

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE MEDICINA – DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL  
ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

Estratégias para garantia da equidade no acesso aos serviços de saúde  
em unidades de saúde da família: uma revisão de literatura

Caroline Vieira Fortes

Orientador : Francisco Arsego de Oliveira

Porto Alegre – RS

Maio/2009

**Caroline Vieira Fortes**

**ESTRATÉGIAS PARA GARANTIA DA EQUIDADE NO ACESSO AOS  
SERVIÇOS DE SAÚDE EM UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA  
REVISÃO DE LITERATURA**

**Trabalho de conclusão de curso de  
Especialização apresentado ao Programa de Pós-  
Graduação em Saúde Pública da Universidade  
Federal do Rio Grande do Sul, como requisito  
parcial para a obtenção do título de Especialista  
em Saúde Pública.**

**Orientador: Prof. Francisco Arsego de Oliveira**

**Porto Alegre**

**2009**

## RESUMO

A utilização dos serviços corresponde ao centro do funcionamento dos sistemas de saúde, sendo o acesso do usuário parte essencial da organização. As necessidades modificam-se nos usuários, gerando a necessidade de uma organização do acesso que respeite essas diferenças. Tal garantia de respeito às necessidades dos usuários é expressa no princípio da equidade. A estratégia saúde da família representou uma mudança no modelo de atenção. Contudo, identifica-se dificuldade em conciliar a organização do trabalho com as necessidades dos usuários, buscando a garantia da equidade no acesso. O presente trabalho consiste em uma revisão de literatura que buscou responder como garantir a equidade no acesso em equipes de saúde da família. Identificou-se como determinantes do acesso, a organização dos serviços, a demanda e oferta, a localização, o modelo de atenção e as necessidades da população. A desmotivação dos profissionais com a ausência de uma definição de proposta assistencial e falta de clareza do papel das unidades de saúde foram citadas como situações geradoras de iniquidades. O atendimento a demanda e a desproporção entre a oferta potencial, as condições de vida e as disparidades sociais também apareceram como geradores de iniquidades. A compensação das diferenças sociais através de utilização de estratégias inclusivas foi apontada como forma de garantir a equidade. A identificação de diferentes portas de entradas para os usuários, a educação dos usuários, a qualificação profissional, equipes multiprofissionais e o uso de tecnologias leves como o acolhimento compõe as estratégias identificadas para organizar a acessibilidade e garantir a equidade nas unidades de saúde da família.

**Unitermos:** Acesso aos serviços de saúde. Equidade. Equidade no acesso. Atenção Primária em Saúde. Saúde da Família.

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b>	<b>05</b>
1.1 DEFINIÇÃO DO PROBLEMA	05
1.2 JUSTIFICATIVA	07
1.3 OBJETIVOS	07
<b>1.3.1 Objetivo Geral</b>	<b>07</b>
<b>1.3.2 Objetivos Específicos</b>	<b>08</b>
<b>2. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS</b>	<b>09</b>
2.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO	09
2.2 ESTRATÉGIAS DE BUSCA	09
<b>2.2.1 Bases de dados</b>	<b>09</b>
<b>2.2.2 Unitermos utilizados</b>	<b>09</b>
<b>2.2.3 Artigos utilizados</b>	<b>10</b>
2.3 ASPECTOS ÉTICOS	10
<b>3 DESENVOLVIMENTO DO CONTEÚDO</b>	<b>11</b>
<b>3.1 REVISÃO TEÓRICA</b>	<b>11</b>
<b>3.1.1 Começando a pensar em acesso aos serviços de saúde...</b>	<b>11</b>
<b>3.1.2 Saúde da Família</b>	<b>13</b>
<b>3.1.3 E a equidade?</b>	<b>14</b>
<b>3.2 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</b>	
<b>3.2.1 Determinantes do acesso aos serviços de saúde</b>	<b>16</b>
<b>3.2.2 Pensando acesso e Estratégia Saúde da Família</b>	<b>18</b>
<b>3.2.3 Iniquidades no acesso aos serviços de saúde</b>	<b>21</b>
<b>3.2.4 Construção de um acesso equânime aos serviços de saúde: buscando estratégias para a garantia da equidade</b>	<b>23</b>
<b>4 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	
<b>REFERÊNCIAS</b>	

## 1 INTRODUÇÃO

### 1.1 DEFINIÇÃO DO PROBLEMA

A utilização dos serviços de saúde corresponde ao centro do funcionamento dos sistemas de saúde. Assim, o acesso do usuário aos serviços representa parte essencial da organização do processo de trabalho em saúde. Como acessibilidade aos serviços de saúde entende-se:

Possibilidade econômica, ou geográfica, ou legal, ou cultural, ou organizativa que uma população possui para ser atendida em um serviço de saúde (BRASIL,2008).

Esse conceito demonstra a diversidade de fatores que influenciam o acesso da população/usuário aos serviços. Os determinantes da utilização dos serviços de saúde devem ser pensados enquanto características do sistema de saúde e da organização dos serviços e como características e possibilidades dos usuários. A utilização do serviço de saúde é o resultado da interação do indivíduo e do profissional que o conduz para dentro do sistema. Travassos (2004) destaca que os determinantes da utilização dos serviços de saúde podem ser relacionados à necessidade de saúde, aos usuários, aos prestadores de serviços, à organização e a política. A articulação ou não desses fatores resulta na possibilidade de acesso do usuário ao serviço. Entretanto é importante ressaltar que as necessidades modificam-se nos diferentes usuários, o que gera a necessidade de uma organização do acesso que contemple e garanta o respeito a essas diferenças. A atenção básica tem como princípios a integralidade, a qualidade, a equidade e a participação social (OPAS,2008). Tal garantia de respeito às diferentes necessidades dos usuários é expressa no princípio da equidade, que tem por definição: princípio segundo o qual a distribuição de recursos é feita em função das necessidades de saúde de uma determinada população (BRASIL,2008).

Mudanças vem ocorrendo no modo de pensar o acesso aos serviços de saúde. O modelo tecno-assistencial piramidal que pensa o sistema de saúde como

uma pirâmide, aonde o usuário adentra no sistema em diferentes níveis de complexidade de forma hierarquizada, traz consigo na teoria, uma perspectiva racionalizadora, visando garantir a maior eficiência na utilização dos recursos, a universalização do acesso e a equidade. Dessa forma o paciente que ingressaria no sistema pela “porta de entrada” deveria ter a garantia de acesso a todas as possibilidades de assistência que necessitar e que o sistema de saúde oferecesse. Contudo, na prática o que tem acontecido é que não existe uma porta de entrada (prevista como a rede básica), e sim, que a população adentra o sistema aonde for possível o atendimento de que necessita. Cecílio (1997) cita que: “As pessoas acessam o sistema por onde é mais fácil ou possível”. Aliada a situação acima, inexistem em muitos locais uma articulação efetiva entre os serviços constituintes dessa pirâmide, marcados por processos de referência e contra-referência precarizados. Dessa forma a população dependente do atendimento busca os cuidados que necessita por múltiplas entradas, tentando garantir alguma integralidade de atendimento por conta própria, na medida em que o sistema não se organiza para isso. Cecílio (1997) defende a idéia de que o sistema de saúde seria mais adequadamente pensado como um círculo, com múltiplas "portas de entrada" localizadas em vários pontos do sistema e não mais em uma suposta "base". O mesmo autor aponta a necessidade do sistema de saúde ser organizado a partir da lógica do que seria mais importante para cada usuário, no sentido de oferecer a tecnologia certa, no lugar certo e no momento certo. Essa reorganização dos serviços, dotando-os de uma racionalidade mais próxima das necessidades e demandas dos usuários do sistema buscaria garantir o princípio da equidade.

Nesse contexto, a fim de garantir essa equidade no acesso, o programa de saúde da família representou uma mudança importante no modelo de atenção, aumentando o vínculo e repensando o acesso aos serviços. Contudo, para os profissionais atuantes nas unidades de saúde da família faz-se necessária a busca e utilização de diferentes estratégias para a organização do acesso. Na prática diária desses profissionais identifica-se a dificuldade de conciliar a organização do processo de trabalho e as necessidades dos usuários a fim de garantir que todos tenham acesso ao que necessitam, buscando a garantia da equidade no acesso. Entende-se equidade no acesso como a possibilidade do sistema de saúde oferecer alternativas para os indivíduos que mais tem dificuldades de adentrarem e se

utilizarem dos serviços de saúde oferecidos em uma região territorialmente delimitada (DeCS,2008). Constata-se que, mesmo em uma unidade de saúde da família, que pelas características inerentes ao trabalho atende uma população de um território adstrito, existe uma dificuldade de contemplar os diferentes problemas específicos e as diferenças nos modos de viver, de adoecer e de acessar os serviços de saúde. Entre os problemas identificados para garantir a equidade no acesso aos serviços de saúde, Souza (2008), a partir da percepção de trabalhadores e usuários de serviços de saúde apontou que desproporções entre oferta potencial, atendimento a demanda e dificuldades de referência constituem fatores negativos na avaliação do acesso em unidades básicas de saúde e também em unidades de saúde da família. Questões éticas nas práticas dos administradores e dos profissionais de saúde também aparecem como geradoras de iniquidades no acesso aos serviços (TRAVASSOS,2008). Por outro lado, o acolhimento, bem como o uso de outras tecnologias leves, a educação dos usuários e equipe e os incentivos econômicos aparecem citados como formas de organizar e tornar equânime o acesso (SANTOS,2007; LIMA,2007, O'DONNEL,2007).

## 1.2 JUSTIFICATIVA

A partir do exposto, faz-se relevante buscar a partir do que já foi publicado a identificação dos determinantes do acesso aos serviços de saúde e com isso responder a seguinte questão: Como garantir a equidade no acesso aos serviços de saúde em equipes de saúde da família?

## 1.3 OBJETIVOS

### 1.3.1 Objetivo geral

Identificar nas publicações estratégias capazes de garantir a equidade no acesso ao serviço de saúde em unidades de saúde da família.

### **1.3.2 Objetivos específicos**

- a) Descrever os fatores relacionados como determinantes do acesso aos serviços de saúde
- b) Identificar os fatores relacionados como geradores de iniquidade no acesso aos serviços de saúde
- c) Identificar a concepção de acesso no modelo da estratégia saúde da família
- d) Buscar os valores apontados para a construção de um acesso equânime aos serviços de saúde

## **2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS**

### **2.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO**

Realização de um estudo observacional exploratório, através de uma pesquisa bibliográfica. De acordo com Goldim (2000) este tipo de pesquisa utiliza dados bibliográficos já publicados para fazer revisões, sínteses ou metanálises.

### **2.2 ESTRATÉGIAS DE BUSCA**

#### **2.2.1 Bases de dados**

A busca dos artigos para o estudo compreendeu pesquisa nas seguintes bases eletrônicas:

- a) Scientific Eletronic Library Online (Scielo) : [www.scielo.br](http://www.scielo.br)
- b) Biblioteca Virtual em Saúde : [www.bireme.br](http://www.bireme.br)

Também foi realizada a busca manual de artigos nas publicações inicialmente identificadas e consulta a publicações governamentais e literatura pertinente ao tema.

#### **2.2.2 Unitermos utilizados**

Foram utilizados os seguintes unitermos para a busca dos artigos: acesso aos serviços de saúde, equidade, equidade no acesso, atenção primária em saúde e saúde da família.

### **2.2.3 Artigos utilizados**

Foram utilizados artigos publicados nos idiomas inglês, português e espanhol, artigos cujos textos completos eram disponibilizados *online* ou estavam disponíveis na biblioteca da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

## **2.3 ASPECTOS ÉTICOS**

Observação do rigor ético quanto à propriedade intelectual dos textos científicos pesquisados, no que diz respeito ao uso do conteúdo e da citação das obras consultadas, respeitando os direitos autorais

### 3 DESENVOLVIMENTO DO CONTEÚDO

#### 3.1 REVISÃO TEÓRICA

##### 3.1.1 Começando a pensar em acesso aos serviços de saúde...

A reflexão sobre o que determina a acessibilidade da população aos serviços de saúde leva a alguns questionamentos. O que determina a organização do acesso, facilitando ou prejudicando o mesmo para usuários e profissionais de saúde?

Cabe ressaltar que o conceito de acesso é complexo, amplo e muda ao longo do tempo e de acordo com o contexto e autor. Travassos (2004) destaca que diferentes autores utilizam as terminologias acessibilidade e acesso para identificar o grau de facilidade com que as pessoas obtêm cuidados de saúde. O enfoque varia entre os autores, entretanto esse acesso ou é focado nos indivíduos (usuários), na oferta, ou focado em ambos, na relação entre os indivíduos e a oferta.

Um conceito de acessibilidade que contemple a perspectiva de equidade não é somente a disposição de recursos em determinado momento ou lugar, e sim as características dos recursos que facilitam ou limitam seu uso por potenciais usuários, respondendo as necessidades de saúde de determinada população. Travassos (2004) destaca que:

“ A acessibilidade é, assim, fator da oferta importante para explicar as variações no uso de serviços de saúde de grupos populacionais, e representa uma dimensão relevante nos estudos sobre a equidade nos sistemas de saúde”.

O acesso direto ao serviço (entrada) deve ser expresso na acessibilidade, enquanto uma qualidade do serviço e da oferta que aumente a capacidade da população usá-lo conforme as necessidades. Segundo Donabedian<sup>1</sup> (apud

---

<sup>1</sup> DONABEDIAN A. Aspects of medical care administration. Boston: Harvard University Press; 1973.

TRAVASSOS,2004), a acessibilidade representa o ajuste ou desajuste entre as necessidades do paciente e os serviços e recursos utilizados.

A organização do acesso e garantia de acessibilidade aos serviços de saúde ocorre nos diferentes sistemas de saúde a partir dos modelos assistenciais vigentes. Esses modelos funcionam como os paradigmas que sustentam as práticas e norteiam os caminhos da organização e prestação dos serviços de saúde. No Brasil é recente a concepção de um modelo de sistema de saúde que contemple o acesso a qualquer cidadão. É somente a partir da década de 1980 que todos os cidadãos obtiveram o direito de terem acesso a assistência de saúde, uma vez que antes essa possibilidade era restrita. O acesso à assistência médica dependia da previdência social, dos serviços privados ou das instituições de benemerência. É novo o pensar um modelo de sistema de saúde com uma concepção mais abrangente, sendo a saúde um **direito de todos e dever do estado**, e resultado de diferentes condicionantes (bem estar físico, mental e social) e não apenas a ausência de doenças. Dessa forma, mudou-se o paradigma do modelo curativo e biomédico, que tinha como base o relatório Flexner, que privilegiava o processo fisiopatológico das doenças a um modelo com uma concepção mais abrangente de saúde. A Constituição Federal Brasileira de 1988, na Capítulo II, Seção II, artigo 196 traz que:

“A saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988).

Essa mesma seção traz nas diretrizes que constituem esse sistema único de saúde a garantia de : (...) atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais (...) (BRASIL,1988).

Diferentes modelos de atenção foram construídos e desconstruídos ao longo da história na forma de pensar a assistência à saúde. Com isso, também mudou e ainda vem mudando a forma de pensar o acesso do usuário a essa assistência.

É importante destacar que, a partir da constituição de 1988 e da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) ampliou-se significativamente o acesso da

população aos serviços de saúde, mas o sistema de saúde continuou fragmentado e falho na valorização da atenção ao usuário (OPAS,2007).

Historicamente, os modelos assistenciais são pensados de um ponto de vista estrutural (macro), sem contemplar as necessidades dos pacientes, os reais usuários dos serviços. A teoria de um modelo assistencial com estrutura piramidal (ainda em voga) representava a proposta de **regionalização e hierarquização** dos serviços, remetendo a idéia de expansão da cobertura e democratização do acesso aos serviços de saúde (CECILIO, 1997). Tais preceitos citados acima são reconhecidos como organizadores da atenção primária em saúde e como diretrizes do Sistema Único de Saúde. Entretanto, muitas são as dificuldades vividas no cotidiano por quem procura os serviços do SUS em relação a esse modelo de atenção piramidal (CECILIO,1997). Dificuldades essas que também são percebidas por profissionais que atuam no sistema de saúde (CHIAPINOTTO, 2007).

“ As pessoas diante de suas necessidades acabam acessando o sistema por onde é possível, contrariando qualquer delírio racionalista que os técnicos do setor saúde continuam a defender sob a forma de uma pirâmide de serviços”. (CECILIO, 1997).

O mesmo autor destaca ainda que são freqüentes usuários “perdidos” no sistema, pessoas que mesma consideradas “de risco”, entram e saem repetidas vezes, sem serem “capturadas” pelo sistema”. Finaliza, destacando que: “ **o grande problema da rede é o acesso**”. (CECILIO, 1997). Na prática a opção para universalizar e garantir a equidade no acesso traz a necessidade de organizar o sistema de saúde a partir da lógica do que seria mais importante para cada usuário.

### 3.1.2 Saúde da Família

A Estratégia Saúde da Família representa uma reorientação no modelo assistencial. A estratégia iniciada em 1994, supõe o trabalho de equipes multidisciplinares, de forma integrada, em unidades básicas de saúde. Cada equipe é responsável por um número delimitado de famílias dentro de um território adscrito, atuando com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de

doenças e agravos mais freqüentes, e na manutenção da saúde desta comunidade. Brasil (2009) destaca que esse modelo de atenção:

“(...) tem possibilitado a identificação de um conjunto de questões relativas às bases conceituais e operacionais do que se tem denominado "Atenção Básica à Saúde" no Brasil, e de suas relações com os demais níveis do sistema. Esta discussão fundamenta-se nos eixos transversais da universalidade, integralidade e equidade, em um contexto de descentralização e controle social da gestão, princípios assistenciais e organizativos do SUS, consignados na legislação constitucional e infraconstitucional” (BRASIL,2009).

A concepção de saúde nesse modelo é mais abrangente do que o antigo caráter de assistência centrado exclusivamente na doença. Pelas características de territorialização e trabalho em equipe, espera-se uma maior responsabilização, a partir do estabelecimento de vínculo com a população, possibilitando o compromisso e a co-responsabilidade desses profissionais com os usuários (BRASIL,2009).

A Estratégia Saúde da Família representa a evolução do sistema de saúde no Brasil, a partir de uma concepção mais ampla de saúde e da possibilidade de atuar frente aos diferentes determinantes de saúde/doença da população.

“ A Saúde da Família como estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde tem provocado um importante movimento com o intuito de reordenar o modelo de atenção no SUS. Busca maior racionalidade na utilização dos demais níveis assistenciais e tem produzido resultados positivos nos principais indicadores de saúde das populações assistidas às equipes saúde da família”. (BRASIL,2009)

### 3.1.3 E a equidade?

“ 1. O princípio da justiça fundamentado na igualdade, na conformidade do próprio conceito jurídico e em respeito aos direitos alheios. 2. Caráter do que é feito com justiça e imparcialidade” (LAROUSSE,1999).

Na área da saúde, equidade aparece como um dos princípios da atenção básica e traz como significado: “princípio segundo o qual a distribuição de recursos é feita em função das necessidades de saúde de uma determinada população”. (BRASIL, 2008). A **Equidade em saúde** supõe que idealmente toda pessoa deve ter uma oportunidade justa para alcançar seu potencial pleno de saúde. Ela envolve

criar oportunidades iguais para a saúde e trazer as diferenças de saúde ao nível mais baixo possível (DeCS,2008).

O princípio da equidade busca entender a diversidade das necessidades de cada pessoa e garantir a resolução dessas diferentes necessidades. Pode ter o seu significado reduzido com a expressão: tratar os diferentes de forma desigual. O conceito de equidade citado por UNGLERT (1987) a define como a disposição de reconhecer igualmente o direito de cada um, definido como sinônimo de igualdade. Mooney<sup>2</sup> (apud UNGLERT, 1987) a nível de assistência à saúde descreve dois princípios de equidade: **equidade horizontal e equidade vertical**. Por equidade horizontal entende-se o tratamento igual dos indivíduos com problemas iguais de saúde. Equidade vertical por sua vez, destaca que indivíduos que tenham problemas desiguais recebam o tratamento conforme as suas necessidades. Outro autor citado por Unglert (1987), Musgrove<sup>3</sup> cita que quando analisa a equidade do sistema de serviços de saúde conceitua equidade como a igual probabilidade de ocorrência de determinadas condições a todos os indivíduos de uma população.

A garantia do acesso aos serviços de saúde conforme as necessidades aparece descrito no conceito de equidade no acesso:

“Possibilidade do sistema de saúde oferecer alternativas para os indivíduos que mais têm dificuldades de adentrarem e se utilizarem dos serviços de saúde oferecidos, numa região territorialmente delimitada. Cada grupo, estrato social ou região apresenta problemas específicos, diferenças no modo de viver, de adoecer, de acessar os serviços de atenção à saúde e satisfazer suas necessidades de vida. Tais diferenças devem ser consideradas para oferecer mais a quem mais precisa, diminuindo as desigualdades existentes” (DeCS, 2008).

---

<sup>2</sup> MOONEY, G. H. Equity in health care: confronting the confusion. *Effect. Hlth Care*, **1**:179-85, 1983.

<sup>3</sup> MUSGROVE, P. La equidad del sistema de servicios de salud. Conceptos, indicadores e interpretacion. *Bol. Ofic. sanit. panamer.*, **95**: 525-46, 1983.

## 3.2 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

### 3.2.1 Determinantes do acesso aos serviços de saúde

Travassos (2004) apresenta que os fatores determinantes a utilização dos serviços de saúde são os fatores relacionados à: **a) necessidade de saúde**, **b) aos usuários**, **c) aos prestadores de serviço**, **d) a organização** e último, **e) a política**. Cabe ressaltar que esses fatores relacionam-se a características dos usuários e dos sistemas de saúde, abrangendo uma diversidade de outros fatores.

Estudo de Scatena (2009) sobre as dificuldades de acesso a serviços de saúde para diagnóstico de tuberculose em municípios do Brasil, encontrou que a **locomoção ao serviço** e o **serviço de atendimento falho** foram os principais determinantes negativos do acesso aos usuários do grupo pesquisado. Os horários restritos de atendimento e o número de vezes que procuraram o serviço para conseguir o atendimento foram identificados como determinantes negativos do acesso aos serviços.

No que diz respeito aos usuários, a **localização geográfica** dos serviços é um dos fatores que interferem na acessibilidade dos mesmos (UNGLERT,1987;1990). A mesma autora destaca que a oferta de serviços (acesso) não depende da simples existência dos serviços. A acessibilidade deve ser considerada sobre diversas abordagens, sendo o fator geográfico um desses condicionantes. O grau de acesso real aos serviços depende da distância que se deve percorrer para obtê-los, o tempo que leva a viagem e o seu custo. Assim, a obtenção da melhoria dos indicadores locais de saúde, tendo em vista a localização geográfica permite uma adequação das características da cobertura e da qualidade da assistência.

Em relação aos fatores relacionados à organização, um ambiente com **estrutura física acessível** aparece como determinante da acessibilidade a usuários com deficiências físicas. Estudo de Pagliuca (2007) concluiu que nas instituições de

saúde avaliadas em Sobral/Ceará, a ocorrência de barreiras físicas e o não respeito à legislação vigente, prejudicam a acessibilidade do usuário aos serviços de saúde.

Donabedian<sup>1</sup> (apud TRAVASSOS,2004) traz a acessibilidade enquanto duas dimensões: **sócio organizacional** e a **geográfica**, como qualidades do serviço de saúde com poder de aumentar ou não, a capacidade das pessoas no uso desses serviços. Andersen<sup>4</sup> (apud TRAVASSOS,2004) que utiliza a terminologia acesso como sinônimo de uso, contempla também os **fatores individuais e as necessidades de saúde** como determinantes do acesso. O autor destaca que o uso dos serviços depende dos fatores individuais (predisponentes e capacitantes), das necessidades de saúde e dos **fatores contextuais**. Como fatores individuais predisponentes ele cita os fatores prévios ao surgimento do problema de saúde e que afetam a predisposição das pessoas para usar serviços de saúde. Estudo de Bousquat (2008) para definição do perfil de utilização de serviços de saúde pela população adstrita ao Programa Saúde da Família, encontrou que houve **utilização seletiva e focada dos serviços** oferecidos pelo Programa. Na amostra, pertencer ao sexo masculino, ter escolaridade superior à quinta série do ensino fundamental, exercer atividade remunerada e acessar planos de saúde implicou menor adesão aos serviços, mesmo se tratando de regiões com pouca oferta de serviços assistenciais. Mesmo em áreas de alta exclusão social e baixa oferta de serviços de saúde, 25% da população cadastrada não utilizava os serviços ofertados, recebendo apenas visitas domiciliares. Os fatores individuais capacitantes são os meios disponíveis para as pessoas obterem os cuidados de saúde e as necessidades de saúde são as condições de saúde percebidas pelas pessoas ou identificadas pelos profissionais. Andersen<sup>4</sup> refere também que os fatores contextuais (relacionados com a política de saúde e a oferta de serviços) intervêm no uso dos serviços de forma direta e indireta por intermédio dos fatores individuais.

Como fatores contextuais, o modelo assistencial é destacado por Cecílio (1997) como um determinante do acesso aos serviços, uma vez que é a partir desse modelo que se norteiam os caminhos da prestação dos serviços de saúde. As formas de gestão, financiamento e controle social também fazem parte do contexto

---

<sup>4</sup> Andersen RM. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? J Health Soc Behav 1995; 36:1-10

que define o acesso (CECILIO,1997). Hortale (2000), destaca que os modelos de sistemas de saúde descentralizados permitem maior acesso do usuário.

Cabe destacar que os fatores contextuais são passíveis de intervenções governamentais, externas e os fatores individuais apresentam pouca ou nenhuma mudança com medidas externas.

### **3.2.2 Pensando acesso e estratégia saúde da família**

A implantação da estratégia saúde da família, busca romper com os paradigmas cristalizados de saúde e acesso e assim incorporar novo pensar e agir na perspectiva de mudança do modelo assistencial. As características desse modelo de atenção possuem o potencial para a reconstrução das práticas e para a adoção de práticas centradas no usuário. Schimith (2004) refere que a área de abrangência definida e a equipe multidisciplinar são fatores que favorecem o desenvolvimento de vínculo e responsabilização com a comunidade. Contudo, destaca que o projeto de vínculo deve ser estendido e implementado por toda a equipe para o efetivo resultado. Apesar das diretrizes desse modelo assistencial favorecerem a organização do acesso e a garantia de um atendimento equânime comparativamente com outros modelos de atenção, na prática não é esse modo de trabalho que vem sendo observado.

Estudo de Rocha (2008) comparando o acesso aos serviços de saúde bucal em áreas cobertas e não cobertas por equipes de saúde da família não encontrou evidências da associação entre residir em área coberta ou não coberta com maior acesso aos serviços de saúde bucal. O autor destaca que mesmo com os avanços gerados por políticas públicas implementadas nos últimos anos, como por exemplo as equipes de saúde bucal inseridas em equipes de saúde da família, ainda são necessários esforços para que seja efetivada uma política ampla capaz de reduzir desigualdades sociais no acesso.

Schimith (2004) em pesquisa que avaliou o acolhimento e o vínculo em equipe de Programa de Saúde da Família, identificou uma organização de processo

de trabalho em que permanece uma forma excludente de atendimento, na qual a prioridade é de quem chegar primeiro, através do fornecimento de senhas para consultas médicas, disputa no momento de distribuição de fichas, agenda médica lotada e desarticulação com os outros profissionais. Exemplifica essa situação o seguinte relato:

“ Em duas oportunidades um mesmo paciente procura o serviço para controle da glicemia e da pressão arterial, e o encaminhamento final é o mesmo: procurar o médico. Ora, sabendo que, para conseguir consulta, o paciente tem de enfrentar a fila e que os serviços de saúde devem ter como princípio a equidade, a auxiliar não poderia se somar ao paciente nessa busca? Assim, tanto o usuário quanto o profissional terminam insatisfeitos; o primeiro por não ter sua necessidade atendida e o segundo por não se sentir autor desse processo” (SCHIMITH,2004).

A autora destaca que a demanda única pelo médico contribui para a falta de acesso e para a vinculação dos usuários a um único membro da equipe.

Estudo de Souza (2008) que buscou comparar o acesso e o acolhimento na percepção dos usuários e profissionais em unidades de saúde da família, encontrou que as dificuldades de acesso foram citadas nos dois grupos, associadas a demanda excessiva, número de profissionais e dificuldade de gerenciamento de casos agudos. Entretanto, foram identificadas diferentes percepções no que diz respeito a acesso e acolhimento tanto na visão dos usuários e dos profissionais nas unidades de saúde da família e nas unidades básicas de saúde (sem equipes de saúde da família).

Na fala dos profissionais das unidades básicas de saúde a acessibilidade foi percebida como uma responsabilidade dissociada do cuidado, centrada no atendimento médico, com a participação dos outros profissionais restrita à inserção obrigatória na organização da fila de espera. Dessa forma, a organização do acesso era realizada sem priorização de riscos e estabelecimento de prioridades de atendimento. Por outro lado, a percepção dos profissionais de equipes de saúde da família trouxe uma perspectiva de uso de tecnologias leves como o acolhimento a fim de tentar facilitar o acesso do usuário. Mesmo com as dificuldades evidenciadas na operacionalização do acolhimento nas unidades, essa prática sempre foi citada

na fala dos profissionais atuantes em saúde da família e não apareceu nas falas dos profissionais de unidades de saúde sem esse modelo de atenção.

Como aspectos facilitadores do acesso para os usuários nas unidades de saúde da família foi referida a marcação de alguns atendimentos pelos agentes comunitários de saúde e o “não precisar dormir na fila” para o agendamento das consultas. Como fatores negativos do acesso, na visão dos usuários, foi consensual a decisão do atendimento pelo médico ser realizada por outro profissional em virtude do acolhimento. Essa mesma queixa é referida pelos profissionais que efetuam o acolhimento, uma vez que a pressão dos usuários pelo atendimento imediato e a recusa de ser acolhido por outro profissional, a exemplo do auxiliar ou do enfermeiro, antes de chegar no médico, reflete-se na equipe como estresse, cansaço e busca por solução quanto as dificuldades de acolhida e de agendamento, expressas na fala desse profissional:

"Acho que o acolhimento ainda não está bom, a comunidade não se sente acolhida, não resolvemos todos os problemas. No acolhimento, temos dificuldade, todo usuário vem buscar alguma coisa, até eles entenderem é difícil" (SOUZA, 2008)

Schimith (2004) aponta que “o acolhimento tem como objetivo resolver o que é de competência da rede básica, independente da hora de chegada na unidade”

O modelo de atenção trazido pelo Programa Saúde da Família não consolida de forma isolada as propostas e diretrizes do Sistema Único de Saúde. Para a efetiva implantação desse modelo faz-se decisiva a pactuação dos profissionais e dos gestores com o programa, a partir da organização do processo de trabalho, da vinculação e comprometimento com a população e do suporte e aproximação da gestão com a prática dos profissionais e com os usuários (SCHIMITH, 2004; SOUZA,2008).

Souza (2008) destaca que a questão da acessibilidade não se dirige a quantas portas de entrada o sistema dispõe, mas sobretudo a sua qualidade. Isso possibilita afirmar que não basta aumentar o número de equipes de Saúde da Família sem abrir espaços para novas formas de organização no processo de trabalho.

### 3.2.3 Iniquidades no acesso aos serviços de saúde

Como fatores relacionados como geradores de iniquidades no acesso na visão dos profissionais de saúde de uma unidade básica de saúde, Chiapinotto (2007) aponta a **desmotivação e o descontentamento dos profissionais** em virtude da **ausência de uma definição de proposta assistencial** diante da impossibilidade de atender a todas as demandas. Essa situação aparece no registro de um profissional: “Como conciliar recuperação, promoção e prevenção? São propostas incompatíveis?”

A falta de definição de um sentido de trabalho, repercute na dificuldade de organizar o processo de trabalho a fim de garantir o atendimento as reais necessidades da população, compreendendo as diferenças entre os usuários, o que repercute em descontentamento entre os usuários e os profissionais de saúde. Schimith (2004) cita a **falta de vínculo e de responsabilização** com o usuário como geradores de iniquidades no acesso aos serviços de saúde.

“O sistema não está a serviço dessa comunidade? Sim, essa é a crença, mas como se coloca a serviço? Está para atender os doentes? Está para promover saúde? Esses são aspectos pouco discutidos na Unidade Básica de Saúde. O cotidiano da atenção precisa ser funcional, não há tempo para discussões que "não se aplicam à prática". Nesse momento, o ato de fazer está dissociado da reflexão sobre o sentido desse trabalho” (CHIAPINOTTO,2007).

Cecilio (1997) também refere que a **falta de clareza do verdadeiro papel das unidades de saúde**, uma polarização, de um lado uma visão purista – foco na promoção e prevenção das doenças, fechada as necessidades agudas dos usuários - *versus* uma visão realista - compromisso do serviço com necessidades de “pronto-atendimento” das pessoas - prejudicam a organização e conseqüentemente o acesso do usuário ao serviço de forma equânime. Essa situação se agrava com a **não adequação da formação profissional**, conforme citado por Rocha (2008).

“O centro de saúde fica reconhecido como um lugar em que ele (o usuário) deve buscar atendimento em situações bem específicas, com atendimento em geral agendado, em horários bastante rígidos e sempre com o risco de ser encaminhado para consulta no pronto-socorro (CECILIO, 1997).”

O **atendimento a demanda e desproporções entre a oferta potencial** são caracterizado por diferentes autores (Souza,2008; Chiapinotto,2007) como fatores geradores de iniquidade no acesso. Chiapinotto (2007) também destaca que o **reforço do modelo biomédico** gera uma fragmentação do trabalho e uma demanda por alívio dos sintomas que repercute e prejudica a forma como se organiza o trabalho. Ela destaca que existe uma influência de toda a história de assistência a saúde em nossas práticas, e que esse diferentes paradigmas se entrecruzam dificultando muitas vezes as práticas dos profissionais de saúde. O atendimento centrado no médico foi citado por Schimith (2004) como um fator que contribui para a falta de acesso e vinculação dos usuários a um único membro da equipe, o que principalmente no modelo de saúde da família prejudica a organização do trabalho em equipe e a organização do acesso.

Chiapinotto (2007) também cita que a **forma de avaliação dos resultados** do trabalho prestado é ineficiente e desmotivadora, uma vez que normalmente não avalia as possíveis modificações reais no estado de saúde da população. Souza (2008) também discute que a forma de avaliação e análise do acesso não condiz com as necessidades reais, uma vez que ela é realizada de forma estritamente quantitativa, com número de rendimentos/atendimentos.

Outro fator apontado como gerador de iniquidades foi associado a **questões éticas** nas práticas dos administradores e dos profissionais de saúde (TRAVASSOS,2008)

Além dos fatores relacionados aos processos de trabalho, **questões estruturais** também são identificadas como geradoras de iniquidades. Artigo de Unglert (1987;1990) indica que a inacessibilidade de numerosos grupos da população aos serviços de saúde é fundamental na origem da iniquidade, especialmente no que se refere as áreas rurais ou regiões periféricas de grandes cidades. Nesse sentido o desconhecimento dos usuários sobre a territorialização e a baixa cobertura da Estratégia Saúde da Família, gerando áreas contíguas sem atendimento foram citadas como geradoras de iniquidades no acesso na visão dos usuários e dos profissionais (SOUZA,2008).

No que diz respeito às características da população, diversos autores como Silva (2000), Carneiro Júnior (2006) e Rocha (2008) trazem que **as condições de**

**vida da população** e as **disparidades sociais** existentes no país são importantes determinantes e do acesso e geradoras de iniquidades na saúde.

### **3.2.4 Construção de um acesso equânime aos serviços: buscando estratégias para a garantia da equidade**

As desigualdades identificadas no que diz respeito ao acesso aos serviços de saúde refletem as desigualdades percebidas em toda a sociedade.

“Injustiças sociais são resultados dos diferentes extratos existentes na sociedade, baseados em relações sociais (...) Ao transportamos esses conceitos para analisar as desigualdades existentes no adoecer e no morrer, o reflexo da estrutura social estratificada se reproduz, mostrando o acesso desigual aos recursos materiais de saúde e aos produtos sociais que resultam do uso desses recursos” (SISSON,2007).

Contudo, essa mesma autora destaca que mesma que a equidade na atenção à saúde não contemple sozinha esse contexto, a efetividades das ações de saúde é condição muito importante para diminuir as desigualdades existentes entre os grupos sociais no adoecer e no morrer.

Diferentes autores apontaram valores para a construção de uma acesso equânime aos serviços. No que diz respeito às condições de vida da população que acabam criando focos de exclusão e com isso determinando ou prejudicando o acesso aos serviços, Silva (2000) indica que **compensar as diferenças existentes** seria uma forma de trazer equidade ao acesso. Carneiro Júnior (2006) refere que acontecem barreiras às ações de saúde por rejeição e estigma das diferenças. Esse autor refere que a incorporação como parte da tecnologia do cuidado a saúde de grupos diferenciados da população em geral, particularizando-o, através da criação de **“portas de entrada específicas”**, resulta em uma maior equidade no acesso, como demonstrado pelo seu estudo.

“A atenção integral e o cuidado dispensados aos grupos que sofrem as conseqüências dos processos de exclusão social devem rejeitar a visão de que as diferenças criadas constituam barreiras às ações em saúde, enfim a inclusão social, essencial à vida, deve prevalecer nas concepções e nas práticas dos serviços, produzindo ações que

mantenham a saúde de forma integral e promovam a capacidade dos sujeitos na recuperação de sua autonomia e responsabilidade” (CARNEIRO JUNIOR,2006).”

Nessa pesquisa, a fim de alcançar a inclusão supracitada, inicialmente foram reconhecidos no interior do serviço pesquisado os perfis populacionais que eram alvos de exclusão, tornando-os visíveis na relação com as ações operadas. Foi definida a melhor forma de acesso desse grupo para facilitar a vinculação deles com a unidade e pactuado com a equipe a tentativa de fazer o maior número de abordagens possíveis no mesmo dia de atendimento (atendimentos médicos, de enfermagem, saúde mental, odontológicos), sendo a identificação da situação de exclusão social no serviço realizada por meio do preenchimento de um campo identificador de situação na matrícula do usuário no serviço.

Silva (2000) apresenta como forma de aumentar a acessibilidade aos serviços extrapolar os estudos de demanda para **alcançar os usuários fora do sistema**, a partir da comparação dos programas específicos com os grupos residuais, quanto ao potencial de exposição ao risco, mas com o mesmo direito de receber assistência à saúde.

Cecílio (1997) traz em seu artigo sobre a mudança dos modelos tecno-assistenciais a importância de identificação de múltiplas alternativas de entrada e saída do sistema, explicitadas em um modelo de atenção pensado como um círculo. Esse autor aponta como estratégias para a melhoria da acessibilidade e garantia da equidade a **identificação de outras portas de entrada**, outros equipamentos sociais. Essas portas de entrada alternativas poderiam ser constituídas por creches, farmácias, escolas, quartéis, a fim de se constituírem como espaços de acolhimento e reconhecimento de grupos mais vulneráveis da população. A partir desse reconhecimento, essas situações seriam organizadas no sentido de garantir o acesso de cada pessoa ao tipo de atendimento mais adequado para a situação. A utilização de **agendas de atendimento abertas** para atender principalmente os grupos de risco já matriculados no serviço nos atendimentos de intercorrências também é uma estratégia citada por esse autor para facilitar a vinculação dos usuários e a organização do acesso. Contudo para Souza (2008) a exclusão de grupos fora os programas prioritários se constituiu em um fator de iniquidade na visão dos usuários em sua pesquisa. O necessário nessas situações é o

reconhecimento dos grupos mais vulneráveis na área de atuação e a responsabilidade de garantir o atendimento adequado às pessoas sujeitas a maior risco de adoecer e morrer. Essa citação feita por Cecílio (1997) se constitui em uma das prerrogativas da Estratégia Saúde da Família.

Outro fator a ser destacado para a implementação dessas estratégias nas unidades de saúde da família é a importância da **educação dos usuários**, uma vez que eles muitas vezes desconhecem a territorialização nesse modelo de assistência, para que isso não se torne um fator excludente e gerador de iniquidade para o usuário. A **informação** tem um papel central na construção de modelos equânimes, conforme destacado por Travassos (2008).

É função da unidade e do profissional de saúde ser um articulador do acesso do usuário aos outros pontos do sistema, devendo se organizar para dar acolhida a todas as pessoas a fim de que essas usufruam de um atendimento regular e qualificado.

“A responsabilidade de garantir a integralidade do atendimento é do sistema como um todo e não uma batalha individual e solitária do paciente” (CECILIO,1997).

A realização de **grupos focais com os usuários** sobre a avaliação das rotinas do trabalho e dos atendimentos oferecidos pela unidade se constituiu em uma estratégia apontada por Souza (2008) como atividade educativa que auxiliaria a organização da acessibilidade em unidades de saúde.

A oportunização de momentos de reflexão para os profissionais sobre os sentidos do trabalho, a **definição do papel da unidade de saúde** também identificam estratégias para promover a equidade, uma vez que esses fatores foram encontrados como causas do descontentamento e desmotivação profissional. Faz-se de extrema importância a **conscientização e motivação da equipe** para trabalhar guiada para valores de responsabilização e equidade.

**O atendimento multiprofissional**, fugindo do modelo biomédico também pode ser identificado como uma das estratégias de organização da acessibilidade e garantia de equidade. Mesmo que o trabalho em equipe se constitua em um dos pilares da saúde da família, na prática essa situação muitas vezes não é visualizada

(SCHIMITH,2004; CHIAPINOTTO, 2007). Entretanto se destaca a necessidade de reforço de uma estratégia de atendimento multiprofissional integrado, a fim de contemplar as diferentes necessidades dos usuários das unidades.

Carneiro Junior (2006) cita Campos<sup>5</sup> sobre a necessidade de práticas de saúde equânimes:

“Campos (2006) alerta para a necessidade se organizarem práticas equânimes cotidianas e singulares nos serviços de saúde, pois, dessa maneira, as possibilidades de consolidação dos pressupostos do SUS seriam evidenciadas, transpondo para a micropolítica os ideários e o discurso que se tem concentrado na macropolítica do sistema de saúde brasileiro”.

Entre as estratégias citadas para a organização da acessibilidade e garantia da equidade o uso de **tecnologias leves** como o acolhimento aparece citado por Souza (2008); Schimith (2004); Agostini (2007) e Lima (2007) nos artigos revisados.

O **acolhimento** é citado enquanto um dispositivo potente para atender a exigência do acesso, propiciar vínculo e modificar a clínica. A sua importância dentro da atenção básica é mostrada como a qualificação da porta de entrada, buscando a integração com os demais níveis do sistema e coordenação do fluxo da atenção. Entretanto esse conceito traz a necessidade de **qualificar os trabalhadores** para recepcionar, atender, escutar, dialogar, tomar decisão, amparar e negociar com os usuários. Tal prática apesar de muito discutida encontra uma série de dificuldades na sua operacionalização, exemplificada na número de competências descritas para a sua implementação, associada a diferentes concepções e dúvidas quanto ao seu real significado, como trazido nos estudos revisados, tanto na visão dos profissionais quanto dos usuários.

Souza (2008) destaca a importância de potencializar os caminhos trilhados e experimentados com a proposta do acolhimento como uma diretriz operacional dos serviços de saúde.

Os fatores macroestruturais também aparecem por diferentes autores como determinantes do acesso e da equidade. Apesar de envolverem questões não

---

<sup>5</sup> CAMPOS, G. W. S. Reflexões temáticas sobre equidade e saúde: o caso do SUS. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 23-33, 2006.

passíveis de modificação ou implementação direta no nível local das unidades de saúde da família, devem ser apontados, uma vez que os profissionais atuantes nas unidades sofrem influência desses modelos (direta ou indiretamente) nas concepções de saúde, de acesso e nas suas práticas de trabalho.

Hortale (2000) em seu estudo sobre acesso e descentralização na análise dos sistemas traz que a descentralização é uma condição necessária para melhorar o acesso e a equidade no campo da saúde. Andersen<sup>4</sup> refere que os fatores contextuais (relacionados com a política de saúde e a oferta de serviços) intervêm no uso dos serviços de forma direta e indireta em conjunto com os fatores individuais.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir do exposto sobre os diferentes fatores que determinam o acesso e o seu papel central na organização dos serviços de saúde, acentua-se a importância da qualificação do mesmo, incluindo aspectos da organização e dinâmica do processo de trabalho, considerando a contribuição e a análise dos vários aspectos envolvidos – geográficos, econômicos e sociais. Com a definição dos determinantes do acesso à utilização dos serviços de saúde, relacionados à organização dos serviços, a demanda e oferta, a localização e o acesso geográfico, ao modelo de atenção, a estrutura física, as necessidades da população, aos prestadores de serviço e a política, pode-se inferir sobre a articulação ou não dos mesmos e o impacto que isso causa nos modos de adoecer e obter cuidado da população. Evidenciou-se que são múltiplos os fatores que determinam o acesso, bem como são diversos os fatores que influenciam a necessidades de saúde dos diferentes usuários dos serviços de saúde. Um dos desafios que encontramos nas práticas de trabalho diz respeito a conciliar e oferecer o atendimento que cada usuário necessita, oferecendo a tecnologia certa, no lugar certo e no momento certo, como citado por Cecilio (1997). As bases para esse atendimento que contemple as diferentes necessidades dos diferentes indivíduos estão expressas no significado da equidade, enquanto possibilidade do sistema de saúde oferecer alternativas para os indivíduos que mais têm dificuldades de adentrarem e se utilizarem dos serviços de saúde oferecidos, de forma a diminuir as dificuldades existentes.

Contudo, a equidade aparece com diferentes conceitos entre os autores, o que dificulta o seu real sentido e principalmente a sua operacionalização, o que traz a seguinte questão: Como construir um sistema de saúde, ou um modelo de assistência à saúde que dê conta disso? As respostas para essa pergunta não são padronizadas, pois não existe uma teoria de equidade aceita de forma consensual, da qual se possam retirar critérios operacionais. Inicialmente faz-se necessário

levantar os fatores que são associados à geração de iniquidades no sistema de saúde e no acesso aos serviços. Nesse estudo, a desmotivação e o descontentamento dos profissionais em virtude da ausência de uma definição de proposta assistencial, a falta da definição de um sentido de trabalho e da clareza do verdadeiro papel das unidades de saúde foram citadas como situações geradoras de iniquidades no acesso aos serviços de saúde. Além disso, o atendimento a demanda e a desproporção entre a oferta potencial também foram citados como geradoras de iniquidades, aliadas a inacessibilidade geográfica, as condições de vida e as disparidades sociais. Características macroestruturais também foram identificadas como determinantes do acesso e da equidade e mesmo que não sejam passíveis de intervenção nos níveis locais devem ser discutidas uma vez que elas influenciam direta ou indiretamente as práticas dos profissionais de saúde, no que dizem respeito aos modelos assistenciais, a gestão e ao financiamento.

Em relação à acessibilidade dos usuários nas unidades de saúde da família ela aparece como uma das dificuldades do processo de trabalho. Entretanto como destacado pelas diretrizes da Estratégia Saúde da Família, as características desse modelo favorecem a organização do acesso pela equipe de saúde, o que reforça a importância da busca de estratégias nesse sentido.

A partir desse conhecimento, um olhar atento sobre essas dificuldades auxilia no encontro dos valores opostos, aqueles capazes de nortear a construção de um acesso equânime aos serviços. A compensação das diferenças sociais através de utilização de estratégias inclusivas nos serviços de saúde foram apontadas por diferentes autores como formas de garantir a equidade. A identificação e a organização de diferentes portas de entradas para os usuários no sistema, a educação e informação dos usuários, a qualificação dos profissionais, a atuação das equipes multiprofissionais e o uso de tecnologias leves como o acolhimento compõe as estratégias identificadas a fim de organizar a acessibilidade e garantir a equidade nas unidades de saúde da família.

Com os resultados encontrados podemos concluir que a equidade faz parte dos princípios do SUS, sendo de fundamental importância para uma assistência integral e de qualidade ao usuário. Contudo ainda existem diferenças sobre o seu significado e dificuldade na sua implementação nas práticas de trabalho. Os

resultados mostram a necessidade de outras pesquisas que versem sobre essa temática, uma vez que será a partir da incorporação da equidade em saúde pelos diferentes atores sociais que esse conceito será mais facilmente percebido e operacionalizado nas práticas de saúde.

## REFERÊNCIAS

AGOSTINI, Alessandra Figueiredo; PAIXÃO, Dilmar Xavier. Acolhimento: mudança de terminologia? In: LOPES, Julia Marques; PAIXÃO, Dimar Xavier (org.). **Saúde da família**: histórias, práticas e caminhos. Porto Alegre: Ed. UFRGS, 2007.

Andersen R.M. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? **J Health Soc Behav** 1995; 36:1-10

BOUSQUAT, Aylene; ALVES, Maria Cecília Goi Porto; ELIAS, Paulo Eduardo Utilização do Programa de Saúde da Família em regiões metropolitanas: abordagem metodológica. **Rev. Saúde Pública**, v. 42, n. 5, p.903-906, out . 2008.

BRASIL. Atenção Básica e a Saúde da Família. [online]. Disponível na Internet via <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php>. Brasília (DF),2009. Acesso: 21/01/2009.

BRASIL. Congresso Nacional. *Constituição da República Federativa do Brasil, de 05 de outubro de 1988*. Brasília (DF), 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Glossário temático**: gestão do trabalho e da educação na saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 56 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

CAMPOS, G. W. S. Reflexões temáticas sobre equidade e saúde: o caso do SUS. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 23-33, 2006.

CARNEIRO JUNIOR, Nivaldo et al. Organização de práticas de saúde equânimes em atenção primária em região metropolitana no contexto dos processos de inclusão e exclusão social. **Saude soc.**, v. 15, n. 3, p. 30-39, dez. 2006.

CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cad. Saúde Pública**, v.13, n.3, p.469-478, set. 1997.

CHIAPINOTTO, Luciane; FAIT, Cláudia Sedano; MAYER JUNIOR, Manoel. O modo de fazer saúde: reflexões sobre o cotidiano de uma unidade básica de saúde de Porto Alegre - RS. **Saude e soc.**, São Paulo, v. 16, n. 1, abr. 2007 .

DONABEDIAN A. Aspects of medical care administration. Boston: Harvard University Press; 1973.

GOLDIM, J.R. **Manual de iniciação à pesquisa em saúde**. 2.ed. Porto Alegre: Dacasa, 2000. 179p.

HORTALE, Virginia Alonso; PEDROZA, Manoela; ROSA, Maria Luiza Garcia Operacionalizando as categorias acesso e descentralização na análise de sistemas de saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 16, n.1, p. 231-239 jan 2000. Disponível em< <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v16n1/1582.pdf>>. Acesso: 23/03/2009.

LAROUSSE. **Grande dicionário Larousse Cultural da língua portuguesa**. São Paulo: Nova Cultural, 1999. 928p.

LIMA, Maria Alice Dias da Silva. Acesso e acolhimento em unidades de saúde na visão dos usuários. **Acta paul. enferm.** , v. 20, n.1, p.12-17, mar. 2007.

LIMA, Maria Alice Dias da Silva. Acesso e acolhimento em unidades de saúde na visão dos usuários. **Acta paul. enferm.** , v. 20, n.1, p.12-17, mar. 2007.

MOONEY, G. H. Equity in health care: confronting the confusion. *Effect. Hlth Care*, **1**:179-85, 1983.

MUSGROVE, P. La equidad del sistema de servicios de salud. Conceptos, indicadores e interpretacion. *Bol. Ofic. sanit. panamer.*, **95**: 525-46, 1983.

O'DONNELLI, Owen. Access to health care in developing countries: breaking down demand side barriers. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n.12, p.2820-2834, dez. 2007

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Renovação da atenção primária em saúde nas Américas**: documento de posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde. Washington, D.C: OPAS, 2007. 32 p.

PAGLIUCA, Lorita Marlena Freitag; ARAGÃO, Antônia Eliana de Araújo; ALMEIDA, Paulo César. Acessibilidade e deficiência física: identificação de barreiras arquitetônicas em áreas internas de hospitais de Sobral, Ceará. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 41, n. 4, dez. 2007.

ROCHA, Renata de Andrade Cardoso Pinto and Goes, Paulo Sávio Angeiras de Comparação do acesso aos serviços de saúde bucal em áreas cobertas e não cobertas pela Estratégia Saúde da Família em Campina Grande, Paraíba, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n. 12, p. 2871-2880, dez. 2008.

SANTOS, Adriano Maia dos et al. Linhas de tensões no processo de acolhimento das equipes de saúde bucal do Programa Saúde da Família: o caso de Alagoinhas, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n.1, p.75-85, jan. 2007.

SCATENA, Lúcia Marina et al . Dificuldades de acesso a serviços de saúde para diagnóstico de tuberculose em municípios do Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 3, jun. 2009 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php>. Acesso em 20/05/2009.

SCHIMITH, Maria Denise; LIMA, Maria Alice Dias da Silva. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, dez. 2004 . Disponível em <<http://www.scielo.br/scielo>. Acesso em: 05/01/2009.

SILVA, Nilza N da et al. Desigualdades sociais e uso de serviços de saúde: evidências de análise estratificada. **Rev. Saúde Pública**, v. 34, n.1, p. 44-49, fev. 2000.

SISSON, Maristela Chitto. Considerações sobre o Programa de Saúde da Família e a promoção de maior equidade na política de saúde. **Saude soc.**, São Paulo, v. 16, n. 3, dez. 2007 .

SOUZA, Elizabethe Cristina Fagundes de et al. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, p. s100-s110, 2008. Suplemento 1.

TRAVASSOS, Claudia. Forum: equity in access to health care; introduction. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n. 5, p. 1159-1161, maio 2008.

TRAVASSOS, Claudia; MARTINS, Mônica. Uma Revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, p. S190-S198, 2004. Suplemento 2. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20s2/14.pdf>> Acesso: 21/11/2008.

UNGLERT, Carmen Vieira de Sousa. O enfoque da acessibilidade no planejamento da localização e dimensão de serviços de saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 24, n. 6, dez. 1990 .

UNGLERT, Carmen Vieira de Sousa; ROSENBERG, Cornélio Pedroso; JUNQUEIRA, Claudette Barriguela. Acesso aos serviços de saúde: uma abordagem de geografia em saúde pública. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 21, n. 5, out. 1987 .