, tem que ser avaliado por um ortopedista, entendeu?” (U7)

Os usuários trazem um resgate histórico anterior à implantação da Saúde da Família e do fortalecimento da Atenção Primária em Saúde no município de Porto Alegre/RS. Apontam que, anteriormente, havia uma maior facilidade de acesso; apesar das constatações do demasiado tempo de espera e do acesso reprimido e pouco sistematizado às especialidades médicas. Ressalta-se que os agendamentos executados nos antigos centros de saúde eram diários e por ordem de chegada.

Algumas falas denotam a relevância do sistema brasileiro, o entendimento dos fluxos da rede pública e dos tempos de espera, bem como sobre a efetividade do modelo Saúde da Família no território. Também apontam a necessidade de um número ampliado de profissionais para o atendimento da população.

É possível ainda discutir, a partir das falas dos entrevistados, o acesso à ASS como uma ferramenta mercadológica do sistema capitalista.

“Não tenho condições, estou aguardando pelo SUS, tô na espera, tô aguardando aqui. Porque é uma coisa que é cara. Já que eu tenho direito eu vou ficar por aqui mesmo, vou esperar aqui.” (U2)

“Tem muita gente em outras, que a gente sabe, que tem tido dificuldade, não conseguem, ficam muito tempo esperando, coisas muito mais sérias, que nem fratura exposta esperando uma cirurgia que nunca vem, a perna quase gangrenando lá [...] tu ouve seguidamente casos na rádio.” (U5)

“Porque as pessoas precisam, tem pessoas que morrem esperando, tem pessoas que agravam o problema, né, e não há solução [...] a gente vai juntando um dinheiro, junta um dinheiro 02, 03 anos para poder ir a um especialista, que eu acho um absurdo.” (U6)

“Se for pago ou coisa assim não tenho condições, tem que ser pelo SUS mesmo [...] o SUS deveria se interessar mais sobre essas questões aí, de pessoas que precisam um exame, que seja o mais rápido, porque já aconteceu de tu marcar o exame, e o exame vim pra fazer e a pessoa já tá morta, [...]. Olhar mais o lado do pobre, olhar mais o lado do usuário.” (U7)

Aparece nas falas que os usuários, os quais não têm

condições financeiras de pagar por uma consulta no setor privado, aguardam pela marcação dos atendimentos através do SUS. Alguns usuários trazem a questão da demora para o atendimento na ASS, devido à escassez de profissionais, sem associar à questão política e financeira.

O acesso à saúde não é claramente compreendido e verbalizado pelos usuários como um jogo político e de capital, no qual as características da oferta são definidoras do processo de atenção à saúde. Os usuários têm dificuldades de identificar nas suas construções as lutas sociais, econômicas e de classes profissionais presentes no arcabouço do SUS para a concretização de políticas públicas e sociais, nas quais diversos interesses estão presentes.

Perdura para alguns usuários a concepção sobre a ineficiência da atenção prestada pelo SUS - que é constantemente divulgada nos meios de comunicação de massa, de forma não representativa da pluralidade das ações do sistema público. Muitas vezes em reportagens focadas em casos específicos, de forma midiática, construindo um senso comum coletivo sobre a baixa qualidade dos serviços públicos de saúde.

Integralidade em Saúde: do cuidado à atenção

Como apontado, anteriormente, o material empírico foi analisado neste estudo através do atravessamento de três conceitos que são referência no SUS, entre eles a integralidade da atenção. Este aspecto igualmente é abordado a partir das falas dos usuários da USF estudada.

“Vejo pessoas que tão tendo dificuldade. Agora eu corro muito atrás, né, porque a gente também tem que correr atrás, né, para ti conseguir. Não adianta tu vim aqui, tu esperar que eles façam por ti, tu também tem que correr atrás e procurar, né. Nunca perdi uma consulta.” (U1)

“Pelo o que eu sei até hoje o sistema privado também está muito acumulado, né? Demora. Mas no momento eu tenho tido, tenho tido sorte. Eu vou usar essas palavras. Tenho tido sorte, porque cada vez que elas [filhas] buscam o sistema privado eu sou atendida e a gente tenta contornar a situação da saúde, segurar um pouco.” (U3)

“Sim, piorou. Porque todo esse tempo sem uma receita adequada para meu problema de visão, fui usando os meios que estavam ao meu alcance.” (U4)

“Bom, em relação à obesidade ela acentuou. Eu sempre fui gordinha, após o nascimento dos filhos [...] Com a idade chegando eu comecei a ter limitações, começou a dar problema nos joelhos e tal, e começou a aparecer pressão alta, que

antes eu só tinha baixa. Então comecei a me preocupar em ter uma vida melhor, pro futuro [...] Piorou com certeza. [...] eu já tenho até dificuldade de trabalho, [...]” (U5)

De uma forma geral, pode ser percebido nas falas dos usuários que o demorado tempo de espera por um atendimento na ASS trouxe um prejuízo na continuidade do cuidado e na integralidade da atenção. Há enfoque em alguns aspectos, desde a responsabilidade em comparecer aos atendimentos agendados, com consciência e responsabilidade pela sua saúde, passando pelas incertezas da concretude do cuidado, até a crítica na exaustão do sistema de saúde privado. Apresenta-se, por fim, a discussão sobre a atenção em outros pontos da rede.

“Daí me mandaram lá para o Hospital Y. Chegando lá [...] o médico me disse que ele não ia poder fazer nada por mim [...] O SUS tinha suspenso, que era para aguardar, quando abrisse novamente, ou eles me chamavam ou eles avisariam o posto; mas que era para voltar novamente pro posto para ser encaminhado para outro local.” (U2)

“[...] o médico naquele dia não iria, não poderia atender [...] naquele dia. Ai a gente teve que voltar, ai remarcar, realmente foi remarcado. Só que eu não voltei lá, porque eu fui, a minha filha me encaminhou para um particular para me atender. Eu precisava mesmo ter tido um atendimento.” (U3)

“Em relação assim ao atendimento após a iniciação do procedimento, [...] foi muito bom, porque dentro do hospital eu não passei só por uma especialidade, eu passei por várias [...] é um procedimento deles não encaminhar pra outro. Então eu acho que pra mim conseguir um traumatologista, eu teria que ir no PSF, pegar o clínico.” (U5)

“[...] todos os hospitais que eu vou eu não tenho queixa de ninguém, porque eu sou muito bem atendida, mas até tu chegar lá é 05, 06 anos.” (U6)

“[...] uma vez aqui do posto mesmo me encaminharam [...] me mandaram no lugar de uma outra pessoa. Chegando lá meu nome não constava, constava o nome de outra pessoa. Ai entrei na fila de novo para esperar por um atendimento. [...] devem ter esquecido de trocar o nome do paciente.” (U8)

Dos 08 usuários entrevistados, 03 continuavam em acompanhamento na ASS, 03 tiveram sua necessidade em saúde resolvida e 02 tiveram atendimentos não resolutivos, retornando para a USF e para a fila de espera. Aqueles que conseguiram acesso na ASS avaliaram o sistema

como resolutivo, o que demonstra que um dos possíveis nós da rede de atenção em saúde pode estar localizado na comunicação entre os serviços e na dificuldade do andar dos usuários pelos diversos pontos da rede de atenção.

DISCUSSÃO

Os resultados desta pesquisa conversam com outros estudos com igual temática, desenvolvidos em outros locais. Em um estudo realizado em Florianópolis, Santa Catarina, sobre absenteísmo na ASS, a partir de uma Unidade Básica de Saúde, as especialidades com maior número de encaminhamentos, nos meses de janeiro a junho de 2008, foram Cardiologia, Fisioterapia, Endocrinologia, Neurologia, Ortopedia, Dermatologia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Gastroenterologia, Reumatologia e Urologia, correspondendo a 84,5% dos encaminhamentos para ASS.¹⁴

Em estudo avaliativo sobre a Central de Regulação de Consultas Especializadas, no município de Ribeirão Preto, São Paulo, as consultas médicas com maior produção foram Cardiologia, Endocrinologia, Ortopedia, Oftalmologia, Dermatologia. Segundo os autores, o conjunto dessas especialidades correspondeu a 41% do total de consultas médicas especializadas produzidas na rede SUS.¹³

Os dados desses estudos aproximam-se dos resultados da presente pesquisa ao demonstrar que o que se encaminha para a ASS são as necessidades decorrentes de doenças crônicas, de acompanhamento na Atenção Primária em Saúde, para diagnóstico e/ou outras formas de continuidade do cuidado.

Um estudo sobre listas de espera para atendimento na atenção especializada no Sistema Público de Saúde espanhol apresentou resultados sobre quatro das dezessete Comunidades Autônomas (Andaluzia, País Basco, Madri, Serviço Catalão de Saúde), sendo que o tempo de espera variou de 30 até 180 dias.¹⁵ Segundo os autores, nesse país há um processo de controle das listas de espera, através de protocolos clínicos, negociação com os prestadores da atenção especializada e hospitalar, pensando no acesso do cidadão ao sistema de saúde público e na qualidade da atenção à saúde. Experiências e parâmetros como os do sistema de saúde espanhol são primordiais para o controle das listas de espera, e podem servir de exemplo para a melhoria da qualidade da atenção do sistema público de saúde brasileiro.

Um inquérito com profissionais de saúde demonstrou que o tempo médio de espera para consultas especializadas de 03 meses ou mais foi estimado por 82% dos médicos (Florianópolis, Santa Catarina), 61% (Belo Horizonte, Minas Gerais), 45% (Aracaju, Sergipe) e 34% (Vitória, Es-

pírito Santo). Na avaliação, mais de 80% dos médicos e enfermeiros das equipes de Saúde da Família dos quatros municípios apontaram as longas listas de espera como o principal problema apontado para a integração da rede.¹⁶

Uma avaliação qualitativa de estrutura e processo focada na acessibilidade dos usuários de uma Estratégia Saúde da Família do município de Florianópolis/SC apontou que, na maior parte das especialidades médicas, o tempo de espera é baixo, em torno de uma a duas semanas. No entanto, na especialidade de Oftalmologia esse tempo aumenta, chegando a mais de um ano, sendo identificado como uma dificuldade de acesso pelos usuários da pesquisa.¹⁷

Ao longo de vinte anos, após a implantação do SUS, a organização do modelo assistencial em saúde focado nos níveis assistenciais no formato da pirâmide não deu conta da integralidade do indivíduo, do cuidado e da gestão. Hoje há a aposta de que o cuidado em rede, com a articulação entre os diferentes níveis de atenção e com os diversos atores, possibilite os encaminhamentos via referência e contrarreferência ou sistemas eletrônicos; e, dessa forma, resulte num cuidado integral e equânime, respeitando o direito à saúde do usuário.

Mesmo que os dados do presente estudo refiram-se a uma USF, que integra uma rede de serviços de saúde, é possível analisá-los a partir de um contexto ampliado no qual as atividades da USF se encontram relacionadas às políticas públicas de saúde. Nesse sentido, aponta-se que o sistema público de saúde brasileiro vem desenvolvendo instrumentos de gestão, pensando no direito à saúde, no acesso e na integralidade da rede de saúde e das práticas assistenciais. Dentre eles, podemos citar as experiências de uso de prontuários eletrônicos, protocolos assistenciais, e de complexos de regulação. O complexo regulador é composto por uma ou mais estruturas denominadas centrais de regulação, “que compreendem toda a ação meio do processo regulatório, isto é, recebem as solicitações de atendimento, processam e agendam.”^{18:14}

A regulação do acesso à atenção à saúde pode ser entendida como “instrumento de gestão que aponta, de forma sistematizada, pontos de estrangulamento para a consolidação do acesso às tecnologias de saúde existentes de forma mais equitativa e justa para a população.”^{19:8} Assim, podemos entender a regulação como uma mediação entre prestadores e unidades de saúde solicitantes, que viabiliza aos usuários a atenção necessária para sua necessidade em saúde. Seja a necessidade em saúde considerada no campo da demanda ou sistematizada no campo da oferta de ações e serviços de saúde, cumprindo, assim, o papel do gestor e fortalecendo os meios para o planejamento em saúde.

Essa discussão das potencialidades dos complexos reguladores aponta para a lógica de construção de redes de atenção à saúde. Nesse sentido, está a magnitude dos complexos reguladores ao passo que como um instrumento de gestão, podem ser entendidos “como uma instância mediadora entre a atenção básica, secundária e terciária, podendo constituir-se em instrumento colaborador para o desenvolvimento da coordenação e da continuidade do cuidado.”^{13:351}

Experiências demonstram que, a partir de implantação das Centrais de Regulação, houve um aumento da cobertura e decréscimo na demanda reprimida, com redução sensível do tempo de espera nas especialidades e diminuição do número de faltosos às consultas especializadas. Isso ocorreu através do mapeamento, otimização e monitoramento dos serviços de saúde, ampliando a oferta e propiciando a melhoria do acesso através da intensa pactuação, utilização e execução da ação de regulação em saúde.^{13,16,20}

Estudos trazem, ainda, que os elevados tempos de espera para marcação de consultas, exames especializados e cirurgias constituem a maior causa de insatisfação referida pelos usuários do SUS,^{15,16,17,20,21} o que também foi apontado pelos entrevistados neste estudo.

Ainda, quando se discute acesso, listas de espera, protocolos assistenciais, complexos reguladores e direito à saúde, há que se pensar nas relações de poder, permeadas pelo capital e na relação público-privado, presente na constante tensão entre o poder técnico e o poder político de determinados grupos, que afloraram, na medida em que o Estado tenta equacionar a resposta aos problemas de saúde, pautando-se nos conceitos de equidade, integralidade, acessibilidade e regionalização.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O direito à saúde, o acesso e a integralidade ainda são entendidos de forma abstrata pelos usuários, uma vez que esses conceitos são concretizados de forma parcial, mas crescente, nas políticas públicas de saúde brasileiras.

Os usuários trazem em seu discurso a questão da demora para o atendimento na ASS. No entanto, essa construção social do tempo de espera parece identificar-se muito mais com o discurso de interesse do sistema capitalista do que com uma demanda real, a qual o SUS tem atendido. As falas trazem construções de um ideário coletivo, ora de afirmação das políticas públicas do SUS, ora das desconstruções fortemente pronunciadas pelo sistema privado sobre a ineficácia do sistema público de saúde brasileiro.

Este estudo apresenta uma forma de sistematização e

análise das práticas de cuidados de uma USF, focando nos encaminhamentos para a ASS. Não se objetivou esgotar as possibilidades de análise do tema e, sim, priorizou-se uma discussão pautada no direito à saúde, no acesso e na integralidade do cuidado. Assim, traz-se a necessidade da fomentação de pesquisas que avaliem as redes de atenção à saúde, a partir do território da Atenção Primária em Saúde, demonstrando potencialidades, possibilidades e desafios para a construção de uma política pública de saúde universal, equânime, integral, entre outras características, conforme definida na Constituição Federativa Brasileira de 1988.

Por fim, aponta-se ainda a necessidade de uma melhor regulação das listas de espera do sistema público de saúde brasileiro, a fim de produzir um real direito à saúde, acesso e integralidade do cuidado da população.

REFERÊNCIAS

1. Pinheiro R, Asensi FD. Desafios e estratégias de efetivação do direito à saúde. *Physis*. [Internet]. 2010 [citado 2015 fev 10]; 20(1):15-17. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v20n1/a02v20n1.pdf>>.
2. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad. Saúde Pública*. [Internet]. 2004 [citado 2015 fev 10]; 20(Suppl. 2):S190-198. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20s2/14.pdf>>.
3. Cecilio LCO. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. *Cad. Saúde Pública*. [Internet]. 1997 [citado 2015 fev 10]; 13(3):469-478. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v13n3/0171.pdf>>.
4. Sarmiento Junior KMA, Tomita S, Kos AOA. O problema da fila de espera para cirurgias otorrinolaringológicas em serviços públicos. *Rev. Bras. Otorrinolaringol.* [Internet]. 2005 [citado 2015 fev. 10]; 71(3):256-262. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rboto/v71n3/a01v71n3.pdf>>.
5. Mattos RA. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Cad. Saúde Pública*. [Internet]. 2004 [citado 2015 fev 10]; 20(5):1411-1416. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n5/37.pdf>>.
6. Pinheiro R. Integralidade em saúde. Pereira .B, Lima JCF (org.). *Dicionário da educação profissional em saúde*. 2ª ed. Rev. Ampl. - Rio de Janeiro: EPSJV; 2008; p. 255-262.

7. Hartz ZMA, Contandriopoulos AP. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um "sistema sem muros". *Cad. Saúde Pública*. [Internet]. 2004 [citado 2015 fev 10]; 20(Suppl.2):S331-336. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20s2/26.pdf>>.
8. Gawryszewski ARB, Oliveira DC, Gomes AMT. Acesso ao SUS: representações e práticas de profissionais desenvolvidas nas Centrais de Regulação. *Physis*. [Internet]. 2010 [citado 2015 fev 10]; 22(1):119-140. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v22n1/v22n1a07.pdf>>.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF. [Internet]. 2010 [citado 2015 fev 10]; Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html>.
10. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011. 549 p.
11. Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. Tradução Daniel Grassi. 3ª ed. Porto Alegre: Bookman; 2005. 212p.
12. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2009. 281p.
13. Ferreira JBB et al. O complexo regulador da assistência à saúde na perspectiva de seus sujeitos operadores. *Interface (Botucatu)*. [Internet]. 2010 [citado 2015 fev 10]; 14(33):345-358. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832010000200009&script=sci_arttext>.
14. Bender AS, Molina LR, Mello ALSF. Absenteísmo na Atenção Secundária e suas implicações na Atenção Básica. *Revista Espaço para a Saúde*. [Internet]. 2010 [citado 2015 fev 10]; 11(2):56-65. Disponível em: <<http://www.ccs.uel.br/espacoparasaude/v11n2/absent.pdf>>.
15. Conill EM, Giovanella L, Almeida PF. Listas de espera em sistemas públicos: da expansão da oferta para um acesso oportuno? Considerações a partir do Sistema Nacional de Saúde espanhol. *Ciênc. Saúde Colet*. [Internet]. 2011 [citado 2015 fev 10]; 16(6):2783-2794. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v16n6/17.pdf>>.
16. Giovanella L et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. *Ciênc. Saúde Colet*. [Internet]. 2009 [citado 2015 fev 10]; 14(3):783-794. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n3/14.pdf>>.
17. Oliveira MM et al. Acesso dos usuários de uma Unidade de Saúde da Família a serviços complementares. *Cogitare Enferma*. [Internet]. 2009 [citado 2015 fev 10]; 14(1):30-36. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/14075/9478>>.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes para a implantação de Complexos Reguladores. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. – Brasília: Ministério da Saúde. [Internet]. 2006 [citado 2015 fev 10]. 48p. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/DiretrizesImplantComplexosReg2811.pdf>>.
19. Vilarins GCM. Regulação do acesso à assistência: conceitos e desafios. *Comun. Ciênc. Saúde*. [Internet]. 2010 [citado 2015 fev 10]; 21(1):81-84. Disponível em: <http://dominioprovisorio.tempsite.ws/pesquisa/revista/2010Vol21_1art10regulacao.pdf>.
20. Sisson MC et al. Estratégia de Saúde da Família em Florianópolis: integração, coordenação e posição na rede assistencial. *Saúde Soc*. [Internet]. 2011 [citado 2015 fev 10]; 20(4):991-1004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n4/16.pdf>>.
21. Lima MADS et al. Acesso e acolhimento em unidades de saúde na visão dos usuários. *Acta Paul. Enferm*. [Internet]. 2007 [citado 2015 fev 10]; 20(1):12-17. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n1/a03v20n1.pdf>>.

Submissão: março de 2015

Aprovação: outubro de 2015
